

# Apunts sobre el diagnòstic social. Perspectives i realitats

Notes on social diagnosis. Perspectives and realities

Anna Mata Romeu<sup>1</sup>

## Resum

El text pretén analitzar, exposar i reflexionar sobre els diferents camins pels quals ha passat la metodologia diagnòstica en el treball social a Espanya fins a arribar a les formulacions diagnòstiques actuals. Repassarem, així, les metodologies diagnòstiques que es duen a terme en l'actualitat i que incorporen, entre d'altres, la formulació d'indicadors (que permeten la sistematització de les necessitats socials), l'«autodiagnòstic», l'agregació d'elements reforçants, facilitadors o amenaçadors del medi social del subjecte (que es conjuguen en el disseny del procés d'intervenció) i una terminologia diagnòstica que tendeix a uniformitzar-se i que, per tant, genera una nomenclatura comuna dins de les professions socials.

**Paraules clau:** Diagnòstic, autodiagnòstic, metodologia 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

**Per citar l'article:** MATA ROMEU, Anna. Apunts sobre el diagnòstic social. Perspectives i realitats. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agost 2017, n. 211, pàgines 54-65. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Diplomada en Treball Social. Doctora en Sociologia. Professora en el Grau de Treball Social de la Universitat de Lleida.

## De què parlem quan parlem de diagnòstic

El 1917 Mary Richmond va publicar el seu famós llibre *Social Diagnostic*. En aquest llibre, l'autora reivindicava la científicitat d'aquella *nova* disciplina professional i, per tant, el dret a *diagnosticar* dins de la nostra metodologia professional.

En el centenari de la publicació d'aquell llibre, volem exposar algunes aportacions i alguns exemples entorn de les formulacions diagnòstiques actuals en el nostre país. En aquest sentit, volem agrair que, en els darrers anys, el Col·legi Professional de Treball Social de Catalunya ens hagi donat l'oportunitat de poder conèixer de primera mà, mitjançant la interacció i el debat amb professionals del treball social de diverses parts del territori, quines eren les dificultats i oportunitats amb què els professionals es trobaven a l'hora de diagnosticar, quines metodologies diagnòstiques feien servir i, alhora, reflexionar sobre quina utilitat tenen en els àmbits d'intervenció corresponents. Aquestes interaccions ens han enriquit molt professionalment i aquest coneixement ens ha ajudat a poder construir aquest text.

El sentit i l'abast del concepte *diagnòstic* ha estat molt debatut en el nostre context. Sense ànim de ser exhaustius, prenem les definicions de Colomer (1979: 21), Ander-Egg (1982:19) i del *Diccionari de serveis socials* (2010: 64). Les definicions que hi apareixen ja ens aporten claus interessants sobre l'objecte que volem analitzar:

- Es refereixen a un procés d'aproximacions successives.
- Es refereixen a un procediment, és a dir, un mètode, com més organitzat, sistematitzat i rigorós millor.
- Impliquen una jerarquització, una prioritització, és a dir, la necessitat d'efectuar, en algun moment del procés, una ordenació de tot el que s'ha detectat o conegut.
- Es refereixen a les aspiracions i carències de l'individu/grup; és a dir, es vol descobrir no només les seves limitacions sinó també les il·lusions, els objectius i les motivacions principals.
- Suposen un judici professional segons els estàndards acceptats, la qual cosa apel·la als efectes de les nostres valoracions o intervencions en la vida de les persones.

## La vigència del diagnòstic com a metodologia

El primer Pla concertat, implementat pel Ministeri de Treball i Seguretat Social (1988), tot i que va produir un increment quantitatiu del nombre d'institucions, programes i organismes dedicats a tasques d'atenció social, potser no va suposar

un avanç paral·lel en metodologies diagnòstiques; si ens preguntem per què, se'ns acudeixen tres raons principals.

Primera: els organismes contractants (públics i privats), tot i que van augmentar el nombre de programes i projectes d'intervenció social, ho van fer del prisma quantitatiu (van augmentar el nombre d'usuaris atesos i els pressupostos), cosa que va submergir els professionals en protocols d'intervenció massa rígids i protocol·litzats.

Segona: els anys 80 i 90, el discurs majoritari entre els professionals era contrari a la sistematització de processos d'intervenció (i, per tant, a l'existència de metodologies diagnòstiques una mica estandarditzades) i advocava per un treball social singularitzat en el mateix «client» a partir del *casework*. No hi faltaven reflexions centrades en dificultats o dubtes metodològics («no sé com fer-ho»), falta de temps («no tinc temps per fer-ho»), innecessarietat («si ningú no m'ho demana, ¿per què ho he de fer?») o, simplement, inèrcia davant de la innovació («si mai no ho he fet, ¿per què ho he de començar a fer ara?»).

I tercera: hi havia usuaris que davant de la retracció, tant dels organismes responsables com dels mateixos professionals, participaven en aquest entramat com a subjectes passius; rebien una resposta de les institucions sense plantejar-se la capacitat i el dret a decidir que tenien en tot l'entramat o a participar en el seu diagnòstic.

Potser el detonant que va propiciar un canvi entorn de la qüestió va ser un fet netament jurídic, i no metodològic. Ens referim a la Llei orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal (revisada el 5 de març de 2011). La Llei emfatitza la necessitat de donar a conèixer a l'usuari tot el que el professional faci amb les seves dades personals i la informació que se n'obtingui; és a dir, l'usuari ha de saber de quina informació es disposa, quin tractament se'n farà i com es farà la seva transmissió entre administracions. Com que tot allò amb què treballen els professionals socials sol ser informació –gairebé sempre molt confidencial– de la vida de les persones, la implementació de la Llei va propiciar moltes reflexions sobre com podríem, des del treball social, obtenir, fer servir i «treballar» amb aquesta informació i, alhora, complir-ne els preceptes.

En aquest mateix fil argumental (i és un exemple més dels que estem donant), resulta interessant consultar la formulació de l'actual llei de serveis socials de la Generalitat de Catalunya,<sup>2</sup> en què es detalla com a drets dels usuaris, entre d'altres,<sup>3</sup> els següents:

<sup>2</sup> Llei 12/2007, d'11 d'octubre.

<sup>3</sup> Articles 9 i 10 de la Llei 12/2007 de serveis socials, de la Comunitat Autònoma de Catalunya.

- Saber la valoració que es fa de la seva situació personal i familiar, en un llenguatge entenedor i accessible, per escrit i, si és necessari, de paraula. Aquesta valoració ha d'incloure la qualificació de les necessitats familiars.
- Participar en el procés de presa de decisions sobre el procés d'intervenció per implementar i disposar d'un pla d'atenció social, en funció de les dues anteriors.
- Poder manifestar la seva opinió en els processos d'avaluació que s'arbitrin.

La Llei transfereix als professionals, al nostre entendre, la necessitat de disposar d'una bona eina diagnòstica per arribar a una valoració professional. A més a més, l'usuari té dret a reclamar per escrit el diagnòstic resultant, participar en la confecció del diagnòstic i impugnar-lo si no està d'acord amb la valoració que se n'ha fet.

Aquest fet, com diem, potser més formal que professional, va portar a repensar, des del treball social, les bases metodològiques sobre les quals es realitzaven els diagnòstics socials i va conduir a reformular-los profundament. Ara passarem a explicar aquesta reformulació amb més deteniment.

**La Llei transfereix als professionals, al nostre entendre, la necessitat de disposar d'una bona eina diagnòstica per arribar a una valoració professional**

## El diagnòstic dins del procés d'intervenció

Les fases d'intervenció proposades, entre d'altres, per Aguilar (2013), Ander-Egg (1982), Barbero (2002), Conde Megías (1998), De la Red i Cruz (2003) i Thompson (2002) són àmpliament acceptades com a model d'intervenció professional. Es basen, *grosso modo*, en les fases següents: frase preliminar, fase de negociació, fase de posada en marxa i fase d'avaluació.

Aquest model propugna la circularitat d'aquesta intervenció a partir d'un procés d'aproximacions successives, que discorre des de la presa de contacte amb una situació sociopersonal fins al procés d'avaluació de les intervencions que s'hi han fet.

Al nostre país, hi gravita un debat permanent sobre si el diagnòstic forma part *exclusivament* de la fase preliminar o d'estudi de la situació sociopersonal-familiar o si, al contrari, el diagnòstic *s'arrossega* al llarg de tota la intervenció professional i està permanentment obert i subjecte a aquelles modificacions/aportacions que puguin sobrevenir en les vicissituds del subjecte de la intervenció. Hamilton (1987), per exemple, considera que el diagnòstic «és un procés continu, flexible, que està permanentment en evolució», i Aguilar i Ander-Egg (1999), per la seva part, consideren el diagnòstic com una síntesi apriorística que permetrà formular un pronòstic (associat, al seu torn, a un pla d'acció).

La nostra posició entorn d'aquesta qüestió es postula en el primer dels enunciats, ja que considerem que un diagnòstic

**El diagnòstic, bàsic per arbitrar el pla d'acció i que ens permeti la recollida sistemàtica d'informació; l'establiment de prioritats i decisions sobre la futura actuació; la implementació d'estratègies**

«obert» al llarg de tot el procés resulta un diagnòstic inconclús i, per tant, inoperant per al procés de presa de decisions, que és la seva veritable utilitat i raó de ser.

D'aquesta manera, el procés d'intervenció professional hauria de ser un model que inclogui: el diagnòstic, bàsic per arbitrar el pla d'acció i que ens permeti la recollida sistemàtica d'informació; l'establiment de prioritats i decisions sobre la futura actuació; la implementació d'estratègies i actuacions i la recollida de resultats, i l'avaluació, que ha de ser permanent en tot el procés, com si fos una guia de qualitat del procés i un mètode d'avaluació dels resultats i d'una nova presa de decisions. És un plantejament extensiu que s'ajusta a allò que Hamilton (1987) denomina "l'estudi del medi ambient del subjecte".

### El diagnòstic com a eina per a la presa de decisions

Un cop acceptada la necessitat del diagnòstic previ a la intervenció, es va procurar dotar-se de valoracions diagnòstiques prou conegudes i acceptades per la professió que, alhora, continguessin indicadors descriptius (quantitatius i qualitatius) que les delimitessin clarament per tal de facilitar una metodologia de treball comuna.

En aquesta formulació, una de les primeres categoritzacions va ser la proposada per Maite Martín Muñoz (2003),<sup>4</sup> que va anunciar un model de diagnòstic a partir de la delimitació de les necessitats bàsiques que ha de tenir cobertes una persona o un grup familiar i la possibilitat d'identificar les carències o els dèficits d'aquest grup, és a dir, quina o quines d'aquestes necessitats no es tenen cobertes i en quina magnitud. D'aquesta manera, l'autora encadena variables i indicadors fins a arribar a cinc possibles categories diagnòstiques, i una d'elles serà la que rebrà per escrit el subjecte d'intervenció.

Aquesta designació, molt estesa als seus inicis, significava un pas gegantí en les metodologies diagnòstiques, ja que permetia –com apuntàvem– sistematitzar processos de treball, compartir i comparar valoracions i avaluar aquests judicis apriorístics.

D'aquesta forma, el mètode diagnòstic a partir de la delimitació de variables/indicadors es va anar implantant al nostre país i van aparèixer formulacions variades que, en la seva arrel, responien a aquesta mateixa lògica; per exemple, el *Manual per al diagnòstic en salut mental*, elaborat pel Grup de treballadors socials de Salut Mental del Col·legi Professional de Tre-

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

ball Social de Catalunya el 2010.<sup>5</sup> Aquest manual, tot i que parteix de la mateixa premissa que l'anterior, pretén ajustar de forma òptima els indicadors amb les característiques dels usuaris d'aquests serveis, i aconsegueix crear un instrument útil i operatiu per treballar amb les persones que pateixen problemes de salut mental i amb els seus familiars.

A Espanya, s'ha fet servir amb èxit l'arquetip de treballar amb indicadors per fer diagnòstics socials. Així, va aparèixer l'Escala de valoració sociofamiliar de Gijón;<sup>6</sup> el RUMI<sup>7</sup> (per diagnosticar situacions de maltractament infantil, elaborat per la Comunitat Autònoma de Catalunya); la Proposta d'indicadors sobre benestar infantil de l'Unicef-Espanya (2010),<sup>8</sup> la Guia per a l'assignació de serveis socials a persones amb situació de dependència, de la Comunitat Autònoma de Galícia (2013),<sup>9</sup> i la proposta de Raya Díaz (2006).

Simultàniament, es van idear bateries d'indicadors diagnòstics per fer un reconeixement més bo dels processos d'exclusió social. Una mostra d'això seria la profusa proposta del govern foral del País Basc que, després d'un ampli procés de participació dels professionals d'aquesta comunitat, va publicar l'*Instrument de valoració de l'exclusió social* (2014). Es tracta d'un encadenament de variables i indicadors holístic, molt ben travat, ordenat i desenvolupat per conèixer gran part –per no dir tots– els problemes socials i problemes d'exclusió i inclusió que presenten els usuaris dels serveis socials.<sup>10</sup> Aquest model desplega una bateria de 171 variables i indicadors diagnòstics. D'aquests, 41 permeten fer un diagnòstic inicial, i tots els 171, un diagnòstic en profunditat. Així mateix, se separen 77 indicadors, que s'entrecreuen d'entre els diferents àmbits i dimensions. A partir d'aquest repertori, s'obté –per iniciar la intervenció professional amb l'usuari– la devolució diagnòstica, un pronòstic de la seva situació i el pla de treball. Aquest model potser seria, en aquests moments, la màxima expressió dels processos diagnòstics mitjançant indicadors que es fan a Espanya. En alguns Serveis Socials de consells comarcals de Catalunya se n'ha fet una adaptació (amb l'autorització prèvia dels autors) i es fa servir com a metodologia diagnòstica habitual. Pretén,

<sup>5</sup> Disponible en línia 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/portal/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)

també, com afirmem, homogeneïtzar nomenclatures i valoracions.

Cal dir que aquest model diagnòstic descriptiu, que persegueix la síntesi ponderada d'una situació personal concreta, prèvia a tota intervenció social (i fins i tot deslligada de la intervenció), existeix en diferents variants. Sense ànim de ser exhaustius, citarem el Selfsufficiency-Matrix,<sup>11</sup> utilitzat a Holanda, el Northern Ireland Single Assessment Tool (NISAT),<sup>12</sup> utilitzat a Irlanda del Nord, i el Caseload Management,<sup>13</sup> utilitzat a la República d'Irlanda.

Amb tot, i a pesar de la utilitat i l'avanç evidents que comporten aquestes codificacions, algunes veus consideren que aquestes formulacions desemboquen en una interpretació massa fèrria de les variables diagnòstiques; és a dir, d'una banda, aquestes etiquetes resulten massa rígides i deixen poc marge per a la lliure interpretació del professional i, de l'altra, la sistematització d'indicadors resulta, en certa forma, un diagnòstic inconclús, ja que no permet incloure-hi l'autoavaluació del subjecte de les seves pròpies potencialitats/carències ni la inclusió dels recursos potencials que cal conjugar per revertir la situació.

En aquesta línia, recordem que el que esperem d'un procediment diagnòstic és que ens permeti arribar a una interpretació de la situació; que tingui en compte tant els factors de risc com els aspectes positius; identificar els recursos disponibles (tant els existents com els potencials); comunicar o fer extensible al subjecte la valoració que fem, nosaltres, d'allò que li passa, i deixar clar el nostre pla d'acció, que passa per ser objectius respecte de les possibilitats d'atenció que tenim des del nostre lloc de treball.

I per això mateix resulten molt interessants unes experiències que s'estan forjant actualment al llarg del territori espanyol que intenten conjugar tots els elements enumerats. N'assenyalem dues a tall d'exemple:

- L'Eina de valoració social (DS-Diba) per als serveis socials bàsics a Catalunya, de la Diputació de Barcelona, encara en fase de validació.<sup>14</sup> És una eina que pretén enllaçar algunes de les qüestions a les quals ens hem referit. Així, aconsegueix estandarditzar les situacions socials, determinar nivells de risc de les diferents casuístiques i guiar la intervenció professional. Els seus objectius a nivell meso i macro són els següents: planificar la distribució de recursos; avaluar l'impacte de les intervencions

**Recordem que el que esperem d'un procediment diagnòstic és que ens permeti arribar a una interpretació de la situació; que tingui en compte tant els factors de risc com els aspectes positius**

<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> Comunicació presentada en el I Congrés de l'Acció Social, 6 i 7 de juliol de 2017, Universitat de Vic. <http://inclusio.cat/comunicacions/>



fetes des dels diversos serveis; comptar amb altres instruments de validació especialitzats (com els d'infantesa) i aconseguir un llenguatge diagnòstic compartit pel *corpus* professional.

- El PACT-PROJECT de la Comunitat Autònoma de Castella i Lleó.<sup>15</sup> És un projecte iniciat el 2014 dirigit per dissenyar i posar en pràctica una eina comuna de diagnòstic multidimensional de la inclusió, que ha de permetre, d'una banda, sistematitzar els riscos i la posició de l'individu en el procés d'exclusió, i de l'altra, orientar les decisions del pla d'intervenció. Pretén assajar un nou model d'atenció a les persones en risc d'exclusió social en aquesta comunitat i treballa en la creació d'un «model proactiu orientat a la gestió de casos per a la inclusió social» (PACT, segons les sigles en anglès). Això implica experimentar amb una nova forma d'atendre proactiva i preventiva, i detectar les situacions i els perfils de persones i famílies susceptibles de ser atesos integralment mitjançant tècniques de diagnòstic abans que es produeixin agreujaments i cronicitats de l'exclusió. Està centrada en l'apoderament, des d'un enfocament qualificatiu i apreciatiu, ja que vol treballar més a partir d'identificar fortaleeses que no pas debilitats, és a dir, factors de protecció que no de risc i incorporant, també, l'autoavaluació de l'usuari del procés d'exclusió-inclusió en què està immers.

Treballar a partir de l'«autoavaluació» que les persones ateses pels serveis socials fan de la seva pròpia situació i dels seus processos vitals i deficiències és una cosa que va agafant força al territori espanyol, tot i que per nosaltres, en general, encara és una cosa innovadora i poc aplicada en la pràctica professional. En l'àmbit anglosaxó, sobretot, hi ha diverses metodologies d'aquest tipus, algunes de les quals també s'han començat a fer servir al nostre país (de forma més o menys adaptada). En altres casos, però, s'han creat models «propis» bastats en aquest plantejament.

Per introduir-nos en aquest paradigma d'intervenció, ens serà útil recórrer a la matriu d'anàlisi DAFO (debilitats, amenaces, fortaleeses i oportunitats).<sup>16</sup> Aquesta matriu, tot i que tradicionalment s'ha aplicat a l'anàlisi organitzacional, és útil per aplicar-la a processos d'acompanyament des del treball social per diversos motius: la senzillesa del plantejament que fa; la facilitat amb què es pot explicar a l'usuari; l'oportunitat que es plantegi la seva situació en termes oposats (positiu/negatiu, *insite/outsite*), que permet visualitzar una situació des

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

<sup>16</sup> Prové de les sigles en anglès SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities y Threats*).



### La utilització de l'anàlisi DAFO per als processos diagnòstics en treball social convida a un procés de treball *amb* el subjecte, no *per al* subjecte

de dos punts de vista, i el fet que es pot fer servir per treballar de forma individual amb un usuari, però també amb la seva parella o el seu grup familiar fent diverses anàlisis DAFO simultànies o correlatives (en moments diferents). És una anàlisi molt útil per a la valoració conjunta (professional-usuari) o l'autoavaluació (grup familiar) d'una situació sociopersonal concreta.

La utilització de l'anàlisi DAFO per als processos diagnòstics en treball social, sens dubte, pot semblar transgressora però també molt eficaç (per la senzillesa del plantejament que fa) i, sobretot, perquè convida a un procés de treball *amb* el subjecte, no *per al* subjecte. És a dir, proposa la formalització conjunta (professional-subjecte en treball compartit) o que sigui ell –juntament amb el seu grup familiar– el que reflexioni lliurement sobre l'ordenació de les seves carències/opportunitats. Els resultats permeten nous *feedbacks* en la relació professional, segons la línia impulsada per Perlman (1970), que ens recorda que per ser un diagnòstic ha de portar implícita la participació de l'usuari. De fet, l'anàlisi DAFO no es diferencia gaire d'allò que Smale, Tuson i Statham (2000:128) denominen «feedback and monitoring consequences of change», que dissocien en «desirable/undesirable, anticipated/unanticipated; direct/indirect».

En aquesta línia discursiva i, a tall d'exemple, ens referim al model PRECEDE (acrònim de l'anglès *predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*)<sup>17</sup> descrit per Green i Kreuter el 1991. És un model molt reconegut i utilitzat (amb diverses variants) en tot l'espai europeu i s'aplica, amb èxit, en processos diagnòstics tant de l'àmbit individual-familiar com del comunitari, en projectes educatius, de la salut, etc. El model diferencia entre factors predisposants (aquells que s'anticipen a la conducta i que proveeixen aspectes racionals o motivacionals per realitzar-la); factors facilitadors (condicions de vida que actuen com a barres a l'acció o que, al contrari, inclouen les noves habilitats que necessita una persona per fer un canvi conductual o ambiental; són els que es converteixen en l'objectiu immediat de la intervenció professional), i factors reforçadors (els *feedbacks*, premis o càstigs positius o negatius que la persona rebrà amb posterioritat a la seva conducta). El diagnòstic proposa que la persona identifiqui aquests tres factors i, a partir d'aquest procés, que es plantegi tot l'acompanyament professional i el pla de treball.

Aquest «autodiagnòstic» serviria, així mateix, per als processos d'*apoderament* pels que advoquen Labonté (1990) i Berger, McBreen i Rifkin (1996), en la línia de superació de les dificultats personals a partir de la delimitació i coneixement

<sup>17</sup> Predisposar, reforçar i possibilitar les causes en el diagnòstic i l'avaluació educatius.

de les pròpies debilitats, i per a la «Understanding the presenting problem» formulada per Goldstein i Noonan (1999), que parteix d'aproximacions successives als sentiments i els problemes del subjecte per aprofundir, després, en la seva capacitat per superar-los.

María José Aguilar (2013:326) planteja aquesta mateixa orientació quan proposa «un joc didàctic mnemotècnic» per als processos de diagnòstic social, que denomina *regla SODA-MECA*, en què fusiona la identificació de situacions satisfactòries o desfavorables i la reflexió sobre com mantenir-les, corregir-les o afrontar-les.

Així, per acabar el diagnòstic sota aquestes premisses, és útil determinar el *gap* o diferència entre la percepció que el professional té sobre la persona i l'autoimatge que es té d'un mateix. Aquest és un dels avantatges de fer una intervenció amb un enfocament d'apoderament en què el diagnòstic s'obté de l'usuari mateix -juntament amb el professional-, i permet posar el focus de la intervenció en les potencialitats i encaminar un procediment que permeti conjugar els potencials recursos disponibles per iniciar el pla d'intervenció.

## Reflexions finals

Arribats a aquest punt, sembla que a Espanya s'ha avançat en la línia que Mary Richmond ja va suggerir: la sistematització necessària dels processos de diagnòstic social perquè el treball social fos considerat realment científic, juntament amb les incipients ciències que florien a inicis del segle XX (la sociologia, l'antropologia, la psicologia, entre d'altres).

Des del nostre punt de vista, la metodologia exposada ha donat més rigorositat científica a l'avaluació de necessitats, ha uniformitzat processos diagnòstics i, per tant, ha significat un progrés en la sistematització de la professió, i ha avançat en la creació de coneixement, ja que sistematitzar comporta aprofundir en processos d'inferència i deducció en la disciplina professional i en la descripció de situacions socials a la resta de la comunitat científica.

Així mateix, ha permès la devolució diagnòstica, tant a l'usuari com al mateix equip interdisciplinari, és a dir, ha permès avançar perquè tant el subjecte-grup familiar com la resta de l'equip professional distingeixin i valorin els procediments diagnòstics específics dels quals es dota la nostra disciplina per fer valoracions socials.

Considerem, per tant, que aporta més seriositat i deferència cap a l'usuari i que permet superar la tan criticada *subjectivitat* del treballador social, ja que les valoracions que fa ja no es basen en la intuïció o la percepció del professional. De la mateixa manera, ha implicat un procés d'aprenentatge continu i de perfeccionament en els instruments de verificació,

### Hem d'estar atents a no caure en una excessiva mecanització del procés

i també ha implicat facilitar la redacció d'informes i l'avaluació final.

Sens dubte, hem de continuar per aquest camí i beneficiar-nos de l'ona expansiva que produeix. Tot i així, aquest entusiasme no ens ha de fer defugir de ser reflexius amb els perills que implica una reglamentació excessiva del procés. Així, al nostre entendre, hem d'estar atents a no caure en una excessiva mecanització del procés, que portaria que el professional perdés el lideratge del procés i la seva capacitat de singularització, adequat a les especificitats del grup familiar; massa codificacions, que portarien a la construcció d'un instrument artificial, poc versàtil i poc manejable, i una quantificació excessiva de les necessitats, que comportaria un allunyament dels preceptes de qualitat. Les experiències més recents que incorporen l'autodiagnòstic en la valoració del professional ens diuen que sembla s'està treballant en el sentit adequat.

Com que, en si mateix, el mètode no és bo ni dolent, útil o inútil, el "mecanisme operatiu" del diagnòstic, com deia sàviament Mary Richmond,<sup>18</sup> no garanteix els resultats quan no es té perspectiva imaginativa.

---

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

## Bibliografia

- 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, núm. 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.