



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

El diagnóstico social: una propuesta metodológica desde el Trabajo Social

Núria Fustier Garcia



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**

El diagnóstico social: una propuesta metodológica desde el Trabajo Social

Programa de Doctorat Educació i Societat

Línia Treball Social, Serveis Socials i Política Social

Facultat d'Educació

Doctoranda: Núria Fustier i García

Directora y tutora: Dra. Irene de Vicente Zuera

Directora: Dra. Nuria Fuentes-Peláez

ÍTACA

Cuando emprendas tu viaje a Ítaca
pide que el camino sea largo,
lleno de aventuras, lleno de experiencias.

Pide que el camino sea largo.
Que muchas sean las mañanas de verano
en que llegues - ¡con qué placer y alegría! -
a puertos nunca vistos antes.

Ten siempre a Ítaca en tu mente.
Llegar allí es tu destino.
Mas no apresures nunca el viaje.
Mejor que dure muchos años
y atracar, viejo ya, en la isla,
enriquecido de cuanto ganaste en el camino
sin aguantar a que Ítaca te enriquezca.

Ítaca te brindó tan hermoso viaje.
Sin ella no habrías emprendido el camino.
Pero no tiene ya nada que darte.

Aunque la halles pobre, Ítaca no te ha engañado.
Así, sabio como te has vuelto, con tanta experiencia,
entenderás ya qué significan las Ítacas.

Konstandinos Petru Kavafis (1911)

AGRADECIMIENTOS

Tal como dicen los versos que acompañan el inicio de esta tesis, el camino ha sido largo, pero ha sido rico, me ha permitido conocer a muchas personas y aprender de todas ellas, me ha permitido profundizar en temas por los que, a menudo, había pasado de puntillas; este proceso acaba, se inicia uno nuevo que nos traerá nuevos retos y oportunidades.

Quiero dedicar esta investigación a mi familia, de manera muy especial, a Concha, compañera de vida, que ha sido testigo de primera mano del largo camino y de la que he sentido su apoyo, sobretodo en los momentos más complejos; también a mis hijos, Aleix y Joel, por estar ahí, por ser como son, cada uno a su manera, por los apoyos y ayudas a lo largo de este proceso, porque, además, han sido mis salvadores en aspectos como la estadística o la informática; y, finalmente, también a Xènia, con la que compartimos un largo camino y que también ha estado presente en este proceso ofreciendo ánimos.

A mis directoras de tesis, la Dra. Irene de Vicente y la Dra. Nuria Fuentes-Peláez, por su apoyo, por sus consejos y orientaciones, por hacer fácil un proceso complejo.

A Beth Maluquer, que fue una de las primeras personas en animarme a emprender esta aventura y que, en su momento, propició que tuviese experiencias profesionales enriquecedoras que me han traído hasta aquí.

A las personas que he conocido en este camino y que me han brindado su ayuda de diversas maneras: haciendo de enlace con otras personas o instituciones, ofreciéndose a colaborar en el proceso, compartiendo debates y reflexiones; quiero agradecer especialmente a Belén, Rafa, Karina, Alicia, Gema, Alba, Izaskun, Miren, Loli, Marc, Anna y Patricia; todos ellos han contribuido a hacer posible el proceso de investigación. Agradecer al Consejo General de Trabajo Social y a la Asociación de Trabajo Social en Ejercicio Libre por las facilidades que me dieron para realizar actividades de la investigación y posibilitar el contacto con profesionales de toda España.

A las compañeras de la Universidad que me han animado y acompañado en todo este proceso: Virginia, M^a Àngels, Violeta, Anna, Urgell, Josep Maria.

Finalmente, no puedo acabar sin agradecer a todas las personas que participaron en la encuesta, en los grupos de trabajo y en las entrevistas, que son las que han hecho posible que esta investigación llegue a buen puerto.

ACRÓNIMOS

ABSS: Área Básica de Servicios Sociales

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AOC: Administració Oberta de Catalunya (Administración Abierta de Catalunya)

CCAA: Comunidades Autónomas

CEESC: Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya

CGTS: Consejo General de Trabajo Social

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CIF: Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

CSS: Centro de Servicios Sociales

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades

DGAIA: Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (Generalitat de Catalunya)

DIBA: Diputació de Barcelona

DS-DIBA: Diagnóstico Social – Diputación de Barcelona

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales).

DTASF: Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (Generalitat de Catalunya)

EBAS: Equipo Básico de Atención Social

ES: Educador/a Social

GDD: Servicio de Salud Pública (Ámsterdam)

GESS: Gestió d'Expedients de Serveis Socials. Aplicación informática para la gestión de los expedientes de Servicios Sociales de Atención Primaria, impulsado por el Consorci d'Acció Social de Catalunya – SUMAR.

GISSAP: Programa informático de la Diputación de Barcelona para gestión de los expedientes de Servicios Sociales de Atención Primaria.

GRITS: Grup de Recerca i Innovació en Treball Social

IASSW: International Association of Schools of Social Work

IFSW: International Federation of Social Work

IMSST: Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona

IPREM: Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

IRSC: Indicador de Renda de Suficiència de Catalunya

NASW: National Association of Social Work (USA)

OMS: Organización Mundial de la Salud (ver WHO)

ONU: Organización de Naciones Unidas (ver UUNN)

PESSC: Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya, 2010 - 2013

PIAISS: Programa Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitaria (Generalitat de Catalunya)

PIE System: Person -in- environment System

RAE: Real Academia Española de la Lengua

ROMA: Results Oriented Management and Accountability

SIAS: Sistema d'Informació d'Acció Social. Aplicación informática del Ayuntamiento de Barcelona para la gestión de los expedientes de Servicios Sociales de Atención Primaria.

SIUSS: Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales

SSM-C: Self-Sufficiency Matrix version Catalunya

SSM-NL/SSM-D: Self-Sufficiency Matrix versión Países Bajos (NL, Nederland; dutch, neerlandés, en inglés)

SSM-USA: Self-Sufficiency Matrix versión Estados Unidos de América

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

TS: Trabajador/a Social

TS2000: Programa informático de la Generalitat de Catalunya en la década de 2000 para la gestión de expedientes de Servicios Sociales de Atención Primaria.

TS92: Programa informático de la Generalitat de Catalunya en la década de 1990 para la gestión de expedientes de Servicios Sociales de Atención Primaria.

TSCAT: Col·legi de Treball Social de Catalunya

UTS: Unidad de Trabajo Social

WHO: World Health Organization (ver OMS)

XISSAP: Aplicación informática de base web la Diputación de Barcelona para gestión de los expedientes de Servicios Sociales de Atención Primaria.

RESUMEN

Esta investigación aborda el tema del diagnóstico social, siendo éste parte del Trabajo Social desde sus inicios como disciplina, tal y como se constata en la obra *Social Diagnosis* (Richmond, 1917).

La presente tesis doctoral tiene como objetivos elaborar una clasificación de diagnósticos para la intervención social desde el Trabajo Social, poniendo especial énfasis en su aportación al Sistema de Servicios Sociales, como sistema principal donde se desarrolla la actividad profesional del Trabajo Social y desarrollar una propuesta de metodología para el diagnóstico social que facilite la aplicación práctica de esta clasificación.

Para alcanzar los objetivos se ha diseñado una metodología mixta, de complementariedad y en el que el método cuantitativo ha sido preliminar y complementario respecto al método cualitativo. Se ha llevado a cabo una encuesta en la que participaron 170 profesionales de todo el Estado español. Por otro lado, se ha realizado un análisis documental sobre una amplia muestra de aportaciones de la comunidad científica nacional e internacional, que ha alimentado tanto los datos cuantitativos como los cualitativos. Para la recogida de información de estos últimos se han utilizado diversas técnicas que han contado con una destacada participación: siete grupos de discusión que se han desarrollado en las cuatro provincias catalanas, Madrid, Almería (Andalucía) y un grupo de profesionales de diversos puntos de España; finalmente, también se realizaron 4 entrevistas con personas clave por su conocimiento, participación o implicación en el desarrollo o formación sobre el diagnóstico social.

La investigación plantea estudiar las bases metodológicas y tecnológicas (aplicación práctica de conocimientos teóricos) para el desarrollo del diagnóstico social. Los resultados principales apuntan la falta de desarrollo metodológico sobre la elaboración de diagnóstico social, un uso reducido de instrumentos para su sistematización, aún contando con diversos instrumentos y modelos, mayoritariamente elaborados y desarrollados en el extranjero; así como una desvinculación de buena parte de los instrumentos utilizados en España de un marco teórico de referencia.

Esta investigación aplicada concluye con dos propuestas concretas: una metodología para la elaboración del diagnóstico social y una propuesta de clasificación diagnóstica acompañadas y sustentadas en un marco teórico de referencia, que incluye una propuesta de definición del objeto del Trabajo Social y del diagnóstico social.

La metodología parte de la consideración que el proceso de diagnóstico es único, pero que, a su vez, se conforma por diversas acciones (descripción, análisis y síntesis) para las que se proponen guías y técnicas que permiten el desarrollo armónico y completo del proceso, incorporando factores de riesgo y protección y el concepto de funcionamiento social (roles). La propuesta de clasificación diagnóstica se desarrolla en una estructura flexible sobre la base de cuatro ámbitos (autonomía personal, relacional, instrumental y material) y 16 dimensiones de la vida de las personas en relación con su entorno; cada dimensión se construye mediante indicadores graduados que se basan en la autosuficiencia, que engloba el empoderamiento y las fortalezas para hacer frente a las contingencias que las personas se encuentran en su vida.

Palabras clave: trabajo social, diagnóstico social, investigación, intervención social, metodología y clasificación diagnóstica

ABSTRACT

This research addresses the issue of social diagnosis, being part of Social Work from its beginnings as a discipline as stated in the work *Social Diagnosis* (Richmond, 1917).

This thesis aims to develop a diagnostic classification in social intervention from Social Work, with particular emphasis on its contribution to the Social Services System, as the main system where the professional activity of Social Work is carried out and develop a proposal for a methodology for social diagnosis that facilitates the practical application this classification.

To achieve the objectives, a complementarity mixed-method has been designed, in which the quantitative method has been preliminary and complementary with respect to the qualitative method. A survey was carried out in which 170 professionals from all over the Spanish State participated. On the other hand, a documentary analysis has been carried out on a wide sample of contributions from the national and international scientific community, which has fed both quantitative and qualitative data. For the collection of the information on the latter, various techniques has been used that have had an outstanding participation: seven discussion groups have been held in the four Catalan provinces, Madrid, Almería (Andalusia) and a group of professionals from various parts of Spain; finally, 4 interviews were also conducted with key people for their knowledge, participation or involvement in the development or training on social diagnosis.

Research aims to study methodological and technological bases (practical application of theoretical knowledge) for the development of the social diagnosis. The main results point to the lack of methodological development on the elaboration of a social diagnosis, a reduced use of tools for systematization, even with different instruments and models developed and developed mainly abroad; as well as a disassociation of a large part of the instruments used in Spain from a theoretical framework.

This applied research concludes with two specific proposals: a methodology for the elaboration of the social diagnosis and a proposal for a diagnostic classification accompanied and supported by a theoretical framework of reference that includes a proposal for the definition of the object of Social Work and social diagnosis.

The methodology starts from the consideration that the diagnostic process is unique, but that, in turn, is made up of various actions (description, analysis and synthesis) for which guides and techniques are proposed that allow for the harmonious and complete development of the process, incorporating risk and protection factors and the concept of social functioning (roles). The diagnostic classification proposal is developed in a flexible structure based on four areas (personal, relational, instrumental and material autonomy) and 16 dimensions of people's lives in relation to their environment; each dimension is built using graduated indicators that are based on self-sufficiency, which encompasses empowerment and strengths to face the contingencies that people encounter in their lives.

Key words: social work, social diagnosis, research, social intervention, methodology and diagnosis classification

SUMARIO

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	23
ÍNDICE DE TABLAS	24
INTRODUCCIÓN	29
PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO	33
CAPÍTULO 1 UN MARCO PARA DEFINIR LA INTERVENCIÓN SOCIAL	35
1.1 INTRODUCCIÓN A LA INTERVENCIÓN SOCIAL	36
1.2 PARADIGMAS PARA LA INTERVENCIÓN SOCIAL	39
1.2.1 INTRODUCCIÓN A LOS PARADIGMAS EN LAS CIENCIAS SOCIALES	39
1.2.2 EL PARADIGMA POSITIVISTA	40
1.2.3 EL PARADIGMA MATERIALISTA DIALÉCTICO	42
1.2.4 EL PARADIGMA INTERPRETATIVO	43
1.3 EL CONSTRUCCIONISMO: UN ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO PARA EL TRABAJO SOCIAL	45
1.4 A MODO DE RESUMEN	49
CAPÍTULO 2 TRABAJO SOCIAL: ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA	53
2.1 DEFINIR EL TRABAJO SOCIAL	55
2.2 EL OBJETO DEL TRABAJO SOCIAL	58
2.3 LOS MÉTODOS EN LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL	66
2.3.1 LA EVOLUCIÓN DE LOS MÉTODOS DE TRABAJO SOCIAL	67
2.3.2 EL MÉTODO BÁSICO O ÚNICO DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL	70
2.4 LOS MODELOS TEÓRICOS DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL	73
2.4.1 TRABAJO SOCIAL CRÍTICO	76
2.4.2 TEORÍAS FEMINISTAS	78
2.4.3 ENFOQUES ANTI-OPRESIVO Y MULTICULTURAL	86
2.4.4 ENFOQUE BASADO EN LAS FORTALEZAS	89
2.5 A MODO DE RESUMEN	94

CAPÍTULO 3 POLÍTICAS SOCIALES: EL MARCO PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO

SOCIAL **97**

3.1 CONCEPTO DE POLÍTICA SOCIAL	99
3.1.1 APORTACIONES A LA DEFINICIÓN DE POLÍTICA SOCIAL	99
3.2 LA ESTRUCTURACIÓN DE LA POLÍTICA SOCIAL	101
3.2.1 POLÍTICA DE GARANTÍA DE INGRESOS	104
3.2.2 POLÍTICA SANITARIA	106
3.2.3 POLÍTICA EDUCATIVA	108
3.2.4 POLÍTICA DE SERVICIOS SOCIALES	111
3.2.5 POLÍTICA LABORAL	117
3.2.6 POLÍTICA DE VIVIENDA	120
3.2.7 POLÍTICAS TRANSVERSALES	123
3.3 EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS SECTORIALES	125
3.3.1 LA RELACIÓN ENTRE TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES	127
3.4 A MODO DE RESUMEN	130

CAPÍTULO 4 EL DIAGNÓSTICO SOCIAL **133**

4.1 HACÍA UNA DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO SOCIAL	136
4.1.1 APORTACIONES AL CONCEPTO DE DIAGNÓSTICO SOCIAL	137
4.1.2 DEFINIENDO EL DIAGNÓSTICO SOCIAL: DE MARY RICHMOND A LAS PERSPECTIVAS POSTESTRUCTURALISTAS	144
4.2 EL DIAGNÓSTICO EN EL PROCESO METODOLÓGICO	148
4.2.1 LA PROPUESTA OPERACIONAL DE AYLWIN, JIMÉNEZ Y QUESADA (1976)	149
4.2.2 EL MÉTODO BÁSICO DE MONTSERRAT COLOMER (1979)	152
4.2.3 LA METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL SEGÚN DE ROBERTIS (2006)	153
4.2.4 EL DIAGNÓSTICO COMO PROCESO DIALÓGICO DE M. JOSÉ AGUILAR (2013)	156
4.3 LA METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL	158
4.3.1 ENMARCANDO LA METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL	158
4.3.2 LA METODOLOGÍA SEGÚN MARY E. RICHMOND	160
4.3.3 LAS APORTACIONES DE GORDON HAMILTON (1940)	161
4.3.4 LAS APORTACIONES DE LOS MÉTODOS BÁSICOS O ÚNICOS	164
4.3.5 EL ENFOQUE DIALÓGICO EN LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL	166
4.3.6 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN APLICADAS Y CATEGORIZACIONES	168

4.3.7 LA ESTANDARIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO SOCIAL	170
4.3.8 LA POSICIÓN DE LOS ACTORES EN EL DIAGNÓSTICO SOCIAL	176
4.4 INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO SOCIAL: UNA VISIÓN PANORÁMICA	180
4.5 LOS INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO ORIGINARIOS DEL ÁMBITO ESPAÑOL	182
4.5.1 SISTEMA DE INFORMACIÓN DE USUARIOS/AS DE SERVICIOS SOCIALES (SIUSS)	183
4.5.1.1 Estructura del instrumento	185
4.5.1.2 Síntesis del instrumento SIUSS	188
4.5.2 ESCALA GENERAL DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DE CONDE (1998)	188
4.5.2.1 Análisis descriptivo	189
4.5.2.2 Análisis diagnóstico	190
4.5.2.3 Análisis prospectivo	192
4.5.2.4 Síntesis del instrumento Escala General de Categorías	193
4.5.3 DIAGNÓSTICO SOCIAL –EUSKADI	195
4.5.3.1 Estructura del instrumento	198
4.5.3.2 Síntesis del instrumento Diagnóstico Social Euskadi	199
4.5.4 HÈSTIA, APLICACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓ OBERTA DE CATALUNYA	201
4.5.4.1 Estructura del instrumento	203
4.5.4.2 Síntesis del instrumento Hèstia	203
4.5.5 DS-DIBA	206
4.5.5.1 Estructura del instrumento	212
4.5.5.2 Síntesis del instrumento DS-DIBA	213
4.5.6 MATRIZ DE AUTOSUFICIENCIA, VERSIÓN CATALUNYA (SSM-C)	215
4.5.6.1 Estructura del instrumento	222
4.5.6.2 Síntesis del instrumento SSM - C	223
4.5.7 SÍNTESIS DE LOS INSTRUMENTOS DESARROLLADOS EN ESPAÑA	223
4.6 LOS INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ÁMBITO INTERNACIONAL	224
4.6.1 PIE (PERSON-IN-ENVIRONMENT) SYSTEM	226
4.6.1.1 Factor I. Funcionamiento del Rol Social	228
4.6.1.2 Factor II. La persona en el entorno – Problemas en el entorno	233
4.6.1.3 Síntesis del instrumento PIE System	234
4.6.2 SELF-SUFFICIENCY MATRIX, VERSIÓN SNOHOMISH COUNTY (USA)	237
4.6.2.1 Los orígenes de la Matriz de Autosuficiencia	249
4.6.2.2 Estructura del instrumento	250
4.6.2.3 Síntesis del instrumento SSM - USA	251
4.6.3 SELF—SUFFICIENCY MATRIX, VERSIÓN ÁREA DE SALUD PÚBLICA DE ÁMSTERDAM (PAÍSES BAJOS)	
4.6.3.1 Estructura del instrumento	

4.6.3.2 Síntesis del instrumento SSM - D	259
4.6.4 OUTCOME STAR™	260
4.6.4.1 Estructura del instrumento	262
4.6.4.2 Síntesis del instrumento Outcome Star	265
4.6.5 SÍNTESIS DE LOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	265
4.7 A MODO DE RESUMEN	266
 SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO	 269
 CAPÍTULO 5 OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	 271
 5.1 MARCO GENERAL METODOLÓGICO	 272
5.2 EL DISEÑO METODOLÓGICO: LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y LOS OBJETIVOS	278
5.3 PROCESO METODOLÓGICO	280
5.3.1 TEORÍA: ANÁLISIS DOCUMENTAL	283
5.3.1.1 Análisis de los instrumentos	286
5.3.2 TRABAJO DE CAMPO	286
5.3.2.1 La encuesta	287
5.3.2.2 Grupos de discusión	300
5.3.2.3 Entrevistas	306
5.3.3 ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN	310
 TERCERA PARTE. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	 317
 CAPÍTULO 6 RESULTADOS	 319
 6.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL DESDE LA PERSPECTIVA PROFESIONAL: LA ENCUESTA	 320
6.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE RESPONDEN AL CUESTIONARIO	321
6.1.1.1 Distribución por Sexo	321
6.1.1.2 Distribución por profesión	322
6.1.1.3 Distribución según afiliación colegial	323
6.1.1.4 Distribución por edades	324
6.1.1.5 Distribución por función desempeñada	325
6.1.1.6 Distribución por tipo de servicio donde trabaja	326
6.1.1.7 Distribución geográfica	326

6.1.2 CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL DIAGNÓSTICO SOCIAL	326
6.1.2.1 Importancia del diagnóstico en el proceso de intervención social	327
6.1.2.2 Situaciones en las que es adecuado formular un diagnóstico social	328
6.1.2.3 Utilidad del diagnóstico	329
6.1.2.4 Ubicación del diagnóstico social en el proceso metodológico de intervención social	332
6.1.3 NIVELES DE DIAGNÓSTICO	333
6.1.3.1 Valoración de la necesidad de disponer niveles de diagnóstico	334
6.1.3.2 Ubicación de los niveles de diagnóstico en fases de atención	335
6.1.4 LOS ROLES EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO SOCIAL	336
6.1.5 DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO SOCIAL	339
6.1.6 ELEMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL	341
6.1.6.1 El proceso del diagnóstico social	341
6.1.6.2 La elaboración del diagnóstico	343
6.1.6.3 La formulación del diagnóstico	345
6.1.7 HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO	347
6.1.7.1 Análisis cruzado de variables sobre categorías absolutas	349
6.1.7.2 Análisis cruzado de variables sobre graduación de las categorías	350
6.1.7.3 Análisis cruzado de las variables sobre inclusión de indicadores	351
6.1.7.4 Síntesis del análisis cruzado de variables	352
6.1.8 ÁMBITOS DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL	353
6.1.9 EL PRONÓSTICO	355
6.1.9.1 Aspectos generales	356
6.1.9.2 Utilidad del pronóstico	357
6.1.10 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELABORACIÓN DEL PRONÓSTICO	358
6.1.11 A MODO DE RESUMEN	360
6.2 APORTACIONES A LOS ELEMENTOS CLAVE: LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN Y LAS ENTREVISTAS	334
6.2.1 GRUPOS DE DISCUSIÓN	362
6.2.1.1 Lenguaje homogéneo	364
6.2.1.2 El uso de indicadores	371
6.2.1.3 Lenguaje adaptado a la persona	383
6.2.1.4 Sistematizar estrategias y resultados	387
6.2.1.5 Roles de los actores: rol profesional y rol persona usuaria	392
6.2.1.6 Otras aportaciones de los grupos de discusión	399
6.2.2 LAS ENTREVISTAS	401
6.2.2.1 Proceso profesional, personal e histórico	403

6.2.2.2 Referentes del Trabajo Social y del diagnóstico	412
6.2.2.3 Conceptualización del diagnóstico social	415
6.2.2.4 Concepción del diagnóstico social en la práctica	419
6.2.2.5 Metodología diagnóstica	421
6.2.2.6 Metodología para la sistematización	427
6.2.2.7 Uso y análisis de instrumentos	430
6.2.2.8 Papel del sector profesional en diagnóstico social	436

CAPÍTULO 7 ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS. 441

7.1 ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS	442
7.2 ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE LOS INSTRUMENTOS	443
7.2.1 ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO SIUSS	444
7.2.2 ANÁLISIS DE LA PROPUESTA DE DIAGNÓSTICOS DE CONDE (1998)	448
7.2.3 ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO SOCIAL – EUSKADI	452
7.2.4 ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO HËSTIA	455
7.2.5 ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO DS-DIBA	459
7.2.6 ANÁLISIS LOS INSTRUMENTOS SELF-SUFFICIENCY MATRIX	462
7.2.7 ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO PERSON – IN – ENVIRONMENT (PIE) SYSTEM	473
7.2.8 ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS OUTCOME STAR TM	477
7.3 SÍNTESIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CONJUNTO DE INSTRUMENTOS	479
7.4 A MODO DE RESUMEN	483

8 CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS EN RELACIÓN CON LAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS 487

8.1 ANÁLISIS DEL MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO PARA EL DIAGNÓSTICO SOCIAL	488
8.1.1 ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO: CONSTRUCCIONISMO	489
8.1.2 TRABAJO SOCIAL: DEFINICIÓN Y OBJETO	495
8.1.3 MODELOS TEÓRICOS DE REFERENCIA EN TRABAJO SOCIAL	499
8.1.3.1 Aportaciones del Trabajo Social Crítico	500
8.1.3.2 Aportaciones de las teorías feministas	502
8.1.3.3 Aportaciones de los enfoques anti-opresivo y multicultural	504
8.1.3.4 Aportaciones del enfoque centrado en las fortalezas	505
8.1.4 INTERVENCIÓN SOCIAL: HERRAMIENTAS PROFESIONALES VS. HERRAMIENTAS DE SISTEMA	506
8.1.5 EL DIAGNÓSTICO SOCIAL: CONCEPTO Y ENCUADRE EN LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN SOCIAL	509
8.1.6 LOS ELEMENTOS CLAVE DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL: NIVELES, ROLES, LENGUAJE Y MÉTODO	513
8.1.7 A MODO DE RESUMEN	520

CUARTA PARTE. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS	523
CAPÍTULO 9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	525
9.1 HACIA UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO SOCIAL	526
9.2 HACIA UNA PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA	535
9.3 RECOMENDACIONES	541
CAPÍTULO 10 PROPUESTAS	545
10.1 UNA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	546
10.1.1 MARCO CONCEPTUAL PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL	547
10.1.1.1 El enfoque epistemológico construccionista como punto de partida	548
10.1.1.2 Trabajo social: objeto, funciones y enfoques teóricos	551
10.1.1.3 Diagnóstico social: definición y elementos básicos	554
10.1.2 EL PROCESO PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO SOCIAL	556
10.1.2.1 La definición del contexto en el inicio de la intervención profesional	558
10.1.2.2 Acción descriptiva	559
10.1.2.3 Acción interpretativa	564
10.1.2.4 Acción sintética	571
10.2 UNA CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS PARA LA INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL	572
10.2.1 DESARROLLO DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS	573
10.2.1.1 Ámbito relacional	574
10.2.1.2 Ámbito de la autonomía personal	578
10.2.1.3 Ámbito instrumental	581
10.2.1.4 Ámbito material	585
10.2.2 DETERMINACIÓN DE LAS DIMENSIONES POR NIVELES DIAGNÓSTICOS	587
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	591
ANEXOS	611
ANEXO 1. CRONOGRAMA	612
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA	613
ANEXO 3. GUÍA DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN	625
ANEXO 4. GUÍA DE LAS ENTREVISTAS	626
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	627

Índice de ilustraciones

<i>Ilustración 1. Tres visiones del trabajo social y sus filosofías políticas subyacentes</i>	57
<i>Ilustración 2. Ejes de intersección de privilegio, dominación y opresión</i>	85
<i>Ilustración 3. Esquema del método como estructura y como proceso</i>	150
<i>Ilustración 4. Proceso en orden cronológico</i>	154
<i>Ilustración 5. Matriz de los cinco modelos de diagnóstico según el grado de participación de la persona usuaria</i>	178
<i>Ilustración 6. Mapa de distribución de los instrumentos diagnósticos a analizar según su origen y autoría</i>	181
<i>Ilustración 7. Captura de pantalla de las pestañas de recogida de datos en Hèstia</i>	201
<i>Ilustración 8. Cuadro de necesidades sociales por tipos de necesidad</i>	206
<i>Ilustración 9. Pirámide de Kaiser ampliada</i>	213
<i>Ilustración 10. Pirámide definida por King's Fund para el Reino Unido</i>	214
<i>Ilustración 11. Estructura de codificación del Factor I - Pie System</i>	226
<i>Ilustración 12. Estructura de la codificación del Factor II - PIE System</i>	228
<i>Ilustración 13. Estructura de las escalas de resultado de Self-Sufficiency Matrix</i>	237
<i>Ilustración 14. Significado de los niveles en términos de autosuficiencia y relación con la necesidad de atención y la necesidad de apoyo</i>	251
<i>Ilustración 15. Temáticas que disponen de instrumentos Outcomes Star</i>	261
<i>Ilustración 16. Dimensión 6. Educación y Aprendizaje, Family Star Plus, Outcomes Star</i>	263
<i>Ilustración 17. Imagen de la Family Star (1ª edición)</i>	264
<i>Ilustración 18. Combinaciones complementarias de investigación cualitativa y cuantitativa</i>	275
<i>Ilustración 19. Etapas del desarrollo de la investigación</i>	280
<i>Ilustración 20. Nube de palabras de códigos para el análisis documental</i>	286
<i>Ilustración 21. Participantes en el trabajo de campo distribuidos por técnicas</i>	287
<i>Ilustración 22. Nube de palabras de los códigos utilizados en el análisis de los grupos de discusión</i>	306
<i>Ilustración 23. Nube de palabras de los códigos utilizados en el análisis de las entrevistas</i>	310
<i>Ilustración 24. Distribución por Ámbito de trabajo – Representación gráfica</i>	325
<i>Ilustración 25. Representación gráfica de la valoración media de los elementos para el proceso del diagnóstico social</i>	343
<i>Ilustración 26. Valoración de los elementos para la elaboración del diagnóstico social</i>	345
<i>Ilustración 27. Valoración media de los elementos para la formulación del diagnóstico</i>	346
<i>Ilustración 28. Valoración de la utilidad de diversos instrumentos para el diagnóstico social</i>	349
<i>Ilustración 29. Representación gráfica de la valoración de los ámbitos para el diagnóstico</i>	355
<i>Ilustración 30. Valoración de los factores que influyen en la elaboración del pronóstico</i>	438

<i>Ilustración 31. Síntesis del funcionamiento del instrumento DS-DIBA</i>	459
<i>Ilustración 32. Las tres acciones para la elaboración del diagnóstico</i>	557
<i>Ilustración 33. Propuesta A. Representación gráfica con barras de color</i>	565
<i>Ilustración 34. Propuesta B: Gráfico de araña</i>	566

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Comparativa de las fases del método de intervención en trabajo social</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 2. Síntesis de Teorías del Trabajo Social según Malcolm Payne (2014)</i>	<i>75</i>
<i>Tabla 3. Corrientes del feminismo</i>	<i>82</i>
<i>Tabla 4. Definiciones de política social</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 5. Políticas Sociales Sectoriales y bienes que promueven y protegen</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 6. Definiciones de Servicios Sociales</i>	<i>112</i>
<i>Tabla 7. Estructura general del proceso metodológico y tipo de operaciones que se realizan en sus etapas</i>	<i>169</i>
<i>Tabla 8. roles profesionales según la función y el objetivo de su acción</i>	<i>177</i>
<i>Tabla 9. Modelos de diagnóstico según la distribución de roles</i>	<i>179</i>
<i>Tabla 10. Estructura del árbol de Valoraciones - SIUSS</i>	<i>185</i>
<i>Tabla 11. Sistema de clasificación de las valoraciones profesionales en SIUSS (2019)</i>	<i>185</i>
<i>Tabla 12. Resumen de los aspectos clave del modelo SIUSS</i>	<i>188</i>
<i>Tabla 13. Escala General de Categorías Diagnósticas</i>	<i>191</i>
<i>Tabla 14. Resumen de los aspectos clave del modelo de Escala General de Categorías Diagnósticas de Conde (1998)</i>	<i>192</i>
<i>Tabla 15. Estructura del instrumento de diagnóstico social del Gobierno Vasco (2013)</i>	<i>195</i>
<i>Tabla 16. Resumen de los aspectos clave del instrumento Diagnóstico social Euskadi</i>	<i>198</i>
<i>Tabla 17. Categorías y problemáticas en Hestia</i>	<i>201</i>
<i>Tabla 18. Resumen de los aspectos clave del modelo Hestia</i>	<i>203</i>
<i>Tabla 19. Tipos de necesidad y entornos de intervención en DS-DIBA</i>	<i>205</i>
<i>Tabla 20. Factores de contexto: riesgo y protección en DS-DIBA</i>	<i>207</i>
<i>Tabla 21. Elementos para estructurar el diagnóstico por Entornos según el instrumento DS-DIBA</i>	<i>209</i>
<i>Tabla 22. Resumen de los aspectos clave del modelo DS-DIBA</i>	<i>212</i>
<i>Tabla 23. Dimensiones e indicadores por niveles del modelo Self-Sufficiency Matrix - C</i>	<i>216</i>
<i>Tabla 24. Dimensiones e indicadores relacionados con el ejercicio de la parentalidad; Self-Sufficiency Matrix catalán</i>	<i>220</i>
<i>Tabla 25. Resumen de los aspectos clave del modelo SSM - D</i>	<i>222</i>
<i>Tabla 26. Estructura del PIE System</i>	<i>225</i>
<i>Tabla 27. Desarrollo de las categorías correspondientes al Factor I (PIE System)</i>	<i>226</i>
<i>Tabla 28. Desarrollo de las categorías del Factor II (PIE system)</i>	<i>229</i>
<i>Tabla 29. Resumen de los aspectos clave del modelo PIE System</i>	<i>233</i>
<i>Tabla 30. Dimensiones, niveles y benchmarcks de Self-Sufficiency Matrix (USA)</i>	<i>239</i>

Tabla 31. Resumen de los aspectos clave del modelo SSM - USA	249
Tabla 32. Dimensiones e indicadores por niveles del modelo Self-Sufficiency Matrix - Neerlandés	254
Tabla 33. Dimensiones e indicadores relacionados con el ejercicio de la parentalidad; Self - Sufficiency Matrix neerlandés	257
Tabla 34. Resumen de los aspectos clave del modelo SSM - D	259
Tabla 35. Resumen de los aspectos clave del modelo Outcome Star™	265
Tabla 36. Objetivos generales y específicos de la investigación	279
Tabla 37. Identificación de las estrategias y técnicas de investigación según las preguntas de investigación y los objetivos	281
Tabla 38. Calendarización de la etapa de Recogida de datos	282
Tabla 39. Estimación del universo y de la muestra	292
Tabla 40. Resultados de la prospección de acceso a los participantes en la encuesta	293
Tabla 41. Resumen de respuestas al cuestionario por envíos	295
Tabla 42. Distribución de las variables según su tipología	296
Tabla 43. Categorías en las variables ordinales. Agrupación final	298
Tabla 44. Resultados de la variable Lugar de trabajo (ubicación geográfica)	301
Tabla 45. Propuesta grupos de discusión y distribución territorial	302
Tabla 46. Participación en los grupos de discusión por localización	304
Tabla 47. Desarrollo de temas y subtemas de los Grupos de Discusión	305
Tabla 48. Variables del bloque Características de las personas que responden al cuestionario	321
Tabla 49. Distribución por Sexo – Frecuencias y representación gráfica	322
Tabla 50. Distribución por Profesión – Frecuencias y representación gráfica	322
Tabla 51. Distribución según Colegiación Frecuencias y representación gráfica	323
Tabla 52. Distribución por Edad - Frecuencias y representación gráfica	324
Tabla 53. Distribución por Función desempeñada – Frecuencias y representación gráfica	324
Tabla 54. Distribución por Ámbito de trabajo – Frecuencias	325
Tabla 55. Distribución geográfica – Frecuencias	326
Tabla 56. Variables del bloque Aspectos generales del diagnóstico social	327
Tabla 57. Importancia del diagnóstico– Frecuencias y representación gráfica	328
Tabla 58. Importancia del diagnóstico – Resultados estadísticos	328
Tabla 59. Formulación del diagnóstico social – Frecuencias y representación gráfica	329
Tabla 60. Hipótesis de correlación de respuestas entre variables sobre utilidad del diagnóstico social	330
Tabla 61. Utilidad del diagnóstico social – Frecuencias globales	330
Tabla 62. Tabla de contingencia de las variables sobre la utilidad del diagnóstico	331

<i>Tabla 63. El Diagnóstico en el proceso metodológico de intervención social – Frecuencias y representación gráfica</i>	332
<i>Tabla 64. Valoración de la necesidad de niveles de diagnóstico – Frecuencias, media y representación gráfica</i>	334
<i>Tabla 65. Ubicación de los niveles diagnósticos en las fases de atención</i>	335
<i>Tabla 66. Roles definidos para profesional y persona usuaria</i>	337
<i>Tabla 67. Tabla de datos cruzados de las variables: rol profesional activo y rol persona usuaria pasivo</i>	338
<i>Tabla 68. Tabla de datos cruzados de las variables: roles mixtos, participación limitada de la persona atendida</i>	338
<i>Tabla 69. Tabla de datos cruzados entre las variables: ambos roles activos</i>	339
<i>Tabla 70. Definiciones de diagnóstico social y correlación con síntesis para tabla de resultados</i>	340
<i>Tabla 71. Definición de diagnóstico - Frecuencias y representación gráfica</i>	340
<i>Tabla 72. Frecuencias y estadísticos de la valoración de las actividades que forman parte del proceso de diagnóstico social</i>	342
<i>Tabla 73. Frecuencias y estadísticos de la valoración de los elementos a valorar en la elaboración de diagnóstico social</i>	344
<i>Tabla 74. Frecuencias y estadísticos de la valoración de los elementos en la formulación de diagnóstico social</i>	346
<i>Tabla 75. Frecuencias y estadísticos de la valoración de las herramientas para la elaboración de diagnóstico social</i>	348
<i>Tabla 76. Tabla de contingencia entre las variables Categorías diagnósticas absolutas y Listado de problemáticas en categorías únicas</i>	350
<i>Tabla 77. Tabla de datos cruzados entre las variables sobre instrumentos graduables</i>	351
<i>Tabla 78. Tabla de datos cruzados entre las variables sobre instrumentos con indicadores</i>	352
<i>Tabla 79. Listado de ámbitos y codificación</i>	353
<i>Tabla 80. Valoración de la importancia de ámbitos a incluir en una herramienta de sistematización diagnóstica</i>	354
<i>Tabla 81. Valoración de la importancia del Pronóstico - Frecuencias, estadísticos y representación gráfica</i>	356
<i>Tabla 82. Situaciones en las que debe formalizarse un pronóstico en el proceso de intervención social – frecuencias y representación gráfica</i>	357
<i>Tabla 83. Valoración de la importancia de la utilidad del pronóstico</i>	358
<i>Tabla 84. Frecuencias y estadísticos de la valoración de la importancia de los elementos o factores que influyen en la elaboración del pronóstico</i>	359
<i>Tabla 85. Identificadores de los grupos de discusión</i>	363
<i>Tabla 86. Desarrollo de temas y codificación</i>	364
<i>Tabla 87. Codificación de las entrevistas</i>	402

Tabla 88. Desarrollo de temas y codificación	402
Tabla 89. Análisis de Instrumentos de Diagnóstico en la entrevista E2 (comunicación personal, 18/12/2019)	431
Tabla 90. Análisis de Instrumentos de Diagnóstico en la entrevista E4 (comunicación personal, 13/01/2020)	433
Tabla 91. Análisis de fortalezas y debilidades de SIUSS	447
Tabla 92. Análisis de fortalezas y debilidades de Escala General de Conde (1998)	451
Tabla 93. Análisis de fortalezas y debilidades de Diagnóstico Social - Euskadi	454
Tabla 94. Análisis de fortalezas y debilidades de Hèstia	458
Tabla 95. Análisis de fortalezas y debilidades de DS-DIBA	462
Tabla 96. Comparación de la denominación de los niveles en la graduación de los diversos instrumentos SSM	464
Tabla 97. Comparativa y correlación de las dimensiones en las tres versiones del instrumento SSM	466
Tabla 98. Comparativa del desarrollo de los indicadores en la categoría "Economía" (SSM-D y SSM-C) y la categoría "Ingresos" (Umbral federal de Pobreza) – (SSM-USA)	470
Tabla 99. Análisis de fortalezas y debilidades de SSM	472
Tabla 100. Análisis de fortalezas y debilidades de PIE SYSTEM	476
Tabla 101. Análisis de fortalezas y debilidades de Outcome Star TM	479
Tabla 102. Comparativa de las características de instrumentos de diagnóstico: SIUSS, Escala General (Conde, 1998), Diagnóstico social-Euskadi, Hèstia y DS-DIBA	481
Tabla 103. Comparativa de las características de instrumentos de diagnóstico SSM-C, PIE System, SSM-USA, SSM-D y Outcome Star TM	482
Tabla 104. Síntesis de las fortalezas de los distintos instrumentos	483
Tabla 105. Síntesis de las debilidades de los distintos instrumentos para el diagnóstico social	485
Tabla 106. Definiciones de diagnóstico social	510
Tabla 107. Fases metodológicas para elaborar el diagnóstico social según diversas autoras	519
Tabla 108. Síntesis de los principios y elementos para elaborar una propuesta metodológica de diagnóstico social	520
Tabla 109. Preguntas orientativas por dimensiones para la recogida de datos	561
Tabla 110. Adaptación de los ejes de privilegio y discriminación como factores de riesgo y protección.	567
Tabla 111. Roles de las personas usuarias	569
Tabla 112. Adaptación de la matriz FODA para la elaboración del diagnóstico	571
Tabla 113. Síntesis de las aportaciones para la elaboración de las categorías diagnósticas	572
Tabla 114. Graduación de los niveles, definición.	573

INTRODUCCIÓN

Conocer la historia del Trabajo Social y el papel de las pioneras de la profesión implica reconocer el esfuerzo que hicieron, a finales del siglo XIX y principios del XX, algunas mujeres (pues fueron mayoritariamente mujeres las pioneras) por convertir una actividad de ayuda en una profesión; y en ese reconocimiento incluimos, por supuesto, el valor que representa la primera obra sobre metodología del Trabajo Social, *Social Diagnosis*, de Mary E. Richmond publicado en 1917 que, como ella misma explica en el prólogo, se inició 15 años antes de ver la luz y supuso un esfuerzo inmenso de análisis de expedientes sociales y de sistematización.

Siendo el diagnóstico social el tema central de la primera obra metodológica del Trabajo Social podríamos pensar que, a lo largo del siglo que ha transcurrido desde su publicación, se habría desarrollado y profundizado en este tema. Sin embargo, la realidad es muy distinta; el desarrollo teórico y metodológico del Trabajo Social ha pasado por otros caminos y el diagnóstico social ha quedado relegado a una fase del proceso de intervención social, prestándosele una atención muy limitada.

Desde una perspectiva estrictamente metodológica, el diagnóstico aparece como un punto de partida para cualquier proceso de investigación, independientemente de si este se realiza sobre la situación de personas, individualmente tomadas, o si nos referimos a fenómenos más amplios; cualquier tratado de metodología lo primero que plantea es la necesidad de conocer las características de la situación o de los hechos, así como los conocimientos ya existentes sobre esta o aquellos.

En el caso de la intervención social, nos encontramos con unas características muy específicas, alejadas del tradicional modelo de observante y observado aplicable a las ciencias físicas, porque no existe “el observado”, sino que se trata de una persona que está viviendo una situación que le genera malestar y que interactúa, como mínimo, con otra persona (la profesional del Trabajo Social); y en esta relación se produce una influencia mutua desde el mismo momento en que se inicia y aumenta cuando abordan los motivos de la misma: porque se explican una situación o unos hechos determinados, la analizan a la luz de diversos focos (el vivencial por parte de la persona atendida, el técnico y vivencial también por parte de la profesional) lo que genera alteraciones en esa situación, aunque solo sean en la forma de mirarla, de entenderla.

En este contexto es de suma importancia disponer de herramientas teóricas, metodológicas y técnicas que permitan iniciar esta relación profesional orientada a la acción; dijo Séneca: «Quien no sabe a qué puerto se dirige, ningún viento le es favorable» y ahí esta la clave de la importancia del diagnóstico social: es el proceso que debe llevarnos a identificar ese puerto al que vamos a dirigirnos. Siguiendo con la metáfora de la navegación, vamos a entender el diagnóstico social como una brújula que nos señala la dirección, pero no el camino; es decir, que nos guía, pero no nos impone una única opción, sino que nos permite, teniendo claro ese destino, escoger los caminos a recorrer; sin olvidar, además, que podemos en medio de la travesía decidir continuar más allá del puerto inicial o cambiarlo, porque la realidad social es dinámica.

La motivación para plantear esta tesis surge de mi experiencia profesional: hace más de 15 años que mi participación en un proyecto de informatización me puso frente a una realidad de la que era poco consciente: el Trabajo Social, como disciplina, no disponía de un lenguaje propio con el que designar aquellos que se entendía eran sus ámbitos de intervención, el objeto de su intervención. Posteriormente, otras experiencias profesionales me reafirmaron en la necesidad de investigar sobre la sistematización del diagnóstico social y, en su caso, elaborar una propuesta. Quiero destacar, entre las experiencias vividas, mi participación en la elaboración del I Plan Estratégico de Servicios Sociales de Cataluña 2010 - 2013 (PESSC) en la medida que puso, de nuevo, de manifiesto que la falta de sistematización nos impedía conocer o inferir qué necesidades podían darse en la sociedad catalana y, por tanto, que respuestas serían necesarias. La sistematización a partir del uso de lenguaje común del objeto de nuestra intervención, tanto desde la perspectiva profesional como desde la perspectiva de la política de servicios sociales, es el primer paso para el desarrollo de la investigación que debería contribuir a un mayor avance de la disciplina del Trabajo Social y de sus ámbitos de intervención.

Esta investigación pretende generar conocimiento en relación con la propia disciplina del Trabajo Social; se plantea como un desarrollo metodológico y tecnológico, entendiendo la tecnología como la aplicación práctica del conocimiento teórico, de la profesión, buscando así un vínculo entre la teoría y la práctica. Partimos de la idea, parafraseando a Teresa Zamanillo (2018), que la teoría es necesaria para entender la realidad y para guiar la intervención para evitar la acción sin criterio que nos llevaría al activismo. Entendemos,

como apuntábamos antes, que el diagnóstico social es la piedra angular de la intervención social en la medida que debe ser la guía para la acción profesional.

Esta investigación se plantea dos objetivos: elaborar una clasificación de diagnósticos para la intervención profesional desde el Trabajo Social, poniendo especial énfasis en su aportación al Sistema de Servicios Sociales, como sistema principal donde se desarrolla la actividad profesional del Trabajo Social y desarrollar una propuesta de metodología para el diagnóstico social que facilite la aplicación práctica de esta clasificación. Para el diseño de la investigación se ha optado por una metodología mixta de complementariedad, en la que se ha utilizado el método cuantitativo para conseguir una primera aproximación al tema desde la perspectiva de los profesionales, y que se ha completado mediante técnicas cualitativas: análisis documental de los marcos teóricos y metodológicos y, sobretodo, de los distintos instrumentos de diagnóstico; grupos de discusión y entrevistas para abordar los elementos claves surgidos del método cuantitativo y del análisis documental.

Cumpliendo estos objetivos encontraremos un resultado final de la investigación innovador, que es la elaboración de dos propuestas: una metodología para el diagnóstico social y una clasificación diagnóstica; innovador porque existe poca literatura sobre metodología de diagnóstico social y, también, porque se plantean las dos propuestas en una profunda interrelación en la medida que entendemos que la metodología es el vehículo para el uso de los instrumentos, aunque la propuesta metodológica pueda ser utilizada, en sus conceptos básicos, con otros instrumentos, lo que le confiere flexibilidad.

Este trabajo de investigación se estructura en 4 partes. La primera parte se corresponde con el marco teórico y consta de cuatro capítulos: Capítulo 1. Un marco para definir la intervención social; Capítulo 2: Trabajo Social: entre la teoría y la práctica, Capítulo 3: Políticas sociales: el marco para el desarrollo del Trabajo Social y Capítulo 4. El diagnóstico social.

La segunda parte consta de un único capítulo en el que se describe la metodología de la investigación: Capítulo 5: Objetivos y Metodología.

La tercera parte se corresponde con los resultados y discusión y está conformada por dos capítulos: Capítulo 6: Resultados y discusión del análisis documental y Capítulo 7: Resultados y discusión de la recogida de datos.

La cuarta parte está dedicada a las conclusiones, recomendaciones y propuestas; esta parte se compone de dos capítulos: Capítulo 8: Conclusiones y recomendaciones y Capítulo 9: Propuestas.

Para finalizar deseamos hacer mención a una serie de cuestiones relacionadas con el lenguaje y aspectos formales de la redacción de esta tesis doctoral; en primer lugar, hemos utilizado el género femenino para referirnos a las personas participantes en el trabajo de campo puesto que mayoritariamente fueron mujeres las participantes y que, como se puede comprobar en los datos de afiliación colegial, en la profesión del Trabajo Social, las mujeres son mayoría, de esta manera queremos contribuir a visibilizar la feminización del colectivo. También en relación con el lenguaje, hemos optado por utilizar la expresión “Trabajo Social” siempre en mayúsculas como una forma de darle relevancia a lo largo del texto. En la investigación hemos respetado las lenguas originales en las que se hacían las aportaciones, tanto en el caso de los textos teóricos como en el trabajo de campo¹, introduciendo las traducciones como notas a pie de página. Finalmente, siguiendo la normativa de citación APA 7ª edición, las citas de más de cuarenta palabras se han escrito en párrafo separado y sin comillas, indicándose la autoría y la página que corresponde a todo el texto citado.

¹ Se exceptúa esta norma de citar en la lengua original en las transcripciones de las entrevistas puesto que solo había una persona con una lengua distinta y con el fin de preservar el anonimato y la confidencialidad, todas las aportaciones se han presentado en castellano. En el caso de los grupos de discusión, al estar prácticamente equilibradas las aportaciones en catalán y castellano, se han mantenido las versiones originales puesto que se puede preservar el anonimato y la confidencialidad.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 UN MARCO PARA DEFINIR LA INTERVENCIÓN SOCIAL

En este capítulo se aborda el primero de los conceptos clave que configuran el tema de esta tesis: la *intervención social* que conceptualizaremos como una actividad general de acción social.

La intervención social es, como se verá, una actividad que, dada la complejidad de la realidad social, necesita de la participación de diversas profesiones, Fantova nos apunta que la intervención social «Necesita del concurso de varias disciplinas y profesiones, y, fundamentalmente, del trabajo social, de la educación (y pedagogía social) y de la psicología de la intervención social» (Fantova, 2018, p. 81). Por ello en la primera parte de este capítulo nos ocuparemos de conceptualizar la intervención social como actividad propia de las profesiones de ayuda.

A continuación, desarrollaremos un marco teórico para esta intervención social y, para ello, presentaremos el enfoque epistemológico que enmarca toda la investigación: el construccionismo, no sin antes hacer un breve recorrido por los paradigmas de las ciencias y, en especial, de las ciencias sociales, que ayudará a contextualizar la elección realizada.

Decíamos que la intervención social requiere del concurso multidisciplinario y, como veremos, desde el construccionismo se apuesta por un conocimiento transdisciplinario que contribuya a la comprensión de una realidad compleja. Pero esta multidisciplinariedad requerida no significa que, desde este trabajo, vayamos a abordar todas estas disciplinas, sino que nos centraremos únicamente en el Trabajo Social.

1.1 Introducción a la intervención social

Definir qué es la intervención social no es una tarea fácil, aunque se trata de una actividad que, de distintas maneras, se viene realizando desde hace tiempo. Carballeda (2012), que habla de *intervención en lo social*, ubica su origen en «la denominada “cuestión social”» (Carballeda, 2012, p. 21) y se basa en Hobbes (1588-1679), al que reconoce una importante influencia, para señalar que el nacimiento de la *intervención en lo social* sería una consecuencia al logro de la paz social y a la necesidad de mantenerla «generando formas de reorientar la acción de los hombres, de encauzarlos en una dirección, en busca de aquello que el pensamiento moderno considerará y definirá como útil para el “todo social”» (Carballeda, 2012, p. 23).

La intervención en lo social evoluciona a lo largo de la historia, generando diversos dispositivos e instrumentos según lo que cada época identifica como «perfiles de transgresión» en palabras de Carballada (2012, p. 24) y se consolida a partir de los valores de la Ilustración, especialmente con su orientación pedagógica. A lo largo del siglo XIX se van consolidando prácticas sistemáticas y organizadas, auspiciadas por los nuevos conocimientos sobre el ser humano, sobre la sociedad y sobre los fenómenos sociales.

Esa evolución nos lleva a una realidad nueva que se va construyendo a lo largo del siglo XX y lo que llevamos del XXI y, pese a la larga tradición de la práctica de la intervención en lo social, en la actualidad es un término genérico que, en palabras de Teresa Zamanillo, «se refiere a toda la acción social que trata de transformar las condiciones existentes de las personas en situación de desventaja social o de exclusión» (Zamanillo, 2012, p. 105).

Una definición más concreta la encontramos en Fernando Fantova:

Así, propongo denominar intervención social a aquella actividad que:

- se realiza de manera formal u organizada,
- intentando responder a necesidades sociales y, específicamente,
- incidir significativamente en la interacción de las personas
- aspirando a una legitimación pública o social. (Fantova, 2007, p. 186)

Ambas definiciones apuntan una línea general de lo que significa la intervención social, sobre la que deberíamos profundizar un poco más para identificar aquellos elementos que nos serán necesarios para construirla.

Observamos que ambas definiciones hacen referencia a un ámbito sobre el que se desarrolla la intervención social: Zamanillo se refiere a «las condiciones existentes de las personas en situación de desventaja social o de exclusión» (Ibíd.), mientras que Fantova habla de «responder a necesidades sociales» (Ibíd.). Pero, para acotar las características, o algunas de ellas, de la intervención social es preciso tomar consciencia de la multidimensionalidad de esa realidad social sobre la que se quiere/debe intervenir; multidimensionalidad que ha sido identificada como una de las bases para el paradigma de la complejidad (Morin, 2009), pero también para explicar fenómenos como la propia exclusión social reflejada en una de las definiciones (Subirats et al., 2004, 2005).

En este sentido empezamos a vislumbrar que no solo la definición de intervención social no es sencilla sino que su práctica tampoco parece serlo; si la realidad social y las necesidades

sociales son multidimensionales requerirán, lógicamente, un abordaje multidisciplinar, tal y como apunta Fantova en un artículo más reciente: «Necesita del concurso de varias disciplinas y profesiones, y, fundamentalmente, del trabajo social, de la educación (y pedagogía social) y de la psicología de la intervención social» (Fantova, 2018, p. 81). Esta necesidad de concurrencia de diversas disciplinas y profesiones lo abordaremos posteriormente, pero nos apunta una característica que tiene que ver con esa concepción genérica de la que hablaba Zamanillo y que tendrá, por tanto, su expresión en la forma en que se lleve a cabo.

En la línea de profundizar en la forma en que la intervención social se debe llevar a cabo cabe señalar los esfuerzos de Teresa Zamanillo en destacar la necesidad de disponer de un marco teórico suficiente para guiar la acción profesional, en su caso se refiere al Trabajo Social, pero sería perfectamente aplicable a cualquier otra de las profesiones y disciplinas antes nombradas. Esta autora apunta que «La intervención social no es neutral» (Zamanillo, 2012, p. 105) y lo fundamenta en el hecho que la intervención social desde el trabajo social se centra en la integración social de personas que viven situaciones de pobreza, desigualdad, falta de participación, falta de reconocimiento, desafiliación (Zamanillo, 2012) y apunta que la intervención ante estos elementos «puede constituir una intromisión en la vida de los otros de la que se deriven juicios falsos, dictámenes arriesgados y, por tanto, sanciones injusta» (Zamanillo, 2012, p. 105).

Desde su perspectiva, un modelo referente para la intervención social debe contener «los siguientes elementos:

- *Creencias y presupuestos*² acerca de la realidad del campo profesional. Es decir, los aspectos filosóficos, ideológicos o principios que orientan cualquier acción humana.
- La elección de las *perspectivas teóricas* que explicarán el campo de la intervención profesional, elemento también llamado enfoque teórico.
- El *objeto*, la elección de los hechos o fenómenos materia de investigación.
- El *método* como procedimiento, guía o camino que se va a seguir para la intervención. [...]
- La elección de las *técnicas* articuladas con el enfoque teórico y el método que se haya decidido.

² La cursiva es añadida para destacar los conceptos básicos.

- Y las *experiencias* de campo como referencia de la realidad social, sin la cual no se completa el necesario diálogo entre la teoría y la práctica [...] (Zamanillo, 2018, pp. 85-86).

Nos enfrentamos, pues, a una actividad desarrollada formalmente por una o varias personas que se caracterizan por tener una profesión y una disciplina que les facilita la elección del marco filosófico, teórico, metodológico y técnico que les permita hacer frente a las necesidades sociales de personas o grupos de personas.

Así pues, para abordar el contenido de la intervención social, es decir el proceso que se debe producir para incidir y responder a las necesidades sociales o a las situaciones de desventaja social o de exclusión, debemos partir de un marco filosófico y teórico que nos permita desarrollar tanto la metodología como las técnicas.

1.2 Paradigmas para la intervención social

1.2.1 Introducción a los paradigmas en las ciencias sociales

Hay un cierto consenso en considerar la importancia de los paradigmas para el desarrollo de las disciplinas, también en el ámbito de la intervención social, en general, y del Trabajo Social, en particular, como señalan Kisnerman (1998) y Zamanillo (2003, 2018) entre otros.

Pero ¿qué entendemos por paradigma?, la Real Academia de la Lengua (RAE) nos informa que proviene del griego *parádeigma* (παράδειγμα) que significa «patrón, modelo, precedente, ejemplo» (Online Etymology, 2019) y, entre las acepciones que nos ofrece, destacamos: «Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y el modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento» (RAE, 2014). Según Zamanillo (2018) en la actualidad se asimilan los términos *paradigma* y *modelo*.

Thomas Kuhn, autor de referencia en la concepción contemporánea de *paradigma*, lo define de la manera siguiente: «Considero a éstos [los paradigmas] como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica» (Kühn, 1971, p. 13). Más adelante el mismo autor reconoce que utiliza el término *paradigma* en dos sentidos: el primero, «toda la constelación de creencias, valores, técnicas, etc., que comparten los miembros de una

comunidad dada» y el segundo como «una especie de elemento de tal constelación, las concretas soluciones de problemas que, empleadas como modelos o ejemplos, pueden reemplazar las reglas explícitas como base de la solución de los restantes problemas de la ciencia normal» (Kühn, 1971, p. 269) y el autor considera que el primer sentido es el que podría llamarse *sociológico*.

Kisnerman (1998) considera que la segunda parte de la definición, la que se refiere a los modelos de problemas y soluciones, no sería aplicable al Trabajo Social (y a las ciencias sociales por extensión, dado que Kuhn está pensando en las ciencias físicas y naturales, concluye que un paradigma son «conceptos esenciales de una teoría, así como de sus valores, problemas y procedimientos que, como referencia, permite precisarla y orientar y ordenar nuestro pensamiento para hacer interpretaciones o lecturas de una realidad concreta» (Kisnerman, 1998, p. 59).

Podemos identificar, en las ciencias sociales, dos o tres paradigmas, según los autores a los que nos remitamos; Kisnerman (1998) y Vasilachis (1997) coinciden en señalar dos paradigmas: el *positivista* (o neopositivista) y el *materialista dialéctico* que, como señala esta última autora, nacen en la Revolución Industrial; pero Vasilachis va más allá y apunta un tercer paradigma, el *interpretativo*.

1.2.2 El paradigma positivista

Ha sido el paradigma tradicional en el pensamiento occidental y se basa en la teoría positivista que se inicia en el siglo XIX con Comte (1798-1857) y Durkheim (1858-1917). Este paradigma busca, mediante el método hipotético-deductivo que se fundamenta en la razón, obtener explicaciones a los fenómenos que suceden mediante la formulación de leyes y teorías verdaderas, basadas en la observación. Es lo que Morin denomina el «paradigma de la simplicidad» y lo define como aquel que «pone orden en el universo, y persigue al desorden. El orden se reduce a una ley, a un principio» (Morin, 2009, p. 55).

El conocimiento se obtiene por la observación directa y los resultados de esta observación representan el mundo real. Se pone el énfasis en la sistematización, comprobación,

³ Kuhn define la ciencia normal como la «investigación basada firmemente en una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como fundamento de su práctica posterior. [...] esas realizaciones son relatadas, aunque raramente en su forma original, por los libros de texto científicos» (Kühn, 1971, p. 33) y señala que aunque estos textos se popularizaron en el siglo XIX, había previamente obras clásicas que asumían este rol y cita, por ejemplo, la *Física* de Aristóteles, los *Principios* y la *óptica* de Newton o la *Química* de Lavoisier.

comparabilidad, medición y replicabilidad; el método científico es único para las distintas áreas de investigación. Además, como señala Maturana (1996), la validez de los argumentos racionales «descansa en su referencia a lo real. Y hacemos esto bajo la propuesta adicional implícita o explícita de que lo real es universal y objetivamente válido ya que es *independiente de lo que hagamos*⁴» (Maturana, 1996, p. 52). De acuerdo con este paradigma, y en palabras de Mario Bunge (1963, citado en Kisnerman (1998, p. 61)), la ciencia es «el conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y por consiguiente falible».

Tomás Ibáñez apunta que este paradigma utiliza «la ideología de la representación» que, a su vez, se fundamenta en cuatro mitos:

El mito del *conocimiento*⁵ válido como *representación correcta* y fiable de la realidad.

El mito del *objeto* como elemento constitutivo del mundo.

El mito de la *realidad* como entidad *independiente* de nosotros.

El mito de la *verdad* como criterio decisorio. (Ibáñez, 2001, p. 246).

Este paradigma representa el camino explicativo de la *objetividad sin paréntesis*, como lo describe Maturana (1996), en el que la existencia tiene lugar siempre independientemente de lo que haga el observador (como ya se ha apuntado), la validación de argumentos es teleológica y, por tanto, la explicación aceptada se define en relación a entidades trascendentales – independientes que son las que señalan lo que es realidad y lo que es ilusión; existe únicamente un punto de referencia que es el universo.

Ibáñez refuerza esa idea de separación del observador y el observado cuando se refiere al procedimiento que la Ilustración utilizó para situar a la *razón científica* como *retórica de la verdad* y nos dice que fue un mecanismo muy simple:

Consistió simplemente en hacernos creer que no somos *nosotros*⁶, con todas nuestras limitaciones, quienes construimos el *criterio de validez* de los conocimientos científicos mediante un conjunto de prácticas sociales que son necesariamente históricas y contingentes [...] Se nos hizo creer que el criterio que define el conocimiento válido, es decir, científico, es independiente de nosotros; nos trasciende literalmente y escapa a lo que podamos opinar o creer acerca de él [...] no éramos “nosotros” sino que era la realidad *ella-misma* quien se encargaba de decirnos si lo que afirmábamos a cerca de ella era acertado o no. (Ibáñez, 2001, p. 19).

⁴ La cursiva se ha añadido al texto original para destacar una idea clave del paradigma.

⁵ Cursiva y viñetas en el texto original.

⁶ La cursiva está en el texto original.

En este paradigma la clasificación «es el procedimiento básico para ordenar elementos o fenómenos a partir de la búsqueda de características similares. [...] consiste en aislar un conjunto de rasgos o situaciones similares y establecer diferentes categorías entre ellos, a partir de las características que los distinguen, o agrupar en base a causa comunes.» (Kisnerman, 1998, p. 62).

En síntesis, el paradigma explicativo o positivista es el que ha caracterizado y dominado el desarrollo científico desde la modernidad y se ha fundamentado en la objetividad, la racionalidad y la separación entre el observador y la realidad, que existe más allá del observador e independientemente de lo que este haga. Y un elemento importante es que se considera que la investigación científica es neutral, que busca la objetividad.

1.2.3 El paradigma materialista dialéctico

De acuerdo con Kisnerman (1998) este paradigma se diferencia del anterior, con el que coexisten desde su nacimiento, porque el materialismo dialéctico se centró en «negar y transformar ese orden [orden establecido en la sociedad] y la sociedad» (Kisnerman, 1998, p. 67).

El materialismo dialéctico considera que el sujeto y el objeto no son entidades separadas y considera que la verdad científica es relativa, frente a la verdad científica absoluta del positivismo.

La dialéctica es el método utilizado en este paradigma y desde la dialéctica se considera que el conocimiento es un proceso «dinámico y contradictorio, en el que la unidad y lucha de los opuestos, permite el avance en ese conocimiento» (Kisnerman, 1998, p. 68). Pero, igual que en el caso del positivismo, considera que la realidad existe independientemente del sujeto, aunque señalan que no todo lo que existe es conocido y que las partes no pueden separarse y aislarse como propugna el positivismo. Este paradigma afirma la relatividad del conocimiento y la realidad, relatividad vinculada al momento histórico y al lugar en el que se producen.

Para este paradigma, la verdad equivale a objetividad y se define como «correspondencia entre las ideas del sujeto y los hechos» (Kisnerman, 1998, p. 68). El conocimiento de la verdad, de la realidad, parte del conocimiento sensible, de la captación a partir de los sentidos, y mediante la razón, que relacionará el todo y las partes, se explicará el contenido y la esencia. Este paradigma incorpora la práctica dándole un rol clave en la investigación y lo hace

convirtiendo a la práctica en la «instancia verificadora de la teoría» (Kisnerman, 1998, p. 69). En este paradigma teoría y práctica forman una unidad indivisible en el conocimiento científico. El conocimiento es conceptuado como la disposición de datos confirmados respecto a un hecho o un objeto. Y el conocimiento es científico cuando «la acumulación de hechos da razón de su existencia y su explicación alcanza un nivel de generalización que permite incluirlo en un sistema de conceptos, formando parte de una teoría» (Kisnerman, 1998, p. 69).

De alguna manera, tanto el positivismo como el materialismo dialéctico coinciden en la existencia de una realidad más allá del observador y en el hecho que la ciencia tiene la misión de ofrecer «explicaciones objetivas y racionales del universo» (Eli de Gortari, 1980, citado por Kisnerman (1998, p. 69)); aunque incluye al sujeto en la relación con el objeto.

1.2.4 El paradigma interpretativo

Este paradigma, como apunta Vasilachis (1997), surge como respuesta a la crisis de los paradigmas existentes, crisis que se produce en la medida que estos no pueden dar respuesta a los nuevos problemas que suceden en la sociedad y en las mismas ciencias físicas porque, como señala Morin «en el siglo XX tuvo lugar este acontecimiento mayor: la irrupción del desorden⁷ en el universo físico» (2009, p. 56). Así pues, se descarta que la dicotomía (orden vs desorden) sea posible y en palabras del mismo autor: «Hicieron falta estos últimos decenios para que nos diéramos cuenta que el desorden y el orden, siendo enemigos el uno del otro, cooperaban, de alguna manera, para organizar al universo» (Morin, 2009, p. 57).

Como también recoge Kisnerman (1998) este paradigma surge de la crisis de los paradigmas anteriores en la medida que no son útiles para responder a las necesidades de la sociedad y de los investigadores. Una realidad compleja requiere otro tipo de paradigmas que superen aquellos que propugnan leyes generales y una única explicación objetiva basada en la observación empírica, en los datos cuantitativos, según Kisnerman (1998), que apunta ante la complejidad y la incertidumbre «ninguna teoría puede aprehenderla de modo exhaustivo ni encerrar su objeto de estudio en un esquemático paradigma» (Kisnerman, 1998, p. 71). Para ello el autor señala la necesidad de combinar distintas disciplinas y plantea, más allá de la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad, la *transdisciplinariedad* «como una

⁷ Morin atribuye esta irrupción a la formulación del segundo principio de la Termodinámica que postula que los sistemas tienden al máximo desorden (entropía).

metadisciplina, tiene sentido de globalidad, de fecundación mutua, de unidad en las relaciones y acciones, de interpretación de saberes» (Ibíd., p. 73) y pone como ejemplos de estas transdisciplinas la teoría general de los sistemas, el constructivismo y el construccionismo.

Valverde, Ayala, Pascua y Fandiño (1989) plantearon la existencia de tres tipos de modelos de interrelación de disciplinas refiriéndose al trabajo en equipo «que constituyen alternativas valiosas para la atención resolutoria de necesidades y problemas: multidisciplinario, interdisciplinario, y transdisciplinario» (Valverde et al., 1989, p. 3). Consideran, además, estos autores que, más que escoger un determinado modelo, se trataría de entenderlo como «un proceso que lleva al equipo a pasar por una secuencia que va de lo multidisciplinario y llega, finalmente, a lo transdisciplinario» (Ibíd., p. 3); así pues, entienden la transdisciplinariedad como una etapa superior a la interdisciplinariedad y apuntan, citando a Ovide Menin (1981), que «no solo cubriría las investigaciones o reciprocidades entre proyectos especializados, sino que también situaría estas relaciones dentro de un sistema total que no tuviera fronteras sólidas entre las disciplinas». (Menin, 1981, pp 37-38, citado por Valverde et al. (1989, p. 5)).

El paradigma interpretativo «aparece con el reconocimiento de la importancia de los aspectos simbólicos y significativos de la vida social y de la centralidad del lenguaje en la producción y reproducción del mundo de la vida» (Vasilachis, 1997, p. 80). De acuerdo con esta autora, Habermas (1966-1991⁸) ha sido importante para la configuración y consolidación de este paradigma que se fundamentaría en cuatro supuestos:

1. *Resistencia a la “naturalización” del mundo social.* Se opone a la propuesta del positivismo de someter a las normas de la naturaleza los procesos sociales y Habermas además considera que no se cumplen con «las dimensiones hermenéuticas al asimilar los componentes del mundo subjetivo y social, de un modo natural, a las entidades físicas o a la conducta observable» (Habermas (1991c) citado por Vasilachis (Ibíd., p. 102).
2. *De la observación a la comprensión: del punto de vista externo al punto de vista interno.* La sociedad se teje a partir de las interacciones en las que el elemento clave es el lenguaje y, por tanto, no es un fenómeno que aparezca en la naturaleza de forma externa, accesible solo mediante la observación. Se debe tener en cuenta el simbolismo y la interpretación que la propia sociedad hace de si misma. Según Habermas (1990) «el comportamiento social tiene que ser *comprendido*, porque el sentido de la acción del actor ha de capturarse

⁸ Las citas de Habermas son sobre un artículo que se basa en sus obras publicadas entre 1966 y 1991.

valiéndose de su propia perspectiva, que escapa a la observación directa y es accesible [...] por medio de la comprensión del plexo simbólico *con* y *desde* el que actúa» (Ibíd., p. 103)

3. *La relevancia del concepto de mundo de la vida.* La acción comunicativa se sitúa en la centralidad de la producción del conocimiento y Habermas (1989) introduce el concepto “mundo de la vida” que complementa a “la acción comunicativa”.
4. *La doble hermenéutica.* Habermas considera que ha de haber un doble método, uno adecuado para aquellas ciencias que requieren acceder a su ámbito de conocimiento mediante la comprensión “de lo que se dice a alguien” y aquellas que no requieren esa comprensión.

1.3 El construccionismo: un enfoque epistemológico para el Trabajo Social

El construccionismo es, como ya habíamos señalado, un enfoque epistemológico transdisciplinario ya que, siguiendo a Kisnerman (1998), supera algunas de las bases de los paradigmas tradicionales en especial la ciencia como dominio absoluto de la razón, la objetividad ontológica y el conocimiento como representación de algo externo a nosotros. La complejidad está presente en la realidad, en el universo, y se ve reflejada en los desarrollos científicos; los paradigmas tradicionales buscaban la simplificación del conocimiento mediante leyes generales y la complejidad requiere de la suma de disciplinas para poder captarla; en este sentido el construccionismo surge a partir de la suma de diversas teorías provenientes de disciplinas distintas⁹.

Podemos encontrar los supuestos básicos para el construccionismo social, a partir de los cuales ir desarrollando los diversos conceptos, en los textos de Gergen (1996) que los define de la manera siguiente:

- *Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos de tales descripciones.*

⁹ El construccionismo surge del diálogo de múltiples disciplinas, entre las que Kisnermann destaca: la psicología social de K. J. Gergen y T. Ibañez, la sociología fenomenológica de A. Schutz, P. Berger y T. Luckmann; el interaccionismo simbólico de G.H. Mead, la pedagogía de L. S. Vygotsky, la biología del conocimiento de H. Maturana, la cibernética de segundo orden de H. Von Foester, el constructivismo radical de E. Von Glassersfeld, la teoría sistémica de P. Watzlawick, N. Luhmann y E. Morin y los aportes de la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt (Marcuse, Habermas, Adorno, Horkheimer), de los pragmáticos (Dewey y James), de los deconstructivistas (Derrida) entre muchos otros.

- *Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios históricos y culturalmente situados entre las personas.*
- *La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.*
- *Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de los patrones de relación*
- *Apreciar las formas existentes de discursos es evaluar patrones de vida cultural; cada evaluación da voz a un enclave cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la integración del todo¹⁰» (Gergen, 1996, pp. 161-167).*

A partir de estos conceptos vamos a desarrollar lo que significa el construccionismo y, en especial, vincularlo con la intervención social, entendida como una actividad de las profesiones llamadas de ayuda y, en especial, del Trabajo Social:

1. Las observaciones y representaciones del mundo no reflejan una realidad externa a quien observa.
 - Como se ha señalado anteriormente, los paradigmas tradicionales (tanto el positivista como el materialista dialéctico) parten del reconocimiento de una realidad externa a los observadores y el método científico se fundamenta en la observación objetiva e imparcial de esta realidad. Desde el construccionismo hay una clara oposición a este principio que Ibáñez (2001) ha denominado «mito de la representación» y que señala que el conocimiento científico «es válido en la medida que *refleja, se adecua, o se corresponde* con la realidad» (Ibíd., p. 20).
 - Maturana nos habla del «camino explicativo de la objetividad entre paréntesis» (Maturana, 1996, p. 57) en el que el observador es consciente de ser un sistema viviente y que sus capacidades para la observación dependen de su biología por lo que pueden verse alteradas. Para Maturana «la existencia es constituida por lo que el observador hace, y el observador trae a la mano los objetos que distingue con sus operaciones de distinción en tanto distinciones de distinciones en el lenguaje» (Ibíd., p. 59). La *objetividad entre paréntesis* da lugar, según el autor, a múltiples realidades, a lo que el denomina «el multiverso» (Ibíd., p. 61) frente al universo.
 - Una de las consecuencias de este enfoque es la disolución del dualismo sujeto – objeto en la medida que el construccionismo considera que ninguna de las dos

¹⁰ La cursiva está en el texto original.

entidades puede existir sin la otra. La disolución del dualismo tiene una importante transcendencia en el ámbito de las categorizaciones y es especialmente relevante para el Trabajo Social, como veremos luego.

- Tomás Ibáñez señala que los conceptos y categorías utilizados en el conocimiento científico son «estrictamente convencionales» (Ibáñez, 2001, p. 20) lo que significa que los conceptos no representan algo sino se ha decidido de común acuerdo entre los distintos observadores; lo que nos lleva al segundo elemento planteado por Gergen (1996).

2. El conocimiento se enmarca en un contexto histórico y cultural.

- Partiendo del supuesto anterior, el conocimiento se construye de forma convencional y no existe forma objetiva de captar la realidad, Gergen (1996) apunta que las comunidades científicas funcionan también mediante el consenso para determinar causas o efectos de hechos u objetos en el sentido que las descripciones y explicaciones (el conocimiento) es fruto de relaciones cooperativas, relaciones que son fruto de las interacciones humanas y que éstas se producen en un determinado momento histórico y en un marco cultural determinado.
- Señala Gergen que «las palabras adquieren su significado sólo dentro del diálogo» (Gergen, 1996, p. 162) y cita a Shotter para reforzar la idea que ese significado es fruto de una acción conjunta y a Bajtin que considera que las palabras «son inherentemente “interindividuales”» (citado por Gergen (1996, p. 162).
- Para explicar como se logra la inteligibilidad, es decir, la comprensión de los significados, Gergen recurre a la reiteración; es decir, cuando un determinado uso se repite se consolida un determinado significado y apunta que si este se extiende a lo largo del tiempo puede dar lugar a una tradición.

3. La validez de un conocimiento depende del proceso social.

- En coherencia con los supuestos anteriores, Gergen nos dice que el construccionismo vincula el conocimiento a la construcción colectiva y los lenguajes utilizados en la descripción y en la explicación de hechos y fenómenos pueden cambiar, independientemente de lo que le suceda a esos hechos o fenómenos, de la misma manera que estos pueden sufrir modificaciones sin que las descripciones y explicaciones se modifiquen. Así pues, el conocimiento y su validez dependen del proceso social en el que están inmersos.

- Gergen también afirma que la metodología «no es un dispositivo justificatorio abrumador de la superioridad de las teorías científicas» (Gergen, 1996, p. 165), sino que considera que en el marco de comunidades científicas «los métodos empíricos pueden ser usados (y típicamente lo son) en modos que se relacionan con los enunciados de verdad, la confianza en las conclusiones, la veracidad del investigador y las implicaciones del esfuerzo científico para la sociedad» (Ibíd., p. 165).
- 4. El lenguaje, como subproducto de la interacción, forma parte y adquiere significado en los patrones de relación.
 - Gergen (Ibíd.) recoge las tesis de Wittgenstein (1963) sobre el significado del lenguaje y lo atribuye al uso social; en concreto recoge la propuesta de este autor que considera el «significado como derivado de *juegos de lenguaje*¹¹ microsociales» (Ibíd., p. 167)
 - El lenguaje es visto como una forma de acción social en la medida que «parlar equival a construir el món, i fer ús del llenguatge pot considerar-se, consegüentment, com una forma d'acció¹²» (Burr, 1997, p. 18).
 - El lenguaje es un elemento clave para el construccionismo por su carácter constitutivo del conocimiento, en la medida que las explicaciones y descripciones se formulan a través del lenguaje.
 - En el mismo sentido se pronuncian Serradell y Munté (2010 cuando recogen las aportaciones de Berger y Luckmann (1968) sobre la construcción social de la realidad y el papel del lenguaje y señalan: «A su vez, el lenguaje viene también establecido desde la estructura, es producto de construcciones previas, históricas, de imágenes estereotipadas sobre determinados grupos culturales [...]» (Serradell y Munté, 2010, p. 346)
 - Retomando el tema del dualismo y su anulación por parte de los construccionistas, pensamos que es necesario destacar, por su relevancia, no sólo a nivel general, sino concretamente en el ámbito de la intervención social, a la postura deconstruccionista de Derrida (1991) que hace frente a la construcción del conocimiento desde el paradigma tradicional que considera que se fundamenta en conceptos duales opuestos.

DERRIDA considera profundamente problemáticas estas oposiciones porque:

¹¹ Cursiva en el texto original.

¹² Traducción (Trad., a partir de ahora): «hablar equivale a construir el mundo, y hacer uso del lenguaje puede considerarse, consecuentemente, como una forma de acción» (Burr, 1997, p. 18)

- Los dualismos pasan por alto las diversidades existentes en el seno de las categorías, así como los aspectos comunes a categorías opuestas. [...]
 - La estructura dualista establece una estructura jerárquica a través de la cual se privilegia el primer término sobre el segundo. [...]
 - El privilegio del primer término se mantiene mediante la devaluación del segundo. (Healy, 2001, p. 60).
- Deconstruir es un proceso útil para los profesionales de la intervención social porque permite reflexionar sobre esos dualismos establecidos que limitan la identidad de las personas y de sus situaciones a un determinado aspecto de su vida (o a unos pocos) como apunta García Roca (2007), mediante este uso del dualismo en la construcción de las categorías se destituye a las personas de su condición de sujeto, se les asigna una etiqueta que se privilegia frente a otras dando paso a la generalización; García Roca habla de «la violencia de la generalización» (Ibíd., p. 41) que entendemos que es fruto de esa tradición dualista que forma parte del paradigma tradicional.
- Querríamos añadir, también, las aportaciones de diversos autores, en concreto Derrida (1967) y Austin (1962) y la aplicación sobre el estudio del género que hace Butler (2007) (citados en Boccardi, 2010) sobre lo que se ha denominado la performatividad que significa transcender de los propios significados y como señala Derrida (1967) el hecho de poder extraer un signo de su contexto mediante la cita literal, puesta entre comillas, ofrece una posibilidad infinita de crear nuevos contextos y, por tanto, de crear mediante la iteración, nuevos significados. Es decir, el lenguaje es, mediante su uso continuado, creador de nuevos significados.

1.4 A modo de resumen

Este primer capítulo representa un marco general a toda la investigación y, por tanto, se ha ocupado de los conceptos más generales: la intervención social y los paradigmas científicos.

Respecto a la intervención social podemos decir que es una actividad desarrollada formalmente por una o varias personas que se caracterizan por tener una profesión y una disciplina que les facilita la elección del marco filosófico, teórico, metodológico y técnico que les permita hacer frente a las necesidades sociales de personas o grupos de personas.

Los paradigmas son los modelos generales que son necesarios para el desarrollo de una disciplina; hemos tomado el concepto de Thomas Kuhn, que lo define de la manera siguiente:

«Considero a éstos [los paradigmas] como realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica» (Kühn, 1971, p. 13).

Hemos identificado tres paradigmas: el positivista, el materialista dialéctico y el interpretativo:

- El paradigma explicativo o positivista es el que ha caracterizado y dominado el desarrollo científico desde la modernidad y se ha fundamentado en la objetividad, la racionalidad y la separación entre el observador y la realidad, que existe más allá del observador e independientemente de lo que este haga. Y un elemento importante es que se considera que la investigación científica es neutral, que busca la objetividad.
- El paradigma materialista dialéctico se caracteriza porque teoría y práctica forman una unidad indivisible en el conocimiento científico. El conocimiento es conceptualizado como la disposición de datos confirmados respecto a un hecho o un objeto. Y el conocimiento es científico cuando «la acumulación de hechos da razón de su existencia y su explicación alcanza un nivel de generalización que permite incluirlo en un sistema de conceptos, formando parte de una teoría» (Kisnerman, 1998, p. 69).
- El paradigma interpretativo está en fase de consolidación y surge como respuesta a la crisis de los paradigmas existentes porque entiende que una realidad compleja requiere otro tipo de paradigmas que superen aquellos que propugnan leyes generales y una única explicación objetiva basada en la observación empírica. Se propugna la necesidad de combinar distintas disciplinas, más allá de la multidisciplinariedad y la interdisciplinariedad, incorporando la *transdisciplinariedad*, como una metadisciplina que conjunta distintos saberes.

Finalmente, nos hemos centrado en el construccionismo, como enfoque epistemológico, cuyas características básicas son las siguientes:

- El construccionismo se aleja del concepto de la observación objetiva e imparcial de la realidad que existe ajena a la persona que observa y que puede ser representada: las observaciones están influenciadas por la biología del observador en la medida que necesitamos traducir lo que observamos para nosotros y somos nosotros los que decidimos cómo creamos ese conocimiento a partir del consenso y de la creación de convenciones.
- El construccionismo considera que, si el conocimiento se articula mediante las palabras y estas sólo adquieren su significado en el diálogo, el conocimiento tendrá

un origen cooperativo y necesariamente estará vinculado al momento histórico y a las características culturales en las que se produce ese diálogo; pueden extenderse en el tiempo en función del uso que se haga de ellos (tradición).

- Desde el construccionismo se otorga a la metodología un valor vinculado al proceso social que envuelve un determinado conocimiento, partiendo del hecho que la metodología puede ayudar, pero no es garantía de los resultados, sino que es el proceso social que lo acompaña el que determinará la sostenibilidad de la validez de una proposición / explicación o no.

En resumen, escogemos el ***enfoque epistemológico del construccionismo*** como marco para el desarrollo de esta investigación porque nos aporta las bases para cumplir los objetivos, teniendo en cuenta, como veremos en el próximo apartado, que lo desarrollaremos desde una disciplina, el Trabajo Social que, junto con otras de las llamadas profesiones de ayuda, afronta el reto de la intervención en un contexto de complejidad.

Es precisamente este el punto de partida, la complejidad, que nos ha hecho identificar el construccionismo como el conjunto de teorías y conocimientos que mejor se ajusta para dar respuesta a nuestro cometido. El construccionismo parte de la complejidad para reconocer que ninguna de disciplina por si sola es capaz de aprehender la realidad, como recoge Kisnerman (1998), que es necesario el concurso de diversas disciplinas para comprender y explicar la realidad desde el punto de vista de los actores; siendo conscientes, a su vez, que esta realidad no es un objeto ajeno a los sujetos observadores sino que son éstos, a través de su observación, que construyen dicha realidad.

Finalmente, el elemento clave que nos ha hecho escoger el construccionismo como marco para esta investigación, es el papel que se le otorga al lenguaje: en el construccionismo el lenguaje adquiere un rol fundamental, más allá de ser un medio de expresión, en la medida que construye el conocimiento; pero, también, como forma de acción social porque es la forma mediante la cual se producen las interacciones sociales que son las que construyen dicho conocimiento y la realidad. Finalmente, no se puede olvidar que el uso social del lenguaje permite que se trascienda de los significados atribuidos inicialmente, dándole un carácter constitutivo, performativo (en términos de Austin (1962), Derrida (1967) y Butler (2007)).

CAPÍTULO 2 TRABAJO SOCIAL: ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

El segundo de los conceptos clave para el desarrollo de esta tesis es el *Trabajo Social* y para abordar la amplitud de este concepto, que engloba una disciplina y una profesión, nos remontamos a una de las obras clave, considerada la primera obra sobre metodología de esta disciplina: *Social Diagnosis*, de Mary Richmond (1917), que es también una obra que pone los fundamentos para el desarrollo de la profesión. En este siglo transcurrido entre la publicación de la obra de Richmond y la actualidad, el desarrollo teórico del Trabajo social se ha centrado especialmente, hasta donde hemos podido estudiar, en modelos y metodologías, así como en el desarrollo técnico de las distintas fases de la intervención (planificación, investigación...), siendo el diagnóstico uno de los menos desarrollados.

Por otra parte, observamos que no disponemos de un lenguaje propio cuando se trata de poner nombre a la diversidad de situaciones que conforman el objeto el Trabajo social, aquellas que afectan a las personas y que deben ser el fundamento sobre el que construir la intervención social, el diagnóstico social. Hemos visto como el construccionismo da un rol fundamental al lenguaje en la creación de conocimiento y, por tanto, desde ese enfoque, abordar el uso del lenguaje que se hace desde el Trabajo Social en especial en el ámbito del diagnóstico social, será otro de los elementos de este capítulo.

Nos proponemos reflexionar, a partir de una propuesta de definición del objeto del trabajo social, sobre la elaboración del diagnóstico social y, especialmente, la necesidad de disponer de un lenguaje propio que se fundamente en dicho objeto, en su marco teórico (modelos y métodos), y que sirva de base para la intervención social, es decir, que sea útil para los procesos de interacción con las personas que requieren de nuestra actuación profesional.

2.1 Definir el Trabajo Social

Definir¹³ el Trabajo Social debería ser una cuestión fácil, pero la realidad es que, a lo largo de la historia, la definición ha ido variando, como muy bien recoge Natividad de la Red (1993) en *Aproximaciones al Trabajo Social*, donde ofrece un repaso a las aportaciones de diferentes autoras y autores. A nivel internacional la primera definición es la propuesta de Bartlett de 1958 (Bartlett (2003/1953), citada por Rode (2017)) para la National Association of Social Workers (NASW) que incluye las cinco partes que se consideran propias de la definición «five interrelated parts of a definition: purpose, knowledge, values, sanctions, and method¹⁴» (Rode, 2017, p. 66). Esta propuesta fue revisada pocos años después por William Gordon (1962, 1965) que planteó que la NASW debía diferenciar entre definir la práctica del Trabajo Social y el Trabajo Social en sí mismo: «[...] chose to define social work *practice* rather than *social work*» (W. Gordon (1962, p. 3) citado por Wakefield (2003, p. 285)) y los trabajos críticos de W. Gordon (1962) fueron recogidos por la misma Bartlett en su libro *The Common Base of Social Work Practice* de 1970 y sirvieron de base para los trabajos que la NASW reimpulsó en 1979 que planteaban la necesidad de una doble orientación: una dirigida a la práctica que debía contemplar los propósitos y objetivos y otra, más teórica, que debía fijar el concepto del trabajo social, el «hard conceptual work» como lo denomina Albers (2001, citado por Rode (2017, p. 66)) lo que supondría una ampliación de la visión del Trabajo Social.

Los esfuerzos por conseguir una definición continúan y en 1982 es la International Federation of Social Workers (IFSW¹⁵) la que realiza la primera propuesta de definición (Rode, 2017) que se va ampliando y modificando hasta llegar a la definición adoptada tanto por la IFSW como por la International Association of Schools of Social Work (IASSW) el año 2014 considerada la *definición global* del Trabajo Social:

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad

¹³ Partes de este apartado han aparecido publicadas en la revista RTS y no incluiremos la cita en cada párrafo que pudiese reproducirse. La referencia del artículo es: Fustier i García, Núria. Quina formació per a quines competències? Reflexions sobre la formació de les treballadores socials. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agost 2018, n. 213, p. 11-24. ISSN 0212-7210

¹⁴ Trad. «Cinco partes interrelacionadas de una definición: propósito, conocimiento, valores, sanciones y método» (Rode, 2017, p. 66)

¹⁵ La IFSW es también conocida con el nombre en español: Federación Internacional de Trabajo Social y por su siglas FITS, que utilizaremos habitualmente.

colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar¹⁶ (FITS, 2014).

La realidad nos muestra que no es tan fácil consensuar una definición global cuando la propia FITS añade, a continuación de la definición, que «esta definición puede ser ampliada a nivel nacional y/o regional» (FITS, 2014). Porque el Trabajo Social está socialmente construido, como apunta Payne (2014, p. 17): «social work is socially constructed by our practice, the people and organizations involved, with us and the theories that inform our practice¹⁷» y añade «we see the nature and aims of social work affects how we choose and use practice theories¹⁸» (2014, p. 17).

Así pues, a partir de la definición de la FITS podemos obtener una primera imagen del Trabajo Social porque nos informa sobre:

- Qué es el Trabajo Social: «una *profesión* basada en la práctica y una *disciplina académica*».
- Sus objetivos: «promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas».
- Sus principios: «justicia social, derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad».
- Su base conceptual: «teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas».
- Y, finalmente, cómo se desarrolla: «involucra las personas y las estructuras para hacer frente a los desafíos de la vida y aumentar el bienestar».

Observamos que, precisamente por la necesidad de construir una definición global, estamos ante una definición muy amplia que incorpora, en una primera parte los objetivos, principios y base conceptual pero que al referirse al objeto nos ofrece una definición muy poco

¹⁶ Siguiendo la normativa de citación APA 7ª edición respecto de las citas de más de 40 palabras, se han colocado en párrafo a parte sin comillas; en este caso, al ser una cita proveniente de una página web, no se puede incorporar la página que remite a la literalidad de la cita.

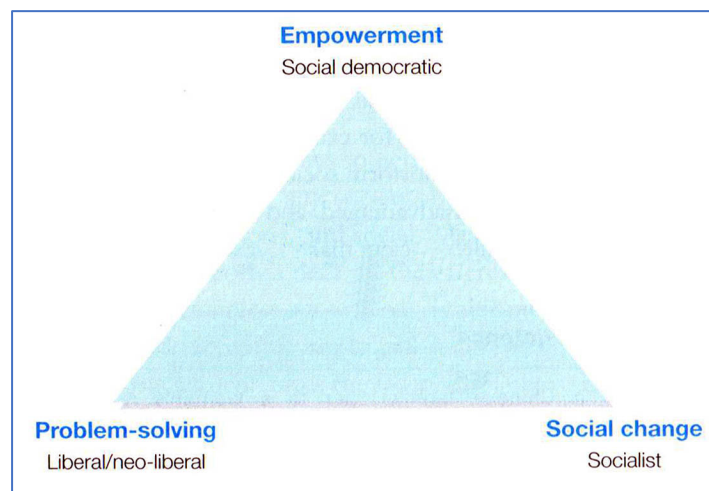
¹⁷ Trad.: «[El] trabajo social está socialmente construido por nuestra práctica, las personas y las organizaciones implicadas, con nosotros y las teorías que informan nuestra práctica» Payne (2014, p. 17).

¹⁸ Trad.: «Vemos que la naturaleza y los objetivos del trabajo social afectan a la manera cómo elegimos y usamos las teorías ligadas a la práctica» Payne (2014, p. 17).

operativa, puesto que se refiere a los «desafíos de la vida», concepto que puede ser aplicado a diversas disciplinas.

En cuanto a los objetivos del Trabajo Social nos gustaría destacar la reflexión de Malcolm Payne (2014) sobre las tres visiones de los objetivos de esta disciplina. Payne establece tres objetivos principales y vincula cada uno de ellos con una orientación política (ver Ilustración 1).

ILUSTRACIÓN 1. TRES VISIONES DEL TRABAJO SOCIAL Y SUS FILOSOFÍAS POLÍTICAS SUBYACENTES



FUENTE. PAYNE (2014, p. 21)

Veamos brevemente cada uno de los objetivos:

- Desde la *visión del empoderamiento* se busca el mejor bienestar posible para las personas, grupos y comunidades mediante la promoción y los procesos de facilitación del crecimiento y la autorrealización; en esta visión la función de las personas profesionales es ayudar a las personas a ganar poder sobre sus sentimientos y su forma de vida y este crecimiento y empoderamiento les permitirá superar las situaciones de desventaja. Esta visión se vincula con la filosofía política de la socialdemocracia.
- La *visión del cambio social* busca la cooperación y el apoyo mutuo en la sociedad para que la mayoría de las personas oprimidas y en situación de desventaja social ganen poder sobre sus vidas; el Trabajo Social ayuda a las personas en los procesos de aprendizaje y cooperación que impulsan las instituciones, que intentan crear relaciones más igualitarias en un modelo social que no lo es. Dominelli (2009) las denomina “enfoques emancipatorios” (citada en Payne, 2014, p. 22). La filosofía política subyacente es el socialismo.

- Finalmente, la *visión de la resolución de problemas* ve el Trabajo Social como una parte de los servicios de bienestar para individuos que tienen necesidades y para mejorar la oferta de estos servicios; la filosofía que sustenta esta visión parte de la libertad de las personas para tomar decisiones y, en consecuencia, la obligación de asumir las consecuencias de sus decisiones. La filosofía política subyacente es el liberalismo o neoliberalismo.

En síntesis, la formulación de los objetivos y los principios pueden irse modificando, al igual que las bases conceptuales o teóricas, como así ha sucedido a lo largo de las últimas décadas¹⁹ y, además, es la parte que sería más susceptible de adaptación territorial y cultural. Así pues, pensamos que para la reflexión que vamos a realizar posteriormente y el desarrollo de esta investigación, cuyo eje central es el diagnóstico social, es interesante centrarnos en el objeto, sin olvidarnos de las aportaciones que recoge Payne (2014) sobre las visiones del Trabajo Social que, como veremos, tienen aplicación cuando analicemos los modelos teóricos.

2.2 El objeto del Trabajo Social

El objeto del trabajo social es, de acuerdo con Ituarte (1990, p. 53), «aquello que constituye su *materia de conocimiento y que requiere de un ejercicio sistematizado de las facultades mentales para alcanzar una finalidad determinada*»²⁰. Por su parte, Teresa Zamanillo²¹ (1999, 2018) destaca que la definición del objeto, en el sentido de los hechos o fenómenos que puede ser objeto de investigación, es uno de los requisitos básicos para la investigación y añade que no se puede hablar de disciplina académica si no se puede realizar una investigación que permita su desarrollo; sin el conocimiento científico y académico el Trabajo Social quedaría reducido a una profesión práctica. Pero, como señala la misma Teresa Zamanillo, la «cuestión del objeto del Trabajo social es mucho más compleja de lo que a simple vista parece. Las elaboraciones sobre el mismo han sido confundidas con aspectos prácticos y aparecían así, las mayoría de

¹⁹ Por ejemplo, entre la definición de Trabajo Social de 2010 y la de 2014, de la misma FITS, existen diferencias notables como se puede comprobar en la comparación del texto incluido en la página anterior y la definición de 2010 que se puede encontrar en el artículo de Isadora Hare (2004, p. 409) *Defining Social Work for the 21st Century. The International Federation of Social Workers' revised definition of social work*.

²⁰ La cursiva está en el texto original

²¹ Teresa Zamanillo abordó el tema del objeto del Trabajo Social en un artículo de 1999 publicado en Cuadernos de Trabajo Social; recientemente ha incorporado el contenido de este artículo, con modificaciones, en un libro publicado en 2018 (*Epistemología del Trabajo Social. De la evidencia empírica a la exigencia teórica*). Utilizaremos en las citas textuales una de las dos referencias para evitar la saturación de la duplicidad de citas.

las veces, identificadas con los objetivos, con los sujetos de la intervención o con el campo profesional o el ámbito de estudio» (Zamanillo, 2018, p. 54).

María José Aguilar (2013, p. 24) parte de la base que el Trabajo Social, como otras profesiones de ayuda, «se inicia como una respuesta a la insatisfacción de necesidades humanas» y centra el debate en la definición de la insatisfacción y de las necesidades humanas.

De la misma forma que en el caso de la definición del Trabajo Social, la definición del objeto ha pasado por diversas fases y propuestas: Teresa Zamanillo (1999, 2018) y María José Aguilar (2013) han recogido las diversas épocas en la definición del objeto. Teresa Zamanillo (1999, 2018) sistematiza las propuestas sobre el objeto a partir de ordenarlas en cinco grupos, para finalmente aportar su propia propuesta; por su parte María José Aguilar (2013) sistematiza esta evolución en cuatro grupos, algunos de los cuales, especialmente las que surgen en los inicios, son bastante coincidentes. Vamos a sintetizar a continuación el análisis de las aportaciones de estas dos autoras.

1. Individuo / Situación

Ambas autoras recogen las aportaciones de Bowers (1950) a la sistematización de las definiciones del objeto del Trabajo Social y destacan que este autor identificó, en su estudio, tres posibilidades: «cualquier individuo, una clase particular de individuo o algo relacionado con el individuo, pero capaz de ser abstraído e identificado aparte de él» (M.J. Aguilar, 2013, p. 26; Zamanillo, 2018, p. 55). Igualmente, ambas recogen la propuesta de Florence Hollis que define el objeto como «El ser humano en su situación total» (1964, citada por las autoras).

El uso del concepto “situación” es extremadamente amplio, como reconocen las autoras, y se relaciona con la “situación humana” (familia, amigos, ...) y la interacción que se da entre la persona y ese entorno. Estas definiciones, aunque se centran en el individuo, nos remiten a los problemas sociales.

2. Hombre oprimido

Esta categoría aparece en los textos de Zamanillo y hace referencia a los desarrollos que se produjeron en el movimiento de la reconceptualización²² y está influido por la

²² Movimiento que se desarrolla en América Latina en los años 60 del siglo XX, para más información se puede consultar el apartado 4 del capítulo 1 del libro *Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo* de Natario Kisnerman (1998).

perspectiva dialéctica. Zamanillo (2018, p. 59) cita a autores de este período que hablan de “hombre oprimido” (Lima, 1986) o de “hombre marginal” (Michaud) y se refieren al hombre en una estructura de clases que genera conflictos, desigualdades y problemas sociales, que se convierten en problemas de las “clases populares”.

3. Necesidades sociales y binomio necesidades – recursos

Teresa Zamanillo nos plantea la introducción del concepto de “necesidades sociales” en la definición del objeto del Trabajo Social como un «enfoque de la planificación» (Zamanillo, 2018, p. 60). Tanto Zamanillo como Aguilar refieren la obra de diversos autores y autoras que consideran que la razón de ser del Trabajo Social es la satisfacción de las necesidades sociales. Como señala Zamanillo esta orientación supone un cambio porque el uso del término *problema* refleja, en sus palabras, «la idea de enfermedad individual» mientras que el de necesidades sociales «es un concepto que implica la responsabilidad de la sociedad en la satisfacción de las mismas» (Zamanillo, 2018, p. 61). Se trata también de incorporar una visión más socioeconómica que permite su medida y su evaluación.

En este marco de las necesidades sociales como objeto del Trabajo Social debemos señalar, de acuerdo con Aguilar (2013) y Zamanillo (2018), la importancia en nuestro contexto geográfico de las aportaciones de Cortajanera y Las Heras (1979) mediante su obra *Introducción al Bienestar Social* que se convierte, en la década de los ochenta, en una obra de referencia para profesionales y estudiantes; las definiciones que contiene servirán de base para el desarrollo del trabajo social y la construcción del Sistema de Servicios Sociales contemporáneo en España.

Zamanillo destaca que la propuesta de Cortajanera y Las Heras (1979), proveniente de las III Jornadas Nacionales de Asistentes Sociales (Pamplona, 1977), por primera vez vincula directamente las necesidades con los recursos como una unión indisoluble y lo hacen al recoger los «informes teóricos» aprobados en dichas jornadas que especifican: «*El campo de intervención profesional*²³ - *Acción Social*; *su objeto, las necesidades sociales en su relación con los recursos aplicados a las mismas*; *su objetivos - Bienestar Social* -; *su marco operativo -servicios sociales-*» (Heras y Cortajanera, 1979, p. 174). Las autoras introducen el concepto *binomio necesidades–recursos* y lo definen de la siguiente manera: «[...] ya hemos situado el campo

²³ La cursiva está en el texto original.

problemático o lugar donde se objetiva la *acción social*, que es la necesidad de intervención en el binomio necesidades-recursos sociales» (Heras y Cortajanera, 1979, p. 26). Y apuntan también que las relaciones en el binomio se mueven «hacia un desequilibrio positivamente transformador, que empuja hacia el progreso» (Ibíd., p. 26).

Aunque diversos autores, ya a principios de los años 80, cuestionaron este planteamiento quizás fue Teresa Zamanillo (1999) quien hace un análisis más sistemático de esta propuesta que vamos a resumir brevemente y que destacamos por la influencia que esta visión ha tenido en el desarrollo de la profesión y, especialmente, en el ámbito de los servicios sociales en España ya que coincidimos con Aguilar cuando afirma que esta concepción «concibe la actuación profesional únicamente dentro del binomio necesidades-recursos, lo que constriñe enormemente las posibilidades de ayuda y atención social propias del trabajo social, además de fragmentarla y reducirla a la gestión de recursos y prestaciones, condenando al trabajo social al ‘círculo vicioso’ entre los recursos y los resultados» (Aguilar, 2013, pp. 28–29)

El análisis crítico de la propuesta de Las Heras y Cortajanera (1979) que hace Teresa Zamanillo (1999) puede resumirse de la siguiente manera:

- Las definiciones de necesidades y recursos que acompañan a la conceptualización del objeto son muy generales y «no resuelven el problema de la *definición, clasificación y descripción*²⁴» (Zamanillo, 1999, p. 20)
- «La ambigüedad y falta de delimitación de los términos llega a identificarse necesidad con recursos» (Ibíd., p. 20). En este caso Zamanillo cita un fragmento en el que identifican como necesidad social las guarderías, centros de planificación familiar, polideportivos que son claramente recursos.
- Los conceptos son «referentes empíricos y descriptivos, objetos reales y cuantificables, no analíticos y teóricos» (Ibíd., p. 20) y la autora recurre a diversos autores que defienden que el objeto de la ciencia es una construcción conceptual y no está formado por la realidad²⁵.
- Zamanillo considera que el texto de Las Heras y Cortajanera (1979) es de carácter político y propone que el objeto sería más adecuado si se estuviesen refiriendo a los

²⁴ La cursiva aparece en el texto original de 1999.

²⁵ En este sentido Zamanillo recoge las aportaciones de autores que sentarán las bases del construccionismo que hemos visto en el apartado anterior.

Servicios Sociales que haciéndolo sobre el Trabajo Social que, como disciplina, abarca otros aspectos más amplios que la política social. Añade, además, que supone una simplificación abordar el tema de las carencias solo desde la planificación.

- Focalizar el objeto del Trabajo Social al binomio necesidades-recursos implica dejar «fuera una serie de problemas psicosociales derivados, no de la falta de recursos en sí misma, sino de los conflictos originados por la propia situación» (Ibíd., p. 21) y considera que esta fórmula busca «la atomización de los colectivos» (Ibíd., p. 21).
- Esta definición crea un ejercicio profesional muy limitado dado que se restringe a la gestión de recursos «y, a la larga, problemas de identidad en los trabajadores sociales» (Ibíd., p. 21). Esta limitación tiene un impacto importante, como recoge María José Aguilar (2013) y aparece en diversos estudios y artículos²⁶.

4. El problema social

Tanto Zamanillo (1999, 2018) como Aguilar (2013) analizan las aportaciones de Nidia Aylwin (1980), en el marco del movimiento de la reconceptualización, que profundiza en el concepto de “problema social” y lo define como «la dificultad existente en una sociedad para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros» (Aylwin, 1980, p. 6; Zamanillo, 2018, p. 67). Tanto Zamanillo (Ibíd., p. 67) como Aguilar (2013, p. 33) hacen una crítica de esta propuesta en la medida que Aylwin acaba cayendo en el concepto de necesidades básicas, biopsicosociales, como las denomina Zamanillo, y por tanto no se distancia mucho de otras propuestas y es, por tanto, igual de limitante para la profesión. Además, la propia Aylwin reconoce que el problema social no es un objeto exclusivo del trabajo social, sino que es compartido con otras disciplinas y profesiones (Aylwin, 1980, p. 9)

5. El desarrollo del hombre y su entorno

Esta definición del objeto, propuesta por Amaya Ituarte es incorporada al análisis de la evolución de los objetos por parte de Teresa Zamanillo (1999, p. 24) de manera autónoma mientras que Aguilar la incluye en el bloque de análisis de *Necesidades-Recursos*. En todo caso destacamos la aportación de Ituarte a la definición del objeto del Trabajo

²⁶ A modo de ejemplo podemos observar estas limitaciones en la práctica en Esperanza Molleda (2007) ¿Por qué decimos que «no podemos hacer intervención social?», publicado en *Cuadernos de Trabajo Social*; también en el *II Informe sobre los Servicios Sociales en España* (Lima y Herrera, 2016, pp. 87-88) elaborado por el Consejo General del Trabajo Social donde los problemas de la práctica profesional se vinculan al binomio necesidad (demanda) – recursos y a la burocratización de la tarea y, finalmente, en el informe *Los Servicios Sociales Básicos en la provincia de Barcelona* (Ginesta et al., 2018) impulsado por el Col·legi de Treball Social de Catalunya donde la burocratización aparece como uno de los retos (Idid., p. 99).

Social: «Toda situación de carencia o necesidad del ser humano, a nivel individual, grupal o comunitario, que impide o dificulta: 1) El normal desarrollo de las potencialidades del hombre en relación consigo mismo y su entorno. 2) El desarrollo del entorno social de cara a la consecución del bienestar social» (Ituarte, 1988, citada en Aguilar, 2013, pp. 30-31). Tanto Zamanillo como Aguilar consideran que esta definición adolece de los mismos problemas que las anteriores, su limitación a un nivel residual y carencial.

Llegados a este punto, observamos que Zamanillo (1999) y Aguilar (2013) disienten de las diversas propuestas que han ido elaborándose a lo largo de la historia del Trabajo Social en relación con su objeto. Ambas autoras elaboran su propia propuesta que proviene de diferentes puntos de partida.

La propuesta de Teresa Zamanillo se fundamenta en el concepto del *malestar psicosocial* que identifica con «el conflicto, lo desfavorable, contraproducente, intolerable, contrario. [...] un conflicto que surge entre una situación alienante para los individuos, que necesita ser reconducida» (Zamanillo, 1999, p. 25). Destaca como ventaja sobre otros conceptos propuestos que es un término teórico, no empírico ni observable (requisitos que se consideran elementales para la definición del objeto de una ciencia). La autora considera que es un concepto que supone aplicar dos modelos para el análisis de procesos psicosociales: psicodinámica y enfoque crítico dialéctico y destaca que puede ser importante para el modelo de intervención en crisis (Ibíd., p. 26). A este concepto, Zamanillo le suma el concepto de Dahrendorf (1983) de las “oportunidades vitales” que define como

los deseos de innovación del ser humano en sociedad, a la capacidad potencial que tiene la sociedad para crecer y que ha demostrado a lo largo de su existencia. [...] son una función de la interrelación entre opciones y ligaduras. Las opciones son ocasiones o direcciones entre las que el individuo puede caminar [...] (Ibíd. P., 27),

Por otra parte, considera que las ligaduras tienen que ver con los límites del ser humano. Partiendo de estos conceptos, Teresa Zamanillo propone su definición de objeto del Trabajo Social y lo hace de la siguiente forma:

Todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal

1. *Génesis estructural*. Los problemas psicosociales derivados de la falta de producción y de desarrollo de las oportunidades vitales necesarias para el crecimiento de los individuos en

situaciones [...] que impidan la realización de su autonomía, su identidad social, y su desarrollo personal.

2. *Vivencia personal*: Padecimiento del malestar que provoca perturbaciones en sus distintas esferas de relación social (Zamanillo, 1999, p. 29)

Por su parte María José Aguilar se refiere al *sistema de relaciones y las relaciones en el sistema*, por una parte, y a las necesidades según el enfoque del *Desarrollo a escala humana*, que serán la base de su propuesta. A partir del enfoque sistémico identifica cinco conceptos básicos:

[...] *interacción*²⁷ (los fenómenos aislados no existen); *encuadre*, que delimita una totalidad o sistema; *causalidad circular* (cada fenómeno es tomado en un juego complejo de implicaciones mutuas de acciones y retroacciones); *funcionamiento homeostático*, en tanto que juego reglamentado del sistema delimitado; y *paradoja* (cada fenómeno es a la vez autónomo y obligado, organizado y organizador, informante e informado) (Mucchielli, 2001, citado en Aguilar (2013, p. 41)).

Este marco se encuadra en el paradigma funcionalista (paradigma tradicional de las ciencias). Desde la perspectiva del enfoque del *Desarrollo a Escala Humana*, Aguilar recoge la multiplicidad e interdependencia de las necesidades que tenemos las personas; así como el hecho que éstas se presenten de forma simultánea, complementaria y que entre ellas se produzcan compensaciones. Aguilar destaca la diferencia entre necesidades y satisfactores, definiendo las primeras como «conjunto de condiciones de carencia y privación claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución este tiene potencialidades» (Ibíd., p. 45), mientras que los satisfactores son los «modos particulares que cada sociedad o sistema utiliza para satisfacer las necesidades universales» (Ibíd., p. 45); además, desde esta perspectiva se tiene en cuenta que no hay relación única entre necesidad y satisfactor sino que cada satisfactor puede incidir en distintas necesidades y que hay distintos tipos de satisfactores. Partiendo de este marco, María José Aguilar nos ofrece la siguiente definición del objeto de la intervención del Trabajo Social:

La interacción entre el sujeto en situación de necesidad y/o en situación – problema y su entorno social. Este sujeto (que puede ser individual o colectivo, y busca desarrollar su potencial humano y social) debe ser siempre estudiado, comprendido y tratado en su situación de necesidad y/o en su situación – problema o de cambio. Tanto el sujeto-en-su-situación, como el entorno han de ser entendidos como sistemas relacionales inter-retro-actantes que intentan dar respuesta a las necesidades y problemas. (Aguilar, 2013, p. 53).

²⁷ Cursiva en el texto original.

Observamos, con estas dos últimas definiciones del objeto que, mientras que Zamanillo (1999) pone el énfasis en los «fenómenos relacionados con el malestar psicosocial» (añadiendo después dos niveles de ordenamiento para diferenciar el Trabajo Social de otras disciplinas), Aguilar (2013) lo centra en la «interacción entre el sujeto en situación de necesidad y/o situación – problema y su entorno social»; en este caso es interesante la diferencia que establece entre necesidades y situaciones – problema.

Nos parece interesante incorporar la propuesta de Rosario Conde (1998) sobre el objeto del Trabajo Social en la medida que se trata de una autora que ha desarrollado un sistema de categorías diagnósticas para el Trabajo Social, la *Escala General de Categorías Diagnósticas* (Conde, 1998, pp. 322-331) y que, por lo tanto, ha procedido a la operativización del objeto del Trabajo Social. En su obra *Trabajo Social Experimental* (Conde, 1998) establece el siguiente punto de partida:

[...] el término «**Trabajo Social**²⁸» (TS en adelante) es utilizado para denominar la disciplina y la actividad profesional dedicadas al desarrollo del bienestar humano en los procesos de cambio social individuales y sectoriales y, como consecuencia, a superar las diversas «**situaciones de malestar social reales o potenciales**» (SMS en adelante) que motivan la formulación de demandas de ayuda en nuestras instituciones sociales. (Conde, 1998, p. 23)

Vemos como Rosario Conde coincide de alguna manera con la propuesta de Teresa Zamanillo en la que el concepto clave es el *malestar psicosocial* que, en el caso de Zamanillo, junto con las dos categorías (génesis estructural y vivencia personal), nos remiten a una definición positiva, global, no residual, a la vez que se vincula con la voluntariedad y la consciencia de las personas en relación a esa situación; como nos dice Josefa Fombuena: «El Trabajo Social no es un resquicio para pobres, excluidos, tristes y desamparados. El Trabajo Social es una profesión de encuentro para quienes lo deseen» (Fombuena-Valero, 2012, p. 24).

En resumen, de las definiciones sobre el objeto del Trabajo Social destacaríamos dos elementos clave: el malestar social o psicosocial, que refleja la vivencia subjetiva de las personas respecto a una determinada situación; y la interacción persona-entorno, que es donde suceden las situaciones que generan ese malestar.

²⁸ Negrita en el texto original.

2.3 Los métodos en la intervención en Trabajo Social

La definición del Trabajo Social y de su objeto de intervención ha resultado un proceso complejo que ha evolucionado a lo largo de la historia de la disciplina, como hemos podido ver en el apartado anterior. En este apartado nos aproximaremos a los conceptos de método y metodología para, después, analizar brevemente su evolución en el Trabajo Social y definir así el marco en el que se desarrollará el diagnóstico social que es el tema central de la investigación; puesto que, como veremos, el diagnóstico es una actividad que forma parte del método de intervención.

La metodología puede definirse, de manera sencilla, como la «ciencia del método» (M. J. Aguilar, 2013, p. 149; RAE, 2014), mientras que el método designaría la manera de hacer con orden un determinado proceso. El método y la metodología no fueron objeto de preocupación científica y filosófica hasta el Renacimiento, como señala M.J. Aguilar (2013), y este interés se desarrolla en paralelo a los avances científicos y a la aceptación de la racionalidad como método de conocimiento.

Vamos a profundizar un poco más en los conceptos porque han tenido relevancia en el desarrollo del Trabajo Social. Aunque metodología suele entenderse de la manera que hemos definido anteriormente, se reconoce que puede usarse en dos acepciones distintas; por una parte como «el estudio de los métodos en sí, es decir, el estudio del conjunto de actividades intelectuales que, independientemente de los contenidos específicos, establece los procedimientos lógicos, formas de razonar, operaciones y reglas que, de una manera ordenada y sistemática, deben seguirse para lograr un fin» (M. J. Aguilar, 2013, p. 149). Pero, por otra parte, también se utiliza el término metodología para «designar el estudio de los supuestos ontológicos, lógicos, epistemológicos, semánticos, gnoseológicos, paradigmáticos y modelísticos, que subyacen en la formulación de los procedimientos y procesos que ordenan una actividad establecida de manera explícita y repetible con el propósito de lograr algo» (Ibíd., p. 149).

Así pues, el concepto de metodología tiene una acepción que nos remite al paradigma, al marco en el que se quiere conseguir un fin; según Cea d'Ancona (1998b), en metodología existen dos paradigmas: el cualitativo y el cuantitativo y su base epistemológica se vincula con los paradigmas de las ciencias sociales, así el paradigma cuantitativo se vincula con el positivismo y el funcionalismo y a partir de esta base de establecen una serie de criterios para

la recogida de información, análisis y alcance de resultados. Por su parte el paradigma de la investigación cualitativa tiene que ver con el paradigma interpretativo, siendo su base epistemológica la fenomenología o el interaccionismo simbólico; de este paradigma surgirán unos criterios para la recogida de información, análisis y alcance distintos a los del paradigma cuantitativo.

El método, por su parte, proviene etimológicamente del griego *méta*, y *odos*. Como señala Ander-Egg: «*Metá*, “hacia”, es una proposición que da idea de movimiento, y *odos*, “camino”» (Ander-Egg, 2009, p. 213). Siguiendo la línea apuntada por el mismo autor, se puede definir el método «como el conjunto de operaciones y procedimientos que, de una manera ordenada, expresa y sistemática, deben seguirse dentro de un proceso preestablecido, para lograr un fin dado o un resultado deseado» (Ibíd., p. 213). El método tiene carácter instrumental (M. J. Aguilar, 2013) y ayuda al profesional (o investigador) a acceder al conocimiento de la manera más efectiva, implica, además, «una actitud reflexiva, que permita incursionar de un modo o de otro por la senda del trabajo de investigación» (Aguilera, 2013, p. 86). María José Aguilar (2013) cita a Bunge (1980) para recordar que un método no es una receta cerrada, exhaustiva y definitiva, sino, más bien, una guía para llevar a cabo un proceso de investigación o de acción social, en este caso no es relevante ya que se trata de conseguir un fin y acaba con una cita de este mismo autor que advierte que el método no debe ser una limitación: «El método no suple al talento sino que lo ayuda. La persona de talento crea nuevos métodos, no a la inversa» (Bunge, 1980, citado en Aguilar Idáñez, 2013, p. 154).

2.3.1 La evolución de los métodos de Trabajo Social

En el desarrollo del Trabajo Social se ha hablado de los métodos “tradicionales”, aquellos que se identificaron desde los inicios de la profesión; estos métodos son reconocidos por diversos autores²⁹ y son el método de trabajo social de caso o método de trabajo social individual, el método de trabajo social con grupos y el método de trabajo social comunitario o de comunidad.

²⁹ Hemos encontrado referencias a estos métodos en el *Diccionario de Trabajo Social* de Ander-Egg (2009); en diversas obras y referencias de Montserrat Colomer (2006) como paso previo a su contribución sobre el *Método Básico de Trabajo Social*; en el artículo *Metodologías para el trabajo social* de Salas y López de Ceballos (1987) que recoge los orígenes de estos métodos; en el libro de María José Aguilar (2013) donde hace un recorrido histórico por los tres métodos tradicionales y la evolución posterior; y, finalmente, en Teresa Matus (2017) cuando analiza la forma de intervención de los y las trabajadores sociales. Y son solo una breve muestra de las referencias de los métodos.

Más allá de la superación de esta división en el ámbito metodológico, forman parte de la práctica profesional y, por las características de esta investigación, vamos a profundizar en el llamado método de trabajo social de caso o individual. Mary Richmond apuntaba este método en su primera obra (*Social Diagnosis*, de 1917), pero es su libro de 1922, *What is Social Case Work?*, el que se considera como fundacional de lo que se ha llamado el Trabajo Social de Caso. En nuestro contexto lingüístico se utilizó de manera indistinta el concepto Trabajo Social de Casos y Trabajo Social Individual y esto tiene su origen en la primera traducción del libro de Mary Richmond³⁰. Señalo este aspecto porque la propia Mary Richmond quiso aclarar que “caso” no era equivalente a “individuo” sino que se corresponde con la situación social o problema y lo explica de la siguiente manera: «The social worker's “case” is the particular social situation or problem – not the person or persons concerned³¹» (Richmond, 1922, p. 27).

Así pues, el desarrollo de los métodos tradicionales, en especial el Trabajo Social Individualizado, parte de una concepción que podríamos decir que, cuando menos, es poco ajustada a la fuente. Lourdes Barriga lo define de la siguiente manera: «un caso puede ser un individuo, familia, ciudad, país, un momento histórico, planeta o universo porque es el problema general *cuando se concretiza, cuando se hace particular*³²» (Barriga, 2017, p. 46).

Además, esta clasificación de método ha supuesto también, en palabras de Teresa Matus, una «división disciplinar en caso, grupo y comunidad» que supone «una clasificación de acuerdo a los supuestos “sujetos” que, ironizando, responde a dividir la disciplina según se trabaje con unos, con algunos o con muchos» (Matus, 2017, p. 66).

En la línea de superar esta división ya en los años 60 y 70 se produjeron algunos movimientos en el Trabajo Social. Por una parte, el movimiento de la reconceptualización, que se desarrolló en América Latina en los años 60, apostó por un método básico «que sirva de soporte a los otros tres métodos: caso, grupo y comunidad» (M. J. Aguilar, 2013, p. 202); posteriormente se optó por el método integrado que «suprimía la división en caso, grupo y comunidad, atendiendo a las diferentes fases de todo proceso de intervención (estudio/diagnóstico, programación, ejecución y evaluación), de ahí que en algunos casos se

³⁰ La traducción se realizó en 1962 en Argentina (referenciado en Richmond, 1977, p. 9) y recibió el título de “Caso social individual”; desde entonces las versiones en español han mantenido esa denominación.

³¹ Trad. «El “caso” del trabajador social es la situación o problema social particular, no la persona o personas involucradas» (Richmond, 1922, p. 27).

³² Cursiva en el texto original

hablase indistintamente de método integral y de método básico» (Ibíd, p.202); finalmente, en esta misma línea, un informe de Naciones Unidas de 1958 recoge las aportaciones de Van Praag que establece que «Casework, group work and community organization are not specialisations of social work but, rather, applications of social work skills in relation to individuals, groups and communities³³» (citado en United Nations, 1958, p. 48).

Por otra parte, en España, en los años 70 llega el influjo del movimiento reconceptualizador latinoamericano al ámbito de los métodos de intervención. Hasta ese momento y desde 1959, que se realizan los primeros seminarios sobre metodología impartidos por expertas de Naciones Unidas³⁴, el desarrollo metodológico se había centrado en los métodos tradicionales; pero en 1974 se publica *Método Básico de Trabajo Social* de Montserrat Colomer que es una adaptación a la realidad española de los materiales elaborados desde Naciones Unidas. Colomer, antes de hacer su propuesta de método básico, analizó el material que se había elaborado a lo largo de varios seminarios organizados por las Escuelas de Asistentes Sociales españolas y concluye lo siguiente³⁵:

- El mètode en treball social no era un camí per arribar a un coneixement teòric, sinó per desenvolupar una acció professional. És a dir, calia que tingués un caràcter operatiu.
- Les definicions que s'havien donat als mètodes tradicionals posaven l'accent en el *procés* més que en el mètode pròpiament dit³⁶.
- Calia formular els principals passos del mètode com a instrument amb el qual l'assistent social es pogués plantejar un programa de treball possible i que respongués a les necessitats reals.
- El mètode en treball social no podia tenir un plantejament estàtic: la realitat en què hem d'actual té una dinàmica de canvi constant i forma un tot integrat en el qual cada factor influencia els altres i, al mateix temps, és influenciat per ells³⁷. (Colomer, 2006, p. 123)

³³ Trad.: «Trabajo Social de Caso, Trabajo de grupo y organización comunitaria no son especializaciones del trabajo social, sino, más bien, aplicaciones de las habilidades del trabajo social en relación con individuos, grupos y comunidades» (citado en UNITED NATIONS, 1958, p. 58)-

³⁴ Referenciados en Colomer (Colomer, 1979, p. 9, 2006, p. 117) y en Aguilar Idáñez (2013, p. 238)

³⁵ Colomer sintetiza estos puntos en el libro escrito en 2006 que quedaron recogidos en el apartado *El método en el trabajo social* de su artículo de 1979 (Colomer, 1979, pp. 12-16)

³⁶ Trad. – El método en trabajo social no era un camino para llegar a un conocimiento teórico, sino para desarrollar una acción profesional. Es decir, era necesario que tuviese un carácter operativo. – Las definiciones que se habían de dar a los métodos tradicionales ponían el acento en el *proceso* más que en el método propiamente dicho. (Colomer, 2006, p. 123)

³⁷ Trad. – Era necesario formular los principales pasos del método como un instrumento con el cual el asistente social se pudiese plantear un programa de trabajo posible y que respondiese a las necesidades reales. – El método en trabajo social no podía tener un planteamiento estático: la realidad en la que hemos de actuar tiene una dinámica de cambio constante y

Como punto final a esta reflexión sobre los métodos tradicionales y con la finalidad de introducir otra perspectiva que busca la complementariedad más que la separación, introducimos la reflexión de Munté y De Vicente:

Tanto la atención individual, como la grupal y la comunitaria individualmente y en su conjunto conllevan intervenciones de carácter proactivo, holístico y suman esfuerzos. Por tanto, aunque se ha optado por “clasificar” el método en tres niveles principales, nuestra mirada se centra en la complementariedad de éstos, y en el carácter integral y global de la intervención social para la mejora de situaciones sociales, en las que es de gran relevancia, la participación del sujeto. (Munté y De Vicente, 2012, p. 256)

2.3.2 El método básico o único de intervención en Trabajo social

Montserrat Colomer define el método como «una estructura sistemática de procedimientos, necesaria para obtener un resultado a través de un proceso de transformación de una realidad o situación concreta» (Colomer, 1987, p. 123) y se compone de «tres pilares básicos: el conocimiento, los objetivos a conseguir y la evaluación de los resultados» (Ibíd, p. 123). Colomer plantea un método en 5 fases: conocimiento global del campo de trabajo, interpretación de los datos, plan de trabajo, ejecución y evaluación (síntesis del esquema de Colomer, 2006, p. 126).

Las aportaciones sobre las propuestas de métodos fueron bastante dispares, como recoge Zamanillo (1987), que incluye en el análisis las reflexiones que se produjeron en los Estados Unidos en la misma época y que finalmente, nos dice: «Todas ellas hacen referencia a los pasos que deben observarse para actuar sobre una realidad social con el fin de modificarla e introducir cambios que pretenden ser estructurales» (Zamanillo, 1987, p. 72). La autora resume las fases en: «estudio, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación» (Ibíd, p. 72).

Hemos estudiado también las propuestas que hacen Nidia Aylwin (1976), Cristina de Robertis (2006)³⁸ y María José Aguilar (2013) sobre las fases del método de intervención³⁹ y

forma un todo integrado en el cual cada factor influencia los otros y, al mismo tiempo, es influenciado por ellos. (Colomer, 2006, p. 123)

³⁸ La obra original de Cristina de Robertis es de 1981, trabajamos sobre la segunda edición publicada por Editorial Humanitas en 2006.

³⁹ Para un análisis ampliado a más autores, nos remitimos a la obra de María José Aguilar (2013, pp. 280-281) que ha elaborado un análisis comparativo de la estructura metodológica del trabajo social.

también las aportaciones sobre cómo se llevan a cabo estas fases. Vamos a resumirlas en un cuadro que permita identificar las similitudes y diferencias:

TABLA 1. COMPARATIVA DE LAS FASES DEL MÉTODO DE INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL

Aylwin et al (1976)	Colomer (1979)	De Robertis (2006)	Aguilar (2013)
Diagnóstico	Conocimiento global del campo	Localización del problema social o de la solicitud	Estudio /investigación
		Análisis de la situación	Diagnóstico
	Interpretación de los datos	Evaluación preliminar y operatoria	
Programación	Plan de Trabajo	Elaboración del proyecto de intervención	Programación
Ejecución	Ejecución	Puesta en práctica del proyecto común	Ejecución o fase operativa
Evaluación	Evaluación	Evaluación de los resultados	Evaluación
		Finalización de la acción	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Observamos que, más allá de las diferencias de denominación, las fases son prácticamente iguales en todas las propuestas. Quizás la mayor diferencia se encuentra en la separación, o no, de las fases de estudio/investigación y diagnóstico; en este sentido, recogemos las aportaciones de María José Aguilar que nos muestra el esquema básico en la tradición latina y en la tradición anglosajona y podemos observar que, mientras en la tradición latina se mantienen las dos fases por separado, en la tradición anglosajona se unifica en una única fase denominada *assessment* que incluye los contenidos de las dos fases de la tradición latina (M. J. Aguilar, 2013, p. 282).

Todas las versiones del método de intervención en Trabajo Social se presentan en forma de fases, pero, como veremos de mano de sus autoras, se trata de un recurso para la descripción de los métodos y no de una propuesta literal de intervención lineal, lo que supondría que cada fase fuese precedida de la anterior en una única dirección.

Montserrat Colomer nos advierte que «El mètode és un tot integrat: la realitat en la qual actuem no es divideix en parts. Mentre tractem un problema s'està modificant la situació global per intervenció d'altres factors⁴⁰» (Colomer, 2006, p. 126), aunque también señala que «Sempre és molt important la informació prèvia del camp o problema sobre el qual s'ha de

⁴⁰ Trad. «El método es un todo integrado: la realidad en la cual actuamos no se divide en partes. Mientras tratamos un problema se está modificando la situación global por intervención de otros factores» (Colomer, 2006, p. 126)

treballar. No hi ha cap camp blanc d'història i sense d'altres experiències negatives o positives⁴¹» (Ibíd., p. 126).

La propuesta elaborada por Aylwin, Jiménez y Quesada (1976) también recoge esta constatación: «los elementos de la estructura metodológica conforman una totalidad y se influyen mutuamente» (Aylwin et al., 1976, p. 19) y añaden:

[...] la aproximación a la realidad se logra a través de la secuencia de ciclos metodológicos y, que al interior de estos ciclos, las etapas no se dan en forma pura, sino que con frecuencia se diagnostica al mismo tiempo que se ejecuta, se programa y se evalúa. Con excepción del momento de iniciación de una acción profesional, en que es posible que estas etapas se den en forma más diferenciada, en la práctica regular del trabajo social el conocimiento, la acción, la evaluación son permanentes (Ibíd., p. 19).

Por su parte, Cristina de Robertis, aunque propone un proceso de intervención en orden cronológico y una ordenación lógica (de Robertis, 2006, pp. 127-129), ella misma nos dice que estas fases se pueden identificar «con fines de estudio y de examen profundo» (Ibíd., p. 127) pero reconoce que en la práctica profesional no predomina la metodología sino lo que ella llama la «efervescencia dinámica de la vida en cambio constante» y por ello concluye: «En la práctica, las diferentes fases de la metodología no se confunden, son simultáneas, se presentan en el mismo momento» (Ibíd., p. 127).

Finalmente, María José Aguilar entiende el método, o como ella lo denomina «estrategia o estructura metódica básica», como sucesión de una serie de momentos (investigación en primer momento, planificación - intervención como segundo momento y evaluación como momento final) pero apunta que se trata de «un proceso encabalgado y retroactivo, no fásico, como podría inducir a pensar su formulación. Por otra parte, el proceso puede tener inicio en cualquiera de estos momentos, aunque deba volver sobre algunos pasos previos» (M. J. Aguilar, 2013, p. 276).

En resumen, podemos decir que es posible identificar un método básico (o único) para la intervención en Trabajo Social que contiene la estructura fundamental para la realización de una intervención profesional, independientemente del nivel de intervención que se realice (individual, grupal o comunitario) y en este método se pueden identificar 5 fases o momentos:

⁴¹ Trad. «Siempre es muy importante la información previa del campo o problema sobre el cual se ha de trabajar. No hay ningún campo blanco de historia y sin otras experiencias negativas o positivas» (Colomer, 2006, p. 126)

estudio- investigación, diagnóstico social, programación, ejecución y evaluación⁴². De este esquema identificamos el diagnóstico social como una de las fases o momentos de la intervención; tema que retomaremos más adelante puesto que se trata del objeto de esta investigación; aunque, por su vinculación con este punto no querría acabar este apartado sin citar a Mary Richmond que recuerda que los diagnósticos no se pueden finalizar, son dinámicos: «Full Diagnosis Not Always Possible» y añade «Be it repeated, no diagnosis is final» (Richmond, 1917, p. 363); esta idea de circularidad la recuperaremos también más adelante, tanto en los análisis de las aportaciones teóricas como en la propuesta final.

2.4 Los modelos teóricos de intervención en Trabajo Social

El método es, como señalábamos anteriormente, «una estructura sistemática de procedimientos, necesaria para obtener un resultado a través de un proceso de transformación de una realidad o situación concreta» (Colomer, 1987, p. 123); no obstante, el método no ha sido suficiente para orientar la intervención del Trabajo Social que ha necesitado recurrir a «teories o models que han estat referents en l'abordatge de problemàtiques socials» (Fernández et al., 2011, p. 37).

El concepto de modelo en la ciencia tiene diversas acepciones, pero en el ámbito profesional se plantea como una necesidad «para describir, comprender, explicar y predecir los acontecimientos, hechos, fenómenos o situaciones que suceden en los diferentes ámbitos de lo real» (Viscarret, 2007b, pp. 63-64). La introducción de los modelos en Trabajo Social se produce en paralelo al proceso de sustituir los métodos tradicionales (basados en el sujeto de la intervención) por un método único. El concepto es utilizado por el Profesor Lutz en 1970 en su obra *Emerging Models of Social Casework Practice* (citado en Viscarret (2007, p. 65)) e «incluye en un todo, en una unidad, los aspectos teóricos, metodológicos, funcionales y también filosóficos, de una forma determinada de práctica profesional» en palabras de Viscarret (Ibíd., p. 65); autor que también recoge la aportación de Du Ranquet que los define como «Modelos que se encuentran desarrollados a partir de las diferentes teorías desarrolladas por las ciencias humanas y sociales» (Du Ranquet, 1996, p. 4, citada en Viscarret (2007b, p. 65)).

⁴² Para el resumen seguimos la denominación propuesta por María José Aguilar como propia de la tradición latina. Ver cuadro en Aguilar Idáñez (2013, p. 282)

De acuerdo con Natividad de la Red (1993) los modelos de Trabajo Social incluyen: «Elementos teóricos que lo sustentan; elementos de análisis que explican su aplicación a una realidad determinada; elementos metodológicos: técnicas; elementos funcionales en relación a resultados obtenidos; elementos filosóficos, ideológicos y valores implícitos» (citada en Viscarret (2007b, p. 66)).

En el mismo sentido se manifiestan Munté y De Vicente (2012) cuando apuntan que: «los modelos de intervención social vienen a ser esta herramienta que nos permite actuar, partiendo de un conocimiento previo, sobre las formas de TS que nos ha de conducir a la mejora deseada a través de métodos acordes» (Munté y De Vicente, 2012, p. 255)

En la literatura se utiliza habitualmente el término modelo en su significado equivalente a teoría, que es una de las diversas acepciones que puede tener, como señalan Mújica y Rincón (2011, p. 53); así, aunque en textos más antiguos, por ejemplo los de Du Ranquet o Viscarret, se refieren a *modelos de intervención en Trabajo Social*, en obras más recientes se hace referencia a *modelos teóricos* (M.J. Aguilar, 2013) o directamente a *Social Work Theory* (Payne, 2014).

María José Aguilar clasifica los modelos teóricos en tres bloques:

- Modelos teórico–operativos de intervención individual y familiar: incluye 8 modelos teóricos.
 - Modelos teórico–operativos de intervención en grupo: incluye 3 modelos teóricos.
 - Modelos teórico–operativos de intervención comunitaria: incluye 5 modelos teóricos.»
- (M. J. Aguilar, 2013, p. 136)

Por su parte, Malcolm Payne (2014) clasifica los grupos de teorías, que no teorías únicas, según los objetivos de trabajo social (ver Ilustración 1, en la página 57): *problem – solving*, *empowerment* y *social change*⁴³.

Entendemos que, en la medida que son modelos teóricos, pueden ser utilizados como referencia en distintas situaciones, utilizando la propuesta más adecuada para cada caso (recordemos el sentido de *caso* de Mary Richmond (1922)).

Tomaremos como punto de partida la propuesta de Malcolm Payne (1914) puesto que se trata de la más extensa y pormenorizada, dado que su obra versa exclusivamente sobre las teorías.

⁴³ Trad. Resolución de problemas, empoderamiento y cambio social

TABLA 2. SÍNTESIS DE TEORÍAS DEL TRABAJO SOCIAL SEGÚN MALCOLM PAYNE (2014)

Objetivo del TS	Grupo de Teorías	Principal contribución
Resolución de problemas	Psychodynamic ⁴⁴	Importancia de sentimientos internos y conflictos para la resolución de problemas
	Crisis and task – centred	Se centra en modelos de intervención breve, muy estructurados y con problemas claramente definidos.
	Cognitive – behavioural	Gestión racional del comportamiento para resolver problemas
	Systems and ecological	Integra la intervención con individuos, familias y su contexto social (comunidades y otras agencias)
Resolución de problemas / empoderamiento	Macro practice/ social development/ social pedagogy	Prioriza la motivación social y educativa a partir de intereses comunes
Empoderamiento	Strengths, narrative and solution	Enfoque orientado al futuro mediante la identificación de fortalezas (presentes) para construir un futuro en positivo.
	Humanistic, existentialism and spirituality	Se enfoca al desarrollo personal a partir de la identidad individual y del reconocimiento de la identidad de los otros (individual y grupalmente).
Empowerment / cambio social	Empowerment and advocacy	Pone el acento en la creación de alianzas y experiencias que permitan una mayor comprensión de su situación para realizar cambios en la vida de las personas.
Cambio social	Critical	Ofrece críticas y alternativas al orden social establecido. Permite analizar los factores subyacentes de los problemas. Utiliza la praxis, la práctica dialógica y la concientización.
	Feminist	Análisis del rol social de la mujer y su posición oprimida a lo largo de la historia. Explica y responde a estas situaciones mediante el diálogo colaborativo y el trabajo grupal.
	Anti-oppressive and multicultural sensitivity	Desarrolla la comprensión de las barreras étnicas y culturales, los conflictos y las diferencias en las sociedades para promover el respeto a las identidades individuales y sociales y responder a los grupos dominantes.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE PAYNE (2014, p. 33)

Las teorías identificadas por Malcolm Payne van más allá de las propuestas más operativas que recoge María José Aguilar que, por otra parte, son coincidentes con las de otros autores (ver, como ejemplo, la propuesta de Viscarret (2007b, 2009, p. 303)); por este motivo hemos optado por Payne (2014) como referente para la descripción de los modelos teóricos. Como señalábamos anteriormente, en la medida que hablamos de modelos teóricos, pueden ser utilizadas diferentes teorías en diferentes momentos; así, por ejemplo, en el marco de la intervención de urgencias o emergencias sociales, las aportaciones del modelo teórico –

⁴⁴ Se mantiene la denominación original puesto en, en algunos casos, no hemos encontrado una traducción formal; la traducción en orden descendente es: psicodinámica; crisis y centrado en la tarea, cognitivo – conductual; sistémico y ecológico; macro práctica, desarrollo social y pedagogía social; fortalezas, narrativa y solución; humanista, existencialista y espiritualidad; empoderamiento y defensa; crítica; feminista; anti-opresivo y sensibilidad multicultural.

operativo de intervención en crisis y/o centrado en la tarea pueden contribuir a una intervención profesional adecuada para hacer frente a una situación concreta.

Pero, por otra parte, nos parece interesante la aportación de Payne (2014) cuando incluye marcos teóricos más generales, quizás menos operativos en la práctica del Trabajo Social, pero que pueden aportar elementos importantes de reflexión en la intervención profesional; me refiero a las teorías crítica y feminista; así como los enfoques anti-opresivo y multicultural. Asimismo, en un plano más orientado a la práctica destacamos el enfoque de las fortalezas.

En línea con el paradigma que hemos desarrollado anteriormente como marco general para la intervención social, vamos a apuntar las principales aportaciones de estas teorías.

2.4.1 Trabajo Social Crítico

De acuerdo con Payne (2014, p. 319 y ss) este enfoque teórico ayuda a que profesionales del trabajo social no asuman que el orden establecido es el correcto («to avoid assuming that the way things are is the way they have to be⁴⁵» (Ibíd., p. 319).

Se trata de una teoría en la que sus autores «han cuestionado una y otra vez la autoimagen ocupacional del trabajo social como profesional asistencial, haciendo hincapié en la complicidad de los trabajadores sociales en la reproducción de las condiciones opresoras en el contexto de la práctica y fuera de ella» (Healy, 2001, p. 13). Desde el trabajo social crítico se plantea la necesidad de reorientar la práctica profesional «hacia la eliminación de las causas estructurales originales de los problemas a los que se enfrentan los usuarios del servicio» (Healy, 2001, p. 13).

Healy (2001) considera que el Trabajo Social Crítico incluye a diversos modelos teóricos: «el trabajo social antirracista y multicultural; el trabajo social anti opresor y antidiscriminatorio; trabajo social feminista; diversas ramas del trabajo social comunitario; trabajo social marxista; trabajo social radical; trabajo social estructural, y formas de investigación participativas y de acción» (Healy, 2001, pp. 13-14).

Malcolm Payne (2014) identifica los principales puntos del Trabajo Social Crítico en la consideración que los problemas sociales son creados por la estructura de la sociedad determinada por los grupos dominantes, en la búsqueda de la liberación de las limitaciones del orden establecido, en la incorporación de una mayor variedad de puntos de vista para el

⁴⁵ Trad. «Para evitar asumir que las cosas son como deben ser» (Payne, 2014, p. 319)

análisis, en el rechazo a las prácticas neoliberales y socialdemócratas, en la focalización en la desigualdad y la opresión para la explicación de los problemas sociales y en la promoción de la toma de consciencia sobre los problemas y sus causas.

- [...] social problems are created more by the structure of society and the cultural assumptions generated by dominant groups that oppress subordinate groups.
- It aims to free clients from the limitations imposed by the existing social order.
- [...] incorporates a broader range of points of social criticism into its explanations than radical theory does.
- [...] draws on a transformational political philosophy and rejects social work practice that accepts conservative, liberal, neo-liberal or social democratic political philosophies.
- [...] focuses on structural rather than personal or interpersonal explanations of social problems, and on inequality and oppression.
- [...] promotes consciousness-raising about social inequalities, political action and social change⁴⁶ (Payne, 2014, pp. 319-320)

Por otra parte, Healy destaca, como enfoques del trabajo social crítico, los siguientes:

- Un compromiso para estar al lado de las poblaciones oprimidas y empobrecidas.
- La importancia de las relaciones basadas en el diálogo entre trabajadores y usuarios del servicio.
- La función que desempeñan los sistemas sociales, económicos y políticos en la configuración de las experiencias individuales y las relaciones sociales [...]
- Un compromiso de “estudio del cambio, el movimiento hacia el cambio” y la provocación del cambio (Healy, 2001, p. 14)

En cuanto a las prácticas que surgen de esta teoría, Payne (2014, p. 320) destaca tres: *praxis*, *dialogic practice* y *conscientization*. La *praxis* se construye sobre la experiencia de las personas en relación con la opresión, la injusticia y la desigualdad con el objetivo de mejorar la comprensión del funcionamiento del sistema social; a su vez, refuerza la capacidad para dar respuesta a esa situación. La *dialogic practice* se basa en el diálogo establecido en relaciones igualitarias, en el que se debate sobre las situaciones sociales. Finalmente, la *conscientization*,

⁴⁶ Trad. [...] los problemas sociales se crean más por la estructura de la sociedad y los supuestos culturales generados por los grupos dominantes que oprimen a los grupos subordinados. - Su objetivo es liberar a los clientes de las limitaciones impuestas por el orden social existente. - [...] incorpora una gama más amplia de puntos de crítica social en sus explicaciones que la teoría radical. - [...] se basa en una filosofía política transformadora y rechaza la práctica del trabajo social que acepta filosofías políticas conservadoras, liberales, neoliberales o socialdemócratas. - [...] se centra en explicaciones estructurales más que personales o interpersonales de los problemas sociales, y en la desigualdad y la opresión. - [...] promueve la concienciación sobre las desigualdades sociales, la acción política y el cambio social» (Payne, 2014, pp. 319-320)

término tomado de Freire (1921 - 1997), ayuda a las personas a tomar consciencia del funcionamiento de las estructuras sociales y, además, a actuar para hacer frente a la forma opresiva de este funcionamiento.

Healy hace hincapié en tres aspectos prácticos que, podríamos decir, son complementarios en algunos casos y en otros son consecuencia a los elementos prácticos planteados por Payne:

- disminución de las diferencias entre trabajadores y clientes
- revalorización de los conocimientos del participante
- garantizar la responsabilidad del trabajador con respecto al cliente. (Healy, 2001, p. 44)

Observamos que la disminución de las diferencias entre trabajadores y clientes es una consecuencia lógica de la práctica dialógica, en la medida que esta propugna relaciones igualitarias. La revalorización de los conocimientos es, en parte, fruto de la anterior, puesto que si aceptamos relaciones igualitarias hemos de reconocer el conocimiento vivido de las personas como una experiencia valiosa y, también, tiene que ver con la concientización y la praxis. Finalmente, garantizar la responsabilidad del trabajador con respecto al cliente es una orientación que pone a las personas en el centro de todo y obliga al trabajador a compartir la información con la persona, a no esconder intenciones, objetivos o métodos; supone una consecuencia más de la práctica dialógica.

En síntesis, podemos decir que el Trabajo Social Crítico o la *critical practice* (en palabras de Payne) pone el foco en el origen estructural de los problemas sociales y contribuye a que desde la práctica del Trabajo Social se cuestione tanto el orden establecido como las explicaciones y respuestas que se originan desde los organismos y estructuras sociales que suelen poner el acento más en la responsabilidad individual que en la misma estructura social.

El Trabajo Social Crítico aporta elementos para el análisis de las situaciones de necesidad social, pero también, para la práctica profesional en la relación trabajador social – persona atendida.

2.4.2 Teorías feministas

En el marco de los modelos teóricos del Trabajo Social queremos destacar la importancia de las teorías feministas para el Trabajo Social, tanto desde una perspectiva práctica (como

destaca Payne (2014) en su última revisión de *Modern Social Work Theory*⁴⁷⁾ como desde una perspectiva de análisis teórico (como recogen Dominelli y McLeod (1989), Dominelli (2002b) o Alcázar - Campos (2014)).

Las teorías feministas aportan al Trabajo Social un marco de análisis, explicación y respuesta ante la situación de opresión que viven las mujeres (Payne, 2014).

Dominelli y McLeod en su obra *Trabajo Social Feminista* de 1989 se hacen eco de las aportaciones de diversas autoras que habían demostrado como la práctica profesional del Trabajo Social desde las instituciones se había centrado más en el refuerzo del rol doméstico de las mujeres, su rol como «proveedoras de asistencia personal en el escenario doméstico – sin tener en cuenta las consecuencias de ello para su bienestar – y considerarlas enfermas y estigmatizarlas como individuos cuando “fallan”» (Dominelli y MacLeod, 1989, p. 63). Dominelli insiste en esta idea más adelante cuando afirma que las tareas de cuidado son socialmente necesarias y se ha dado por supuesto que es una tarea que deben desarrollar las mujeres sin tener en cuenta sus necesidades y, además, los profesionales del Trabajo Social no reconocen los esfuerzos que hacen las mujeres en las tareas de cuidado:

Caring is hard work. It is also socially necessary work. Yet, it has been consistently devalued and taken for granted. Something women do ‘naturally’. None the less, women are constantly engaged in servicing its circuitous motions, often at the expense of looking after their own needs as they pour their efforts into ensuring that the lives of their loved ones are a little easier. Social workers collude with the seeming effortlessness of women’s endeavours and thereby negate the recognition of how much effort they put into basic survival⁴⁸. (Callahan (2000) citada por Dominelli (2002, p. 2)).

En este contexto, ¿qué significan las teorías feministas? ¿Qué pueden aportar al Trabajo Social? Las teorías feministas inciden en un elemento clave en la definición del objeto del Trabajo Social: la noción de sujeto, tal como explica Leticia Inés Sabsay (2009):

⁴⁷ Nos referimos a la 4ª edición de esta obra que presenta diferencias significativas respecto a la edición anterior, en especial por la relevancia que Payne da a un conjunto de teorías del Trabajo Social, entre las que se encuentra la «Feminist practice» (ver capítulo 13), que en la versión anterior no tenían entidad suficiente para ser protagonistas de un capítulo y se englobaban junto con otras.

⁴⁸ Traducción: «Cuidar es un trabajo duro. También es un trabajo socialmente necesario. Sin embargo, ha sido constantemente devaluado y dado por sentado. Algo que las mujeres hacen "naturalmente". Sin embargo, las mujeres se dedican constantemente a atender sus movimientos tortuosos, a menudo a expensas de atender sus propias necesidades a medida que dedican sus esfuerzos a garantizar que la vida de sus seres queridos sea un poco más fácil. Los trabajadores sociales conspiran con la aparente falta de esfuerzo de los esfuerzos de las mujeres y, por lo tanto, niegan el reconocimiento de cuánto esfuerzo ponen en la supervivencia básica.» (Callahan (2000) citada por Dominelli (2002, p. 2)).

Asimismo, los aportes de la teoría feminista a estos debates es indisputable; claro está que el cuestionamiento de la noción de sujeto ha sido desde siempre central a su tradición crítica. La introducción del concepto de género en el campo teórico supuso, de hecho, una transformación teórico-política dentro del mundo académico en la que se puso de relieve la necesidad de reevaluar la historia de la teoría social a la luz del sesgo genérico. (Sabsay, 2009, p. 5)

En la misma línea, Teresa de Lauretis apunta que el sistema sexo/género, como construcción sociocultural «es un sistema de representación que confiere significado (identidad, valor, prestigio, posición en el sistema de parentesco, estatus en la jerarquía social, etc.) a los individuos de una sociedad dada» (de Lauretis, 2000, p. 39). Y nos plantea también un elemento que será clave para la práctica y teoría del Trabajo Social y es que si partimos de la aceptación del principio feminista de «lo personal es político»⁴⁹, debemos aceptar la inexistencia de barreras de separación entre la esfera pública (el ámbito del trabajo remunerado) y la esfera privada (el ámbito doméstico, pero, también, el de los afectos, la familia, la sexualidad, etc.) y así «podemos pensar en diferentes tipos de relaciones sociales unidos entre sí: relaciones de trabajo, de clase, de raza y de sexo/género» (de Lauretis, 2000, p. 42).

Así pues, las teorías feministas pueden aportar un nuevo marco de análisis para la realidad social, las necesidades de las personas y la forma en que éstas dan respuesta a sus necesidades, pero, también, ayudarán al Trabajo Social a reflexionar sobre los roles y sobre las relaciones que se establecen entre las personas atendidas y su red familiar y social y, también, con las profesionales.

Además, como señala Ana Alcázar–Campo (2014), el Trabajo Social tiene algunos elementos en común con la teorías feministas, empezando por la dificultad para definir el propio Trabajo Social y determinar un método unificado o único, que la autora compara con la afirmación de bell hooks⁵⁰ sobre el feminismo que presenta la misma dificultad, encontrar una definición unitaria: «A central problem within feminist discourse has been our inability

⁴⁹ Un lema clásico del movimiento feminista que se popularizó a partir de un ensayo de Carol Hanisch de 1969 que llevó este título, aunque la autora ha afirmado que no fue ella quien lo tituló así sino que fueron las editoras del libro en el que apareció (ver Hanisch (2006)). En todo caso, es considerado uno de los principios del feminismo.

⁵⁰ bell hooks escribe su nombre en minúsculas por decisión propia y, por tanto, se mantendrá en las citas.

to either arrive at a consensus of opinion about what feminism is or accept definition(s) that could serve as points of unification⁵¹» (hooks, 1984).

Esta afirmación de bell hooks nos sirve para justificar el uso del término “teorías feministas” en plural, porque existen diversos feminismos. Sin ánimo de extendernos sí que queremos dejar constancia de la larga trayectoria del feminismo, como movimiento social y como construcción teórica, que abarca desde el siglo XIX (aunque uno de los primeros textos feministas, *A Vindication of the Rights of Woman*, lo escribió Mary Wollstonecraft en 1792) hasta la actualidad y que ha ido evolucionando en lo que se han venido a llamar las “olas del feminismo”⁵².

En un movimiento, social y teórico, de tan larga duración han confluído múltiples visiones y enfoques; Dominelli (2002b) recoge cinco grandes corrientes: liberal, radical, marxista/socialista, negro y posmoderno (ver Tabla 3, pág. 82). Cada una de estas corrientes tiene unos efectos prácticos diferentes en el Trabajo Social, aunque coincidan en aspectos clave. En este sentido Lena Dominelli (2002) recoge las aportaciones de Harding (1990) sobre las contribuciones que ha hecho el feminismo a la epistemología del Trabajo Social que podemos sintetizar en: dejar de utilizar el mundo de experiencias masculino como unidad de medida universal, analizar los estándares universales para identificar su falta de incorporación de las experiencias y conocimientos de las mujeres, criticar el pensamiento dualista basado en categorías binarias, reconocer la identidad política como base de la organización social, respeto a las múltiples identidades de las mujeres, reconocimiento de la trascendencia de las relaciones de poder de género para el desarrollo de mujeres y hombres y reconocimiento de la capacidad de las mujeres para su propia auto-determinación y para la solidaridad.

1. challenging men's experiences as the yardstick for measuring women's;
2. unpacking universalist standards and exposing their failure to describe, understand or value women's diverse lifestyles and contributions to society;
3. critiquing dualist thinking and the concepts that formulate knowledge as binary categories operating in opposition to each other;

⁵¹ Traducción: «Un problema central dentro del discurso feminista ha sido nuestra incapacidad para llegar a un consenso de opinión sobre qué es el feminismo o aceptar definiciones que puedan servir como puntos de unificación.» (hooks, 1984).

⁵² La evolución del movimiento feminista y de las teorías feministas se clasifica en olas (Krolokke y Sorensen, 2006) que es el nombre que se le da a las diferentes etapas; la primera se extiende entre el siglo XIX y mediados del siglo XX y se centra en los derechos civiles y políticos; la segunda desde mediados del siglo XX hasta la década de 1990 (aproximadamente) se centra en los derechos sociales y la tercera ola (y actual) se centra en el reconocimiento de la diversidad de feminismos y en nuevos elementos de análisis de los procesos de opresión de las mujeres.

4. recognising identity politics as a central dynamic in how social relations are organised and reproduced;
5. respecting women's multiple and fluid identities;
6. acknowledging the significance of gendered power relations in shaping the opportunities available for men and women to build their lives in accordance with their views of their needs; and
7. recognising the capacity of women to take action on their own behalf and to demonstrate solidarity across a range of social divisions⁵³. (Dominelli, 2002b, p. 18)

TABLA 3. CORRIENTES DEL FEMINISMO

Corriente	Características
Feminismo liberal	Centrado en obtener libertades e igualdad de oportunidades con los hombres. Sistema de valores: independencia, igualdad de oportunidades, individualismo.
Feminismo radical	Describen el patriarcado como la forma sistemática de subyugación de las mujeres por parte de los hombres; es una forma de organización social de la que surgen diversos tipos de opresión.
Feminismo marxista y socialista	Analizan los marcos del capitalismo y del patriarcado. Desde la perspectiva económica se centran en poner en valor la importancia del trabajo doméstico para la reproducción del capitalismo. También analizan la familia y los roles y ejercicios de poder que se producen en su seno
Feminismo negro	Toman el racismo como punto de partida de su análisis de la opresión de las mujeres y promueven una comprensión más diferenciada de la condición de las mujeres. Destacan la centralidad de la teoría y del activismo político.
Feminismo posmoderno	Profundizan en la comprensión de la posición de la mujer. Utilizan conceptos como el lenguaje, el discurso, la diferencia, la deconstrucción y el posicionamiento. Incorporan también el concepto de fluidez en la identidad y en las relaciones sociales y la capacidad de agencia (capacidad de actuar)

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DOMINELLI (2002b)

El Trabajo Social Feminista, según Dominelli (2002), parte del reconocimiento de la experiencia de las mujeres y de su posición en la sociedad, busca dar respuesta a sus necesidades específicas y generar relaciones igualitarias entre las personas atendidas y las profesionales. Las teorías feministas aportan al Trabajo Social, como ya habíamos

⁵³ Trad. 1. Desafiar las experiencias de los hombres como criterio para medir las de las mujeres; 2. Desentrañar los estándares universalistas y exponer su incapacidad para describir, comprender o valorar los diversos estilos de vida y contribuciones de las mujeres a la sociedad; 3. Criticar el pensamiento dualista y los conceptos que formulan el conocimiento como categorías binarias que operan en oposición entre sí; 4. Reconocer la política de identidad como una dinámica central en cómo se organizan y reproducen las relaciones sociales; 5. Respetar las identidades múltiples y fluidas de las mujeres; 6. Reconociendo la importancia de las relaciones de poder de género en la configuración de las oportunidades disponibles para hombres y mujeres para construir sus vidas de acuerdo con sus puntos de vista sobre sus necesidades; y 7. Reconociendo la capacidad de las mujeres para actuar en su propio nombre y demostrar solidaridad en una variedad de divisiones sociales. (Dominelli, 2002b, p. 18)

comentado, un análisis que busca superar una visión androcéntrica, en la que el hombre es la medida de todo, y en la que la mujer es vista como la responsable de garantizar el bienestar de su familia, garantizar los cuidados, pero sin tener en cuenta sus propias necesidades.

El Trabajo Social Feminista puede aportar a la práctica un proceso de deconstrucción de los conceptos aprendidos, de las presunciones asentadas en nuestro conocimiento práctico para dar paso a una revisión que permita una visión más igualitaria de las relaciones entre personas, tanto de las personas atendidas con su entorno social como de las relaciones entre persona atendida y profesional.

Por otra parte, hay una serie de conceptos feministas que pueden ser relevantes en la práctica, Dominelli destaca: «interconnectedness, reciprocity, mutuality, ambiguity, power and citizenship⁵⁴» (Dominelli, 2002b, p. 37). La interconexión nos vincula con la interdependencia entre las personas, interdependencia que se construye sobre la reciprocidad y que tienen unas implicaciones directas en la generación de relaciones más igualitarias, tanto en la esfera privada como en la pública, tanto en la vida de las personas atendidas como en su relación con las profesionales del Trabajo Social. Dominelli (2002) señala que en el Trabajo Social de orientación tradicional esta reciprocidad no existe, se visualiza la relación persona atendida – profesional como una relación unidireccional.

La ambigüedad nos permite una mayor sensibilidad a las necesidades de los otros, se vincula con la fluidez, con la no adscripción a los roles estereotipados vinculados al sexo. Desde el Trabajo Social la ambigüedad es un elemento clave en tanto que, desde una visión feminista, se buscará un posicionamiento respetuoso ante las situaciones en las que las personas se encuentren en la disyuntiva de la confrontación entre la responsabilidad y el deseo.

La solidaridad es otro de los conceptos feministas por excelencia, la creación de redes de apoyo ha sido una de las características del movimiento feminista que busca una ciudadanía más inclusiva, que reconozca las diversidades. Malcolm Payne (2014) destaca como aportaciones prácticas la ayuda mutua, el diálogo y la concienciación.

Otro concepto clave, también surgido en el marco de las teorías feministas aunque vinculado también con el concepto de conscientización desarrollado por Freire (1968, citado por Calvés (2009)), es el de empoderamiento (*empowerment*); surgido especialmente en la práctica de los grupos para la toma de conciencia (*consciousness-raising*) que se promueven tanto desde la

⁵⁴ Traducción: «interconexión, reciprocidad, mutualidad, ambigüedad, poder y ciudadanía» (Dominelli, 2002b, p. 37).

segunda ola del feminismo para fortalecer la posición de las mujeres ante la acción de la sociedad patriarcal, como en contextos de desarrollo internacional y comunitario (Calvès, 2009).

Un último concepto que surge de las teorías feministas y que puede representar una gran aportación teórica y práctica para el Trabajo Social es el de *interseccionalidad*. Este concepto fue acuñado por Kimberle Crenshaw (1989) para referirse a los distintos ejes de discriminación que sufrían las mujeres negras (sexo, raza, origen...) en los diversos contextos en los que se desarrollaban (empleo, familia, etc.). Leslie McCall (2005) define la interseccionalidad en el mismo sentido, la multiplicidad de dimensiones que confluyen en las relaciones sociales y en la formación de los sujetos: «the relationships among multiple dimensions and modalities of social relations and subject formations⁵⁵» (McCall, 2005, p. 1771). R. Lucas Platero hace una aproximación más visual cuando define el concepto de la siguiente manera: «La interseccionalidad nos evoca la imagen de un sujeto atravesado, una especie de cruce de caminos, que trata de reflejar un interés por ir más allá de una concepción estática, homogeneizante y cuasiétnica de los colectivos, para poder centrarse en la “discriminación múltiple”» (Platero, 2013, p. 86).

En un contexto como el que se da en la práctica del Trabajo Social donde se han identificado las situaciones objeto de intervención en función de algunas características de las personas, agrupándolos en colectivos (por ejemplo, personas con discapacidad, familias monoparentales, personas con drogadicciones, etc.) introducir una categoría de análisis como la interseccionalidad obliga a hacer frente a la complejidad de la realidad social y es clave para el desarrollo de la práctica y la teoría profesional en la medida que nos permitirá superar la generalización que conllevan las categorías simplificadoras, tal como apunta García Roca (2007).

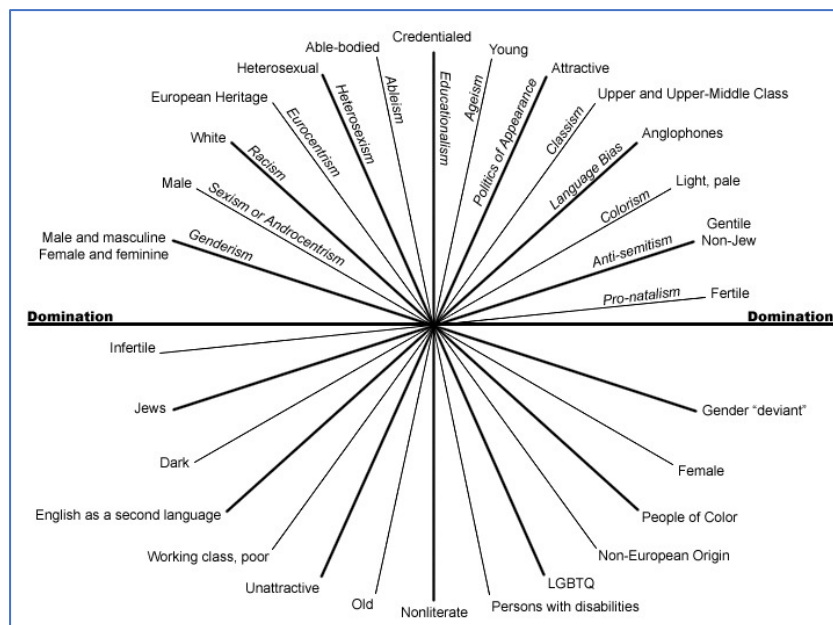
Una aportación gráfica sobre el concepto de la interseccionalidad nos lo ofrece Kathryn P. Morgan (1996) que diseña una figura en la que sitúa en el centro a la persona, como «nexus or site of intersection in a larger set of personal, comunal, and institutional interrelations⁵⁶» (K. P. Morgan, 1996, p. 190). En esta figura, la dominación se representa mediante un eje horizontal; mientras que los privilegios se sitúan en la parte superior e

⁵⁵ Trad. «las relaciones entre múltiples dimensiones y modalidades de relaciones sociales y formaciones del sujeto» (McCall, 2005, p. 1771)

⁵⁶ Trad. «el nexo o lugar de intersección en un amplio conjunto de interrelaciones personales, comunitarias e institucionales» (K. P. Morgan, 1996, p. 190).

implican «the power to dominate in systematic ways, which are simultaneously ideological and material, institutional and personal⁵⁷» (Ibíd., p. 190); por el contrario, la opresión, situada en la parte inferior, implica «the lived, systematic experience of being dominated by virtue of one's position on various particular axes⁵⁸» (Ibíd., p. 190).

ILUSTRACIÓN 2. EJES DE INTERSECCIÓN DE PRIVILEGIO, DOMINACIÓN Y OPRESIÓN



FUENTE. MORGAN (1996, p. 192)

K.P. Morgan (1996) propone una imagen gráfica que muestra como los ejes de dominación-opresión constituyen una línea continua que confluye, o puede confluir, en una única persona; así pues, define 14 ejes que reflejan situaciones diversas de las personas: estereotipos sexuales⁵⁹, sexismo, racismo, eurocentrismo, heterosexismo, capacitismo⁶⁰, educacionalismo, edatismo, política de apariencia, clasismo, colorismo, antisemitismo y pro-natalismo. Y, para cada eje, dibuja los dos extremos; así, por ejemplo, para el eje sexismo podemos encontrar la categoría *hombre* en el extremo de dominación y *mujer* en el de opresión; en el eje racismo, encontramos *blanco* en el extremo de dominación y *persona de color* en el de opresión; o, en el eje del edatismo, *joven* se encuentra en el extremo de dominación, mientras que *viejo* lo hace

⁵⁷ Trad. «El poder de dominar de manera sistemática, que es simultáneamente ideológico u material, institucional y personal» (Ibíd., p. 190).

⁵⁸ Trad. «La experiencia sistemática vivida de ser dominado en virtud de la posición de uno mismo en varios ejes particulares» (Ibíd., p. 190)

⁵⁹ Hemos traducido “genderism” por “estereotipos sexuales” dado que no existe equivalente a la palabra inglesa, por lo que nos hemos basado en el contenido.

⁶⁰ Hemos adaptado la palabra inglesa “Capacitism” que hace referencia a las capacidad de las personas frente a la “discapacidad” en las personas.

en el de opresión. Esta formulación de los ejes de dominación-opresión serán un elemento relevante que abordaremos en el diseño de la propuesta, puesto que sistematizan factores de contexto que escapan de las actitudes y voluntades de las personas y, por tanto, deben ser tenidos en cuenta.

En resumen, desde un enfoque epistemológico construccionista, reconocemos la necesidad de contar con las teorías feministas para profundizar en el conocimiento de una realidad compleja que no puede ser explicada desde una única visión y, lógicamente, tampoco desde una visión que toma como vara de medir al hombre (blanco y de clase media, generalmente); las teorías feministas aportan al Trabajo Social un nuevo marco de análisis y, teniendo en cuenta que tanto la mayoría de las profesionales como de las personas atendidas son mujeres, no cabe menos que reconocer su conocimiento y sus necesidades. Por otra parte, la introducción de nuevas categorías de análisis, como la interseccionalidad, nos permitirán tener una visión más global de la complejidad huyendo de las simplificaciones generalistas. A la par, las prácticas feministas, como la ayuda mutua o la toma de conciencia, pueden ser un importante instrumento en la práctica profesional del Trabajo Social.

2.4.3 Enfoques Anti-opresivo y multicultural

Payne (2014) introduce en la última edición de su libro *Modern Social Work Theory* el enfoque anti-opresivo y multicultural entre las teorías para la práctica del Trabajo Social y lo hace porque considera que este enfoque ayuda a los profesionales a entender las barreras culturales y étnicas que se dan en la sociedad, así como las relaciones de poder que se producen entre grupos étnicos y culturales dominantes y dominados. En sus propias palabras nos dice: «[...] help practitioners to understand the cultural and ethnic barriers, conflicts and differences in societies so that they may practice in ways that respect people's individual and social identities and respond to oppression by dominant social groups⁶¹» (Payne, 2014, p. 373).

Los enfoques anti-opresivo y multicultural surgen como respuesta a la preocupación sobre la extensión de los conflictos étnicos y racistas (Payne, 2014, p. 373), pero también al deseo de las personas de reafirmar su esperanza por un mundo mejor: «Eradicating oppression and asserting their right to self-expression in a world that they control has become a key concern

⁶¹ Trad.: «ayuda a los profesionales a entender las barreras, conflictos y diferencias étnicas y culturales en las sociedades, de manera que puedan practicar de manera que respeten las identidades sociales e individuales de las personas y respondan a la opresión de los grupos sociales dominantes» (Payne, 2014, p. 373).

of peoples across the globe as they engage with one another to realise their hopes for a better tomorrow»⁶² (Dominelli, 2002a, p. 1).

En este mismo sentido se manifiestan Serradell y Munté (2010) cuando constatan la diversidad que se ha ido consolidando en nuestras sociedades y su impacto en las interacciones entre las personas: «La multiculturalidad ha aumentado la diversidad de las interacciones entre personas de distintas culturas y el lenguaje se ha visto también modificado por ella» (Serradell y Munté, 2010, p. 346).

Ambos enfoques, aunque confluyen en aportar reflexión sobre la manera en la que la experiencia individual de las personas conforma su propia identidad, sugieren diversos análisis: el enfoque anti-opresivo o antidiscriminatorio se centra en las causas estructurales de la discriminación mientras que el enfoque multicultural pone el foco en el rol de las diferencias étnicas y culturales en la estimulación de la discriminación. (Payne, 2014, p. 374,389).

En este enfoque cobra un valor destacado el concepto de *identidad* que, en palabras de Giddens (2002), definiríamos de la siguiente manera: «En términos generales, la identidad tiene que ver con la idea que las personas se hacen sobre quiénes son y sobre lo que tiene sentido para ellas» (Giddens, 2002, p. 60). Dominelli (2002a) señala que la identidad se conforma a partir de las interacciones entre las personas («Identity is constituted through interactions between people» (Dominelli, 2002a, p. 10)) y al que García Roca (2007) le da una gran relevancia en la medida que entiende que la identidad supone recuperar el nombre y la historia propia y ello comporta: «Al recuperar su nombre y su historia hace posible un proceso de incorporación activa a la sociedad, de implicación en la vida comunitaria, de activación de sus potencialidades» (García Roca, 2007, p. 2).

Dominelli (2002a) inicia su análisis de la teoría o enfoque anti-opresivo del propio concepto de *opresión* que define de la siguiente manera:

Oppression involves relations of domination that divide people into dominant or superior groups and subordinate or inferior ones. These relations of domination consist of the systematic devaluing of the attributes and contributions of those deemed

⁶² Trad.: «Erradicar la opresión y afirmar su derecho a la autoexpresión en un mundo que puedan controlar se ha convertido en una preocupación clave para gente de todo el mundo mientras se comprometen para cumplir sus esperanzas de un mañana mejor» (Dominelli, 2002a, p. 1).

inferior, and their exclusion from the social resources available to those in the dominant group⁶³. (Dominelli, 2002a, p. 8)

En la misma línea se manifiesta Payne (2014) cuando señala que el origen de los problemas surge del conflicto entre intereses de grupos sociales que tienen identidades vinculadas con “características devaluadas” (Payne, 2014, p. 376). Observamos, pues, en ambos autores, la relación que establecen entre la opresión y la identidad de las personas en la medida que la opresión se fundamenta en características y atributos de las personas. El enfoque multicultural, por su parte, señala que el problema principal tiene más que ver con la capacidad que tenemos para entender y valorar las identidades sociales: «Multicultural sensitivity views, [...], argue that the main problem is in our ability to understand and value the social identities that are linked to devalued characteristics⁶⁴» (Payne, 2014, p. 376).

Tanto Dominelli (2002) como Payne (2014) destacan que la opresión no tiene un único origen o causa sino que lo vinculan con el concepto de *interseccionalidad*, que hemos analizado anteriormente, para destacar la multiplicidad de opresiones sobre la base de diversas divisiones sociales: «[...] ‘race’, gender, class, age, disability and sexual orientation⁶⁵» (Dominelli, 2002a, p. 9).

Ambos enfoques comparten, de acuerdo con las aportaciones de Payne (2014), la voluntad de implementar los principios de la teoría crítica y la preocupación por los derechos: «Both anti-oppressive and multicultural sensitivity theory implement the shared value principles of critical practice and a concern for rights⁶⁶» (Payne, 2014, p. 390).

Milner, Myers y O’Byrne (2015) apuntan aportaciones específicas del enfoque anti-opresivo en relación con el diagnóstico social (assessment) recogiendo la obra de Dalrymple y Burke (2006, citado en Milner et al. (2015, p. 27)) que propone un marco ético para el diagnóstico desde este enfoque que incluye:

⁶³ Trad.: «La opresión implica relaciones de dominación que dividen a las personas en grupos dominantes o superiores y subordinados o inferiores. Estas relaciones de dominación consisten en la devaluación sistemática de los atributos y contribuciones de aquellos considerados inferiores, y su exclusión de los recursos sociales disponibles para aquellos en el grupo dominante.» (Dominelli, 2002a, p. 8)

⁶⁴ Trad.: «Los puntos de vista de la sensibilidad multicultural, [...], defienden que el principal problema está en nuestra capacidad de comprender y valorar las identidades sociales que están vinculadas a características devaluadas» (Payne, 2014, p. 376)

⁶⁵ La palabra ‘race’ aparece entrecomillada en el texto original. Las divisiones sociales son: raza, género, clase, edad, discapacidad y orientación sexual.

⁶⁶ Trad.: «Tanto la teoría anti-opresiva como la de sensibilidad multicultural implementan los principios de valores compartidos de la práctica crítica y la preocupación de los derechos» (Payne, 2014, p. 390).

- Assessment should involve those being assessed.
 - Openness and honesty should permeate the process.
 - Assessment should involve the sharing of values and concerns.
 - There should be acknowledgement of the structural context of the process.
 - The process should be about questioning the basis of the reasons for proposed actions, and all those involved should consider alternative courses of action.
 - Assessment should incorporate the different perspectives of the people involved⁶⁷.
- (Milner et al., 2015, p. 27)

Las principales aportaciones de estos enfoques teóricos tienen que ver con la incorporación del concepto de identidad en la práctica del Trabajo Social y cómo esta identidad se construye también mediante las experiencias de discriminación y opresión que experimentan las personas. El Trabajo Social necesita incorporar esta visión para comprender a las personas y comunidades con las que trabaja y, también, para posicionarse en relación con estas personas. Desde la perspectiva anti-opresiva se busca que el Trabajo Social se incorpore a la lucha contra la discriminación y destaca que todas las formas de discriminación son igual de importantes, porque «with each form of discrimination strengthening the adverse effects of others⁶⁸» (Payne, 2014, p. 391).

2.4.4 Enfoque basado en las fortalezas

Este enfoque se enmarca, en el planteamiento que hace Payne (2014) de clasificación de los marcos teóricos según los objetivos del Trabajo Social, en las teorías orientadas al empoderamiento. La principal contribución de este enfoque está en adoptar una estrategia orientada al futuro, más que en la resolución de problemas: «looking-forward approach, rejectin “problem-solving” as a focus for individual help⁶⁹» (Payne, 2014, p. 243).

⁶⁷ Trad.: El *assessment* debe involucrar a aquellos que están siendo evaluados. La apertura y la honestidad deben impregnar el proceso. El *assessment* debe involucrar el intercambio de valores y preocupaciones. Debe haber un reconocimiento del contexto estructural del proceso. El proceso debe consistir en cuestionar la base de los motivos de las acciones propuestas, y todos los involucrados deben considerar cursos de acción alternativos. El *assessment* debe incorporar las diferentes perspectivas de las personas involucradas. (Milner et al., 2015, p. 27). (N. de T.: mantenemos el término *assessment* dado que la traducción estándar – evaluación – no sería adecuada como se ha referido anteriormente),

⁶⁸ Traducción: «con cada forma de discriminación se refuerzan los efectos adversos de las otras» (Payne, 2014, p. 391).

⁶⁹ Trad. «Enfoque orientado al futuro, rechazando la “solución de problemas” como foco para la ayuda individual» (Payne, 2014, p. 243)

Este enfoque tiene sus bases teóricas en la psicología social y en la idea de la construcción social, del construccionismo; motivo por el que lo seleccionamos entre el abanico de enfoques teóricos que han de guiar nuestro análisis y nuestra propuesta.

Uno de los principales autores de este enfoque es, de acuerdo con Payne (2014, p. 244), Dennis Saleebey (1997) que ha trasladado las aportaciones de las teorías psicológicas al Trabajo Social y hemos recurrido a su obra más extensa para entender la propuesta de este enfoque.

Este enfoque propone un cambio sustancial en la posición del Trabajo Social en la práctica, en la manera en cómo se ven las personas y cuál debe ser la principal orientación de los profesionales de la disciplina; se tratará de focalizarse en «helping to discover and embellish, explore and exploit clients' strengths and resources in the service of assisting them to achieve their goals, realize their dreams, and shed the irons of their own inhibitions and misgivings, and society's domination⁷⁰» (Saleebey, 1997, p. 1) y esto significa que los profesionales, más que centrarnos en los problemas, deberíamos buscar las oportunidades.

Saleebey (1997) en su presentación y defensa de la práctica basada en las fortalezas hace un recorrido por algunos conceptos arraigados en el Trabajo Social, tanto en la teoría como en la práctica. Reconoce que el Trabajo Social no se ha podido sustraer de una corriente de pensamiento que se centra en la idea de la enfermedad y el trastorno, que lleva a ver a las personas atendidas desde el Trabajo Social solo en función de sus deficiencias, de sus problemas o patologías.

El autor, Dennis Saleebey (1997, pp. 3-5), identifica el lenguaje de la patología y los principios que de él se derivan: la identificación de la persona con el problema o la patología y cómo la etiqueta asume una posición predominante y sirve para subsumir todas las otras características de la persona bajo su paraguas; se refiere al lenguaje del pesimismo y la duda que utilizan los profesionales y considera que este lenguaje opera como una especie de “profecía de autocumplimiento”, en palabras de Merton (1948, 1968); el desarrollo de una relación entre “ayudante” y “ayudado” caracterizada por la distancia, la desigualdad en el poder, el control, fruto de la idea que los profesionales tienen una base teórica o empírica potente que les permite esta distancia y que lleva a no tener en cuenta la visión del cliente; la

⁷⁰ Trad. «ayudar a descubrir y embellecer, explorar y explotar las fortalezas y recursos de los clientes al servicio de ayudarlos a alcanzar sus metas, realizar sus sueños y deshacerse de las cadenas de sus propias inhibiciones y dudas, y el dominio de la sociedad» (Saleebey, 1997, p. 1)

pérdida de contexto es otra de las consecuencias de esta visión patologizante porque tiende a ver las situaciones desde una perspectiva individual y no incluye los contextos, perdiéndose elementos básicos de la vida de las personas; y, finalmente, considera que partir del supuesto de “enfermedad” implica asumir que existe una causa para el trastorno y, por tanto, una solución y reflexión que este automatismo causa – efecto – solución no funciona en el ámbito de las relaciones humanas.

Saleebey (1997) parte de la consideración, que está en la base del construccionismo, del carácter constitutivo del lenguaje y lo expresa de una manera muy directa: «Language and words have power. They can elevate and inspire or demoralize and destroy⁷¹» (Saleebey, 1997, p. 9). Por ello, recoge el vocabulario de las fortalezas:

- Empoderamiento: proceso que ayuda a las personas, grupos, familias y comunidades a descubrir y utilizar los recursos y herramientas propios y de su contexto. Barbara Levy Simon (1994, citada por Saleebey (1997, p. 9)) sintetiza el empoderamiento en cinco ideas:
 - Relaciones de colaboración entre profesionales, clientes y redes.
 - Énfasis en el crecimiento de las fortalezas y capacidades de las personas
 - Focalizarse en el individuo, la familia y el contexto
 - Asumir el papel activo y la capacidad de agencia que tienen las personas.
 - Dirigir las energías profesionales hacia las personas que han sido históricamente vulnerables y oprimidas. (Saleebey, 1997, p. 9)
- Pertenencia: el autor cita a Walzer (1983, *Ibíd.*, p. 10) para destacar que la no pertenencia supone estar en una condición de “peligro infinito”. La orientación a las fortalezas parte de reconocer que todas las personas merecen dignidad, respeto y responsabilidad.
- Resiliencia: la capacidad de superación de las personas ante problemas graves, tanto individual como colectivamente.
- Curación e integridad: la integridad es entendida como la facilidad del cuerpo y la mente para regenerarse y resistir ante problemas, trastornos o situaciones análogas, mientras que la curación incluye también la relación positiva entre la persona y su entorno social y físico.

⁷¹ Trad. «El lenguaje y las palabras tienen poder. Pueden elevar e inspirar o desmoralizar y destruir» (Saleebey, 1997, p. 9)

- Diálogo y colaboración: los seres humanos crecen a través de relaciones creativas con otros seres humanos; sin relaciones una persona no puede descubrir sus capacidades, conocimiento, fortalezas. Para el diálogo y la colaboración es necesaria la empatía, la identificación con el otro y la inclusión del otro.
- Rechazar la incredulidad: nos dice el autor que hay un sentimiento extendido de incredulidad entre los profesionales, de no creer lo que los clientes dicen. Y plantea dos ideas clave respecto a esta incredulidad: primero, que existen muchas representaciones del mundo, no hay representaciones válidas e inválidas; segundo, que las personas, incluidos los clientes, somos expertos en nuestras propias vidas. (Saleebey, 1997, pp. 9-13)

Finalmente, Saleebey (1997) define los principios del enfoque centrado en las fortalezas:

- «*Every individual, family, group and community has strengths*»⁷² (Ibid., p. 14). Es esencial que, por duro que a veces pueda ser, recordemos que todas las personas, incluidas las que acuden al trabajador social, tienen habilidades, recursos, conocimientos e, incluso, sabiduría sobre ámbitos que desconocemos como profesionales. La tarea del profesional descubrir y hacer aflorar estas capacidades.
- «*Trauma and abuse, illness and struggle may be injurious, but they may also be sources of challenge and opportunity*»⁷³ (Ibid., p. 14). Contrapone el “modelo de daños” que lleva al pesimismo y a la victimización con el “modelo de retos” en el que las personas, incluso viviendo problemas graves no son meros recipientes, sino que tiene capacidad de superación (resiliencia); recurre a la expresión de otro autor (Wolins, 1993, citado en Ibid., p. 14)) que habla del “orgullo del superviviente”.
- «*Assume that you do not know the upper limits of the capacity to grow and change and take individual, group, and community aspirations seriously*»⁷⁴ (Ibid., p. 15). Plantea Saleebey que, a menudo, los profesionales entienden que los límites de las personas están determinados por el alcance del diagnóstico que ellos mismos [los profesionales] hacen o por el perfil que dibujan, como una sentencia más que como un punto de partida; y propone que, desde esta perspectiva, los profesionales deben reconocer a

⁷² Trad. «Cada individuo, familia, grupo y comunidad tiene fortalezas» (Saleebey, 1997, p. 14). (Nota: cursiva en el original)

⁷³ Trad. «El trauma y el abuso, la enfermedad y la lucha pueden ser perjudiciales, pero también pueden ser fuentes de desafíos y oportunidades.» (Saleebey, 1997, p. 14). (Nota: cursiva en el original).

⁷⁴ Trad. «Suponga que no conoce los límites máximos de la capacidad de crecer y cambiar, y tome en serio las aspiraciones individuales, grupales y comunitarias.» (Saleebey, 1997, p. 15). (Nota: cursiva en el original)

todas las personas la capacidad para hacer cosas inesperadas, de tomar caminos distintos como dice que, a buen seguro, han hecho muchos profesionales. No es función del profesional limitar las aspiraciones de nadie.

- «*We best serve clients by collaborating with them*⁷⁵» (Saleebey, 1997, p. 16). Considera que el rol de experto o profesional no ofrece ventajas para tomar en consideración el punto de vista de la persona atendida y que un rol de ayuda, acompañamiento, colaboración, aún desde una perspectiva de una persona especializada, puede dar mejores resultados y los profesionales pueden, de esta manera, ayudar mejor a las personas; desde el reconocimiento del otro.
- «*Every environment is full of resources*⁷⁶» (Ibid., p, 16). Reconocer el papel de las comunidades como apoyo para amplificar la resiliencia es el significado de este principio; en las comunidades existen redes de apoyo informal que cubren diversos aspectos y los profesionales deben tenerlos en cuenta en su actividad.
- «*Caring, caretaking and context*⁷⁷» (Ibid., p, 17). Cuidar es una actividad esencial para el bienestar humano; los seres humanos somos interdependientes, necesitamos cuidados y cuidamos a lo largo del ciclo vital. En este principio se reivindica el cuidado como una forma de relación social y como una función del Trabajo Social.

En resumen, las fortalezas son el resultado de los procesos de aprendizaje que las personas hacen, el resultado de las pruebas de ensayo y error que se hacen a lo largo de la vida; Saleebey (1997) nos recuerda que todas las vivencias dejan poso, dejan aprendizaje, tanto las positivas como las negativas.

What people have learned about themselves, others, and their world as they have struggled, coped with, and battled abuse, trauma, illness, confusion, oppressions, and even their own fallibility. People do learn from their trials, even those that they seem to inflict upon themselves. People do not just learn from successes, but from their difficulties and disappointments as well⁷⁸. (Saleebey, 1997, p. 85)

⁷⁵ Trad. «Servimos mejor a los clientes cuando colaboramos con ellos» (Saleebey, 1997, p. 16). (Nota: cursiva en el original)

⁷⁶ Trad. «Cada entorno está lleno de recursos» (Saleebey, 1997, p. 16). (Nota: cursiva en el original)

⁷⁷ Trad. «Cuidando, siendo cuidado y contexto» (Saleebey, 1997, p. 17). (Nota: cursiva en el original)

⁷⁸ Trad. Lo que las personas han aprendido sobre sí mismas, los otros y su mundo a medida que han luchado, enfrentado y batallado contra el abuso, el trauma, la enfermedad, la confusión, las opresiones e, incluso, su propia falibilidad. Las personas aprenden de sus ensayos, incluso aquellos que parecen autoimponerse. Las personas no solo aprenden de los éxitos, sino también de sus dificultades y decepciones» (Saleebey, 1997, p. 85)

En el ámbito de la práctica, una de las principales aportaciones de este enfoque es el uso de “preguntas apropiadas”, incluso se ha identificado la *miracle question* (Milner et al., 2015, pp. 167-168), que sería aquella que es de especial ayuda para establecer los objetivos de la persona. Para el desarrollo de las preguntas se ha propuesto también la solución de las *scaled questions* (Ibíd., p. 168), preguntas escaladas o graduadas, que sirven para que la persona valore cuál es su situación en una escala de 0 a 10, como un instrumento para la autovaloración. También se han diseñado guías de preguntas para abordar temas clave como: la supervivencia (superación de situaciones críticas), el apoyo, las excepciones, las posibilidades (visión de futuro), la autoestima, la perspectiva o el cambio (Ibíd., p 169-171).

El enfoque orientado a las fortalezas se focaliza en descubrir estos aprendizajes y acompañar a las personas para que los utilicen en contextos diferentes, reconociendo sus capacidades y buscando su máximo desarrollo.

2.5 A modo de resumen

En este capítulo nos hemos introducido en el Trabajo Social, como profesión y como disciplina académica, tal como ha sido definido a nivel mundial al amparo de la Federación Internacional de Trabajo Social; definición que nos proporciona un punto de partida común.

Después hemos analizado el objeto del Trabajo Social, entendido como el contenido de esta disciplina, su materia de conocimiento en palabras de Amaya Ituarte (1990); hemos visto que a lo largo de la historia del Trabajo Social se han ido sucediendo distintas definiciones del objeto y hemos hecho hincapié en el análisis de una propuesta que tuvo una amplia repercusión en la formación de las profesionales del Trabajo Social durante algunas décadas y en el diseño del incipiente sistema de servicios sociales, nos referimos a la propuesta de Cortajanera y Las Heras (1979) y hemos visto como diversas autoras, en especial Teresa Zamanillo (1999) analizan su validez teórica para descartar la propuesta. Finalmente, partiendo de las propuestas de Zamanillo (1999), Aguilar (2013) y Conde (1998) hemos identificado dos elementos clave para la definición del objeto del Trabajo Social: el malestar social o psicosocial, que refleja la vivencia subjetiva de las personas respecto a una determinada situación; y la interacción persona-entorno, que es donde suceden las situaciones que generan ese malestar.

A continuación, hemos presentado el debate sobre los métodos y la evolución desde los métodos tradicionales que dividían la metodología de intervención según el sujeto destinatario, o como dice Matus (2017), según el número de sujetos, esto es en individuo, grupo y comunidad. Esta división fue superada para dar paso al denominado método básico o único, que entendían que había un único método que debía adaptarse a cada circunstancia.

Finalmente, en el capítulo se ha abordado el papel de los modelos, marcos o enfoques teóricos del Trabajo Social, entendiéndolos como las guías que han de permitir a las profesionales el análisis de las situaciones a las que han de hacer frente. Después de una presentación y comparación de las diversas clasificaciones, hemos querido incluir estos cinco enfoques teóricos (crítico, feminista, anti-opresivo, multicultural y orientado a fortalezas) porque nos ofrecen un marco de análisis de la realidad social y de nuestra propia práctica profesional que entendemos que, aunque quizás son un poco menos operativos que otros enfoques, pueden aportar una guía en la línea de cumplir con los objetivos que el propio Trabajo Social se ha fijado: «promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas» (FITS, 2014).

Sintetizamos las principales aportaciones de cada uno de ellos:

- El Trabajo Social Crítico o la *critical practice* (en palabras de Payne, 2014) pone el foco en el origen estructural de los problemas sociales y contribuye a que, desde la práctica del Trabajo Social, se cuestione tanto el orden establecido como las explicaciones y respuestas que se originan desde los organismos y estructuras sociales que suelen poner el acento más en la responsabilidad individual que en la misma estructura social. Asimismo, aporta elementos para el análisis de las situaciones de necesidad social, pero también, para la práctica profesional en la relación trabajador social-persona atendida.
- Las teorías feministas son necesarias para profundizar en el conocimiento de una realidad compleja que no puede ser explicada desde una única visión y, lógicamente, tampoco desde una visión que toma como vara de medir al hombre (por lo general, blanco y de clase media). Las teorías feministas aportan al Trabajo Social un nuevo marco de análisis y nuevas categorías, como la interseccionalidad, nos permitirán tener una visión más global de la complejidad huyendo de las simplificaciones generalistas. A la par, las prácticas feministas, como la ayuda mutua o la toma de conciencia, pueden ser un importante instrumento en la práctica profesional del Trabajo Social.

- Las principales aportaciones de los enfoques teóricos anti-opresivo y multicultural tienen que ver con la incorporación del concepto de identidad en la práctica del Trabajo Social y cómo esta identidad se construye también mediante las experiencias de discriminación y opresión que experimentan las personas. El Trabajo Social necesita incorporar esta visión para comprender a las personas y comunidades con las que trabaja y, también, para posicionarse en relación con estas personas.
- Finalmente, el enfoque basado en las fortalezas destaca que estas son el resultado de los procesos de aprendizaje que las personas hacen, el resultado de las pruebas de ensayo y error que se hacen a lo largo de la vida; Saleebey (1997) nos recuerda que todas las vivencias dejan poso, dejan aprendizaje, tanto las positivas como las negativas.

CAPÍTULO 3 POLÍTICAS SOCIALES: EL MARCO PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO SOCIAL

Pensamos que es importante contextualizar el ámbito desde el que se realiza la intervención social y para ello revisaremos los ámbitos en los que los y las profesionales del Trabajo Social (y de las otras disciplinas) desarrollan su cometido e identificaremos, en función de su misión y sus objetivos, qué se requiere de la profesión, qué puede aportar la profesión en la identificación de situaciones de necesidad de las personas que son atendidas en cada ámbito, así como qué especificidades se requieren según cada ámbito de intervención.

El Trabajo Social se desarrolla en el marco de las políticas sociales, de las políticas de Bienestar, y vamos a presentar su conceptualización y sobre una propuesta de estructuración en políticas sectoriales, abordaremos el objeto de cada una de ellas y el papel que el Trabajo Social puede desarrollar.

Finalmente, abordaremos la especial relación entre el Trabajo Social y la política de Servicios Sociales; hemos comentado ya, al hablar del objeto del Trabajo Social, como una propuesta que tuvo una gran difusión en España en los años 80 y 90, generaba algunas reservas en cuanto a la separación de sistema y profesión; en el último apartado profundizaremos en este punto.

3.1 Concepto de política social

Definir qué es la política social no es una tarea sencilla, uno de los principales autores sobre la materia, Richard M. Titmuss dijo que esta tarea de definición era «un problema insoluble» (1968, p. 20, citado por Montoro (1997, p. 33)) insolubilidad que se deriva del hecho que la concepción de la política social emana de la visión del mundo que cada uno de los autores tenga.

Decía Titmuss que el acuerdo sobre el significado de la palabra “política” era relativamente sencillo; en su caso propone referirse a la acción de gobierno: «For our purposes the word “policy” can be taken to refer to the principles that govern action directed towards given ends⁷⁹» (Titmuss, 2008, p. 138). El autor apuesta por una concepción que se fundamenta en la actuación, que supone la implementación de cambios.

Fantova ha hecho una aportación que, podríamos decir, es más operativa y define el concepto “política” a partir de características básicas:

- Una política es (o debe ser) una estrategia: un esquema, una lógica o un patrón articulado y coherente de medios y de fines, basado en una interpretación de la realidad para cumplir una misión.
- Una política es (o debe ser) un proceso: entramados de actividades en las que se ponen en juego recursos y se desencadenan efectos.
- Una política es (o debe ser) un sistema: un proceso estructurado con cierta capacidad de autorregulación que adopta la actividad en una organización en la medida que ocurre de forma regular y reiterada
- Una política es (o debe ser) una red: entramado de relaciones entre agentes.
- Una política es (o debe ser) un relato: una formulación explícita que intenta orientar, impulsar, alinear, legitimar la acción de los agentes. (Fantova, 2014a)

3.1.1 Aportaciones a la definición de política social

Los distintos autores coinciden en que la mayor dificultad consiste en caracterizar la segunda parte de la expresión, la palabra “social”, especialmente cuando se conforma la expresión “política social”.

⁷⁹ Trad. «Para nuestro propósito la palabra “política” puede ser tomada para referirse a los principios que gobiernan la acción dirigida hacia un fin dado» (Titmuss, 2008, p. 128).

Titmuss apuntaba que tenía que ver con las personas en su contexto social y lo relacionaba con los aspectos no económicos de las relaciones humanas: «man in society – and particularly with non-economic factors in human relations⁸⁰» (Titmuss, 2008, p. 139). Por su parte Ricardo Montoro se basa en la concepción de la *nueva esfera pública* de Habermas (1981) y se refiere «a las necesidades colectivas y básicas que tienen los ciudadanos» (Montoro, 1997, p. 34). Teresa Montagut (2008) y Fernando Fantova (2014a) recogen la vinculación del concepto “social” con el de redistribución; así Montagut apunta la relación de la política social y la política económica, diciendo que «La política social es un ámbito de la política económica» (Montagut, 2008, p. 21) y en este sentido, lo redistributivo como característica esencial de lo “social” en la política, también en el mismo sentido se suman las aportaciones de Esping-Andersen (2011).

También es de destacar que diversos autores (Fantova, 2014a; Montagut, 2008; Subirats et al., 2008; Titmuss, 2008) ponen énfasis en el hecho que la política social es una política pública. Siguiendo con el intento de concretar una definición de política social nos hacemos eco de tres definiciones para, posteriormente, señalar aquellos aspectos comunes y característicos que nos permitirán relacionar la política social con el Trabajo Social.

TABLA 4. DEFINICIONES DE POLÍTICA SOCIAL

Teresa Montagut (2008, p. 19)	Política social es la intervención pública que incide en el bienestar de las personas, ya sea cambiando, manteniendo o facilitando sus condiciones de vida. Traba de mejorar el bienestar humano a través de la cobertura de las necesidades de los ciudadanos en aspectos como la educación, la salud, la vivienda y la protección social en general.
Subirats, Knoepfel, Larrue, y Varonne (2008)	Las políticas sociales se entienden como políticas públicas y, por esto, pueden ser concebidas como una concatenación de decisiones y acciones que son el resultado de las interacciones estructuradas y repetidas entre diversos actores públicos y privados que, por motivos distintos, están involucrados en el surgimiento, la formulación y la solución de un problema definido políticamente como público.
Fantova (2014a, pp. 55-56)	Las políticas sociales serían aquellas que dan respuesta u ofrecen satisfactores a una serie de necesidades sociales (incluyendo aspiraciones legítimas de desarrollo humano) mediante la provisión (pública en algún sentido o medida) de una serie de prestaciones y servicios, prestaciones y servicios cuya percepción o disfrute, eventualmente, se convertiría en un derecho social.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS TEXTOS CITADOS

⁸⁰ Trad. «hombre en la sociedad – y particularmente con factores no-económicos en las relaciones humanas» (Titmuss, 2008, p. 139).

De estas definiciones podemos extraer las siguientes características básicas:

- Es una actividad pública: liderada por los poderes públicos y provista⁸¹ por el sector público.
- Incide en el bienestar de las personas porque busca solucionar problemas o necesidades sociales que han sido definidos, políticamente, como públicos, como colectivos. De ahí que la política social se haya vinculado directamente con las políticas de bienestar o el Estado de Bienestar.
- Participan en su desarrollo diversos actores, tanto públicos como privados. Cada uno de estos actores tiene un ámbito preferente de intervención y una lógica con la que actúa. Los autores (Fantova, 2014a; Herrera, 1996) suelen referir cuatro grandes actores (comunidad, estado, mercado e iniciativa social).

No querríamos acabar este apartado sin recoger, como nos recuerda Fantova, las aportaciones de las instituciones europeas a la conceptualización de la política social, puesto que en estos organismos se utiliza el concepto genérico de «servicios sociales de interés general» (Fantova, 2014a, p. 61) que englobarían distintos ámbitos de servicios orientados a la atención de las necesidades de las personas; éstos, a su vez, se diferenciarían de los “servicios sociales personales (“personal social services” como los denomina Munday (2007, p. 10)) que serían aquellos que se ajustarían a una de las políticas sectoriales, los servicios sociales en sentido restringido como los entendemos en España.

3.2 La estructuración de la política social

Sintetizando las aportaciones del apartado anterior podemos decir que la política social es aquel conjunto de actividades (servicios y prestaciones) que buscan satisfacer las necesidades sociales de las personas. Se trata de un concepto que podríamos vincular con el de calidad de vida que viene a reconocer «una forma de existencia superior a la meramente física, la cual incluye las áreas de bienestar social, relaciones sociales y acceso a los bienes culturales, así como el nivel de satisfacción que proporcionan al individuo sus condiciones de vida» (Barranco, 2009, p. 134).

⁸¹ El concepto de provisión «hace referencia a la determinación de la existencia de una oferta de servicio público, la fijación del contenido de esta oferta, la asignación de recursos públicos destinados a financiarla y la fijación de las condiciones que ha de cumplir la ciudadanía, si es que existen, para acceder al servicio.» (Serra et al., 2003, pp. 81-82).

Tanto Barranco (2009) como Schalock y Verdugo (2008) coinciden en considerar que el concepto de *calidad de vida* tiene carácter multidimensional; aunque su propuesta final difiere ligeramente. Schalock y Verdugo apuntan que «[está] compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, influido por factores ambientales y personales y su interacción, y que se mejora mediante la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida» (Verdugo et al., 2008, p. 18). Por su parte, Barranco se centra más en los aspectos subjetivos y objetivos del concepto: «en el cual se integran distintos componentes objetivos como la salud, economía, trabajo, vivienda, relaciones sociales, ocio, medio ambiente, derechos, así como el juicio subjetivo individual y colectivo, acerca del grado en el que se ha alcanzado la satisfacción de necesidades, expectativas» (Barranco, 2009, p. 134).

Introducimos el concepto de calidad de vida precisamente por su carácter multidimensional y porque nos lleva a la necesidad de estructurar la política social. Sin entrar ahora en el debate sobre la atención integrada y su conveniencia, hemos de ser conscientes que las organizaciones, «entendidas como construcciones sociales con un alto grado de formalización» (Zan, 1993, p. 639), necesitan distribuir responsabilidades, funciones y tareas porque, como nos dice Henry Mintzberg: «Toda actividad humana organizada [...] plantea dos requisitos, a la vez fundamentales y opuestos: la *división del trabajo* en diferentes tareas que deben desempeñarse y la *coordinación* de las mismas.» (Mintzberg, 1984, p. 26).

Partiendo de esta premisa es lógico pensar que la política social se organiza para poder ofrecer a las personas la atención a las distintas necesidades sociales. En esta línea diversos autores y organismos clasifican los ámbitos de la política social de distintas maneras⁸² (Alemán, 2009; Arriba et al., 2008; Castels et al., 2010; Eurostat, s. f.) en lo que se han venido llamando: pilares del Estado de Bienestar o políticas sectoriales.

A los efectos de este trabajo vamos a utilizar la clasificación que nos propone Fernando Fantova (2014a) porque responde a una elaboración operativa que justifica el porqué de la inclusión de unos u otros ámbitos (políticas sectoriales) y añade otro tipo de políticas que inciden también en la política social general: las políticas transversales y las políticas intersectoriales.

⁸² Las propuestas más institucionales (como la de ESSPROS de Eurostat o The Oxford Handbook of the Welfare State de Castels et al, 2010) hacen una clasificación más detallada, distinguiendo, por ejemplo, entre distintos tipos de prestaciones de carácter económico (prestaciones para personas mayores o por supervivencia o para situaciones de desempleo) junto con otras políticas como la salud o la vivienda. Por su parte, las aportaciones de los autores académicos (Alemán, 2009; Arriba, 2008) suelen centrarse en grandes ramas de actividad: salud, educación, Seguridad Social, Ocupación, Servicios Sociales.

Fantova inicia su propuesta definiendo cuáles deben ser las características que debe cumplir un determinado ámbito de actuación de la política social para ser considerada una “política sectorial” y son las siguientes:

- Ha de responder a las necesidades (por definición, individuales) de las personas o, dicho de otra manera, debe promover y proteger un *bien individualmente disfrutable*⁸³ (al menos en cierta medida).
- Debe promover y proteger *un bien con significado o valor universal* o, dicho de otra manera, debe promover y proteger un bien que sea, en principio, de interés para todas las personas.
- Debe generar, para el cumplimiento de su finalidad, una *cierta estructura* (propia y específica) *organizada y reconocible*, para las personas destinatarias, de actividades, prestaciones, servicios, administración, recursos e instalaciones. (Fantova, 2014a, p. 119)

A partir de estas características el autor plantea una clasificación de 6 políticas sectoriales que dan respuesta a 6 bienes disfrutables individualmente y de valor universal:

TABLA 5. POLÍTICAS SOCIALES SECTORIALES Y BIENES QUE PROMUEVEN Y PROTEGEN

Política sectorial	Bien que protege y promueve
Política de garantía de ingresos	Subsistencia
Política sanitaria	Salud
Política educativa	Aprendizaje
Política de servicios sociales	Interacción ⁸⁴
Política laboral	Empleo
Política de vivienda	Alojamiento

FUENTE. FANTOVA (2014a, p. 167)

Las *políticas transversales* son aquellas que se insertan en las políticas sectoriales con la finalidad de conseguir un objetivo fijado previamente, son políticas que orientan las políticas sectoriales porque introducen cambios y directrices en ellas.

Las políticas *intersectoriales* son aquellas que se encargan de atender situaciones complejas que quedan en un terreno intermedio entre dos, o más, políticas sectoriales.

⁸³ La cursiva es nuestra.

⁸⁴ El desarrollo de este término lo abordaremos con mayor profundidad en el apartado destinado a la política de Servicios Sociales; en este apartado nos hacemos eco de la propuesta del autor que define la “interacción humana” «como el ajuste dinámico entre autonomía funcional e integración relacional» (Fantova, 2014a, p. 120); y lo hacemos porque el marco normativo de los Servicios Sociales, en su variedad de leyes autonómicas, ofrece un concepto abstracto difícil de identificar con un único bien protegible. Pero, como decíamos, el tema de la definición del objeto del Sistema de Servicios Sociales se verá más adelante.

Veamos, primero, cada una de las políticas sectoriales y su bien protegible y, después, las políticas transversales y intersectoriales, con el foco puesto en su relación con el Trabajo Social.

3.2.1 Política de garantía de ingresos

De acuerdo con el esquema planteado en el apartado anterior, la política de garantía de ingresos sería la que se ocuparía, en palabras de Fantova, de «promover y proteger (o intentar garantizar) la subsistencia de las personas» (Fantova, 2014a, p. 282). Entendemos que un sistema de garantía de rentas es aquel que constituyen las transferencias (monetarias) con el fin de cubrir las necesidades que tienen las personas ante determinados riesgos, como la vejez, la incapacidad laboral, la orfandad, etc. Su objetivo es facilitar a las personas los recursos económicos con los que hacer frente a sus necesidades.

Como señala Luís Ayala, en España hablar de sistema de garantía de ingresos sería arriesgado ya que, pese a que se dispone de un abanico bastante amplio de prestaciones, «uno de sus principales déficits es no haber sido concebido nunca como un todo» (Ayala, 2015, p. 27). En esta línea, observamos que en España los mecanismos para garantizar la protección frente a la ausencia (o merma) de ingresos «están enmarcados en sistemas de protección distintos (desempleo, pensiones, servicios sociales) bajo la responsabilidad de diferentes niveles de la administración pública» (Arriba y Guinea, 2008, p. 327).

La política de garantía de rentas en España tiene un fuerte componente contributivo, es decir, vinculado a la participación en el mercado laboral formal; esto supone que las prestaciones están diferenciadas en dos tipos: prestaciones contributivas y prestaciones no contributivas. Las primeras, las prestaciones contributivas, dependen directamente del nivel de aportación de las personas al sistema de empleo formal (es decir, según las cotizaciones realizadas), mientras que las prestaciones no contributivas tienen un carácter subsidiario y de cobertura mínima y se reservan tanto para personas que no han contribuido el mínimo establecido al sistema de Seguridad Social, como para aquellas que han agotado las prestaciones contributivas.

El núcleo central de la política de garantía de ingresos o rentas lo constituye el sistema de la Seguridad Social que regula y provee del sistema de pensiones (jubilación, invalidez, viudedad, orfandad y en favor de familiares), de prestaciones por desempleo y de cobertura de algunas situaciones de carácter temporal (por ejemplo, prestaciones por maternidad y

paternidad o las de incapacidad laboral temporal)⁸⁵. Por otra parte, se diseñó un sistema de prestaciones asistenciales para personas mayores y personas con discapacidad siempre que tuviesen necesidades demostrables y no pudiesen acceder al sistema de la Seguridad Social: las llamadas *pensiones no contributivas* enmarcado en el propio sistema de la Seguridad Social⁸⁶.

Hasta aquí nos hemos referido al conjunto de prestaciones que, como parte de las políticas de garantía de rentas, se han regulado e implementado de manera general y homogénea en toda España, puesto que forman parte del Sistema de la Seguridad Social.

Ahora bien, como señalan Arriba y Guinea (2008), las Comunidades Autónomas asumieron responsabilidades en materia de políticas de garantía de ingresos, inicialmente mediante la gestión de las prestaciones no contributivas y sus predecesoras (las prestaciones asistenciales como el FAS o las previstas en la LISMI⁸⁷). Posteriormente, en el marco de sus competencias en materia de servicios sociales, las Comunidades Autónomas desarrollaron una serie de prestaciones de carácter asistencial entre las que se encuentran las Rentas Mínimas de Inserción y las prestaciones complementarias a las pensiones no contributivas. Las rentas mínimas se han configurado como la «última red de seguridad destinada a garantizar unos ingresos mínimos, con carácter subsidiario, para todos aquellos a los que el mercado y los distintos dispositivos de protección social dejaban al margen» (Ayala, 2015, p. 28). Su implementación y, sobretudo, su alcance es muy heterogéneo y el autor señala que en 2013 el 72% del presupuesto y el 67% de los beneficiarios en programas de ingresos mínimos correspondía a cuatro comunidades autónomas (País Vasco, Catalunya, Andalucía y Madrid).

Como señalábamos al inicio de este apartado, recogiendo las aportaciones de Luís Ayala (2015), hablar de sistema de garantía de rentas es, cuando menos, complicado ya que no existe una voluntad de sistema, más allá del de la Seguridad Social (que ha venido aglutinando prestaciones que en su origen se regularon de forma independiente), sino que se han ido

⁸⁵ Todas estas prestaciones quedan reguladas en el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de la Seguridad Social.

⁸⁶ Se diseñaron e implementaron mediante la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas (BOE 306, de 22 de diciembre de 1990). En la actualidad están incorporadas a la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio).

⁸⁷ FAS (Fondo de Asistencia Social) era una prestación que se creó mediante el Real Decreto 2620/1981, de 24 de julio, por el que se regula la concesión de ayudas del Fondo de Asistencia Social a ancianos y enfermos incapacitados para el trabajo. Por su parte la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI) estableció también prestaciones como el subsidio de garantía de ingresos mínimos. Estas prestaciones fueron suprimidas mediante la ley 28/1992, de 24 de noviembre y el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre respectivamente y se integran en las prestaciones previstas por la ley 26/1990, de 20 de diciembre, aunque las personas que las percibían mantienen su derecho a seguir recibéndolas, mientras subsistan las condiciones que les permitieron acceder a ellas.

generando prestaciones en función de las necesidades y de las capacidades y voluntades de los distintos niveles de gobierno y administración. Además, en prácticamente todos los casos, las prestaciones dirigidas a población activa (incluye tanto prestaciones por desempleo como rentas mínimas) incluyen importantes restricciones en cuanto a las condiciones de acceso⁸⁸ y de mantenimiento, especialmente en el caso de las prestaciones no contributivas que van asociadas siempre a un sistema de comprobación de medios y no se configuran como un derecho de carácter universal.

El papel de la política de garantía de rentas en la reducción de las desigualdades, de la pobreza y de la exclusión social ha sido un tema ampliamente debatido. Algunos autores, como Arriba y Guinea (Ibíd.), recogen cómo la cuasi universalización de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social (incorporando y modernizando las pensiones no contributivas) han tenido un importante impacto redistributivo que se ha visto reflejado en una importante reducción de la pobreza severa en el período 1985 - 1995 (Arriba y Guinea, 2008, p. 331).

Diversos autores (Arriba y Guinea, 2008; Arriba y Pérez, 2007; Ayala, 2015) plantean que el fraccionamiento del sistema de garantía de rentas afecta directamente a la capacidad para dar respuesta efectiva a las necesidades de la población, especialmente a la población vulnerable o en situación de exclusión social. Debemos relacionar esta fragmentación con el hecho que las prestaciones asistenciales que han venido a denominarse de “última red” («mecanismos que tienen en común ofrecer una garantía mínima de ingresos en situaciones de necesidad probada» (Arriba y Pérez, 2007, p. 117)) dependen mayoritariamente de los sistemas de servicios sociales y se articulan a partir de la participación de los y las profesionales del Trabajo Social en la determinación de las “situaciones de necesidad probada”⁸⁹.

3.2.2 Política sanitaria

Hemos definido la política sanitaria como aquella que se ocupa de la salud, pero, para acercarnos más al contenido de esta política, debemos partir del propio concepto de salud. En el documento fundacional de la Organización Mundial de la Salud se consensuó una

⁸⁸ En el caso de las prestaciones por desempleo, desde los años 90 se han ido produciendo reformas que han seguido la misma dirección: aumentar el tiempo mínimo de cotización para acceder a las prestaciones, restringir la duración máxima de las mismas así como de los importes, además de vincularlas a la activación laboral (búsqueda activa de empleo) (Arriba y Guinea, 2008, p. 329)

⁸⁹ En el momento de finalizar la redacción de esta investigación se está preparando una nueva prestación vinculada a la Seguridad Social pero no contributiva que, por lo que se conoce mediante la prensa y asociaciones profesionales, puede introducir una variación en este sistema de prestaciones condicionadas, de momento se le denomina “Ingreso Mínimo Vital” pero su falta de regulación no nos permite incluirla en el análisis.

definición de salud que superaba las concepciones anteriores, centradas en la enfermedad, para vincular la salud con el bienestar físico, mental y social: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity⁹⁰» (WHO, 1946, p. 1).

Este cambio de enfoque de la salud orientada al bienestar más que a la enfermedad se vio confirmada con los primeros estudios sobre qué factores tenían impacto en la salud de las personas. En 1974 se publicó el conocido como *Informe Lalonde* (Lalonde, 1974) en el que se identificaban cuatro grandes factores implicados en el nivel de salud de la población: «human biology, environment, lifestyle and health care organization⁹¹» (Lalonde, 1974, p. 31), este primer estudio que analizaba la influencia de cada uno de estos factores en las causas de enfermedad y muerte, aunque situado en Canadá, supone un cambio importante en la visión de lo que deben ser las políticas sanitarias.

Con posterioridad son Dahlgren y Whitehead (1991, pp. 11-12) desarrollan la propuesta sobre los “determinantes de la salud” y los conciben en una serie de capas que influyen en la salud de las personas y que han de servir para determinar diferentes niveles de la política de salud, definen cuatro niveles: nivel estratégico (condiciones socioeconómicas, ambientales y culturales), condiciones de vida y trabajo (incluye los sistemas y política de atención sanitaria pero también las de alimentación, empleo, seguridad social, etc.), redes sociales y comunitarias (que proporcionan apoyo a los individuos y familias) y, finalmente, las actitudes y estilos de vida individuales. Aunque reconocen que las condiciones individuales como edad, sexo, genética tienen influencia en la salud, también especifican que sobre ellas se tiene muy poco control, por lo que entienden que la política de salud tiene que centrarse en los aspectos que sí que pueden ser controlados o, como mínimo, reorientados.

Las políticas sanitarias han evolucionado a lo largo de la historia (A. Durán, 2004) que las han llevado desde un modelo centrado en la enfermedad a uno centrado en la salud. El modelo inicial, centrado en la enfermedad, tenía un carácter reactivo basado en proporcionar curación o atención paliativa y se fundamentaba en la medicina como rol central (los médicos como profesión) y los hospitales como instituciones principales.

⁹⁰ Traducción: «Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad» (WHO, 1946, p. 1).

⁹¹ Traducción: «biología humana, entorno, estilo de vida y organización del sistema sanitario» (Lalonde, 1974, p. 31).

El modelo actual se centra en la salud y el contexto, siguiendo el modelo de determinantes de la salud, y se caracteriza por su carácter proactivo que supone la incorporación de la promoción y la prevención de la salud a la atención curativa o paliativa que proviene de las fases anteriores. Por otra parte, desde la perspectiva de configuración del sistema, se caracteriza por la incorporación de diversos niveles asistenciales, restando centralidad a los hospitales y destacando la importancia de la atención primaria, que se consolida a partir de la Declaración de Alma-Ata (WHO, 1978), para dar respuesta a las diversas necesidades de salud de las poblaciones. Finalmente, se convierte en un sistema de carácter multidisciplinario, en el que a la medicina se le sumarán otras disciplinas que contribuirán a una atención más integral a la salud de las personas, tanto a nivel individual como comunitario; en esta multidisciplinariedad se incluye el Trabajo Social.

3.2.3 Política educativa

Siguiendo el esquema propuesto por Fantova (2014a), definiremos la política educativa como «aquella política social sectorial que protege y promueve el aprendizaje» (Fantova, 2014a, p. 188). Así pues, nos enfrentamos a la tarea de definir el concepto “aprendizaje” para, posteriormente, identificar qué características tendrá la política educativa y, sobre todo, qué papel va a poder desarrollar el Trabajo Social.

El aprendizaje es un tema que ha suscitado interés a lo largo de la historia, como recoge De Corte (2010), desde la Grecia Antigua y Roma, con Sócrates (s. V a. C.) y Séneca (s. I d. C.), hasta la era moderna en la que destacaron Juan Luis Vives (s. XVI) y Comenius (s. XVII), sin olvidar a Rousseau (s. XVIII), se ha estudiado el aprendizaje. Todos estos autores destacaron la importancia que tienen para el aprendizaje los conocimientos previos que definen como estados mentales: «the important role in learning of prior knowledge consisting of mental states or ideas (*Vorstellungen*); new ideas are learned by relating them to already existing mental states by a process of “apperception”⁹²» (De Corte, 2010, p. 36).

El aprendizaje era entendido como un «proceso de adiestramiento de la mente» (FECCOO-Andalucía, 2009, p. 1). El conductismo, corriente con una gran influencia en las teorías del aprendizaje a principios del siglo XX, entendía el aprendizaje como un cambio en la

⁹² Trad.: «El importante papel en el aprendizaje del conocimiento previo que consiste en los estados mentales o ideas (*Vorstellungen*); se aprenden nuevas ideas relacionándolas con estados mentales y existentes mediante un proceso de “aprepección”» (De Corte, 2010, p. 36).

conducta: «a change in behaviour based on the acquisition, strengthening and application of associations between stimuli from the environment and observable responses of the individual, so called “S-R bonds” or connections⁹³» (De Corte, 2010, p. 36).

A partir de la década de 1970 aparece una nueva escuela, el constructivismo, que considera que el aprendizaje no es un proceso en el que los que aprenden juegan un rol pasivo, de meros receptores, como habían mantenido las teorías anteriores, y entiende que participan activamente: «they actively construct their knowledge and skills through interaction with the environment and through reorganisation of their own mental structures⁹⁴» (De Corte, 2010, p. 39). Y, más recientemente, el socio-constructivismo aporta la perspectiva del “aprendizaje y la cognición situada” que pone el énfasis en la interacción social: «learning is understood to be importantly shaped by the context in which it is *situated* and is *actively constructed* through *social negotiation* with others⁹⁵» (Groff, 2010, p. 3).

La concepción del aprendizaje pasa del cambio de la conducta a un «cambio en el significado de la experiencia» (Ausubel, 1983), lo que nos lleva a una visión del aprendizaje de carácter reflexivo, en el que cada adquisición se fundamenta en las adquisiciones anteriores que, a su vez, son modificadas por la nueva adquisición.

En la línea de conceptualizar el aprendizaje como un proceso que va más allá de la adquisición de conocimientos mediante la recepción de contenidos, ante la formulación de Rousseau del sentido de la educación, «Vivre est le métier que je lui veux apprendre⁹⁶» (Rousseau, 2012/1762), Edgar Morin responde: «La fórmula es excesiva, porque solo se puede ayudar a aprender a vivir» (Morin, 2015, p. 15) y en este sentido plantea una nueva orientación a la educación: «La educación debe contribuir a la autoformación de la persona (aprender y asumir la condición humana, aprender a vivir) y a que aprenda a convertirse en un ciudadano» (Morin, 2002, p. 69).

La educación, o la política educativa en una concepción más actual, ha sido la responsable de garantizar los procesos de aprendizaje de las sociedades. Como recuerda Bourdieu (1989),

⁹³ Trad.: «Un cambio en el comportamiento basado en la adquisición, el fortalecimiento y la aplicación de asociaciones entre los estímulos del entorno y las respuestas observables del individuo, llamadas “enlaces S-R” o conexiones» (De Corte, 2010, p. 36)

⁹⁴ Trad.: “construyen activamente sus conocimientos y habilidades a través de la interacción con el entorno y mediante la reorganización de sus propias estructuras mentales» (De Corte, 2010, p. 39).

⁹⁵ Cursiva y negrita en el texto original. «Se entiende que el aprendizaje tiene una forma importante según el contexto en el que se encuentra y se construye activamente a través de la negociación social con los otros» (Groff, 2010, p. 3).

⁹⁶ Trad.: «Vivir es el trabajo que quiero que aprenda» (Rousseau, 2012)

todas las sociedades tienen sistemas pedagógicos estructurados, aunque él mismo se encarga de concretar cuál es la finalidad de estos sistemas:

En todas las sociedades existe un sistema pedagógico estructurado destinado a reproducir los *habitus*⁹⁷ que corresponden con los intereses de las clases dominantes. Toda acción pedagógica se define por su función de imponer formas de explicar y entender el entorno e imponerlas como legítimas. (Bourdieu, 1989)

La política educativa se caracteriza, como señala Fantova (2014a) por dirigirse especialmente a un grupo poblacional; aquel que, en función de su edad, está en una fase de preparación para la vida autónoma y para el mercado laboral. La historia de la política educativa se ha caracterizado, entre otros aspectos, por la evolución de la implementación escolarización obligatoria⁹⁸ y su extensión en años de escolaridad.

Porque, como apunta Fantova (2014a), una característica específica de la educación es su obligatoriedad para un sector de la población; es una característica única, que no se produce en ninguna de las otras políticas sociales sectoriales. El análisis de los sistemas educativos (más allá del debate sobre los contenidos curriculares) vendrá determinado, de acuerdo con Alegre y Subirats (citados por (Fantova, 2014a, p. 192)), por el grado de comprensividad del sistema y por la edad de inicio de la diversificación de itinerarios.

Por otra parte, como se indica en el conocido como *Informe Delors sobre la educación* (Delors et al., 1996), en las últimas décadas, desde el último cuarto del siglo XX, se ha caracterizado por una importante evolución en los conocimientos científicos y en las tecnologías que tienen un importante impacto en todas las actividades de la vida cotidiana, incluyendo el ámbito laboral. El *Informe Delors* plantea que el gran reto del siglo XXI es superar la «distinción tradicional entre educación básica y educación permanente» (Delors et al., 1996, p. 18) para dar paso al concepto *educación durante toda la vida* que, además, no ha de restringirse a la simple transmisión de conocimientos formales sino que

«se trata de aprender a vivir juntos, conociendo mejor a los demás, su historia, sus tradiciones y su espiritualidad, y a partir de ahí, crear un espíritu nuevo que impulse la realización de

⁹⁷⁹⁷ El concepto de *habitus* de Bourdieu: «L'*habitus*, système de dispositions acquises par l'apprentissage implicite ou explicite qui fonctionne comme un système de schèmes générateurs, est générateur de stratégies qui peuvent être objectivement conformes aux intérêts objectifs de leurs auteurs sans avoir été expressément conçues à cette fin.» (Bourdieu, 1984, pp. 119-120)

⁹⁸ No es hasta el siglo XVIII que se implementa la primera educación obligatoria (Iyanga, 2006) y en España se establece con la llamada *Ley Moyano* (MECD, 2004).

proyectos comunes o la solución inteligente y pacífica de los inevitables conflictos». (Delors et al., 1996, p. 18)

3.2.4 Política de Servicios Sociales

La política de servicios sociales viene siendo conocida, o reivindicada, como el *cuarto pilar* del Bienestar Social en España⁹⁹ (como se puede ver en la obra de Joaquín Santos (2012): *El cuarto pilar. Un nuevo relato para los servicios sociales*), aunque en la literatura internacional es más conocida como el *sexto sistema de protección social* (tal como la denominan Alfred Kahn y Sheila Kamerman (1987).

En todo caso no deja de ser curioso que tanto Santos (2012, p. 25) como Fantova (2014a) empiecen sus escritos¹⁰⁰ afirmando que los servicios sociales existen, como si fuese necesaria tal afirmación.

Efectivamente los servicios sociales existen y las leyes aprobadas sobre esta materia son muestra de su existencia. Todas las Comunidades Autónomas han asumido la competencia de “asistencia social” que la Constitución española¹⁰¹ contempla como posible competencia exclusiva para las Comunidades Autónomas; así pues, en España existen diecisiete leyes de servicios sociales vigentes y algunas Comunidades han tenido diversas normas desde la aprobación de los correspondientes estatutos.

Pero su existencia es reciente y por ello a veces surgen esas dudas sobre si en realidad existen o si son un sistema; decía Demetrio Casado (2007) que los servicios sociales están en fase de construcción y que «no existe consenso pleno sobre la realidad a la que debe corresponder la denominación “servicios sociales”» (Casado, 2007, p. 35).

Observamos que según en el ámbito en el que nos desenvolvemos obtenemos definiciones distintas para el concepto “servicios sociales”. Brian Munday (2007) señala que, por norma general, en Europa este concepto se refiere al bienestar social en general, lo que Fantova (2014a) ha denominado “políticas sectoriales”. Ante esta variedad de conceptualizaciones, en Europa se suele usar el concepto *Servicios Sociales Personales* (Personal Social Services – PSS) y puede definirse como: «[PSS] are normally provided for individuals related to their specific

⁹⁹ Un ejemplo es la reciente campaña lanzada por la Generalitat Valenciana, #Laquartapota, vinculada a la nueva ley de servicios sociales

¹⁰⁰ En el caso de Santos el primer capítulo del libro lleva por título: ¿Existe el Sistema de los Servicios Sociales? Para afirmar a continuación «el sistema ya existe» (Santos, 2012, p. 25)

¹⁰¹ Artículo 148.20ª (España, 1978)

needs and circumstances¹⁰²» (Munday, 2007, p. 10). De hecho, Kahn y Kamerman (1987) también recogen la denominación “Servicios Sociales personales” como un término británico y justifican la denominación afirmando: «Los servicios son “personales” en el sentido de que están individualizados; bien su suministro, asegurando el acceso a derechos y beneficios, bien ofreciendo orientación o guía» (Kahn y Kamerman, 1987, p. 26) y añaden que estos programas siguen creciendo pero que coinciden en unas características comunes que vendrá a ser su propuesta de definición del sistema¹⁰³.

Este doble sentido en el uso del término “servicios sociales” ha sido puesto de relevancia por distintos autores (M. Aguilar, 2013; Ariño, 1998; Casado, 2007; Fantova, 2014a; Fantova et al., 2005; Pelegrí, 2007) e, incluso, se apunta una tercera opción que entiende los servicios sociales como «la actividad llevada a cabo por los profesionales asistentes sociales» (Rubiol, 1986 citada por Casado (2007, p. 35)); acepción que tiene un uso restringido a España y que, por su impacto en el desarrollo del Trabajo Social y del Sistema de Servicios Sociales, la analizaremos en un apartado posterior.

Centrándonos ya en los servicios sociales en sentido estricto, veamos algunas definiciones que nos aportan distintos autores.

TABLA 6. DEFINICIONES DE SERVICIOS SOCIALES

Autor/a	Definición
Kahn y Kamerman (1987, p. 27)	En su sentido más básico, estos programas procuran facilitar o mejorar la vida diaria, capacitar a individuos, familias y otros grupos primarios para desarrollarse, competir, funcionar o contribuir.
Alemán (1990, p. 274)	Aquellos instrumentos de política social, de los que disponen tanto la sociedad como los poderes públicos, para dar una respuesta válida a las necesidades de los individuos, grupos y comunidades, para la obtención de un mayor bienestar social y en definitiva para Introducción a los Servicios Sociales alcanzar una mejor calidad de vida.
Casado (2007, p. 36)	La rama de actividades denominadas servicios sociales tiene como objetivo mediano el bienestar individual para el presente y para el futuro, que procura sobre todo mediante la ayuda personal polivalente, al servicio de la cual provee prestaciones individuales y otras actividades, ambas de carácter técnico (no monetarias desvinculadas), formalizadas en algún lado y producidas y dispensadas mediante diversos regímenes institucionales.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS TEXTOS CITADOS

¹⁰² Trad.: «[SSP* son normalmente provistos para individuos en relación con sus necesidades y circunstancias específicas» (Munday, 2007, p. 10).

¹⁰³ Ver Tabla 6, en esta página.

A estas definiciones teóricas debemos sumarles las definiciones normativas, como señalábamos con anterioridad existen en España leyes de Servicios Sociales en todas las Comunidades Autónomas y, por tanto, cada ley define el concepto y alcance de los servicios sociales. Las leyes de última generación, las aprobadas en los últimos 10 años, se debaten, en su definición de los servicios sociales entre dos visiones o interpretaciones de los servicios sociales que en una obra conjunta se valoraban como cuestionables y que resumían de la manera siguiente:

La primera aparece cuando se definen los servicios sociales en función de ambiciosos cometidos que, en realidad, son los cometidos, como mínimo, de todo el sistema de bienestar o protección social. Se trata de una confusión paralela a la que a veces se produce entre la política de servicios sociales y el conjunto de la política social de la que aquélla forma parte.

La segunda es la que, explícita o implícitamente, considera el de los servicios sociales como un sistema residual, sin contenido propio, constituido por todo aquello que no abarcan otros sistemas de protección o bienestar social. (Fantova et al., 2005, p. 11)

Una de las posibles explicaciones que se ofrecen es la reflexión sobre el hecho que, pese a que buena parte de las acciones que desarrollan a los servicios sociales se vienen desarrollando desde hace siglos, «hasta tiempos bastante recientes tales acciones se entendían no tanto como un pilar del Estado social sino como un último nivel protector, subsidiario de la protección ordinaria, y confinado a situaciones de desamparo familiar y carencia de medios» (M. Aguilar, 2014, p. 48). Eso lleva a algunos autores a plantearse su misma existencia: así Joaquín Santos parte de una constatación: «no resulta fácil explicar a qué se dedica el sistema, de qué se ocupa» (Santos, 2012, p. 26) y Fernando Fantova recoge esta misma idea y empieza su capítulo dedicado a las políticas de servicios sociales afirmando: «Los servicios sociales existen» (Fantova, 2014a, p. 208).

Así pues, vamos a centrarnos en el objeto de los servicios sociales (su finalidad, su bien protegible). Un primer análisis de las propuestas de definición nos muestra que nos encontramos ante una definición que, tradicionalmente, se formula en negativo: el sistema se define para la atención de «las carencias de necesidades humanas» (Casado y Guillén, 1987, p. 96). A diferencia de otras políticas que se caracterizan por definirse en relación a un concepto positivo (salud para la política sanitaria, aprendizaje para la educativa o empleo para la laboral en vez de definirse en relación a la enfermedad, la ignorancia o el desempleo, por ejemplo), por eso Gustavo García-Herrero, de la Asociación Española de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, planteaba que: «La protección social debe formularse en

positivo: no se protege el problema, sino las personas; no se define por la carencia, sino por el bienestar» (García-Herrero, 2005, p. 22).

Manuel Aguilar (2014) recoge las aportaciones de Rodríguez Cabrero (2011, citado en Ibíd., p. 48-49), y define el objeto en función de tres elementos:

- Referencia genérica a la calidad de vida o el bienestar.
- Enumeración de grupos de población como destinatarios prioritarios.
- Referencia a la cobertura de necesidades básicas de las personas.

El autor reflexiona sobre cada uno de estos elementos. Primero, la poca concreción que supone la referencia a la calidad de vida o el bienestar y qué parte de ella se le puede atribuir a los servicios sociales pues parece evidente que la calidad de vida y el bienestar dependerán también de otras políticas sectoriales. Por otra parte, la referencia a grupos de población, los “colectivos”, formaban parte de la definición de la beneficencia y, en todo caso, apunta «este tipo de definición vuelve a responder a la lógica de nivel (a quién se atiende) y no a la de pilar (qué atención se ofrece)» (M. Aguilar, 2014, p. 49). Finalmente, la referencia a las “necesidades básicas”¹⁰⁴ las entiende como «aquellas que no las tienen cubiertas con un salario o con prestaciones del pilar de garantía de rentas» (Ibíd., p. 49), lo que a juicio del autor genera una confluencia con este otro pilar¹⁰⁵.

Definir el objeto es un elemento clave, ya lo apuntábamos en un apartado anterior en relación al objeto del Trabajo Social, porque determinará el método, los hechos o fenómenos que se abordarán y las teorías o paradigmas desde los que se analizarán estos hechos (Zamanillo, 1999). Joaquín Santos apunta: «sin objeto no hay sistema» (Santos, 2012, p. 110) y más adelante reafirma la importancia de la definición del objeto del sistema «porque en función del concepto que establezcamos se procederá a realizar una organización del sistema, a configurar los servicios que se prestan, y a situarse en el marco del Estado de Bienestar o fuera de él.» (Ibíd., p. 112), en la misma línea que apuntaba Zamanillo.

En esta línea de proponer un objeto para los servicios sociales de carácter positivo, en término de derechos o bienes protegibles, Miguel Laparra y Manuel Aguilar hicieron la siguiente propuesta: «los dos conceptos (o pares de conceptos) en torno a los que se debe

¹⁰⁴ Definidas, por ejemplo, en la Ley de Servicios Sociales de Catalunya como «les pròpies de la subsistència i la qualitat de vida de cada persona» (Ley 12/2007, de 11 de octubre, art. 3.2)

¹⁰⁵ Ver apartado 3.2.1 Política de garantía de ingresos, pág. 62.

trabajar para elaborar el objeto de los servicios sociales son los de exclusión – integración y los de dependencia – autonomía (o tal vez *interdependencia*)» (Laparra y Aguilar, 1997, p. 91).

Santos propone centrar el objeto del sistema a partir de identificar «las necesidades sociales en torno a las que se organiza la atención del sistema» (Ibíd., p. 115) y hace una propuesta de seis necesidades sociales:

- Estar informado para acceder a los recursos sociales.
- Disponer de un entorno de convivencia personal y social adecuado.
- Estar plenamente integrado en la sociedad en la que se vive.
- Tener cubiertas las necesidades básicas.
- Tener autonomía personal.
- Tener una participación ciudadana activa en la sociedad en la que se vive. (Santos, 2012, p. 112).

Posteriormente Fernando Fantova apostó por definir, en una sola palabra, ese objeto, ese bien protegible de los servicios sociales y propuso *interacción* para referirse al «ajuste dinámico entre las dos caras de la misma moneda (autonomía funcional e integración relacional)» (Fantova, 2014a, p. 213), vinculando dos conceptos clave: «autonomía funcional (capacidad para el desenvolvimiento cotidiano) e integración relacional (vinculación familiar y comunitaria)» (Fantova, 2014b). El autor defiende el uso del término para identificar el objeto por ser

suficientemente amplia y versátil para abarcar y estructurar toda su labor, y suficientemente precisa y específica como para delimitar las actividades y prestaciones [...] captura de forma más genuina y profunda que otros la dinámica de lo humano, su radical vulnerabilidad, interdependencia, capacidad y competencia; así como la condición básica, la importancia fundamental y el valor insustituible de las relaciones primarias y la vida comunitaria (Fantova, 2014a, p. 215)

Esta propuesta de definición del objeto de las políticas de servicios sociales, del sistema de servicios sociales, en un solo término, *interacción*, es coherente y compatible con las funciones que debería tener este sistema en la medida que se desgajasen aquellos aspectos que corresponderían a otras políticas (por ejemplo, a la de garantía de rentas). Manuel Aguilar propone tres funciones principales y Fernando Fantova las vincula con el objeto:

1. «Ofrecer cuidados personales a las personas que no puedan desarrollar sin la ayuda de terceros las actividades de la vida diaria» (M. Aguilar, 2013, p. 161). Estas situaciones se

pueden enmarcar en la «limitación funcional que, del mismo modo que en el ámbito laboral o habitacional requerirán unos apoyos, podrán requerirlos en el ámbito comunitario» (Fantova, 2014a, p. 214).

2. «La protección, y la sustitución de la tutela cuando proceda, de las personas no plenamente capaces, como los menores y las personas adultas incapacitadas por razones de discapacidad o enfermedad» (M. Aguilar, 2013, p. 161). Según Fantova estas situaciones, todas ellas, se enmarcan en la limitación funcional cuando una persona «no dispone de una adecuada red familiar de apoyo» (Fantova, 2014a, p. 214).
3. «El acompañamiento del desarrollo personal y la integración comunitaria [...] de las personas cuyas posibilidades de integración social, educativa, laboral o de otro tipo esté limitada por diversas razones» (M. Aguilar, 2013, p. 162). Situaciones que, según Fantova, serían «abordadas por los servicios sociales en su dimensión relacional» (Fantova, 2014a, p. 214).

Hay consenso en considerar que la política de servicios sociales ha de hacer frente a situaciones complejas, que parten de la propia complejidad de la definición del objeto y que se entrelazan con las necesidades sociales a las que deben ofrecer respuestas. La complejidad requiere de interdisciplinariedad, como así lo reconocen tanto las aportaciones teóricas como las normativas sectoriales cuando establecen los perfiles profesionales para los equipos y servicios.

En síntesis, en la actualidad el Sistema de Servicios Sociales está en una fase de profunda reflexión sobre sus límites, la definición de su objeto y su alcance, intentado superar definitivamente la historia de la que procede, la beneficencia, para construirse como un pilar del Estado de Bienestar (recordemos la campaña de la Generalitat Valenciana ante la aprobación de su reciente ley del sector: #Laquartapota¹⁰⁶); pero, más allá de este momento de reflexión, se trata de un sistema en funcionamiento (que existe) y que se articula de distintas maneras para atender necesidades muy diversas principalmente mediante la atención profesional interdisciplinar, como verdadera puerta de entrada, y el acceso a servicios, programas y prestaciones.

¹⁰⁶ La campaña lleva por nombre #Laquartapota, incorporando el símbolo de la almohadilla que es usado en las redes sociales para etiquetar un concepto (hashtag) que quiere ser difundido de manera explícita y que sirve para conectarte con la publicación original.

3.2.5 Política laboral

La política laboral es la que «se encarga de la protección y promoción del empleo» (Fantova, 2014a, p. 232). Así pues, debemos empezar por analizar el propio concepto de empleo. En este tema observamos aportaciones diversas según desde el punto de partida de los distintos autores.

Por una parte, Fantova, que parte del análisis de las políticas sociales, se refiere al empleo como la «ocupación o actividad propia del trabajo remunerado» (Ibíd., p. 233) y, aún reconociendo la existencia de otros tipos de trabajo, los excluye de las políticas laborales.

Por otra parte, cuando el análisis del fenómeno del empleo se realiza desde la perspectiva de la exclusión social, Subirats, Gomà y Brugue (2005) constatan el cambio en el modelo de vida laboral que ha vivido la sociedad en las últimas décadas, pasando de un modelo en el que el trabajo se constituía en eje central de la construcción de la ciudadanía y de la integración e inserción social, a un modelo fragmentado, dominado por la economía globalizada, y entienden que es necesario «tomar el uso del concepto *trabajo* que considera las actividades que no se desarrollan únicamente en el marco de una relación mercantil, incluyendo otras formas como el trabajo doméstico no remunerado o la ayuda familiar» (Subirats et al., 2005, pp. 54-55).

Añadamos ahora una tercera visión, la perspectiva desde la definición de los modelos de Bienestar; éstos, definidos y contruidos en el período se ha venido llamando la «Edad de Oro del desarrollo del capitalismo del bienestar (*Golden Age o Trente glorieuses*, 1945-75)» (Moreno et al., 2014, p. 16), se fundamentaron sobre la relación de dos elementos: la provisión social y el trabajo remunerado (Lewis, 2001). Como señala Lewis los modelos de bienestar se basaban en la distribución de estos elementos entre hombres (producción – trabajo remunerado) y mujeres (provisión): «The old labor contract was designed first and foremost for the regularly employed male breadwinner, and provision had to be made for women» (Lewis, 2001, p. 153). En el mismo sentido se pronuncia Benería (2006) cuando relaciona los binomios trabajo productivo/reproductivo – trabajo remunerado/no remunerado.

En síntesis, el concepto “empleo” o “trabajo” responde a realidades distintas y, en todo caso, deberemos señalar cuál de las acepciones es la que mejor encaja en la definición de las políticas laborales. Y, en este punto, volviendo a la propuesta de Fernando Fantova,

señalaríamos que estas políticas incluyen «todo lo que pueda hacerse para contribuir a que las personas obtengan, realcen y mejoren un empleo de calidad, satisfactorio para ellas, para sus empleadoras (en el caso del empleo por cuenta ajena) y para la sociedad» (Fantova, 2014a, p. 233).

Otro aspecto que es necesario analizar es el alcance de las políticas laborales; en la práctica se suele diferenciar entre *políticas activas* (fomento del empleo) y *políticas pasivas* (cobertura en caso de falta de empleo). Así, por ejemplo, lo recoge Fernández Santiago (2009) cuando se refiere a las competencias del Sistema Nacional de Empleo y los organismos que lo conforman y señala la distribución competencial; mientras el Servicio Público de Empleo Estatal mantiene en todo caso las políticas “pasivas”, los servicios de empleo de las Comunidades Autónomas pueden asumir las políticas “activas”. Las políticas “pasivas” son las que se relacionan con las prestaciones para hacer frente a la falta de empleo y entrarían de pleno en las políticas de garantías de rentas que hemos analizado anteriormente, en la medida que se trata de transferencias monetarias para cubrir las necesidades de subsistencia en una situación determinada, en este caso, la falta de empleo.

Esta distinción nos lleva a centrar las políticas laborales en el ámbito de la promoción del empleo y en este punto volvemos a encontrarnos ante una disyuntiva según el punto de vista del que se parte. Fantova propone un juego de palabras para referirse a esta dualidad que entiende que conformaría la finalidad de la política laboral y es hablar de «el *empleo pleno* y el *pleno empleo*» (Fantova, 2014a, p. 236) y los distingue de la manera siguiente:

- «Hablariamos de empleo pleno para referirnos al empleo desde el punto de vista de la persona» (Fantova, 2014a, p. 237): esto implica, según el autor, una adaptación en todos los aspectos, desde la adecuación a las capacidades hasta las condiciones físicas, psicológicas y, por supuesto, de remuneración.
- «Hablariamos de pleno empleo para referirnos al empleo desde el punto de vista del entorno laboral y económico» (Fantova, 2014a, p. 237): en este caso el autor se refiere a las condiciones del mercado laboral, a su capacidad para ofrecer empleo a la población activa atendiendo a la diversidad y a las distintas circunstancias de las personas.

Visto desde esta perspectiva, y más allá de las circunstancias que hemos analizado anteriormente en cuanto a los cambios en el mercado laboral (fragmentación, globalización), las políticas laborales se podrían plantear como una política universal, no únicamente orientada a las personas que están fuera del mercado laboral (puntual o estructuralmente)

sino que serían adecuadas para facilitar el acceso a un empleo adecuado a cualquier persona que ya estuviese trabajando.

Esta vocación de universalidad, nos explica Fantova (2014a), choca frontalmente con unas limitaciones que actúan en sentido contrario y que son las orientaciones que se dan a las políticas laborales; así, mientras una opción se centra en la promoción del empleo para los colectivos más vulnerables, tanto si están en el mercado laboral como si están excluidos de él, otra opción se orienta precisamente a los sectores contrapuestos, a las personas que no están en situación de exclusión o vulnerabilidad, sino que se encuentran fuera del mercado laboral de forma puntual. Y aparece aquí un concepto clave: la *empleabilidad* que, como señala el autor, «deslizaría de forma más o menos implícita la idea de que reside en la persona la capacidad y responsabilidad de obtener y mantener un empleo» (Fantova, 2014a, p. 241), liberando al mercado laboral de toda responsabilidad.

Partiremos de la base que toda persona puede desarrollar un empleo, es decir, toda persona es “empleable”; otro tema distinto es qué condiciones y características deben reunir los empleos para que se facilite el acceso a un trabajo remunerado a cualquier persona; cómo deben ser los puestos de trabajo, qué diversidad de puestos debe haber para garantizar que todas las personas puedan trabajar. Y todas estas acciones deben formar parte de las políticas laborales y no quedar desgajadas en otras políticas; como, por ejemplo, sucede en Catalunya donde la Cartera de Servicios Sociales (Catalunya, 2010) incluye como prestaciones de la política de servicios sociales servicios orientados a la ocupación de personas con discapacidad o de personas con problemática de salud mental.

Las políticas laborales deberían perseguir un equilibrio entre calidad y cantidad de trabajo, tanto desde una perspectiva individual como social. Para ello, Fantova propone un «equilibrio entre flexibilidad y estabilidad, en el equilibrio entre negociación y regulación *macro* (legal), *meso* (en la organización) y *micro* (individualizada)» (Fantova, 2014a, p. 245) en la búsqueda de lo que la Organización Internacional del Trabajo ha denominado el *trabajo decente*:

Significa la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres. (ILO, 2020)

Concepto que, por otra parte, ha sido incluido en el objetivo 8 de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible: «Promote sustained, inclusive and sustainable economic growth, full and productive employment and decent work for all¹⁰⁷» (United Nations, 2015).

3.2.6 Política de vivienda

Siguiendo con el esquema propuesto al inicio de este apartado (ver Tabla 5, pág. 103), la política de vivienda sería aquella que «se ocupa de la promoción y protección de un bien (o la satisfacción de una necesidad social) que llamamos *alojamiento*» (Fantova, 2014a, p. 256).

Planteamos referirnos a *alojamiento* en vez de hacerlo sobre vivienda porque, tal como recogen diversos autores, nos ofrece una visión más global del concepto:

El concepto de vivienda hace referencia a los aspectos más físicos del alojamiento, y en parte a un cierto modelo del mismo. Sin embargo, con la idea de alojamiento se intenta expresar una concepción más global de lo que podría ser denominado hecho social de habitar, en donde se condensan las prácticas residenciales en las que se resumen todas las funciones sociales que el alojamiento debe cubrir en nuestra sociedad. (Cortés et al., 2008)

La vivienda se considera una necesidad humana y como señalan Doyal y Gough (1991) tiene un alcance universal, si la tomamos desde la perspectiva del alojamiento, diferenciando el bien o necesidad de la forma de proveer su cobertura (que puede variar de un país a otro). Esta consideración de necesidad humana se enfrenta a la vivienda como «objeto de inversión para el beneficio» (Alguacil et al., 2013, p. 4); estos mismos autores apuntan que «el alojamiento en condiciones adecuadas es un satisfactor que garantiza la necesidad básica de subsistencia/salud» (Ibíd., p. 4), encajando entonces en la categoría de *satisfactores sinérgicos*; definidos como «aquellos que por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades» (Max-Neef et al., 1993, pp. 64-65). Doyal y Gough (1991) incluyen tres satisfactores básicos en el concepto *housing*: el alojamiento, los servicios básicos (agua, luz, etc.) y el espacio por persona.

El alojamiento, la vivienda, tiene un gran valor en distintos aspectos de la vida de las personas, de ahí su carácter de satisfactor sinérgico; por una parte se destaca su papel en la

¹⁰⁷ Trad.: «Promover el crecimiento económico, sostenido, inclusivo y sostenible, el pleno empleo productivo y el trabajo decente para todos» (UNITED NATIONS, 2015).

socialización de las personas (Alguacil et al., 2013, p. 4) pero, también, es fundamental para «la dignidad humana y para la calidad y sostenibilidad de la vida» (Fantova, 2014a, p. 258).

Las necesidades de alojamiento se modifican a lo largo de la vida de las personas y, como señala Fantova recogiendo estudios sobre el tema, es necesario que las viviendas se adapten a las distintas necesidades que se producen durante el ciclo vital. Las necesidades residenciales son abordadas desde muy distintas perspectivas y con una gran diversidad de modelos (Cortés et al., 2008), modelos que condicionan la respuesta individual que las personas podemos darnos en relación a nuestra necesidad de alojamiento (Alguacil, A et al., 2013, citada en Fantova (2014a, p. 262)).

El análisis de las políticas de vivienda se realiza sobre diversos parámetros; por ejemplo, Aguacil y otros (2013, p. 4) plantean su análisis en relación con el modelo de producción de la vivienda, el ajuste-desajuste entre oferta y demanda/necesidades y el equilibrio y/o desequilibrio en la ordenación del territorio. Por su parte Fantova (2014a, pp. 262-263) se fija en tres aspectos: las características de las viviendas existentes, los patrones de comportamiento en relación a la vivienda y la forma en que la vivienda (o las viviendas) contribuyen a la cohesión (o descohesión) social de las personas, los grupos y las comunidades.

Señalábamos que los distintos autores reconocen la diversidad de formas que las personas activan para dar respuesta a la necesidad de alojamiento a lo largo del ciclo vital. La importancia de situar el objeto en el “alojamiento” frente a centrarlo en la “vivienda” es que se pueden incluir aspectos que, habitualmente, no formarían parte de la política de vivienda entendida en el sentido tradicional (Alguacil et al., 2013). En este sentido, podemos plantearnos el abordaje, desde las políticas de vivienda, de las necesidades de adaptación del alojamiento a necesidades diversas derivadas, por ejemplo, de la edad, de la pérdida de la autonomía funcional o de la soledad, y así articular respuestas más globales.

FEANTSA¹⁰⁸ enmarca el alojamiento dentro de los derechos humanos fundamentándolo diversos tratados internacionales. En primer lugar, el artículo 11 de la International Covenant on Economic, Social and Cultural reconoce:

The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to an adequate standard of living for himself and his family, including adequate food, clothing and *housing*, and

¹⁰⁸ Federación europea de organizaciones nacionales que trabajan con personas sintecho. Ver <https://www.feantsa.org/en>

to the continuous improvement of living conditions. The States Parties will take appropriate steps to ensure the realization of this right, recognizing to this effect the essential importance of international co-operation based on free consent Rights¹⁰⁹ (United Nations, 1967, p. 6).

Por otra parte, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2012) establece:

Con el fin de combatir la exclusión social y la pobreza, la Unión reconoce y respeta el derecho a una ayuda social y a una ayuda de vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y por las legislaciones y prácticas nacionales. (Europa, 2012, art. 34.3).

Las declaraciones de derechos humanos se enfrentan con el hecho que la vivienda suele ser considerada un «objeto de inversión para el beneficio» (Alguacil et al., 2013, p. 4) lo cual es patente en España ya que el modelo residencial se fundamenta en el mercado privado:

En la sociedad española actual, el sistema de provisión residencial se organiza a través de los mecanismos económicos que fija el mercado, que puede ser definido como un tipo de relación social articulada desde el principio de la propiedad privada del bien y la libertad de asignación de precios. (Cortés et al., 2008)

Dado este enfoque, en el que la vivienda se ordena a partir del mercado, quedan otras situaciones relacionadas con la necesidad de alojamiento que son abordadas desde otras políticas sociales sectoriales; así, por ejemplo, las necesidades de vivienda y cuidados en personas con pérdida de la autonomía funcional se han asignado a las políticas de servicios sociales; de la misma manera, las necesidades relacionadas con la pérdida de la vivienda, el fenómeno del *sinhogarismo*, ha sido abordado desde las mismas políticas de servicios sociales, dada la debilidad general del sistema de protección social español, tal y como pone en evidencia Virginia Matulič (2015) en su tesis.

En relación al fenómeno de exclusión residencial se elaboró, hace unos años, una tipología del *sinhogarismo* y la exclusión social, conocida como *Tipología ETHOS*, que abarca cuatro categorías conceptuales: *sintecho*, *sin vivienda*, *vivienda insegura* y *vivienda inadecuada* (FEANTSA, 2006) que combina las situaciones relacionadas con tres ámbitos relacionados

¹⁰⁹ Trad.: «Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para él y su familia, incluida la alimentación, la ropa y la vivienda, y a la mejora continua de las condiciones de vida. Los Estados Partes tomarán las medidas adecuadas para garantizar la realización de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional basada en el libre consentimiento.» (UNITED NATIONS, 1967, p. 6).

con el alojamiento: el dominio físico (condiciones de habitabilidad), el dominio social (que vida social y privada permite) y el dominio legal (régimen legal de utilización) (P. Cabrera et al., 2008, p. 16). En esta tipología se contemplan categorías operativas muy diversas: desde la situación de “vivir en el espacio público” hasta las situaciones de “hacinamiento” pasando por las personas que viven en centros institucionalizados. En la mayoría de estas situaciones, la atención ha pasado por las políticas de servicios sociales y no por las políticas de vivienda. En este sentido, estamos de acuerdo con lo apuntado por Fernando Fantova cuando reflexiona sobre las necesidades de vivienda de las personas mayores y afirma

[...] se ha articulado una respuesta desde los servicios sociales (incluyendo prestaciones complementarias de alojamiento junto a las propias de servicios sociales) cuando lo indicador hubiera sido hacerlo más bien desde el ámbito de la vivienda (eventualmente con prestaciones complementarias típicas de los servicios sociales). (Fantova, 2014a, p. 257)

Estamos, pues, como en el resto de los bienes protegibles (o necesidades sociales) que son objeto de las políticas sociales sectoriales, ante un concepto complejo, multidimensional y que requerirá el concurso de diversas disciplinas para poder afrontarlo y dar una respuesta satisfactoria para el conjunto de la ciudadanía.

3.2.7 Políticas transversales

En la introducción al apartado de la “Estructuración de la política social”¹¹⁰ presentábamos las políticas transversales como un entramado que se construye a partir de las políticas sectoriales; decíamos que se insertan en estas políticas sectoriales con la finalidad de alcanzar unas metas fijadas.

Se parte de la base que las necesidades de la ciudadanía son complejas y la estructura clásica de las administraciones no facilita un abordaje integral de esta complejidad sin introducir cambios en las organizaciones que permitan una nueva orientación de las actuaciones públicas (Alfama y Cruells, 2011).

El concepto clave en este caso es el de “transversalidad” que se puede definir de la siguiente manera:

La transversalidad es un concepto y un instrumento organizativo que tiene como función aportar capacidad de actuación a las organizaciones con relación a algunos temas por los que

¹¹⁰ Ver apartado 3.2 La estructuración de la política social, pág. 101.

la organización clásica no resulta adecuada. Responde a necesidades de diseño de la organización y a necesidades de gestión. La transversalidad intenta dar respuestas organizativas a la necesidad de incorporar temas, visiones, enfoques, públicos problemas objetivos, etc. a las tareas de la organización que no encajan en una sola de las estructuras organizativas verticales e intenta también, que TODAS estas estructuras verticales compartan sinérgicamente la consecución de un objetivo común que no es específico de cada una de ellas en particular. (Serra, 2004, p. 4).

El mismo autor, Albert Serra (2004), enfatiza sobre la diferencia entre la transversalidad y la coordinación interdepartamental y reconoce que, aunque tengan relación, la coordinación no implica estos nuevos objetivos comunes, elemento clave de la transversalidad: implementar nuevos objetivos que las políticas sectoriales, por sí solas, son incapaces de llevar a cabo dada la complejidad del tema a abordar.

La transversalidad se ha consolidado a partir, fundamentalmente de las políticas de igualdad de género, especialmente a partir de las conclusiones de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer de Naciones Unidas, celebrada en Beijing en 1995 (United Nations, 1995), en la que aparece el concepto *gender mainstreaming* a lo largo de las conclusiones para poner de manifiesto que la lucha contra las desigualdades que sufren las mujeres no puede ser abordada desde un único ámbito de las administraciones sino que requiere la participación de todas las administraciones y así lo afirman en el apartado sobre el marco global de la Conferencia cuando afirman, a partir del reconocimiento de las acciones derivadas de la III Conferencia celebrada en Nairobi (1985): «Many Governments have enacted legislation to promote equality between women and men and have established national machineries to ensure the mainstreaming of gender perspectives in all spheres of society¹¹¹» (United Nations, 1995, p. 11) y profundizan en esta metodología a lo largo de la Plataforma de Acción de Beijing.

Entendemos pues que la transversalidad no consiste en crear nuevas estructuras, sino que se caracterizaría por los siguientes elementos:

- Establecer las regulaciones normativas.
- Realizar la planificación y la toma de decisiones acerca de lo que se quiere conseguir y cómo hacerlo.
- Configurar la red de interlocución y la dinámica de relaciones entre agentes.

¹¹¹ Trad.: «Muchos gobiernos han promulgado leyes para promover la igualdad entre mujeres y hombres y han establecido mecanismos nacionales para garantizar la incorporación de las perspectivas de género en todas las esferas de la sociedad.» (United Nations, 1995, p. 11)

- Llevar a cabo las actividades de investigación, sensibilización, información, formación, asesoramiento, mediación u otras similares, dirigidas a diversos agentes con el fin de facilitar la incorporación (*mainstreaming*) de la perspectiva o enfoque correspondiente.
- Elaborar y evaluar protocolos, procedimientos o procesos de trabajo.
- Impulsar las modificaciones legales y transformaciones estructurales en los diversos ámbitos sectoriales
- Efectuar el seguimiento y la evaluación de los logros deseados y, específicamente, del impacto específico de las diversas políticas o actuaciones (Fantova, 2014a, pp. 303-304)

Aunque, como señalábamos, la política transversal más conocida es, sin duda, la política de igualdad, no podemos obviar que en la misma situación podríamos incluir las políticas de atención a la diversidad (generacional, funcional, cultural, sexual), las políticas familiares o las políticas comunitarias, como apunta Fantova (2014a, p. 310 y siguientes). Y, aún podríamos incluir, algunas otras situaciones que requieren de esta transversalidad: la situación del *sinhogarismo* (que abordamos en el apartado anterior) y que precisan de la articulación de las diferentes políticas sectoriales; incluso, las situaciones de exclusión social, en términos generales, deben también ser abordadas de forma transversal puesto que se trata de «un fenómeno multidimensional, poliédrico, que se genera desde distintos parámetros y se concreta en diferentes ámbitos o esferas de la vida conectados entre sí» (Subirats et al., 2005, p. 19).

En el análisis de las políticas sectoriales destacábamos la complejidad de las necesidades y bienes protegibles para defender la conveniencia de un abordaje interdisciplinar. En consecuencia, en las políticas transversales, que abordan aspectos de mayor complejidad aún, la interdisciplinariedad no es ya una conveniencia sino una necesidad imperiosa.

3.3 El papel del Trabajo Social en relación con las políticas sectoriales

En el apartado anterior hemos analizado las distintas políticas sectoriales y los bienes protegibles, hemos concluido para cada una de las políticas sectoriales, y para las transversales, que su objeto tenía suficiente complejidad como para requerir que su abordaje se realice desde un enfoque en el que combinen varias disciplinas.

Kisnerman (1998) y Valverde et al (1989), ya lo habíamos apuntado con anterioridad¹¹², nos proponen distinguir entre multi o pluridisciplinariedad), interdisciplinariedad y transdisciplinariedad. Según Kisnerman, la multidisciplinariedad «supone un conjunto de disciplinas, estudiando diferentes aspectos de un mismo objeto y/o cooperando en su abordaje, desde cada una de ellas» (Kisnerman, 1998, p. 72); por su parte, «la interdisciplinariedad articula dos o más de ellas, en un equipo de trabajo, con un código y una metodología compartidas» (Kisnerman, 1998, p. 72); finalmente, la transdisciplina «tiene un sentido de globalidad, de fecundación mutua, de unidad en las relaciones y acciones, de interpretación de saberes. Y de ese intercambio surge, más que una nueva disciplina, un enfoque nuevo para abordar una realidad de trabajo» (Kisnerman, 1998, p. 73). Recordemos que Valverde et al. (1989, p. 3) consideraban que estos modelos forman parte de un proceso y que se requiere superar las fronteras y barreras entre las disciplinas

Si entendemos los sistemas, las políticas sectoriales, como respuestas articuladas a necesidades complejas (aunque seamos capaces de identificar su objeto con una sola palabra, no les resta complejidad), tendremos que aceptar que ninguna de estas políticas sociales debe ser patrimonio de una sola disciplina. En el mismo sentido que apuntan respecto del trabajo en equipo: «El trabajo transdisciplinario debe superar los obstáculos tradicionales que rompen la unidad de la labor del equipo a partir de la diferenciación disciplinaria de sus miembros, tales como la marcada compartimentalización del conocimiento y la estricta diferenciación de roles y estatus» (Valverde et al., 1989, p. 6) y añaden que este modelo implica la consciencia de cada miembro del equipo transdisciplinario de lo singular de sus conocimientos pero, sobretudo, del hecho que «él puede y debe compartir» (Ibíd., p. 6).

Las profesionales del Trabajo Social desarrollan un amplio abanico de funciones que les permiten intervenir en distintos ámbitos. García-Castilla y Meneses citan las funciones recogidas en el *Libro blanco para la titulación de Grado en Trabajo Social*: preventiva, atención directa, planificadora, docente, de promoción e inserción social, mediadora, supervisora, evaluadora, gerencial, investigadora y coordinadora (García y Meneses, 2009, pp. 347-348).

Aunque nosotros nos hemos ceñido a las políticas sociales, los sistemas de protección social, en el análisis que García-Castilla y Meneses (2009) hacen de los ámbitos de intervención del Trabajo Social incluyen otras políticas que, sin ser de protección social, tienen incidencia en

¹¹² Ver en el apartado 1.2.4. la referencia a *transdisciplinariedad*, pág.43.

situaciones de malestar social en las que el Trabajo Social tiene un rol a desarrollar. Los autores recogen la propuesta de Carmen Barranco e incluyen, junto a las políticas que hemos analizado, «[...] Urbanismo, Cooperación para el Desarrollo, [...] y Justicia» (García y Meneses, 2009, p. 351). A continuación, hacen un ejercicio de identificar aquellos dispositivos o prestaciones de los diferentes ámbitos, entendidos como «espacios de práctica profesional que requieran de la presencia e intervención de los trabajadores sociales en la mejora del sistema social» (García y Meneses, 2009, p. 350), donde el Trabajo Social puede tener una participación directa, bien como referente, bien como miembro de un equipo.

3.3.1 La relación entre Trabajo Social y Servicios Sociales

Abordamos el tema de la especial relación entre Trabajo Social y Servicios Sociales en la medida que hemos detectado una cierta confusión que se ha plasmado en textos referenciales y que conviene clarificar.

Como señalamos al referirnos al objeto del Trabajo Social, uno de los textos de referencia en la década de 1980, *Introducción al Bienestar Social* (Heras y Cortajanera, 1979), recoge las conclusiones de las III Jornadas Nacionales de Asistentes Sociales, celebradas en 1977, y las asume como propias para desarrollar el rol del Trabajo Social y en esas conclusiones se encuentra, a nuestro parecer, el origen de esa confusión ya que se afirma lo siguiente: «*El campo de la intervención profesional - Acción Social -; su objeto, las necesidades sociales en su relación con los recursos aplicables a las mismas; su objetivo - Bienestar Social -; su marco operativo - servicios sociales -*»¹¹³.» (Heras y Cortajanera, 1979, p. 174)

Una de las primeras autoras en cuestionar este planteamiento, fue Amaya Ituarte (1990) que presentó una ponencia en el IV Congreso de Trabajadores Sociales de 1988 que posteriormente transformó en un artículo. Esta autora analiza lo que sucedió en la década de 1970 en la profesión; parte de reconocer que se produjo una grave crisis profesional que corría pareja a la crisis del conjunto de la sociedad y, según la autora, ante esta situación «la respuesta de los asistentes sociales españoles fue la adopción de una especie de “solución clarificante”¹¹⁴. [...] pusimos el problema fuera de nosotros, lo proyectamos en la sociedad y decidimos que “*el problema*” consistía en la inexistencia de una adecuada red de Servicios

¹¹³ La cursiva está en el texto original.

¹¹⁴ El concepto “solución clarificante” lo toma la autora de Paul Watzlawick (1987) y significa que «es una solución que no sólo elimina el problema, sino también todo lo que está relacionado con él» (Ituarte, 1990, p. 49)

Sociales en España ”» (Ituarte, 1990, pp. 49-50). Según la tesis de Ituarte, que recogen posteriormente otros autores, las profesionales del Trabajo Social debíamos impulsar los Servicios Sociales y «reivindicarlos como campo exclusivo (y excluyente por lo tanto de otros profesionales – si no de forma explícita, sí implícitamente) de los asistentes sociales» (Ituarte, 1990, p. 50); proceso que, según la misma autora alcanza su culminación con la definición de los estudios universitarios de Trabajo Social (creación de la diplomatura) en la que se pone más énfasis en el estudio de los Servicios Sociales que en la propia disciplina.

Esta vinculación exclusiva de una disciplina (Trabajo Social) con una política sectorial (Servicios Sociales) lleva, según Ituarte, a hacernos incapaces de responder a la pregunta «¿Qué le pasa al Trabajo Social?» (Ibíd., p. 51) porque trasladamos el problema fuera de la profesión y concluye:

si no podemos responder a las cuestiones sobre el Trabajo Social más que con los Servicios Sociales, quiere decir: a) bien que el Trabajo Social como entidad propia *no existe*, y son los Servicios Sociales los que sí tienen una entidad real; o b) que el Trabajo Social *sólo existe en función* de los Servicios Sociales (Ibíd., p. 52)

Teresa Zamanillo en su artículo sobre el objeto sobre el Trabajo Social analiza la parte de la propuesta de Las Heras y Cortajanera que tiene que ver con el objeto, «el binomio necesidades – recursos» (Heras y Cortajanera, 1979, p. 25; Zamanillo, 1999, p. 19), y reflexiona que los efectos de esta definición han dado lugar a un «tipo de ejercicio profesional muy restringido a la gestión de los recursos y, a la larga, problemas de identidad en los trabajadores sociales» (Zamanillo, 1999, p. 21) y recuerda la confusión con los Servicios Sociales que se había puesto de manifiesto en el Congreso de 1988.

Posteriormente, en esta línea de poner de manifiesto esta especie de confusión entre disciplina y ámbito de intervención, Xavier Pelegrí (2014) recoge la experiencia de diversas Comunidades Autónomas en las que su implementación de los servicios sociales generales «se organizó en base a las llamadas *unidades* (o zonas) *de trabajo social*» (Pelegrí, 2014, p. 15) lo que, en su opinión, supone un paso más en la confusión. Concluye el autor en reconocer el Trabajo Social y los Servicios Sociales como instituciones (aclara que no es en el sentido administrativo del término) que articulan respuestas a distintas necesidades:

Una (el trabajo social) se inscribe en la dimensión de la actividad personal mientras que la otra (los servicios sociales) lo hace en la dimensión organizativa. Los servicios sociales sin la actividad de los interventores sociales serían cáscaras vacías; el trabajo social sin la dimensión

organizativa de los servicios sociales (y los otros sistemas), sería como yema desperdigada. (Pelegrí, 2014, pp. 19-20)

Nos parece importante clarificar la diferencia entre la disciplina (Trabajo Social) y uno de sus campos de acción (Servicios Sociales); podemos reconocer que los Servicios Sociales sean el ámbito principal de acción de los y las trabajadores sociales en el sentido que es el ámbito en el que existen en una mayor proporción, lo que en un momento denominé «hábitat natural» (Fustier, 2018b, p. 20), pero no podemos permitirnos la confusión puesto que supondría un empobrecimiento tanto de la disciplina como del sistema. Como apunté en un artículo, «una disciplina (una profesión) debe tener unos objetivos y un objeto claro y definido en relación con la sociedad, no con respecto a otros profesionales (o disciplinas) o a un sistema o política sectorial» (Fustier, 2018a).

Analizando, como ejemplo, la Llei 24/2015, del 29 de juliol, de mesures urgents per a afrontar l'emergència en l'àmbit de l'habitatge i la pobresa energètica (Catalunya, 2015) observamos que se remite a los Servicios Sociales la elaboración de informes sociales para determinar la situación de exclusión residencial de las personas (basándose en criterios económicos) o se establece que las compañías suministradoras pidan a los servicios sociales un informe antes de proceder a la interrupción del suministro. No se le exige al sistema de vivienda o al sistema de garantía de rentas que emitan los informes pertinentes sobre las condiciones de las personas, sino que en la medida que le añadimos el adjetivo “social” a la palabra informe, se remite a los Servicios Sociales, aunque sería más lógico que estos sistemas dispusieran de profesionales capacitados para emitir dichos informes, podrían incorporarse profesionales del Trabajo Social a estos sistemas o políticas sectoriales para permitir que los Servicios Sociales se centrasen en su cometido.

En este sentido nos parece relevante recuperar las aportaciones de Teresa Matus, con las que iniciábamos este capítulo, sobre lo que ella denominó «focalización de áreas» (Matus, 2017, p. 67); la autora plantea que los ámbitos de intervención son importantes pero lo que no resulta tan positivo es la competencia entre ellos y lo explica de la siguiente manera: «De este modo, “ser” trabajador social tendría que ver mucho más con el ámbito en que se desempeña que con seleccionar posiciones al interior de un corpus de enfoques en Trabajo Social» (Matus, 2017, p. 67).

De ahí que planteemos dos necesidades: por una parte, ampliar los ámbitos de intervención del Trabajo Social a otras políticas sectoriales (vivienda, laboral, garantía de rentas) puesto

que se desarrollan funciones relacionadas con ellas pero desde otro sistema (el de Servicios Sociales) y, por otra, profundizar en los instrumentos y metodologías que nos permitan un desempeño profesional básico en cualquiera de los sistemas, a complementar con los conocimientos específicos de cada uno de ellos.

3.4 A modo de resumen

Este tercer capítulo lo hemos dedicado a estudiar los ámbitos en los que el Trabajo Social desarrolla, o puede desarrollar, sus funciones; se trata de las políticas de protección social o política social.

Definimos la política social a partir de las siguientes características:

- Es una actividad pública: liderada por los poderes públicos y provista por el sector público.
- Incide en el bienestar de las personas porque busca solucionar problemas o necesidades sociales que han sido definidos, políticamente, como públicos, como colectivos.
- Participan en su desarrollo diversos actores, tanto públicos como privados. Cada uno de estos actores tiene un ámbito preferente de intervención y una lógica con la que actúa.

La política social se estructura en ámbitos sectoriales por la necesidad de organizar la actividad orientada a la solución de los problemas o necesidades de las personas. Hemos tomado la propuesta de estructura de Fernando Fantova (2014a) que define las políticas sectoriales como aquellas que responden a necesidades de las personas y que deben proteger y promover bienes que puedan disfrutarse individualmente (entendiendo por bienes un concepto inmaterial); a su vez estas políticas sectoriales requieren, para dar respuesta a realidades complejas, del concurso de las políticas transversales que establecen un hilo común entre las políticas sectoriales orientado a una finalidad, las políticas de igualdad, por ejemplo o las políticas familiares, se trata de aquellas que no pueden implementarse desde una única política sectorial; finalmente, existen las políticas intersectoriales que se ocupan de interrelacionar dos o más políticas sectoriales para dar respuesta a situaciones complejas pero concretas, es el caso de la atención sociosanitaria, por ejemplo.

Se definen seis políticas sectoriales y para cada una de ellas se propone un bien protegible:

- La subsistencia para la política de garantía de ingresos: mediante transferencias monetarias se provee a las personas de medios para cubrir sus necesidades.

- La salud para la política sanitaria: entendiendo la salud en un sentido amplio de bienestar más allá de la ausencia de enfermedad y que, por tanto, requerirá de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, junto con la investigación y el desarrollo.
- El aprendizaje para la política educativa: en esta política se define el aprendizaje como el proceso de adquisición de conocimientos y habilidades a lo largo de la vida.
- La interacción para la política de servicios sociales: la definición del objeto o del bien protegible de los servicios sociales está en debate, puesto que las normas ofrecen unas definiciones amplias y poco concretas. Adoptamos la propuesta de Fantova (2014a) que sintetiza con el concepto interacción entendido como el equilibrio dinámico entre la autonomía funcional y la integración relacional.
- El empleo para la política laboral: en relación con esta política sectorial, se define el empleo como una actividad remunerada, lo que excluye otros trabajos no remunerados, tales como el cuidado.
- El alojamiento para la política de vivienda: se ha optado por el concepto alojamiento porque ofrece una visión más amplia que el de vivienda que parecería reducido al espacio físico.

Finalmente, en este capítulo se analizó la relación entre Trabajo Social y Servicios Sociales; se recogen las aportaciones de diversas autoras (especialmente Amaya Ituarte (1990) y Teresa Zamanillo (1999)) sobre la situación que se produce en España a finales de la década de 1970 y durante la década de 1980, cuando se estaban creando los modernos servicios sociales en España, en la que una definición surgida en un congreso de la profesión vinculaba estrechamente Trabajo Social y Servicios Sociales, de tal manera que no existían el uno sin los otros; esta propuesta fue asumida y difundida en una de las obras de más difusión en la profesión y sirvió de base para conformar estos nuevos servicios sociales que estaban en formación. Se ha visto como esta asociación es limitadora tanto para el sistema de servicios sociales como para la propia profesión y disciplina del Trabajo Social

CAPÍTULO 4 EL DIAGNÓSTICO SOCIAL

Existe un amplio consenso en considerar *Social Diagnosis*, de Mary Ellen Richmond (1917), como una de las primeras obras, sino la primera, sobre metodología del Trabajo Social y una de las fundamentales para el desarrollo de la profesión y la disciplina desde una perspectiva científica. A Mary E. Richmond le siguieron en su afán por sistematizar y fundamentar la nueva profesión del Trabajo Social muchas autoras y autores que han ido desarrollando diversos aspectos de la disciplina: marcos teóricos y conceptuales, metodología, técnicas, etc.

El hecho que el primer libro metodológico sobre el Trabajo Social se centrara, precisamente, en el *diagnóstico social* podría hacernos albergar la ilusión que este tema, tan central para la disciplina tanto como para ser el primero en ser estudiado de una manera sistematizada y científica, habría sido ampliamente desarrollado a lo largo de los años y constatamos, con María José Aguilar, que este tema presenta un «déficit significativo y paradójico» (M. J. Aguilar, 2013, p. 291).

En este capítulo vamos a proponer un recorrido por la conceptualización del diagnóstico social en el Trabajo Social, su posición en el proceso metodológico de la intervención, el rol de los actores implicados en la intervención social con especial incidencia en el momento (o momentos) del diagnóstico social, la metodología, el debate sobre la estandarización de los diagnósticos sociales y los instrumentos desarrollados para su sistematización y estandarización.

Posteriormente, repasaremos las categorizaciones que se utilizan en nuestro entorno más inmediato, aquellas que han surgido de las Administraciones Públicas en el desarrollo del sistema de Servicios Sociales (y, parcialmente, en el sistema de Salud), con el fin valorar su utilidad desde la perspectiva de la metodología de la intervención social. Para finalizar con la identificación de otros modelos que pueden aportar un lenguaje propio a la par que una herramienta práctica para la intervención.

Decía Teresa Matus (2017) que es necesario que el Trabajo Social supere la «focalización de áreas: familia, comunidad, organizaciones laborales, salud, vivienda, etc.» (2017, p. 67) porque esta fragmentación llegaba a determinar el “ser” trabajador social que, en sus palabras, «tendría que ver mucho más con el ámbito en que se desempeña que con seleccionar posiciones al interior de un corpus de enfoques en Trabajo Social» (Matus, 2017, p. 67).

El Trabajo Social como «profesión de ayuda» (M. J. Aguilar, 2013, p. 21) en un sistema complejo aporta su conocimiento teórico y sus habilidades técnicas a la atención de necesidades de las personas y esas necesidades se atienden, de una forma más o menos

estructurada, desde la política social. Veremos a lo largo de este apartado que ha habido una cierta tendencia que ha identificado el Trabajo Social con los Servicios Sociales, uno de los ámbitos de la política social, pero en este trabajo nos planteamos que el Trabajo Social es una profesión que puede (y debería) desarrollarse y ejercerse en todos los ámbitos de la política social.

4.1 Hacia una definición de diagnóstico social

El término *diagnóstico* tiene su etimología en el griego διαγνωστικός, *diagnōstikós*, que estaría formado por dos partículas: «el prefijo *día*, “a través, y *gnosis*, “conocimiento”, “apto para conocer”. Se trata pues, de un “conocer a través”, de un “conocer por medio de”» (M. J. Aguilar, 2013, p. 292; Ander-Egg y Aguilar, 2009, pp. 12-13). Desde el inicio del uso del término *diagnóstico social* se ha enfatizado, por parte de quienes lo defendían, que la palabra diagnóstico no era exclusiva de una sola disciplina, la medicina. En ese sentido se manifestaba ya Richmond cuando señalaba que «El uso de la palabra diagnóstico no se limita al trabajo de casos en el ámbito médico; en zoología o botánica, por ejemplo, significa “una definición breve, precisa y pertinente”» (Richmond, 2008, p. 35). Teresa Rosell defiende que el diagnóstico

es un elemento característico de las profesiones que tienen capacidad para definir un conjunto de fenómenos que se producen en el ámbito que les es propio y que tienen capacidad para determinar el tipo de intervención más adecuado para modificar las situaciones en las que tienen que intervenir cuando éstas son susceptibles de cambio. (Rosell, 1989, p. 139)

Pero, desde nuestra perspectiva, el que mejor refleja ese uso común y no exclusivo del término *diagnóstico* es Francis J. Turner que inicia su obra *Diagnosis in Social Work. New imperatives* con una anécdota que explica que le dio el empujón definitivo para escribir el libro y esta es que, durante un largo viaje, sufrió una avería en su vehículo y al llegar a un taller, el mecánico le dijo que no le podría ayudar hasta haber realizado un diagnóstico (Turner, 2002, p. 1); esta situación le lleva a concluir que el diagnóstico no es patrimonio de ninguna profesión:

Here was an instance of the use of the term, concept, and application of diagnosis that was of considerable assistance to me as a driver. As I later thought about our conversation, it reinforced my long-held conviction that no one profession owns this term. It is a generic term that brings security to clients and practitioners in all professions¹¹⁵. (Turner, 2002, p. 1)

Insistimos en este punto porque el término diagnóstico ha sido, a menudo, rechazado por autoras y profesionales del Trabajo Social y se han utilizado denominaciones alternativas. Un

¹¹⁵ Trad.: «Aquí hay un ejemplo del uso del término, concepto y aplicación de diagnóstico que me fue de gran ayuda como conductor. Cuando más tarde pensé en nuestra conversación, reforzó mi antigua convicción de que ninguna profesión es la poseedora este término. Es un término genérico que brinda seguridad a clientes y profesionales en todas las profesiones.» (Turner, 2002, p. 1)

ejemplo de este rechazo lo podemos encontrar en el texto de Montserrat Colomer, de 1979, *Método de Trabajo Social*, que fue una referencia para muchas generaciones de estudiantes y profesionales. Esta autora denomina a esta fase del método “Interpretación de datos” y justifica su elección de la siguiente manera:

En método de trabajo social se ha utilizado con frecuencia la palabra «diagnóstico» para significar el juicio profesional que el asistente social hace de una situación o problema. Esta palabra -igual que la de «tratamiento» para determinar la fase sucesiva, procede de otras disciplinas en las que tiene un significado específico muy concreto y ni una ni otra resultan aplicables a todas las situaciones en las que puede utilizarse el método de trabajo social. (Colomer, 1979, p. 25).

Cury y Arias, en su revisión bibliográfica para una definición del diagnóstico social recogen algunas de las denominaciones que han sido utilizadas: «“valoración”, “evaluación”, “dictamen técnico”, “juicio diagnóstico”, “juicio profesional”, “interpretación diagnóstica”, “valoración técnico-científica”, “opinión profesional”, etc.» (Cury y Arias, 2016, p. 11); sin olvidar el término inglés «assessment», ampliamente utilizado también y que no tiene una palabra equivalente en español y que «podría ser traducido como “evaluación de necesidades o valoración” en el sentido de una evaluación inicial que sustentará la intervención posterior y servirá de base para la formulación de objetivos de intervención» (M. J. Aguilar, 2013, p. 279). En este estudio hacemos una apuesta decidida por el uso del término *diagnóstico social* que, más allá de sinónimos y debates, ha estado siempre presente en la construcción teórica y metodológica de la profesión.

4.1.1 Aportaciones al concepto de diagnóstico social

Para entender el concepto de *diagnóstico social* pensamos que es necesario hacer una revisión de las aportaciones que han venido haciendo las autoras y autores a lo largo de la historia del Trabajo Social; en este sentido destacamos la obra de Francis J. Turner (2002) que hace un recorrido por el siglo XX analizando la evolución por décadas y el artículo de Cury y Arias (2016) en el que hacen una revisión bibliográfica del concepto; basándonos en estas dos aportaciones vamos a destacar aquellas contribuciones que valoramos de mayor relevancia.

Hemos señalado que la primera obra metodológica sobre Trabajo Social fue el libro de Mary E. Richmond, publicado bajo el título *Social Diagnosis*, nos parece razonable, pues, empezar

por las definiciones que esta autora nos propuso y sobre las que se ha construido, de una manera u otra, el marco teórico y metodológico del Trabajo Social.

Hablamos de definiciones en plural porque Richmond¹¹⁶ en la misma obra *Social Diagnosis* incluye dos definiciones de diagnóstico social. Turner (2002) destaca que Richmond considera el diagnóstico social como una responsabilidad de los trabajadores sociales y como un proceso muy estructurado y de carácter intelectual; lo describe de la siguiente manera:

[...] was viewed as highly structured, in which the social worker gathered large amount of data about the client's personality, history, and social situation so as to come to a conclusions about the nature of the problem and the proposed structure of the interventive process¹¹⁷. (Turner, 2002, p. 8)

La primera definición que propone Richmond, al inicio de su libro, nos dice: «Mediante un diagnóstico social, se trata de llegar a una definición lo más exacta posible de la situación social y la personalidad de un cliente dado» (Richmond, 2008/1917, p. 35). Y posteriormente, después de desarrollar gran parte de su obra, Richmond se plantea la *redefinición del diagnóstico*¹¹⁸ y lo hace de la siguiente manera:

El diagnóstico social puede describirse como la tentativa de realización de una definición lo más exacta posible de la situación y personalidad de un ser humano que presenta una dificultad social, de su situación y personalidad en relación con otros seres humanos de los que, de algún modo depende o que dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad. (Richmond, 2008/1917, p. 418)

Turner (2002), en la línea apuntada en el inicio de este capítulo, constata como periódicamente el tema del diagnóstico social desaparece de la literatura sobre Trabajo Social; la primera ausencia que detecta la sitúa en el período de los 10 a 15 años posteriores a la obra de Mary E. Richmond. No es hasta finales de la década de 1930 que aparece una nueva aportación al concepto de diagnóstico que parte de la crítica al diagnóstico como un proceso lineal: son las aportaciones de Fern Lowry (1938b, 1938a).

¹¹⁶ A efectos de las citaciones utilizaremos únicamente la versión en español del libro, aunque incluimos el año de la publicación original; en caso de que el libro se cite solo con la fecha original (1917) es por que se está haciendo referencia a la versión original en inglés que utilizaremos solo si consideramos que aporta elementos relevantes.

¹¹⁷ Trad. «[...] era visto como altamente estructurado, en el cual el trabajador social reunía una gran cantidad de datos sobre la personalidad, la historia y la situación social del cliente para llegar a conclusiones sobre la naturaleza del problema y la estructura propuesta del proceso de intervención» (Turner, 2002, p. 8)

¹¹⁸ Denomina con este título un apartado del capítulo 18 de *Diagnóstico Social*

Esta autora plantea que la descripción tradicional del proceso de trabajo social de caso¹¹⁹ se divide en tres grupos de actividades: investigación, diagnóstico y tratamiento y señala que, en ocasiones, una interpretación literal lleva a entender que estos tres tipos de actividades pueden ser disociados uno de otro, además de presentarse de forma secuencial ordenadas en el tiempo hace una crítica a la tendencia a ver la historia, el diagnóstico y el tratamiento como tres procesos secuenciales en el tiempo (Lowry, 1938b, p. 572); frente a esta concepción lineal, Lowry plantea que estas tres actividades deben visualizarse como las hebras entrelazadas de una cuerda que, independientemente del punto en ésta que se corte, siempre estarán unidas:

Instead of visualizing them as three portions of a straight line, we can visualize them as three strands of a rope, interwoven from one end to the other, so that no matter at what point the rope is cut, we cut across all three¹²⁰. (Lowry, 1938b, p. 572)

Esta visión se va consolidando en la literatura posterior y se pone de relieve la complejidad y la interconexión de los distintos procesos que conforman el trabajo social de caso. Turner destaca las aportaciones de Charlotte Towle (1941) y de Florence Hollis (1949) en cuanto a la complejidad del proceso de intervención social y, en concreto del diagnóstico social por la necesidad de tener una amplia visión de la vida del cliente (Turner, 2002, p. 10). En este sentido, es interesante la aportación de Hollis que, en 1949, advertía que no se trataba de un problema de etiquetaje sino de comprensión de las dimensiones de la vida de la persona: «There was no discussion of assigning labels (which emerged at later date) but of attempting to understand the various dimensions of personality and situation of the client¹²¹» (Turner, 2002, p. 10).

En este mismo período encontramos las aportaciones de Gordon Hamilton que define el diagnóstico social como «una opinión profesional sobre la naturaleza real del problema que el cliente presenta» (Hamilton, 1946 citada por Cury y Arias (2016, p. 13)); aunque las aportaciones de esta autora van más allá y entra en un análisis de las dificultades de la realización y formalización del diagnóstico social en la práctica y destaca: «la resistencia de los profesionales para formular por escrito el diagnóstico social, la confusión existente entre

¹¹⁹ En este estudio optamos por el uso de la expresión “Trabajo Social de Caso” en coherencia con la explicación que hicimos en el apartado 2.3.1, página 68 y siguientes.

¹²⁰ Trad.: «En lugar de visualizarlos como tres porciones de una línea recta, podemos visualizarlos como tres hilos de una cuerda, entrelazados de un extremo al otro, de modo que no importa en qué punto se corte la cuerda, cortamos los tres» (Lowry, 1938b, p. 572)

¹²¹ Trad.: No se trata de la asignación de etiquetas (que surgió en una fecha posterior) sino del intento de comprender las diversas dimensiones de la personalidad y la situación del cliente. (Turner, 2002, p. 10)

la fase de investigación y la fase de diagnóstico, así como la profusión de diferentes términos para designar dicho diagnóstico» (Cury y Arias, 2016, p. 13). Profundizaremos más en la metodología propuesta por Gordon Hamilton más adelante (ver apartado 4.3.3., página 161).

De acuerdo con Turner (2002, p. 11) en la década de 1940 se produjo, en la literatura, una crítica creciente en relación con la forma y el estilo de registro de los diagnósticos, que se valoraba que era extremadamente amplio.

Las décadas siguientes, 1950 – 1960, vienen marcadas por la consolidación del modelo de Trabajo Social psicosocial impulsado por Hollis y Woods (1964) y por el debate de la visión que representan estas autoras respecto de la que defiende Gordon Hamilton, especialmente en relación con el foco del diagnóstico e, incluso, respecto a su denominación (Cury y Arias, 2016, p. 14; Turner, 2002, p. 11).

Por una parte Gordon Hamilton que había escrito en 1940 su libro *Theory and practice of social case work*, del que se publican varias ediciones, y que era el texto básico en la mayoría de escuelas de Trabajo Social de la época (Turner, 2002, p. 12), definía el diagnóstico social centrándose en el problema: «[diagnosis is] the thought process directed to the nature of the problem and its causes¹²²» (Hamilton (1951, p. 24), citada en Turner (2002, p. 12)).

Por otra parte, Hollis (1951, citada en (Turner, 2002, p. 11)) considera que el diagnóstico es un proceso que sirve tanto para la individualización como para la clasificación y, además, posteriormente, junto con Woods (Woods y Hollis (1964), citadas en Cury y Arias (2016)) señalan que la resistencia de los trabajadores sociales frente al término “diagnóstico” podía deberse a dos motivos encadenados:

[que lo] asociaban con una cierta adscripción del trabajo social a la medicina. La preocupación de los profesionales hacía referencia al riesgo de que, bajo la influencia de esta última, el diagnóstico social hiciera mayor hincapié en las debilidades que en las fortalezas y capacidades de la persona para hacer frente a sus dificultades (Cury y Arias, 2016, p. 14)

Asimismo, Woods y Hollis (1964, citadas en Cury y Arias (2016, p. 14)) también señalan la preocupación por el uso de etiquetas y la posible deriva hacia la estigmatización de las personas, mientras que defendían que el diagnóstico social debía contemplar

¹²² Trad.: «[El diagnóstico es] el proceso de pensamiento dirigido a la naturaleza del problema y sus causas.» (Hamilton (1951, p. 24), citada en Turner (2002, p. 12)).

[...] la situación de la persona en el entorno social en el que vivían y, por lo tanto, de las potenciales oportunidades que dicho entorno implicaba, así como la trascendencia de la participación activa de la persona en la elaboración de su propio diagnóstico social. [...] el diagnóstico social siempre debía contemplar tanto las fortalezas como las debilidades de la persona, de su familia y de la situación social, así como la evaluación de las interacciones habituales entre la persona y todos los demás elementos del sistema y del medio ambiente del que la persona forma parte. (Cury y Arias, 2016, p. 14).

Finalmente, estas autoras, Woods y Hollis (1964), también defienden «la necesidad y urgencia de desarrollar una tipología sistemática que clasificara los diferentes problemas objeto de diagnóstico y de intervención en trabajo social» (Cury y Arias, 2016, p. 14).

Otra autora relevante en ese período es H.H. Perlman, que en su obra de 1957, *Social casework: A problem solving process*, enfatiza la importancia del diagnóstico que define, en palabras de Turner (2002): «diagnosis is the discipline that brings into conscious recognition a range of impressions and puts them together in a way that seems to make sense in view of our knowledge and theory¹²³» (Turner, 2002, p. 13). Y defiende que se trata tanto de un proceso tan intelectual como empático. Perlman impulsó el modelo de resolución de problemas y desarrolló el concepto “rol social” para definir el ámbito teórico y práctico del Trabajo Social. En relación con el “rol social” plantea que «la atención del profesional se centra en la persona que se encuentra en algún tipo de situación que le supone una interacción problemática respecto de las demandas y las expectativas de las personas y de las condiciones de su entorno social» (Perlman (1968) citada en Cury y Arias (2016, p. 15)).

La propuesta de Perlman (1968) de la intervención social vinculada al concepto de roles sociales, «la resolución de un determinado problema social sea alcanzada a través del diagnóstico de las dificultades presentes en el desempeño, satisfactorio y eficaz, de uno o varios roles sociales, y tomando en consideración las fortalezas, la motivación y la capacidad personal» (Cury y Arias, 2016, p. 16), es interesante porque parece subyacer en la base del modelo impulsado por la National Association of Social Work (NASW), el PIE System¹²⁴ (Karls y Wandrei, 1994).

¹²³ Trad.: «El diagnóstico es la disciplina que trae al reconocimiento consciente una gama de impresiones y las reúne de una manera que tenga sentido desde la perspectiva de nuestro conocimiento y teoría.» (Turner, 2002, p. 13)

¹²⁴ Este instrumento diagnóstico, PIE (Person-in-environment) System, será descrito en un apartado posterior de este mismo capítulo y analizado en la Tercera Parte de este estudio.

En este sentido, Turner (2002, p. 13) recoge que en estas décadas, especialmente en la de 1960, sigue habiendo un debate en relación con la sistematización y elaboración de categorías diagnósticas; a finales de la década de 1950 se dan los primeros intentos, muy vinculados al modelo impulsado por Perlman (1957), de resolución de problemas. Durante la década siguiente sigue el interés en desarrollar tipologías de casos o problemas que sirvan de base para el diagnóstico social y algunos autores hacen sus primeras propuestas (Turner, 1969, Finestone, 1960, Lehrman, 1960 citados en Turner (2002, p. 15)) y toman como referencia las clasificaciones elaboradas por otras disciplinas, especialmente las publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS); sus argumentos en defensa de estas clasificaciones son: la ampliación de la base de conocimiento, el alcance de los factores que se necesitan para desarrollar un diagnóstico, facilitar una mejor comunicación entre profesionales y contribuir al desarrollo de su conocimiento. Pero no faltaban posiciones contrarias que temían que estos sistemas acabasen siendo una simplificación excesiva del diagnóstico o que este acabase reduciéndose a la aplicación de etiquetas (Turner, 2002, p. 15).

A partir de la década de 1970 aparecen nuevas aportaciones y, también nuevos autores en una tradición distinta a la predominante anglosajona de las décadas anteriores, los autores del movimiento latinoamericano de la reconceptualización. Una aportación significativa es la de Siporin (1970, citado por Turner (2020)) que introduce el término “assessment” en su línea de defensa que los métodos para la práctica no pueden ser divididos, que el Trabajo Social debe incorporar no solo individuos, sino, también, familias, grupos y comunidades y con el objetivo de incorporar una visión más holística al diagnóstico (Turner, 2002, p. 17). En el debate sobre si el término “diagnóstico” debe ser exclusivo del Trabajo Social de Caso o debería ampliarse a otros ámbitos, Perlman (1970, citada en Turner (2002, p. 17)) defiende que se trata de un término propio del Trabajo Social no sólo del Trabajo Social de Caso. Destaca Turner (2002) que Perlman aboga por un proceso diagnóstico en el que el cliente está implicado.

Los autores hispanoamericanos, entre los que destaca como pionera Teresa Scarón de Quintero (citada en Ander-Egg y Aguilar (2009, p. 11); Cury y Arias (2016, p. 16); Quiroz y Peña (1998, p. 28)), hacen una fuerte crítica al modelo propuesto por autores y autoras anglosajones y no tanto, que también, por la terminología usada (citan «el diagnóstico “clínico” de Perlman o el “síndrome de De Bray» (Quiroz y Peña, 1998, p. 29)), como por

la interpretación psicológica o psicoanalítica de la situación misma. [...] el énfasis en los “síntomas” que presenta el cliente, así como en la “etiología” de la situación, aún cuando esa etiología se reduzca a las causas intrasíquicas (De Bray) o a la “historia de su desarrollo como ser humano que afronta y resuelve problemas” (Perlman). (Quiroz y Peña, 1998, p. 29).

Scarón de Quintero y Genisans (1985, citadas en Quiroz y Peña, 1998) ponen de relieve que, bajo estas propuestas teóricas y metodológicas, subyace una ideología que sitúa toda la responsabilidad de la situación en el propio cliente y consideran que no se realiza un análisis de la situación de conflicto en el marco del contexto de la problemática social sino una simple clasificación en categorías muy limitadas que, además, ya estaban presentes en la obra de Mary Richmond, aunque esto significase que la evolución había sido mínima (Quiroz y Peña, 1998, pp. 29-30).

En las últimas décadas del siglo XX, a partir de 1980, en el ámbito anglosajón sigue el debate sobre el concepto de diagnóstico social y su lugar en la profesión; se inician los trabajos y discusiones sobre el modelo de clasificación y categorización del que ya hemos hablado, el PIE (Person-in-environment) System y se introduce un elemento novedoso que es el posible uso de la informática en la elaboración y sistematización de diagnósticos (Turner, 2002, pp. 21-22). A finales de la década de 1990, en el debate sobre el propio término “diagnóstico” algunos autores (Hepworth (1997), Johnson (1998), Kirst-Ashman and Hull (1993) y Compton and Galaway (1989), citados en Turner (2002, p. 22)) defienden el uso del término “assessment” para no centrarse en las patologías, en identificar al cliente con algo “erróneo”.

En el contexto hispanoamericano se considera el «diagnóstico social como la síntesis final del proceso de investigación, que debe ser formulado explícitamente como fundamento para la intervención social» (Cury y Arias (2016, p. 16) citando a diversos autores entre los que cabe destacar Ezequiel Ander-Egg, María José Aguilar, Dolors Colom, Maite Martín y la ya citada Teresa Scarón de Quintero.

Del análisis de la evolución del concepto *diagnóstico social* podemos concluir que, siendo un elemento básico para la práctica de la profesión, habiendo sido el primer elemento sobre el que se teorizó y sistematizó, con la obra de Mary E. Richmond, en un siglo ha habido poca evolución práctica; se ha desarrollado un amplio debate en torno al uso del propio término incluso sobre su papel en el proceso de intervención social, pero poco más se ha avanzado tanto en la metodología diagnóstica como en la sistematización; como señalaba Scarón de

Quintero (1985, citada en (Quiroz y Peña, 1998, p. 30)) se había evolucionado muy poco desde el estudio realizado por Mary E. Richmond (1917).

4.1.2 Definiendo el diagnóstico social: de Mary Richmond a las perspectivas postestructuralistas

Hemos visto una síntesis de la evolución del diagnóstico social, tanto desde la perspectiva del concepto como de su consideración e importancia en el marco de la metodología de la intervención social. En este apartado pretendemos centrarnos en las definiciones que nos permitan obtener una conceptualización clara que sirva de base para el desarrollo posterior del estudio.

La primera de las definiciones es, como no podría ser de otra manera, la propuesta final de Mary E. Richmond:

El diagnóstico social puede describirse como la **tentativa** de realización de una **definición lo más exacta posible** de la situación y personalidad de un ser humano que presenta una dificultad social, de su **situación y personalidad en relación con otros** seres humanos de los que, de algún modo depende o que dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad¹²⁵. (Richmond, 2008, p. 418).

Pero Richmond (2008/1917) añadió un elemento más a su definición conceptual al concretar cuál debería ser el contenido del diagnóstico: «aparecerán los principales elementos que dificultan la rehabilitación social, haciendo hincapié en aquellos rasgos que indican el tratamiento que debe seguirse, lo que no debe predisponer al trabajador social respecto de ningún factor causal» (Richmond, 2008/1917, pp. 418-419). Así pues, se trata de un diagnóstico descriptivo que ha de destacar las patologías, los problemas, las dificultades.

Han de pasar unas décadas para que haya una aportación que introduzca una innovación en la definición del “diagnóstico social”, la aportación proviene de Gordon Hamilton que dice que el diagnóstico social es «the thought process directed to the nature of the problem and its causes¹²⁶» (Hamilton (1951, p. 24), citada en Turner (2002, p. 12)). La principal novedad es que explicita la actividad profesional al destacar que se trata de un *proceso de pensamiento*, en

¹²⁵ La **negrita** la hemos añadido para destacar conceptos.

¹²⁶ Trad.: «el proceso de pensamiento dirigido a la naturaleza del problema y sus causas.» (Hamilton (1951, p. 24), citada en Turner (2002, p. 12)).

otra obra le denomina «opinión profesional» (Hamilton (1946, p. 82) citada por (Cury y Arias (2016, p. 13)).

Lógicamente no queremos decir que Richmond no considerase que el diagnóstico social no fuese una actividad profesional, puesto que puso mucho énfasis en dotar de metodología a los trabajadores sociales más allá del ámbito donde ejerciesen y cuál fuese la situación de la persona atendida (Richmond, 2008/1917, p. XIX); pero esta consideración de actividad intelectual, de proceso de pensamiento es una novedad que incorpora Hamilton y es necesario reconocerlo, puesto que hablar de “proceso de pensamiento” o de “opinión profesional” implicaría una conceptualización del diagnóstico no solo descriptivo, sino lo que Rosario Conde denomina «análisis diagnóstico» (Conde, 1998, p. 313).

Turner, además de realizar un análisis de la evolución del diagnóstico en la bibliografía inglesa y americana, también hace su propia propuesta de definición que sintetiza de la siguiente manera:

Diagnosis in social work designates the process in which a professional opinion is formed stemming from the assessment of a situation as it emerges in our interaction with clients and their significant environments, an opinion which we based our actions and for which we are prepared to be held professionally accountable. This professional opinion is based on a series of judgements that lead us to act or interact in particular ways with clients¹²⁷. (Turner, 2002, p. 51)

Destacamos de esta definición los elementos siguientes:

- Se trata de una opinión profesional
- La opinión profesional se forma en el proceso de interacción con el cliente¹²⁸ y sus entornos significativos.
- Se basa en una serie de juicios
- Sirve de base para nuestra actuación, orientando la forma de relacionarnos con los clientes

¹²⁷ Trad.: «El diagnóstico en el trabajo social designa el proceso en el que se forma una opinión profesional derivada de la evaluación de una situación a medida que emerge en nuestra interacción con los clientes y sus entornos significativos, una opinión en la que basamos nuestras acciones y para la cual estamos preparados para ser responsabilizarnos profesionalmente. Esta opinión profesional se basa en una serie de juicios que nos llevan a actuar o interactuar de manera particular con los clientes.» (Turner, 2002, p. 51)

¹²⁸ Utilizaré la palabra “cliente” cuando el texto original la utilice, como es el caso de muchos de los textos de tradición anglosajona.

- Somos responsables profesionalmente (y estamos preparados para ello) de esta opinión profesional

Las definiciones del término “assessment”, que introdujo Siporin en 1970 (Turner, 2002, p. 17), destacan que es un proceso continuo que cuenta con la participación de los usuarios para entender a las personas en su entorno (Coulshed y Orme (2012) citados por Milner, Myers y O’Byrne (2015, p. 1)); aunque también es definido como un «proceso de juicio o evaluación profesional» (Kemshall (1998) citado por (Milner et al. (2015, p. 1)). Finalmente, encontramos una propuesta que es considerada como más global y que han elaborado Smale, Tucson, Biehal y Marsh (1993):

[...] realistic assessment has to address the whole of the task, engage in ongoing negotiations with the full range of people involved in the situation and their possible solutions, and address both the change, care and social control tasks so as to go beyond the individualization of social problems as the focus for assessment and intervention¹²⁹ (Milner et al., 2015, p. 1)

Entre las definiciones más recientes, en la línea de entender el diagnóstico social como un juicio profesional, encontramos las aportaciones de Cury y Arias (2016) que lo definen de la siguiente manera:

El diagnóstico social es el juicio profesional que formula el trabajador social como resultado del estudio y de la interpretación de una situación social dada y que constituye el fundamento de la intervención social en dicha situación. La correcta formulación del diagnóstico social es responsabilidad y competencia del trabajador social, y deberá contemplar las dificultades y las fortalezas de la persona y de su situación individual, familiar, social e institucional. (Cury y Arias, 2016, p. 19)

En la propuesta de Cury y Arias (2016) destaca la definición de diagnóstico como “juicio profesional” lo que nos llevaría a pensar que se trata de un acto unidireccional, en el que el o la profesional actúa como un experto que debe “formular correctamente” y “contemplar”, es decir, mirar desde fuera (observar) los distintos aspectos de la vida de la persona.

En una línea distinta, considerando el diagnóstico como un proceso participado, encontramos la definición de María José Aguilar

¹²⁹ Trad.: La evaluación realista tiene que abordar la totalidad de la tarea, entablar negociaciones continuas con la totalidad de personas involucradas en la situación y sus posibles soluciones, y abordar las tareas de cambio, atención y control social para ir más allá de la individualización de los problemas sociales como foco de "assessment" e intervención. (Milner et al., 2015, p. 1)

El diagnóstico social es un proceso dialógico de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores protectores y de riesgo y sus tendencias previsibles. (M. J. Aguilar, 2013, p. 296).

Destacamos de la definición de esta autora dos elementos: en primer lugar, que lo define como un “proceso dialógico” porque supone reconocer en la persona atendida la capacidad de analizar y decidir sobre su propia decisión sin que se trate de un proceso unidireccional (de profesional a persona usuaria, de experto a profano). En segundo lugar, que va más allá de la simple descripción que apuntaban las primeras definiciones, para realizar un proceso de comprensión sobre la globalidad de la situación, es decir sobre los aspectos de dificultad (problemas y necesidades) pero también sobre las causas y los factores que influyen, tanto los protectores como los de riesgo. En resumen, la propuesta de Aguilar (2013) supone entender el diagnóstico social como un proceso abierto, participativo y, necesariamente, buscando una visión global de la situación de la persona, personas, grupos o comunidades; porque Aguilar (2013) hace una propuesta de conceptualización de diagnóstico que va más allá del Trabajo Social de Caso y muestra su validez también en la intervención comunitaria.

Estas dos últimas definiciones han sido escogidas como punto de partida para el desarrollo de este estudio puesto que representan dos tradiciones teóricas distintas. La propuesta de Cury y Arias (2016) se enmarcaría en lo que Cardona, Cuartero y Campos (2017) denominan la «perspectiva de la cibernética de primer orden, la de los sistemas observados [en los que] se mantiene la idea de la existencia de una realidad objetiva que puede ser tomada, aprehendida» (Cardona-Cardona et al., 2017, p. 71), en lo que en el capítulo 1 denominamos el paradigma positivista.

Por otra parte, la definición de Aguilar (2013) se enmarcaría en la perspectiva de «la cibernética de segundo orden, de los sistemas observantes, [que] plantea que no es posible conocer (hacer observaciones y mediciones, de un sistema dado, con independencia del observador» (Cardona-Cardona et al., 2017, p. 71), por tanto se enmarcaría en lo que en el capítulo 1 describimos como paradigma interpretativo.

4.2 El diagnóstico en el proceso metodológico

Hemos visto en un apartado anterior¹³⁰ que en la evolución del concepto de diagnóstico social también se ha abordado su posición en el marco del proceso metodológico de la intervención social y, especialmente, del Trabajo Social de Caso. En este apartado mostraremos aportaciones sobre metodología y método del Trabajo Social y pondremos el acento en el papel y situación que se le otorga al diagnóstico social.

Dedicamos un apartado¹³¹ al análisis de los métodos en la intervención en trabajo social y de aquel apartado vamos a recuperar la tabla comparativa de las fases del método (ver Tabla 7, página 169) que nos permitirá analizar la posición del diagnóstico social para cada una de las autoras.

Antes de adentrarnos en este análisis nos gustaría recurrir a los orígenes y hemos revisado cuáles fueron las aportaciones de Richmond (1922, 1977, 2008/1917) a la metodología del Trabajo Social. Observamos en su primera obra, *Diagnóstico Social*, que su propuesta metodológica se centra en la elaboración del diagnóstico más que en el proceso completo de intervención social¹³². Posteriormente, en su obra *What is Social Case Work?*, podemos encontrar una metodología de sistematización de la práctica de trabajadoras sociales sobre casos concretos en la que identifica cuatro fases, cuatro divisiones, como las denomina:

- A. Insight into individuality and personal characteristics.
- B. Insight into the resources, dangers, and influence of the social environment.
- C. Direct action of mind upon mind
- D. Indirect action through the social environment¹³³ (Richmond, 1922, pp. 101-102)

Observamos, como la misma autora pone de relieve, dos tipos de acciones: conocimiento y actuación. Debemos tener en cuenta que Richmond tiene una visión de la actuación del Trabajo Social bastante influenciada por la psicología y lo muestra claramente en la definición que ella misma hace del *Social Case Work* (Trabajo Social de Caso): «*Social case work consists of those processes which develop personality through adjustments consciously effected, individual by individual,*

¹³⁰ Ver apartado 4.1, página 136

¹³¹ Se puede ver en apartado 2.3, página 66.

¹³² Este tema lo abordaremos específicamente en un apartado posterior y, por tanto, no lo trataremos en este momento.

¹³³ Trad.: A. Conocimiento de la individualidad y las características personales; B. Conocimiento de los recursos, los riesgos y la influencia del entorno social; C. Acción directa de influencia interpersonal; D. Acción indirecta mediante el entorno social. (Richmond, 1922, pp. 101-102)

*between men and their social environment.*¹³⁴» (Richmond, 1922, pp. 98-99). Como veremos cuando abordemos el tema de la metodología de diagnóstico propuesta por esta autora, tiende a centrarse en las actividades o técnicas concretas a desarrollar, más que en una descripción de fases como harán autoras posteriores.

Vimos en el apartado 2.3.2 un análisis comparativo de las propuestas de diversas autoras para describir y denominar las fases diagnósticas (ver Tabla 1, página 71); las propuestas de Aylwin et al (1976), Colomer (1979), de Robertis (2006) y M.J. Aguilar (2013).

Debemos señalar que todas las autoras destacan que han de utilizar y referirse a fases en la descripción del método como un recurso pedagógico o analítico pero que, en la práctica, este proceso no se produce de forma ordenada: Aylwin, Jiménez y Quesada decían: «Los elementos del proceso son inseparables, se influyen mutuamente. El orden de precedencia en que se los ubica es convencional y su dinámica hace que varíen de una situación a otra» (Aylwin et al., 1976, p. 17). Por su parte Montserrat Colomer nos dice: «en su realización, la integración de las fases es constante: no podemos conocer sin actuar; al actuar aumentamos nuestros conocimientos» (Colomer, 1979, p. 18). Cristina de Robertis, en la misma línea, apunta: «en la práctica misma, estas fases se confunden, se encalzan y aparecen simultáneamente» (de Robertis, 2006, p. 123); y, finalmente, María José Aguilar apunta: «Estos momentos [momento de investigación y momento de planificación – intervención] se dan dentro de un proceso encalzado y retroactivo, no fásico» (M. J. Aguilar, 2013, p. 276).

Así pues, vamos a centrarnos, más que en el momento, en el concepto y en la relación con las otras fases o etapas del proceso metodológico.

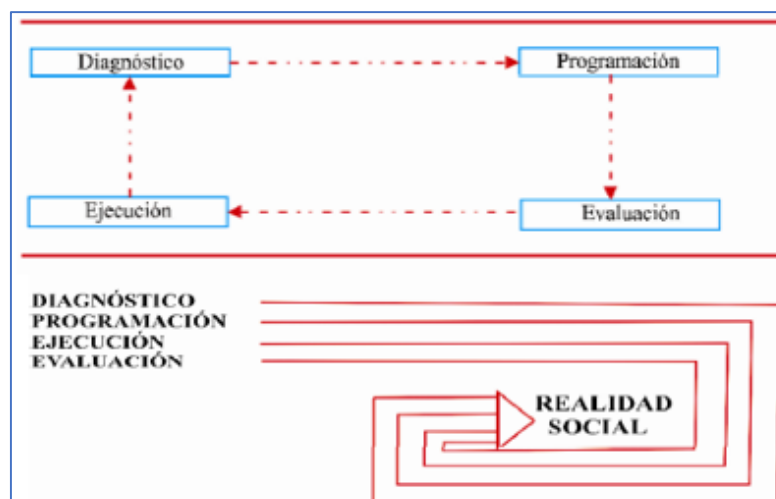
4.2.1 La propuesta operacional de Aylwin, Jiménez y Quesada (1976)

La propuesta que hacen estas autoras se enmarcaría en el modelo que M.J. Aguilar (2013, p. 282) denomina de “tradición sajona” en el que se da una primera fase conformada por la investigación/estudio y la evaluación o diagnóstico. Ellas parten de esta concepción porque consideran que el diagnóstico es la culminación del conocimiento. Desde la perspectiva, que denominan “operacional”, definen el método «como una estructura de procedimientos y como un proceso en desarrollo» (Aylwin et al., 1976, p. 16). Consideran, además, que las

¹³⁴ Trad.: El trabajo social de caso consiste en aquellos procesos que desarrollan la personalidad a través de ajustes efectuados conscientemente, individualmente, entre los hombres y su entorno social.

diferentes fases «conforman una totalidad y se influyen mutuamente» (Aylwin et al., 1976, p. 19), a la par que se producen de forma simultánea y lo representan mediante dos gráficos que reproducimos (ver Ilustración 3).

ILUSTRACIÓN 3. ESQUEMA DEL MÉTODO COMO ESTRUCTURA Y COMO PROCESO



FUENTE. AYLWIN DE BARROS ET AL., (1976, p. 20)

Aylwin, Jiménez y Quesada asumen la definición de diagnóstico de Georgia Sachs Adams (1970):

es el “proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones, problemas y sus factores causales en individuos y grupos” y pensando en el trabajo social, agregaremos que tiene por objeto aportar los elementos fundamentales y suficientes, dentro del proceso de planificación, en vista a la acción transformadora. (Aylwin et al., 1976, p. 22).

Como señalábamos anteriormente, vinculan el diagnóstico directamente con el “conocimiento”, pero en el marco del Trabajo Social, entienden que el «conocimiento se justifica en la medida que sirve para la acción» (Ibíd., p. 22). También consideran que el diagnóstico no es una mera descripción de la realidad, sino que requiere de la aplicación «de la teoría y del conocimiento acumulado sistematizado [que] guían al diagnóstico» (Ibíd., p. 22).

Profundizando más en el diagnóstico, las autoras identifican diversas dimensiones en el proceso mediante el cual el conocimiento culmina en el diagnóstico y que tiene que ver con lo que ellas denominan «conocimiento general y conocimiento específico» (Ibíd., p. 23), que definen de la siguiente manera: «Entenderemos por conocimiento general la caracterización global de la unidad de trabajo, que proporciona una visión de conjunto y permite percibir los

principales problemas que en ella se desarrollan» (Ibíd., p. 23) y por conocimiento específico «el estudio en profundidad del o los problemas de una realidad, y este es la culminación y síntesis de la etapa del conocimiento» (Ibíd., p. 23). Consideran que el conocimiento general dará lugar al diagnóstico general mientras que el conocimiento específico permitirá llegar a un diagnóstico específico. Ambos están profundamente vinculados en la medida que «el primero sirve de base al segundo y éste enriquece al anterior» (Ibíd., p. 23).

El diagnóstico general es

[...] el conjunto de información teórico-empírica de la unidad de trabajo, que permite: caracterizarla internamente de acuerdo a ciertas variables relevantes, relacionar la unidad de trabajo con el contexto global, precisar los problemas fundamentales y secundarios que allí surjan, jerarquizar los problemas de acuerdo a determinados criterios identificar los recursos existentes en relación a los problemas. (Aylwin et al., 1976, p. 24)

Por su parte, definen el diagnóstico específico como un paso posterior al diagnóstico general, una vez se han escogido aquellos problemas que se quieren abordar, de acuerdo con unos criterios establecidos previamente, y sobre estos problemas seleccionados «corresponde iniciar su estudio en profundidad [...] la expresión del conocimiento de un determinado problema. (Aylwin et al., 1976, p. 27).

Las autoras establecen que, al finalizar esta primera fase o etapa de conocimiento, debe plasmarse por escrito en un documento que contenga las dos dimensiones: diagnóstico general y diagnóstico específico (Ibíd., p. 29).

Para construir y analizar el conocimiento otorgan un papel destacado a la teoría que debe

[...] orientar hacia la distinción de lo relevante, delimitar el campo de estudio, visualizar las relaciones más importantes, definir variables significativas, definir las dimensiones de estas variables, seleccionar los datos que es preciso recoger, definir la forma de recoger los datos, analizar los datos, establecer relaciones entre variables. (Aylwin et al., 1976, p. 30)

De la misma manera, ponen de manifiesto que el diagnóstico, como habían señalado al definirlo, debe incluir medición de las situaciones, es decir, requiere el establecimiento de indicadores que puedan medir las variables definidas. (Aylwin et al., 1976, p. 35).

Aylwin, Jiménez y Quesada (1976) plantean un modelo único, válido para la actividad de profesionales del Trabajo Social independientemente del ámbito de desarrollo de esta acción

(individual, grupal o comunitario); las bases metodológicas serán las mismas, adaptando en cada caso los indicadores, el conocimiento teórico y las técnicas de recogida de información.

Su propuesta incorpora a las personas con las que se trabaja puesto que señalan: «es importante no olvidar que los problemas son sentidos por los sujetos y que ellos deben ser los propios actores de la acción desarrollada para solucionarlos. Esto significa que desde el comienzo ellos deberán incorporarse a todo tipo de actividad» (Aylwin et al., 1976, p. 29). Aún así, entiende que hay una responsabilidad profesional en el tratamiento y análisis de los datos puesto que proponen finalizar esta fase con un “informe de diagnóstico”, un documento escrito en el que debe constar, además de otros datos, el «nombre del responsable» (Ibíd., p. 49), lo que lo convierte claramente en un instrumento profesional.

4.2.2 El método básico de Montserrat Colomer (1979)

Montserrat Colomer (1979), en su propuesta de método único o básico, opta por no utilizar el término “diagnóstico social” y sigue lo que M.J.Aguilar (2013, p. 282) denomina la “tradición latina” que diferencia la fase de estudio (delimitación del campo, estudio de variables, etc.) de la fase de interpretación (análisis, concreción de factores causales, elaboración de hipótesis (Colomer, 1979, p. 19). Esta autora define el diagnóstico como el

[...] procedimiento utilizado por el asistente social por el cual hace un juicio interpretativo de la situación o problema o carencia o conflicto, estructural o personal o de grupo, y establece una jerarquización de las necesidades según su naturaleza y magnitud, para encontrar las hipótesis de trabajo e intervención profesional como base de una acción programada que responda eficazmente a las necesidades. (Colomer, 1979, p. 25).

Podemos observar que Montserrat Colomer se sitúa en la línea que recogía Cury y Arias (2016), en una posición de carácter positivista, en la que el observado y el observante están separados.

En cuanto a la relevancia y la forma que debe tener, apunta la necesidad de formalizar la interpretación “sobre el papel” (Colomer, 1979, p. 28) y que ésta incluya: «la descripción del área de actuación, el análisis y relación mutua de las variables o factores condicionantes y la señalización de posibles núcleos de intervención profesional». (Ibíd., p. 28). Considera la autora que esta fase está ineludiblemente vinculada con la primera fase de su método (el estudio) puesto que la realidad es dinámica y da una gran importancia a la interpretación de

carácter estructural, es decir «análisis de los mismos [datos] referidos al contexto total que los condiciona y los explica» (Ibíd., p. 28).

En resumen, vemos que Colomer (1979) opta por la denominación “Interpretación de los datos” en vez de utilizar el término “diagnóstico social”, que lo entiende como un juicio profesional que incluye la descripción y análisis de las situaciones, sus causas y las áreas de mejora; vincula este momento del proceso con el precedente, el estudio, y entiende que no es hasta la evaluación (última fase del proceso) que se revisan las fases precedentes (Colomer, 1979, p. 36); presentando un modelo bastante lineal.

4.2.3 La metodología de la intervención en Trabajo Social según de Robertis (2006)

En primer lugar, antes de abordar la propuesta de Cristina de Robertis nos parece relevante señalar que la obra original es de 1981¹³⁵ y nos lo parece, tanto por el contexto en el que sucede, como porque podemos observar la importante producción en relación a la metodología del Trabajo Social que se produce en un período relativamente corto, entre finales de la década de 1970 y principios de la década de 1980, en la que también se sitúan las obras que hemos referido en los apartados anteriores (Aylwin et al., 1976; Colomer, 1979).

De Robertis (2006) plantea la necesidad de cambiar el foco del abordaje de la profesión de Trabajo Social pasando de un enfoque basado en los «actos profesionales (entrevistas, gestiones, visitas a domicilio, formación de legajos, etc.) y también en términos de función (de información, de ayuda, de relación)» (de Robertis, 2006, p. 111) a uno focalizado en el «método y el proceso» (Ibíd., p. 111).

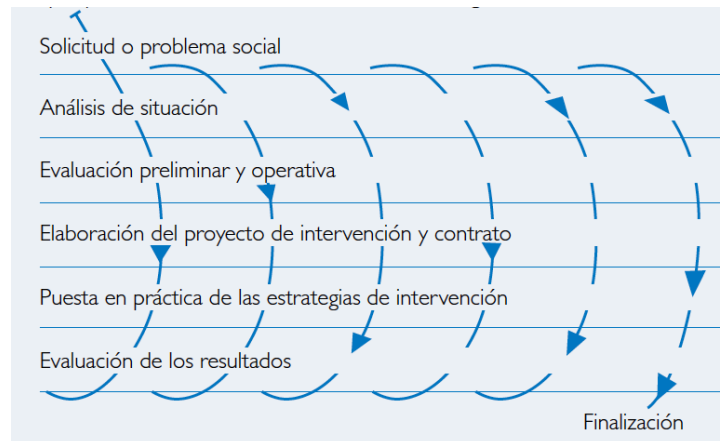
Desarrolla su metodología desde la perspectiva del modelo de intervención social que concibe «el rol del trabajador social como “agente de cambio” [...]. El objetivo de *cambio* reemplaza los objetivos curativos, preventivos y promocionales del modelo médico» (Ibíd., p. 114).

La autora describe las fases del método de intervención siguiendo un «orden lógico» (Ibíd., p. 123) pero, también, recoge una visión cronológica, más cercana a lo que sería en la práctica, y la describe «como un movimiento en espiral con un punto de partida (el pedido o el problema social) y un punto de llegada (la clausura), en donde las diferentes fases del método

¹³⁵ Para la elaboración de este trabajo nos basamos en la edición de 2006, pero debemos tener en cuenta la fecha original de la propuesta de la autora.

se atraviesan sin confundirse ni excluirse» (Ibíd., p. 128). En forma gráfica podemos ver en la Ilustración 4 la manera en que la misma autora lo representó.

ILUSTRACIÓN 4. PROCESO EN ORDEN CRONOLÓGICO



FUENTE. ORIGINAL EN DE ROBERTIS (2006, p. 128)

De Robertis (2006) tampoco utiliza el término “diagnóstico”, sino que emplea “evaluación preliminar y evaluación operativa” y vincula el cambio de terminología al proceso de unificación de los tres métodos tradicionales «en función de la dimensión del usuario¹³⁶» (de Robertis, 2006, p. 106) a un método único o integrado y también recoge el rechazo derivado de su referencia al modelo médico (Ibíd., p. 162) y considera que «no podemos hablar en absoluto de una “enfermedad social” (individual o colectiva) que podría describirse según sus síntomas, su etiología [...]» (Ibíd., 163).

La definición de esta fase, *evaluación preliminar y evaluación operativa* es la siguiente:

Se trata aquí de elaborar, a partir de los elementos recogidos en el análisis de situación, una síntesis y una interpretación de los datos, de formular hipótesis de trabajo. La evaluación es una síntesis explicativa; el trabajador social relaciona los diferentes elementos que ha encontrado, tanto en el plano particular como en el plano general; se dedica especialmente a sacar a luz las interrelaciones entre los diversos factores (materiales, afectivos, sociales, físicos, intelectuales, de relación) y a comprenderlos en su dinámica. Se describirán, así, las fuerzas internas y externas sobre las cuales podrá apoyarse la intervención, lo mismo que los puntos más débiles o menos dinámicos. (de Robertis, 2006, pp. 124-125).

Esta fase tiene como objetivo o, dicho de otra manera, su camino lógico, es que lleve al trabajador social a la «elaboración de un proyecto de intervención» (Ibíd., p. 125).

¹³⁶ Individuo, grupo y comunidad.

De Robertis afirma que «El proceso de evaluación - que consiste en conocer, comprender, formular hipótesis - está presente desde el primer contacto con el usuario y dura hasta el final.» (Ibíd., p. 162). Justifica su uso del término “evaluación” porque significa “estimación, apreciación, pericia”, nos dice: «Evaluar significa, pues, apreciar de manera aproximada, dar una opinión sobre algo como experto» (Ibíd., p. 163).

Algunas de las características con las que define de Robertis (2006) la evaluación son las siguientes:

- «La evaluación es un proceso continuo y dinámico, siempre provisorio» (Ibíd., p 164): esta característica responde a la complejidad y la variabilidad que se da en la vida de las personas; es necesario adaptar la evaluación a las nuevas realidades, a los cambios, independientemente que sean pequeños o grandes.
- «La evaluación es una diligencia subjetiva del trabajador social» (Ibíd., p. 165). De Robertis entiende la evaluación como una actividad profesional en dos niveles: «un primer nivel intelectual y un segundo nivel afectivo» (Ibíd., p. 165). Define estos dos niveles diciendo que la *compresión intelectual* consiste en clasificar los hechos, en relacionarlos, en vincular y en aplicar conocimientos teóricos y prácticos a la situación concreta (Ibíd., p. 165-166). Considera que se trata de una actividad muy personal, que depende de cada trabajador social, de su bagaje y experiencia; se trata de una valoración con una alta carga subjetiva, como reconoce la autora. En el nivel afectivo incluye aspectos como la empatía, la comprensión de los sentimientos de la persona.
- «La evaluación es una actitud ideológica» (Ibíd., p. 167). Reconoce que el modelo ideológico de cada profesional determinará la forma en que una situación se analice y se aborde; además, destaca que este modelo ideológico también puede ser influido por el modelo ideológico general o institucional.
- «La evaluación es compartida con el usuario» (Ibíd., p. 168). Considera que la evaluación se expresa mediante hipótesis que solo pueden ser validadas, o no, por el propio usuario y, también, sirven para profundizar en la situación.

En síntesis, la propuesta de Cristina de Robertis (2006) se enmarca en un momento de cierto rechazo al uso del término “diagnóstico” por una identificación exclusiva con la profesión médica. De todas maneras, su propuesta de uso de un término alternativa está razonado y fundamentado y, en el fondo, no se diferencia tanto del uso que se ha hecho en la tradición sajona del término “assessment”. Recoge la “evaluación” como un acto profesional,

identificando dos niveles (intelectual y afectivo), reconociendo la subjetividad de este acto y explicita la necesidad de contrastar la evaluación (en forma de hipótesis) con los usuarios.

4.2.4 El diagnóstico como proceso dialógico de M. José Aguilar (2013)

La última autora que vamos a presentar es la que tiene una propuesta más reciente¹³⁷, se enmarca en la tradición que ella misma ha denominado “latina” (M.J.Aguilar, 2013, p. 282).

Entiende el diagnóstico como «una forma de utilizar los resultados de la investigación aplicada de cara a la acción. [...] “Conocer para actuar” es el principio fundamenta en el que se basa la realización del diagnóstico» (Ibíd., p. 291).

María José Aguilar (2013) empieza su análisis y descripción del diagnóstico social situándolo en el proceso metodológico; Aguilar define el proceso metodológico como la «integración y fusión de diferentes componentes o momentos lógicos de una estrategia de actuación. [que] se dan dentro de un proceso encabalgado e inter-retroactivo (no fásico) por lo que el proceso puede tener inicio en cualquiera de ellos» (Ibíd., p. 291) y explica estas interrelaciones de la manera siguiente:

Todos ellos se relacionan con el diagnóstico: el **estudio-investigación**¹³⁸ culmina en un diagnóstico de la situación-problema, que sistematiza los datos para su comprensión, identificando recursos y potencialidades latentes. La **programación** se apoya en los resultados del diagnóstico, para formular propuestas de intervención con garantías de éxito y eficacia. La **ejecución** tiene en cuenta el diagnóstico para establecer la estrategia operativa y la implementación de las acciones. La **evaluación** se puede hacer sobre y en diferentes momentos del proceso, entre ellos, el diagnóstico, en cuanto expresa una situación inicial que sirve como punto de referencia. (M. J. Aguilar, 2013, pp. 291-292)

María José Aguilar defiende el uso del término diagnóstico y, a diferencia de otras autoras, no solo no le parece relevante que el origen del término se sitúe en el ámbito de la salud, sino que identifica ciertas similitudes entre el diagnóstico social y el diagnóstico de salud. En este sentido apunta que la palabra diagnóstico «designa los procedimientos utilizados para averiguar el estado de salud de una persona, o el carácter de su enfermedad, mediante el examen de su sintomatología» (M. J. Aguilar, 2013, p. 292) y entiende el paralelismo

¹³⁷ La obra en la que nos basamos es de 2013 pero no podemos olvidar que María José Aguilar ha sido coautora de otra obra sobre el diagnóstico social antes de este libro: Ander-Egg y Aguilar (2009). *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*

¹³⁸ Negrita en el texto original

basándose en dos elementos: en primer lugar, ambas disciplinas (se refiere a la medicina y al trabajo social) necesitan apoyarse en «un conjunto variado y complejo de conocimientos científicos y de carácter profesional, [y también] en una experiencia profesional acumulada» (M. J. Aguilar, 2013, p. 292). Y el segundo elemento que destaca, que la autora considera que comparten ambas disciplinas, es el «proceso de comunicación en el marco de la relación médico-paciente» (Ibíd., p. 292) que define como «un proceso dialéctico/interactivo y retroalimentado entre dos personas que va mucho más allá del intercambio de información. [...] que se da en un ambiente de respeto, de empatía y de calidez humana» (Ibíd., p. 292). Ambos elementos son perfectamente reconocibles en el ejercicio del Trabajo Social porque María José Aguilar pone el foco del diagnóstico en el «proceso sistematizado y articulado de conocimientos que toman en cuenta el estado de las fuerzas y recursos de un sujeto en un momento dado» (Ibíd., p. 293).

Finalmente, en relación con la posición en el proceso metodológico, María José Aguilar señala cuatro cuestiones que valora claves:

- El diagnóstico en una forma de utilizar los resultados de una investigación aplicada de cara a la acción.
- El diagnóstico debe ser una unidad de análisis y de síntesis de la situación – problema.
- Un diagnóstico nunca es algo terminado, es un “instrumento abierto” que siempre está haciéndose, en reajuste permanente.
- Un diagnóstico solo adquiere su significado más pleno en la medida que se hace una adecuada contextualización de la situación-problema diagnosticada. (M. J. Aguilar, 2013, p. 294)

En síntesis, María José Aguilar apuesta por recuperar el uso del término “diagnóstico” en la medida que lo entiende como un proceso en el que confluyen conocimientos científicos, profesionales y experiencia, junto con un espacio de relación entre profesional y persona atendida, huyendo de la identificación del término “diagnóstico” con el resultado final o la “etiqueta”. La autora le da una gran importancia, como ya vimos en el apartado de definición¹³⁹, a este ámbito relacional entre profesional y persona atendida alejándose del modelo en el que el profesional es el experto absoluto.

¹³⁹ Ver apartado 4.1.2. Definiendo el diagnóstico social: de Mary Richmond a las perspectivas postestructuralistas, página 144.

En resumen, después de analizar cuatro propuestas metodológicas sobre la intervención en Trabajo Social podemos concluir:

- El término “diagnóstico”, aún estando en el origen de la disciplina del Trabajo Social ha sido rechazado por una parte significativa tanto del sector profesional como desde el ámbito teórico, por considerar que tiene un exceso de vínculo con la profesión médica.
- Hay una coincidencia absoluta en que el proceso metodológico de intervención en Trabajo Social es un proceso “encabalgado y retroactivo” (en palabras de Aguilar (2013, p. 276)); es decir que la definición de fases se utiliza como un recurso pedagógico o lógico, pero en ningún caso se dan en la práctica profesional.
- El diagnóstico es la base para la acción, tanto en el ámbito de la intervención individual como grupal o comunitaria; el diagnóstico es el conocimiento aplicado orientado a la intervención y como señalan Aylwin, Jiménez y Quesada «se justifica en la medida que sirve a la acción» (Aylwin et al., 1976, p. 22).
- Finalmente, el diagnóstico, desde esa concepción del proceso metodológico encabalgado, se relaciona con todas las otras fases o momentos de la intervención en Trabajo Social: es la culminación de la fase de estudio-investigación, es la base de la programación y de la ejecución y es la referencia para la evaluación (M. J. Aguilar, 2013, p. 291).

4.3 La metodología del Diagnóstico Social

En este apartado vamos a reseñar las aportaciones de diversas autoras y autores sobre la metodología del diagnóstico social, es decir, vamos a profundizar en esta fase del proceso de intervención en Trabajo Social para analizar “cómo se debe hacer un diagnóstico social”. Observaremos que muchas de las aportaciones son muy genéricas o se centran en técnicas e instrumentos a utilizar más que en la metodología de construcción del diagnóstico social.

4.3.1 Enmarcando la metodología del diagnóstico social

Vimos que Turner¹⁴⁰, realizaba un análisis de la evolución del diagnóstico social en la bibliografía inglesa y americana y hacía su propia propuesta de definición, pero, además, identificó algunos

¹⁴⁰ Ver el apartado 4.1.1 Aportaciones al concepto de diagnóstico social, pág.137.

elementos que, a menudo, se suelen vincular con el diagnóstico y con la metodología de elaboración del diagnóstico y razonó los motivos por los que no eran adecuados en un capítulo llamado “Que no es un diagnóstico” (Turner, 2002, p. 35 y ss). Veamos los aspectos principales que destaca este autor:

- No es la búsqueda de una patología (Turner, 2002, pp. 36-37): aunque reconoce que se deben identificar problemas y patologías considera que, al mismo nivel, deben reconocerse las fortalezas y situaciones de normalidad.
- No es únicamente la búsqueda de áreas problemáticas en la vida del cliente (Turner, 2002, p. 37): plantea que en nuestra función de diagnosticadores¹⁴¹ debemos ser capaces de evaluar las fortalezas de los clientes y su habilidad para resolver o encontrar soluciones a sus problemas o ayudarlos a encontrarlas en sus redes.
- No es un proceso de etiquetaje o categorización («Labeling or Categorizing» (Turner, 2002, p. 38)): reconoce la utilidad de las etiquetas y su uso, incluso casi inconsciente en la medida que es una forma de comunicarse, pero defiende que no se trata de un proceso de simplificación sino que, al contrario, debe permitir un amplio abanico de categorías que enriquezca el diagnóstico.
- «Diagnosis is not a One – Time – Only Act¹⁴²» (Turner, 2002, p. 40): plantea que el diagnóstico no puede quedar inamovible desde el primer contacto y que va modificándose en función de la intervención. Entiende el diagnóstico como un proceso complejo e interactivo (Turner, 2002, p. 42).
- «Diagnosis is not applying a particular theory¹⁴³» (Turner, 2002, p. 43): apunta que en la historia de la profesión se ha vinculado el diagnóstico con una única escuela (“the diagnostic school” (Ibíd., p. 43)), pero afirma que, después de estudiar distintas teorías y modelos, todas ellas se encuentran comprometidas con el intento de entender a la persona en su situación (Ibíd., p. 44).
- «Diagnosis is not a unidimensional process¹⁴⁴» (Turner, 2002, p. 47). Esta afirmación se vincula con el proceso de etiquetaje que hemos comentado anteriormente, alerta Turner

¹⁴¹ Turner utiliza el término “diagnostician” en el texto original (Turner, 2002, p. 37).

¹⁴² Trad.: «El diagnóstico no es un acto único» (Turner, 2002, p. 40)

¹⁴³ Trad.: «El diagnóstico no es aplicar una teoría particular» (Turner, 2002, p. 43)

¹⁴⁴ Trad.: «El diagnóstico no es un proceso unidimensional» (Turner, 2002, p. 47)

de los peligros de la simplificación, que lleven a perder la globalidad y la complejidad de la situación y del mismo proceso diagnóstico.

4.3.2 La metodología según Mary E. Richmond

Apuntábamos en la introducción de este apartado que, en las referencias bibliográficas sobre metodología de intervención en Trabajo Social, al abordar el desarrollo de la fase diagnóstica se hace más énfasis en las técnicas e instrumentos que en el propio proceso de construir ese diagnóstico, esa culminación de la fase de estudio-investigación (Aguilar, 2013), esa suma de conocimientos generales y específicos (Aylwin et al., 1976).

Si tomamos como primera referencia la obra de Mary Richmond (2008/1917) veremos que dedica la segunda parte de su libro *Diagnóstico Social*, a “Los procesos que conducen al diagnóstico”; esta parte está compuesta por 14 capítulos de los que 12 se destinan al análisis y descripción de las técnicas para alcanzar el diagnóstico¹⁴⁵. Observamos que Mary Richmond (2008/1917) define cuatro procesos para la realización del diagnóstico: «(1) la primera entrevista completa con un cliente, (2) los primeros contactos con el grupo familiar, (3) la búsqueda de más información y de otras fuentes de cooperación [...] y la comparación e interpretación» (Richmond, 2008/1917, p. 399). La autora destina sus mayores esfuerzos a la fase (3) describiendo las distintas fuentes de información: fuentes externas en general, los parientes, fuentes médicas, la escuela, los empleadores y el ámbito laboral, los documentos, el vecindario, otras fuentes (funcionarios públicos, empresarios, etc.), las entidades sociales y, finalmente, las cartas, llamadas telefónicas y otras formas de comunicación.

De esta última fase del proceso destaca la necesidad de diferenciar los tipos de evidencias, puesto que se deberá distinguir entre los distintos orígenes de la información, para pasar posteriormente a la comparación de la información obtenida de las diversas fuentes y finalmente a la interpretación de los datos que concluirá con el diagnóstico en sí mismo que debe incluir los siguientes contenidos:

[...] debe exponer el contenido del diagnóstico con un cierto orden, aunque dicho orden puede diferir en función de los diferentes tipos de trabajo social de casos. [...] habrá que incluir,

¹⁴⁵ Para tener una idea del impacto en el conjunto, diremos que estos 12 capítulos ocupan un total de 297 páginas de un total de 547 páginas que tiene la obra en su totalidad (excluyendo apéndices); es decir, más de la mitad del libro, mientras que al capítulo de “Comparación e interpretación” le dedica apenas 27 páginas (de la 399 a la 426). Nos referimos siempre a la edición de 2008, en español, editada por el Consejo General del Trabajo Social, de la obra de Mary Richmond.

aparte de una **descripción general**¹⁴⁶ del problema del cliente, una declaración sobre aquellas **características particulares de las circunstancias y personalidad** que diferencian nuestro caso del resto. A continuación, se enumerarán los **factores causales** que se conozcan por orden de importancia. [...] y, por último, se realizará la **valoración de los activos y pasivos** descubiertos a lo largo de la investigación. [...] Todo ello debe **fecharse y asentarse**. (Richmond, 2008/1917, p. 421)

En resumen, las aportaciones de Mary E. Richmond (2008/1917) a la metodología de elaboración del diagnóstico se concretan en cuatro momentos: descripción general, descripción particular, identificación de causas o factores causales y valoración global.

4.3.3 Las aportaciones de Gordon Hamilton (1940)

En el marco del *Social Case Work*, o Trabajo Social de Caso, debemos nombrar, porque sus aportaciones han trascendido más allá de los modelos tradicionales¹⁴⁷, a Gordon Hamilton que, en 1940, escribió una obra sobre metodología del Trabajo Social de Caso que profundizaba y ampliaba las aportaciones que había hecho Mary E. Richmond (2008/1917) dos décadas antes.

Es posible que su capacidad de influencia y la transmisión de sus aportaciones tenga que ver con una propuesta de concepción del Trabajo Social que se avanzaba algunas décadas pues consideraba que el Trabajo Social de Caso no coexistía con el Trabajo Social en general, sino que formaba parte de este.

A definition of social case work is not easily grasped until one has a picture of social work as a whole. This is particularly important since many people have imagined that social case work and social work are coextensive, which they are not¹⁴⁸. (Hamilton, 1940, p. 3).

En su libro *Theory and Practice of Social Case Work*, Hamilton (1940) dedica un capítulo entero al diagnóstico y la evaluación y plantea que el proceso de diagnóstico no es únicamente la interpretación de los casos, sino que se inicia mucho antes: con las primeras observaciones.

¹⁴⁶ La **negrita** es nuestra para destacar los elementos esenciales propuestos por la autora.

¹⁴⁷ Recordemos que antes de los métodos únicos, que veremos a continuación, el Trabajo Social se estructuraba en Trabajo Social de Casos, Trabajo Social de Grupos y Trabajo Social Comunitario.

¹⁴⁸ Trad. «Una definición de trabajo social de casos no se comprende fácilmente hasta que uno tiene una imagen del trabajo social en su conjunto. Esto es particularmente importante ya que muchas personas han imaginado que el trabajo social y el trabajo social son coextensivos, que no lo son.» (Hamilton, 1940, p.3)

Most social workers use the term “social diagnosis” to describe their interpretation of cases. We must realize that diagnostic thinking, or the drawing of purposive inferences, begins with the first interviews and observations, and continues throughout the case. All diagnostic skill rests on knowing what to look for, what to disregard, and how to review our findings in the light of subsequent data. No interpretation of the living human event can be final, no diagnosis can be complete¹⁴⁹. (Hamilton, 1940, p. 139)

Coincide además con Richmond en recordar que ningún diagnóstico puede ser completo; Richmond lo expresaba: «No siempre es posible establecer un diagnóstico completo» (Richmond, 2008/1917, p. 424) y Hamilton (1940) es aún más taxativa cuando dice que «Ninguna interpretación de la actividad humana puede ser final, ningún diagnóstico puede ser completo.» (Ibíd., p. 139)

Hamilton (1940) considera que el diagnóstico tiene tres partes: una de carácter descriptivo en la que se plasman las observaciones y evidencias o hallazgos, otra de carácter interpretativo en la que se establecen las interrelaciones entre los hechos y observaciones y, finalmente, una evaluativa que incluye el pensamiento reflexivo que determinará el tratamiento más adecuado a la situación.

Hamilton (1940) entiende que el diagnóstico es un proceso de percepción social en la medida que las necesidades sociales pueden ser descritas y comprendidas.

Diagnosis as a “*Social Perception*” The diagnostic process assumes, as the social study process assumes, that social needs can be described and understood in some measure¹⁵⁰. (Hamilton, 1940, p. 139).

Como señalábamos anteriormente, Hamilton (1940) considera que el diagnóstico se inicia antes de la interpretación de la situación (del caso) sino que se inicia en la recogida y descripción de la situación, del caso, pero, a su vez, recuerda que la descripción de los hechos forma parte del diagnóstico, pero no es diagnóstico.

¹⁴⁹ Trad. La mayoría de los trabajadores sociales utilizan el término “diagnóstico social” para describir su interpretación de los casos. Debemos darnos cuenta de que el pensamiento diagnóstico, o el dibujo de inferencias intencionales, comienza con las primeras entrevistas y observaciones, y continúa durante todo el caso. Toda habilidad de diagnóstico se basa en saber qué buscar, qué ignorar y cómo revisar nuestros hallazgos a la luz de los datos posteriores. Ninguna interpretación de la actividad humana puede ser final, ningún diagnóstico puede ser completo. (Hamilton, 1940, p. 139)

¹⁵⁰ Trad. El diagnóstico como una “percepción social”. El proceso de diagnóstico supone, como supone el proceso de estudio social, que las necesidades sociales pueden describirse y entenderse en cierta medida. (Hamilton, 1940, p. 139)

Findings are the raw material of diagnosis but they are not diagnosis. Fact and inference are not the same. It is important to be able to distinguish facts from diagnosis, just as it is important to distinguish diagnosis from treatment¹⁵¹. (Hamilton, 1940, p. 144)

La segunda fase del proceso diagnóstico, tal como lo concibe Hamilton (1940), se corresponde con el análisis y la interpretación, con el establecimiento de relaciones de causa y efecto entre los diversos fenómenos sociales, pero nos advierte la autora de la dificultad de establecer relaciones causa-efecto profundas y recomienda buscar aquellos aspectos que puedan estar relacionados.

In social phenomena cause and effect relationships are so complex that even less than in physical phenomena is it possible to establish exact causal sequences. It is helpful to define even on a superficial level, however, obvious if partial connections¹⁵². (Hamilton, 1940, p. 145)

Alertaba también que mientras la descripción puede incluir las interrelaciones y factores adicionales, la causalidad solo puede incluirse en forma tentativa, de aproximación, puesto que no existen certezas dada la dificultad de establecer estas relaciones en los fenómenos sociales.

Social diagnoses are commonly of a descriptive sort, indicating these interrelations even when it is known or suspected that additional factors must be operating. Causality can be indicated only in approximate, not absolute terms¹⁵³. (Hamilton, 1940, p. 146)

La última fase, la evaluativa, es la que implica el pensamiento reflexivo del profesional y que sintetiza la descripción y la explicación de las causas se vincula con una proyección del tratamiento y los posibles resultados sobre la situación inicial.

Reflective thinking, therefore, always involves for the case worker not only the descriptive and defining process which we call diagnosis, but consideration of treatment ends and possibilities

¹⁵¹ Trad. Los hallazgos son la materia prima del diagnóstico, pero no son diagnósticos. Realidad e inferencia no son lo mismo. Es importante poder distinguir los hechos del diagnóstico, así como también es importante distinguir el diagnóstico del tratamiento. (Hamilton, 1940, p. 144)

¹⁵² Trad. En los fenómenos sociales, las relaciones de causa y efecto son tan complejas que incluso es más difícil que en los fenómenos físicos establecer secuencias causales exactas. Es útil definir, aunque sea en un nivel superficial, aunque, sin embargo, es obvio cuando hay conexiones parciales (Hamilton, 1940, p. 145)

¹⁵³ Trad. Los diagnósticos sociales habitualmente son de tipo descriptivo, indicando estas interrelaciones incluso cuando se sabe o se sospecha que deben estar operando factores adicionales. La causalidad se puede indicar solo en términos aproximados, no absolutos. (Hamilton, 1940, p. 146)

which must include the appraisal of resources and the evaluation of the client as a person.¹⁵⁴
(Hamilton, 1940, p. 165)

En resumen, destacamos las aportaciones de Hamilton (1940) en la medida que diseña una metodología diagnóstica en tres fases: descriptiva, analítica (diagnóstica) y evaluativa.

4.3.4 Las aportaciones de los métodos básicos o únicos

En una línea muy parecida se pronunciaba Montserrat Colomer (1979) que incluye en la “interpretación de los datos”: «la descripción del área de actuación, el análisis y relación mutua de las variables o factores condicionantes y la señalización de posibles núcleos de intervención profesional» (Colomer, 1979, p. 28). Para esta autora la descripción ha de destacar «los puntos básicos del estudio a manera de conclusiones» (Ibíd., p. 28). En relación con el análisis de las variables, señala que la «interpretación es fundamentalmente estructural. No quiere decir que se olviden los aspectos personales o individuales» (Ibíd., p. 28) pero da prioridad a las variables de ambiente («características más externas y estructurales que podemos apreciar sensiblemente» (Ibíd., p. 21), de posición («nos descubren qué piensa la persona o el grupo ante un hecho, una situación una realidad» (Ibíd., p. 21) y de respuesta (las acciones que se han llevado a cabo).

Las aportaciones de Aylwin, Jiménez y Quesada (1976) con respecto a la metodología del diagnóstico social son relevantes en cuanto su planteamiento del uso de indicadores y variables para hacer una medición de la situación pero estas acciones se enmarcarían dentro de la fase de recogida de información (recordemos que estas autoras optan por el modelo de tradición sajona, en el que estudio y diagnóstico forman parte de la misma fase del proceso metodológico). Pero entrando ya en la fase de elaboración del diagnóstico, las autoras introducen el concepto *niveles de análisis* que son los procedimientos o los pasos para alcanzar el diagnóstico. Definen tres *niveles de análisis* (Aylwin et al., 1976, p. 46):

- Análisis descriptivo: se trata de la primera etapa del análisis y requiere una descripción de los fenómenos y variables observados. Según las autoras, la descripción es la base para los otros niveles y apuntan un elemento relevante: «no constituye un defecto el hacer descripciones cuando sólo se puede alcanzar este nivel» (Ibíd., p. 46).

¹⁵⁴ Trad. El pensamiento reflexivo, por lo tanto, siempre implica para el trabajador social no solo el proceso descriptivo y definitorio que llamamos diagnóstico, sino también la consideración de los fines del tratamiento y las posibilidades que deben incluir la evaluación de los recursos y la evaluación del cliente como persona. . (Hamilton, 1940, p. 165)

- Clasificación: esta fase la definen como «distinguir las partes del todo, identificadas en la descripción, a algún nivel determinado» (Ibíd., p. 46). Apuntan las autoras que esta fase requiere «el establecimiento de categorías que permitan clasificar» (Ibíd., p. 46) y recuerdan que las categorías deben poder ubicar a todos los sujetos. Señalan la dificultad de definir categorías en ciencias sociales y sugieren que debería ser natural, a la par que reconocen que es difícil que haya una aceptación generalizada de las categorías creadas.
- Explicación: esta sería, según las autoras, la última fase del proceso de elaboración del diagnóstico que consiste en explicar «el por que esta realidad funciona así» (Ibíd., p. 47). Para ello proponen contrastar los datos con las hipótesis y teorías y obtener conclusiones con respecto a las relaciones que pueden observarse entre distintas variables. Destacan, como ya hicieron en la propia conceptualización del diagnóstico, la importancia de la teoría para orientar e iluminar esta fase de análisis.

Cristina de Robertis (2006) recoge distintas aportaciones en relación con la evaluación. De Helen Perlman (1972, citada en de Robertis (2006, p. 170)) toma la evaluación sobre el contenido que «distingue tres tipos de evaluación: evaluación dinámica, evaluación clínica y evaluación etiológica¹⁵⁵» (de Robertis, 2006, p. 170). De Robert Vinter (1967) recoge la clasificación según el desarrollo en el tiempo y que también consta de tres tipologías: evaluación preliminar, evaluación operativa y evaluación de resultados (Ibíd., p. 171).

Siguiendo a Vinter, De Robertis propone entender la *evaluación preliminar* como una primera respuesta, una primera apreciación y la caracteriza como «necesariamente superficial y rápida, muy impregnada de impresiones indefinibles y de “olfato profesional”» (Ibíd., p. 171) pero le reconoce una función clave en términos de acción profesional en el marco de una institución puesto que sirve para determinar si la situación que plantean las personas entra dentro de las competencias y posibilidades de la institución donde el trabajador social presta su servicio; es decir, sirve para determinar «si corresponde hacerse cargo» (Ibíd., p. 171). La *evaluación operativa* es la que sirve de base para definir un plan de intervención. «Representa el esfuerzo de comprensión del trabajador social y sintetiza lo que éste conoce acerca de la dificultad del usuario; lo que sabe de la o las personas implicadas, motivaciones y deseos de

¹⁵⁵ De Robertis se basa en la obra *L'aide psychosociale interpersonelle* de HH Perlman (1972). La definición de estas tres categorías sería la siguiente «La *evaluación dinámica* se centra en la dinámica del presente, es decir, en las fuerzas que entran activamente en juego en el complejo persona-problema-situación. [...] La *evaluación clínica* se centra en el funcionamiento psíquico de una persona y, para la autora [Perlman], corresponde al psiquiatra. [...] La *evaluación etiológica* está centrada en las causas de las dificultades actuales y busca, en la historia del usuario, no las causas inmediatas y recientes, sino las alejadas, pertenecientes al pasado» (de Robertis, 2006, pp. 170-171)

cambio, recursos personales, familiares u otros» (Ibíd., p. 172). Aunque queda escrita no es definitiva y se va modificando conforme la situación evoluciona. Finalmente, la *evaluación de los resultados* es la que «permite hacer el balance, medir aproximadamente los cambios producidos y las finalidades que se lograron a partir de la solicitud del usuario o de los problemas que había que resolver» (Ibíd., p. 172); destaca de Robertis que no se trata de una evaluación “final” sino que debe realizarse periódicamente para valorar la evolución de la situación.

En esta línea de diferenciar diversos grados o niveles de diagnóstico García-Herrero (2008, p. 12,14) propone diferenciar la “valoración” del “diagnóstico” y entiende que la valoración como la identificación de determinadas circunstancias que permitan a una persona o familia acceder a una determinada prestación; mientras que, por otra parte, entiende que el diagnóstico en el sentido planteado por Montserrat Colomer (1979), de la que toma su definición, y que implica una interpretación de los datos y de la situación y que califica como un proceso complejo que debe acompañar a cualquier proceso de intervención social a medio y largo plazo.

En cuanto a la metodología de la evaluación en sí misma, cómo llevar a cabo esas evaluaciones, de Robertis se basa en el concepto “variable” (Ibíd., p. 173) que son las que determinan o influyen en el contenido y de las que ella destaca, sin afán de exhaustividad, las siguientes: «a) el servicio o institución al que pertenece el trabajador social; b) la solicitud del usuario o el problema que se debe resolver; c) la determinación de quién es el usuario; d) las referencias teóricas y la subjetividad del trabajador social» (de Robertis, 2006, p. 173). También apunta referencias para construir una escala de valoración y lo hace a partir de cuatro preguntas clave que pueden desarrollarse: «¿De qué se trata? ¿De quién se trata? ¿Qué posibilidades existen para modificar la situación? ¿Cómo hay que manejarse?» (Ibíd., p. 176).

4.3.5 El enfoque dialógico en la elaboración del diagnóstico social

En la misma línea que María José Aguilar (2013), encontramos la definición de Jonathan Regalado (2017) sobre el diagnóstico social:

El diagnóstico es un proceso dialógico y narrativo que conlleva, no solo recoger información, sino elaborarlas, sistematizarla, analizarlas e interpretarla, con dos objetivos fundamentales: definir, con la mayor exactitud posible, tanto la situación como las características del individuo

que requiere la intervención del trabajo social clínico (Richmond, 2005); y actuar sobre esa situación y promover un cambio (Aguilar, 2013). (Regalado, 2017, Capítulo 4, párrafo 1.)

María José Aguilar (2013, p. 296) propone un esquema general para llevar a cabo un diagnóstico social que incluye hasta diez (10) procesos: identificación de las necesidades, problemas y situaciones de conflicto; identificación de las potencialidades, centros de interés, necesidades de cambio y oportunidades de mejora; identificación de los factores causales o determinantes, factores condicionantes, factores protectores y factores de riesgo; pronóstico de situación y exploración participativa de escenarios futuros; identificación de recursos y medios de acción, internos y externos; exploración de alternativas de intervención, *de y con* los sujetos, en sus contextos; establecimiento dialógico de prioridades; selección y diseño de estrategias de acción; análisis de contingencias y potencial de generación de alianzas; y, finalmente, toma de decisiones sobre el tipo de medidas o proyecto a implementar. Destacamos que la metodología que propone, basada en su concepto de proceso “dialógico”, se fundamenta en la realización de preguntas a responder tanto por los profesionales como por las personas implicadas¹⁵⁶. La propuesta de la autora es unitaria, para cualquier nivel de intervención y observamos que, en su línea de considerar el proceso metodológico del Trabajo Social, como un proceso encabalgado y inter-retroactivo, incluye en este momento (momento diagnóstico, como ella misma lo denomina) actuaciones que en otras propuestas se ubicarían en la fase (o momento) de planificación.

Desde la perspectiva de estos autores (M. J. Aguilar, 2013, pp. 295-296; Regalado, 2017, sec. 2.1 par. 2-6), las características de un diagnóstico social de calidad deberían ser las siguientes:

- Complejidad: contiene toda la información relevante y significativa para el tipo de situación.
- Claridad: utiliza un lenguaje objetivo y sencillo, contiene la información pertinente y necesaria, la redacción permite una comprensión sin equívocos.
- Precisión: define y establece las diversas dimensiones y factores que influyen en la situación que se está analizando.
- Oportunidad/pertinencia: se realiza en el momento adecuado, es decir, cuando puede ser útil al proceso de toma de decisiones.

¹⁵⁶ Ver el Esquema Global y principales preguntas que debe responder el diagnóstico en M.J.Aguilar (2013, pp. 338-339)

- Credibilidad y consistencia: el contenido del diagnóstico ha de ser sólido y demostrable, las conclusiones deben basarse en evidencias comprobadas.
- Rigurosidad: se fundamenta en información recogida y tratada con técnicas e instrumentos adecuados y su análisis se realiza mediante métodos contrastados.

A las propuestas de definición de las características que acabamos de ver, podemos añadirle una característica que aportan García-Longoria y Esteban (2016, p. 239) y que Giménez, Mesquida, Parra, y Boixadós (2019) definen como *procesual y dinámico*, característica que recoge el carácter de eventualidad del diagnóstico social, como ya decía Mary Richmond «no olvidemos que ningún diagnóstico es definitivo» (Richmond, 2008, p. 424).

4.3.6 Estrategias de investigación aplicadas y categorizaciones

Tal como habíamos anunciado al inicio de este apartado, en la literatura hemos encontrado más referencias a técnicas y a orientaciones generales que no propuestas concretas para la elaboración del diagnóstico; pero que sean mayoría no significa que no existan otro tipo de propuestas que nos acerquen más a la práctica.

Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook (1980, citados por García-Longoria y Esteban (2016, p. 56)) hacen una propuesta, recogida por la autoras en su libro, sobre las estrategias de investigación que pueden aplicarse al nivel micro-social: exploratoria, descriptiva y explicativa.

- La estrategia exploratoria sería la más adecuada cuando hay poco conocimiento sobre el problema y se pretende establecer un primer contacto, la metodología debe ser flexible y de tipo cualitativa y es la que se utiliza en Trabajo Social en «el primer momento de la investigación a nivel microsocioal» (García-Longoria y Esteban, 2016, p. 57)
- La estrategia descriptiva «investiga la extensión de un determinado problema, pero no tiene como finalidad la búsqueda de la causalidad» (Ibíd., p. 57). Su finalidad es «especificar las propiedades, las características y los perfiles de grupos o comunidades» (Ibíd., p. 57) a partir de información estructurada entorno a variables. Destacan las autoras que este tipo de estrategia permite indicar la relación entre las variables, pero no las relaciones causa-efecto.
- La estrategia explicativa se orienta a «identificar la relación causa-efecto entre dos fenómenos sociales» (Ibíd., p. 58); de acuerdo con las autoras, este tipo de estrategia requiere «la elaboración de hipótesis» (Ibíd., p. 58).

Las aportaciones de García-Longoria y Esteban (2016) nos ayudan a enmarcar los trabajos previos de Rosario Conde (1998) en su definición del *Trabajo Social Experimental*. Esta autora propone un esquema metodológico equiparable a los que hemos analizado en apartados anteriores¹⁵⁷ pero le añade dos elementos interesantes: el carácter predominante en cada etapa y las operaciones a desarrollar, su propuesta se sintetiza en el cuadro siguiente (Tabla 7).

TABLA 7. ESTRUCTURA GENERAL DEL PROCESO METODOLÓGICO Y TIPO DE OPERACIONES QUE SE REALIZAN EN SUS ETAPAS

<i>Etapas</i>	<i>Carácter predominante</i>	<i>Operaciones para desarrollar</i>
1º Estudio de la situación	Exploratorio	Investigación
2º Diagnóstico social	Reflexivo	Descripción, análisis, interpretación y explicación
3º Planificación	Teórico	Diseño
4º Ejecución de lo planificado	Práctico	Intervenciones directas de transformación situacional
5º Evaluación de lo realizado	Reflexivo	Valoración crítica de las operaciones realizadas
6º Elaboración de teoría básica	Científico	Sistematización de los nuevos conocimientos en el cuerpo teórico y extensión

FUENTE. CONDE (1984, PÁG. 45) CITADA EN CONDE (1998, p. 194)

Partiendo de esta propuesta, R. Conde (1998) propone un proceso en tres fases para la «evaluación científica de casuísticas sociales» (Ibíd., p. 243) que ella denomina: tesis descriptiva, tesis diagnóstica y tesis prospectiva

Rosario Conde parte de la premisa que «la realidad social constituye un conjunto de variables situacionales que aparecen con regularidad. En consecuencia, las casuísticas sociales se configuran como **campos de atención limitada** de estas variables» (Ibíd., p. 245). Además, la autora defiende el «**principio de constancia de las categorías descriptivas**» (Ibíd., p. 245) que pueden definir y contextualizar las situaciones que habitualmente se encuentran los trabajadores sociales. Derivado de este principio, Conde (1998) propone tres escalas generales de categorías: descriptivas, diagnósticas y prospectivas, como parte de su metodología para la realización del diagnóstico social. Estas tres categorías las presenta como

¹⁵⁷ Ver el apartado 2.3. Los métodos en la intervención en Trabajo Social en página 66 y también el apartado 4.2 El diagnóstico en el proceso metodológico en la página 148.

fases de un mismo proceso y para operativizar su aplicación desarrolla una metodología y una propuesta de sistematización de la información.

En esta misma línea se sitúan las propuestas de Gustavo García-Herrero (2008) que plantea un método de diagnóstico en tres momentos o fases: «fase descriptiva, fase valorativa y fase predictiva» (García-Herrero, 2008, p. 22). La fase descriptiva consistirá en la recogida sistemática de información y datos que permitan configurar la situación sobre la que se pretende intervenir, tanto sobre la persona o personas como sobre su entorno (Ibíd., pp. 22-23). El autor considera este «el nivel más básico del diagnóstico» (Ibíd., p. 23). La fase valorativa es, según García-Herrero, la que algunos autores identifican como la fase diagnóstica real; se trata de una fase de análisis e interpretación de los datos y de «cada uno de los aspectos descritos en la fase anterior» (Ibíd., p. 24), destaca además la necesidad de identificar tanto las carencias (motivo de intervención) como los potenciales («la posibilidad o la oportunidad de intervenir» (Ibíd., p. 24)). La última fase es la predictiva y la considera «un eslabón entre el diagnóstico, que describe e interpreta una situación, y la programación de la intervención que se pretende llevar a cabo para modificarla» (Ibíd., p. 26).

4.3.7 La estandarización en el Diagnóstico social

Se ha dado, a lo largo de la historia del Trabajo Social, una tendencia a rechazar la elaboración de categorías y clasificaciones estandarizadas, hecho que se plasma en el mínimo desarrollo de instrumentos y marcos conceptuales en relación con la elaboración de categorías. Pero, también deberíamos tener en cuenta que, como señalan Munté y De Vicente: «Si bien cualquier clasificación encorseta y/o encasilla, también ordena» (Munté y De Vicente, 2012, p. 256).

Miren Ariño (1998) reflexionaba sobre el proceso de intervención desde el Trabajo Social y, también, desde los Servicios Sociales, y ponía de relieve la importancia que tiene para la superación de las necesidades que la persona sea capaz de reconocerlas y nombrarlas y añade que éste es el motivo por el que «los trabajadores sociales no pueden trabajar con necesidades previamente definidas por categorías, sino que procuran que sean nombradas y analizadas desde los propios sujetos históricos, potenciando si acaso nuevas formas de afrontarlas y definir las» (Ariño, 1998, p. 54).

En su revisión sobre la definición del concepto de diagnóstico social, Cury y Arias (2016) recogen las aportaciones de Amaya Ituarte de 1992 en relación a la «complejidad, los límites

y la importancia de las clasificaciones en el ámbito de trabajo social sanitario» (Cury y Arias, 2016, p. 14). Ituarte planteaba las dificultades para definir categorías exactas debido a la «multiplicidad de factores en interacción en una situación social dada, y el diferente valor e importancia que cada uno de estos factores tienen en dicha situación» (Ibíd., p. 15); pero, pese a esa dificultad reconocida, Ituarte considera que la tarea de clasificación es importante para permitir un «análisis riguroso de las diferentes situaciones y variables» (Ibíd., p. 15).

Más recientemente Amaya Ituarte (2017) reflexionaba de nuevo sobre el diagnóstico social y apuntaba una crítica, no tanto a la categorización en sí misma, sino a la simplificación diagnóstica:

Una de ellas es la de la –supuesta– necesidad de establecer una categorización de los diagnósticos sociales. Creo (y espero haber sido capaz de transmitirlo a través de la exposición que precede) que el diagnóstico social, o más exactamente, psicosocial, es un proceso en que deben tenerse en cuenta las múltiples variables que se dan en la vida de los clientes. Las vidas de los clientes son complejas, las dificultades por las que atraviesan lo son también y no pueden ser atendidas desde planteamientos simples y/o unidimensionales, que se plasmen en categorías diagnósticas simples. (Ituarte, 2017, p. 97).

Otro tema relevante que se vincula con la categorización lo plantea también Amaya Ituarte (2017) y es la relación entre el diagnóstico y el tratamiento. Esta autora nos advierte del riesgo que algunos defensores de la categorización quieran vincularlo con la estandarización del tratamiento:

Quienes insisten en la necesidad de una categorización diagnóstica lo hacen, a menudo, pensando que de ella debería derivarse un plan de tratamiento estándar, útil en todas las ocasiones. El razonamiento vendría a ser del tipo: *al diagnóstico X le corresponde el tratamiento Y*¹⁵⁸. (Ituarte, 2017, p. 98)

Y añade que este automatismo no es factible y enumera dos motivos: el primero, que «el diagnóstico es un proceso conjunto en el que participan el trabajador social y el cliente; dos, la singularidad del cliente y la del trabajador social y, por consiguiente, la singularidad de la relación entre ambos» (Ibíd., p. 98), lo que, a su juicio, impiden un modelo de «tratamientos estandarizados o *en serie*» (Ibíd., p. 98).

¹⁵⁸ Cursiva en el texto original.

Por su parte, Anna Mata (2017) recogía, en su recorrido histórico por el diagnóstico social en España, el discurso mayoritario entre las trabajadoras sociales en la década de 1980 «contrario a la sistematización de los procesos de intervención (y, por tanto, a la existencia de metodologías diagnósticas un tanto estandarizadas» (Mata, 2017, p. 2); en la misma línea García-Longoria y Esteban (2016) recogen las opiniones de profesionales que consideran que «son injustas para el cliente, ya que ofrecen una orientación según el propio trabajador social y no según el cliente» (García-Longoria y Esteban, 2016, p. 259); estas autoras señalan que se considera una mejor opción la clasificación de situaciones (problemas) antes que una clasificación de sujetos (Ibíd., p. 259).

Otros autores también recogen este rechazo y por el contexto está muy vinculado con los procesos de “etiquetaje”; así Turner (2002, p. 38) se refiere a este extremo cuando declara, en una frase que ya hemos visto anteriormente, «Diagnosis is not a process of labelling or categorizing¹⁵⁹» aunque reconoce su utilidad e, incluso, manifiesta que son esenciales porque facilitan la comunicación, aportan precisión, ayudan a evitar errores. Paula Duran (2017) recoge las aportaciones de García Roca (2007) en relación con la existencia de categorías y su carácter uniformador, que considera que «el proceso de etiquetaje, de acuerdo con la lógica burocrática. Se produce de este modo el primer ingreso en el mundo de la simplificación» (García Roca, 2007, p. 40) y lo denomina la «violencia de la generalización» (Ibíd., p. 41).

García-Longoria y Esteban (2016) recuperan un estudio sobre los antecedentes de las clasificaciones y, citando a Karls y Wandrei (1994), identifican una de las primeras categorizaciones de la mano de Perlman (1968) que «establecía tres categorías para las necesidades y problemas de los clientes: a) deficiencias materiales, de capacidad y conocimiento; b) trastornos de la personalidad y desordenes mentales; y c) discrepancias en los roles y expectativas sociales» (García-Longoria y Esteban, 2016, p. 260).

Hemos visto que no todo es rechazo o crítica; así, por ejemplo, las aportaciones de Ituarte (1992, citada en Cury y Arias (2016); (2017)) advierten, más que contra la categorización, contra la simplificación. Defiende Ituarte (2017), en la misma línea que Turner (2002), que pueden ser útiles las clasificaciones «como herramientas que nos ayuden a lograr un diagnóstico más acertado de la situación» (Ituarte, 2017, p. 98) y destaca su interés por la propuesta elaborada por la National Association of Social Work (NASW) de los Estados

¹⁵⁹ Trad.: «El diagnóstico no es un proceso de etiquetaje o categorización» (Turner, 2002, p. 38)

Unidos de América, el *PIE (Person-in-Environment) System*¹⁶⁰ (Karls y Wandrei, 1994) por haber nacido desde el Trabajo Social y por vincular a las personas con su entorno e, incluso, recomienda su traducción y validación para ser usado en España.

En este debate sobre la categorización y sistematización que, mayoritariamente, se ha desarrollado en un entorno profesional y teórico, aparecen nuevos actores y elementos que provocan cambios significativos al margen del desarrollo de la disciplina, recogemos dos principalmente: la legislación, tanto de servicios sociales como la de protección de datos, y el impacto del uso de tecnologías de información y comunicación (TIC).

En relación con la influencia en el debate de la legislación, Anna Mata (2017) destacaba la importancia que tiene la normativa sobre protección de datos, en su aportación ella se refiere a la Ley Orgánica 15/1999¹⁶¹ y señala:

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 y, sobre todo, cómo se conjuga ésta para llegar a una valoración profesional (en otras palabras, como se aglutina para llegar a un diagnóstico social). Además, este diagnóstico el usuario tiene derecho a reclamarlo por escrito, participar en la confección del mismo e impugnarlo (si no está de acuerdo con la valoración). (Mata, 2017, p. 3).

Y no es solo la normativa de protección de datos, como nos recuerda Miren Ariño (2017), la normativa sobre servicios sociales en el País Vasco

[...] incluye entre sus prestaciones técnicas propias de los servicios sociales, el diagnóstico. El artículo 3, apartado 3, entre otros, lo recoge de la siguiente forma: “Las personas que se encuentren en la comunidad autónoma del País Vasco podrán acceder, en todo caso, al servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación, así como al acompañamiento social, y a aquellos servicios y prestaciones que sean definidos como [...]”. (Ariño, 2017, p. 73).

En la misma línea podemos situar los contenidos de la Ley catalana de servicios sociales (Catalunya, 2007) que establece, entre los derechos de acceso a los servicios sociales: «Disposar d'un pla d'atenció social individual, familiar o convivencial, en funció de la valoració de la situació, que s'ha d'aplicar tècnicament per procediments reconeguts i

¹⁶⁰ Este instrumento será descrito en el apartado siguiente y analizado en el capítulo correspondiente a los Resultados.

¹⁶¹ Recordemos que esta ley ha sido sustituida por el Reglamento General de Protección de Datos (General Data Protection Regulation, 2016).

homologats¹⁶²) (Catalunya, 2007, art. 9.2,a). Pero, en el artículo siguiente, en el marco de la regulación del derecho a la información, la ley catalana añade: «Rebre per escrit i, si cal, de paraula, en llenguatge entenedor i accessible, la valoració de llur situació, la qual, si s'escau, ha d'incloure la qualificació de les necessitats dels familiars o de les persones que en tenen cura¹⁶³» (Catalunya, 2007, art. 10.b).

Vemos con estos ejemplos que la normativa sectorial de Servicios Sociales, tanto en Catalunya como en el País Vasco, incluyen el diagnóstico como un servicio y un derecho de las personas y que este debe poderse transmitir de forma clara y, en el caso de Catalunya, se especifica que debe realizarse técnicamente por procedimientos homologados.

El otro elemento que ha tenido, o está teniendo, influencia en el proceso de sistematización es la implementación de herramientas informáticas, del uso de las TIC, para la gestión de los expedientes sociales. Los procesos de informatización llevan implementándose en todos los sectores de actividad (sector privado, público, de producción y de servicios) desde hace décadas y los servicios sociales y el Trabajo Social no han quedado al margen.

Joan Ibáñez (2017) hizo una reflexión centrándose en el ámbito de la atención a la infancia y la adolescencia y destacaba como casos especialmente graves en los que el resultado final ha sido la muerte o graves lesiones de niños y niñas¹⁶⁴ han suscitado críticas durísimas hacia los Servicios Sociales por su falta de conocimiento de estas situaciones antes que sucediesen. Apunta el autor que, además de protocolos y circuitos de coordinación, también se impuso el cambio «del modelo basado en el bienestar del niño por otro centrado en la protección» (Ibáñez, 2017, p. 119) y señala que esta opción supuso la elaboración de una «taxonomías de problemáticas [como] el elemento clave a la hora de definir las situaciones que aborda y para evaluarlas mediante la aplicación de herramientas estandarizadas» (Ibáñez, 2017, p. 120). Destaca la importancia que se le ha dado a la construcción de bases de datos y su gestión, pero a su vez, plantea interrogantes sobre estos procesos de construcción:

¹⁶² Trad.: Disponer de un plan de atención social individual, familiar o convivencial, en función de la valoración de la situación, que se ha de aplicar técnicamente por procedimientos reconocidos y homologados. (Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials, 2007, art. 9.2.a))

¹⁶³ Trad.: Recibir por escrito y, si es necesario, de palabra, en lenguaje comprensible y accesible, la valoración de su situación, la cual, si es necesario, ha de incluir la cualificación de las necesidades de los familiares o de las personas que les cuidan.» (Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials, 2007, art. 10.b))

¹⁶⁴ El autor cita, en concreto, las muertes de Victoria Climbié y Peter Connelly, *Baby P* en el Reino Unido (2000 y 2007), la de Savanna en Holanda (2004) y las graves lesiones de Alba en Catalunya (2006). (Ibáñez, 2017, p. 119)

[...] cuáles son los criterios que llevan a introducir datos sobre un niño o un adolescente y sus familias en el sistema. Cuando esos son muy amplios o poco definidos, pueden llevar a la inclusión de información sobre personas que simplemente han tenido contacto con alguno de los servicios vinculados a la base de datos, aunque se haya observado la no existencia de riesgo desde el comienzo, o, incluso, la acción de padres hacia sus hijos haya sido valorada como apropiada. (Ibáñez, 2017, pp. 120-121)

En una línea similar nos manifestábamos al hacer un breve análisis de tres instrumentos informáticos creados por las administraciones para la gestión de expedientes sociales (Fustier, 2017, p. 9) y señalábamos algunos aspectos clave de estas herramientas:

- Las categorías, tanto sea de problemas sociales como de colectivos o sectores de población, no se vinculan única y exclusivamente con el Trabajo Social, sino que se han construido desde el Sistema de Servicios Sociales.
- Las herramientas tecnológicas se han desarrollado orientadas a la gestión de la información, especialmente con finalidades administrativas de control de la actividad (como se puede observar en las memorias del Plan Concertado de prestaciones básicas de servicios sociales en corporaciones locales).
- Cualquier herramienta tecnológica que pretenda recabar y sistematizar información requerirá de la estructuración de los datos en campos cerrados: es decir, los campos de texto no pueden ser sistematizados sin una importantísima inversión en coste computacional. (Fustier, 2017, p. 9)

En síntesis, en el ámbito profesional y teórico ha habido un cierto debate entorno a la conveniencia o no de desarrollar categorizaciones, con un rechazo unánime a reducir este proceso de categorización a una asignación de etiquetas, y con voces cada vez más numerosas que entienden que la sistematización en categorías puede contribuir al desarrollo de la profesión y la disciplina puesto que puede permitir la investigación.

Desde la perspectiva normativa, en un sistema de derechos (y no nos referimos solo al Sistema de Servicios Sociales, sino al sistema de protección social en general) cada vez se plantea una mayor necesidad de transparencia entre las organizaciones y las personas usuarias o atendidas, por lo que el uso de clasificaciones y categorías homogéneas y homologadas puede facilitar en gran manera la tarea a desarrollar y la relación profesional – persona atendida.

Todo ello sin olvidar que los procesos de informatización de los servicios, tanto públicos como privados, son imparables y en estos momentos ya no sólo se está hablando de herramientas informáticas para gestionar expedientes sociales, sino que se están planteando la implementación de soluciones de *Big Data*, de *Business Intelligence* e, incluso, de Inteligencia Artificial¹⁶⁵.

4.3.8 La posición de los actores en el Diagnóstico social

Uno de los elementos clave en el proceso de elaboración del diagnóstico es el rol que deben desarrollar las dos partes implicadas: profesional y persona atendida (usuaria).

Cristina de Robertis (2006) al referirse a la metodología de intervención en trabajo social da cuenta de dos modelos opuestos, “enfrentados” los denomina (de Robertis, 2006, p. 112), se trata del *modelo médico* y el *modelo de intervención*.

El primer modelo, el médico, más allá de las fases o etapas¹⁶⁶, establece unos roles muy definidos, pues el trabajador social es el encargado «de “tratar” una “enfermedad social”. Él es quien puede aportar respuestas o soluciones, “remedios”» (Ibíd., p. 113). Este modelo se fundamenta en una relación desigual entre el profesional del Trabajo Social y la persona a la que atiende: el profesional es el experto, quien ofrece soluciones y articula tratamientos que, lógicamente, deben seguirse para conseguir la “curación” de esa “enfermedad social”. Se trata de un modelo en el que a la persona le corresponde el papel de “paciente” que, no olvidemos, viene del latín *patiens*, *-entis* que significaba padecer, sufrir, tolerar, aguantar y que, en lengua española, se le dan varios significados entre los que destacamos «que tiene paciencia, que recibe o padece la acción de un agente, que padece física y corporalmente (especialmente quien se haya bajo atención médica¹⁶⁷)» (RAE, 2014). Estamos, pues, ante un rol pasivo, receptivo, sumiso.

Por otra parte, el denominado *modelo de intervención* parte de una distribución de roles distinta. En primer lugar, «la concepción del rol del trabajador social como "agente de cambio" (cambios personales o individuales, cambios familiares, cambios sociales)» (de Robertis, 2006, p. 114). En este modelo, el trabajador social aparece como uno de los elementos, pero

¹⁶⁵ Como ejemplo se puede ver el Ciclo de reflexión “Big Data i Serveis Socials” organizado por la Fundació iSocial, con la participación de la Universitat Oberta de Catalunya, TIC Salut Social y La Caixa (VVAA, 2020) o el artículo en *Social Work Today* sobre inteligencia artificial (Florida State University, s. f.)

¹⁶⁶ Este tema fue abordado en el apartado 4.2.3, pág. 153.

¹⁶⁷ Las acepciones referidas constan en el orden siguiente en el diccionario de la RAE (2014): 1, 3 y 4.

le reconoce espacio a la persona (o familia o grupo) para el desarrollo de su situación. Y, aunque se le reconoce un papel menos directivo, sigue teniendo un halo de autoridad porque tiene «voluntad consciente de modificar, por su acción, la situación del usuario» (Ibíd., p. 114).

Estos modelos que recoge Cristina de Robertis (2006) son analizados por Cardona-Cardona et al. (2017) que los sitúa en «la perspectiva de la cibernética del primer orden, la de los sistemas observados, [que] mantiene la idea de la existencia de una realidad objetiva que puede ser tomada, aprehendida» (Cardona-Cardona et al., 2017, p. 71) y añade: «hablar de un diagnóstico objetivo y libre de una mirada sesgada por parte del profesional, es hablar de una fantasía» (Ibíd., p. 71).

Es decir, ese modelo “experto” en el que el profesional del Trabajo Social, con su saber y experiencia, proporcionará a la persona, situada en un rol pasivo, el camino a seguir para solucionar sus problemas forma parte de un marco conceptual y paradigmático de tipo positivista, que no incorpora los desarrollos epistemológicos de las últimas décadas¹⁶⁸.

La práctica dialógica, propugnada por Serradell y Munté (2010), Aguilar (2013), Cardona-Cardona et al (2017) y Regalado (2017) entre otros, parte de una visión mas igualitaria de la relación profesional – persona atendida, en la que el rol del profesional se sitúa en un nivel más de acompañamiento y apoyo en el proceso de superación de las dificultades de la persona, en la que ésta tiene un rol más participativo, más activo.

Whittington (2007) identifica cinco roles para el diagnóstico en función del interés o de los objetivos para los que trabaja el profesional del Trabajo Social; se concretan en: proteger, atender, representar, papel institucional y otras agencias y profesiones.

TABLA 8. ROLES PROFESIONALES SEGÚN LA FUNCIÓN Y EL OBJETIVO DE SU ACCIÓN

Finalidad	Rol del TS	Concepto
Protección (individual y pública)	Asesor de riesgos	El objetivo es la protección de las personas y, por tanto, su rol principal es identificar los riesgos y actuar en coherencia.
Necesidades del usuario y cuidador	Profesional “tradicional”	El diagnóstico se centra en las necesidades y expectativas, problemas y soluciones, debilidades y fortalezas.

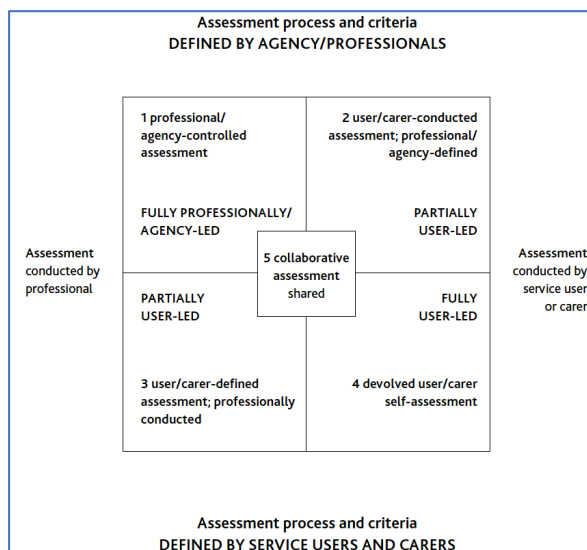
¹⁶⁸ Cardona-Cardona et al. (2017) recoge las aportaciones de la perspectiva de la complejidad, el construccionismo social, el constructivismo, el post-estructuralismo, la teoría crítica desarrollos epistemológicos a los que hemos hecho referencia en el apartado 1.2.4 El paradigma interpretativo, pág.44..

Finalidad	Rol del TS	Concepto
Representación del usuario y cuidador	Defensor	El diagnóstico se centra en los aspectos que permitan a la persona su representación, la defensa de sus intereses.
Función institucional, política y prioridades	Representante institucional	La implementación de políticas y de prioridades requiere un diagnóstico más global, comunitario o institucional.
Otras profesiones o agencias	Representante/delegado	El diagnóstico sirve para facilitar la toma de decisiones de otras agencias (instituciones) o profesionales)

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE WHITTINGTON (2007, PP. 25-26)

El mismo autor, Whittington, define cinco tipos de diagnóstico social en función de los roles de los profesionales y de las personas usuarias, es decir, en función de quien es el que controla el proceso de diagnóstico.

ILUSTRACIÓN 5. MATRIZ DE LOS CINCO MODELOS DE DIAGNÓSTICO
SEGÚN EL GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LA PERSONA USUARIA



FUENTE. WHITTINGTON (2007, P. 50)

La explicación de la matriz nos permite profundizar en los distintos modelos, que son:

- professional/agency-controlled assessment
- user/carer-conducted assessment, professional/agency-defined
- user/carer-defined assessment, professionally conducted
- devolved user/carer self-assessment
- collaborative assessment¹⁶⁹. (Whittington, 2007)

¹⁶⁹ Trad.: «Diagnóstico (*assessment*) controlado por el profesional/institución; Diagnóstico (*assessment*) dirigido por el usuario/cuidado, definido por el profesional/agencia; Diagnóstico (*assessment*) definido por el usuario/cuidador y dirigido

Estos modelos que el autor representa en una matriz, en la que se entrecruzan dos ejes: definición del diagnóstico y conducción del diagnóstico, se concretan de la siguiente manera.

TABLA 9. MODELOS DE DIAGNÓSTICO SEGÚN LA DISTRIBUCIÓN DE ROLES

Modelo de diagnóstico	Descripción	Comentario
Control del profesional/institución	Dirección plena de profesional/institución. El control del proceso, de los criterios y la conducción de la actividad queda en manos de los profesionales/instituciones	Es el modelo con menor implicación de las personas usuarias/cuidadoras. Suele defenderse este modelo en caso de alto riesgo.
Dirección del usuario/cuidador	Dirección parcial del usuario. Se incluye el autodiagnóstico, pero bajo los criterios definidos por el profesional/institución y según los procesos definidos por ellos.	Cede la dirección del diagnóstico, pero mantiene el control del proceso.
Definición del usuario/cuidador	Dirección parcial del usuario. La definición de los criterios y de los procesos ha sido definida por usuarios o cuidadores mediante una representación y consulta previa. Pero los profesionales dirigen el diagnóstico	Es la versión contraria a la anterior
Traspaso	Dirección plena del usuario Los usuarios y cuidadores han definido el proceso y los criterios en procesos previos y son las personas individuales (usuario/(cuidador) quien lidera y conduce el diagnóstico	Revierde el modelo de “control profesional” y podría denominarse “control del usuario”. Este traspaso de responsabilidad no es pleno en los servicios públicos que han de cumplir determinadas normas.
Colaborativo	Compartido Se sitúa a medio camino entre los cuatro extremos descritos anteriormente. Combina la definición y la dirección del diagnóstico del profesional y de la persona usuaria.	Representa una distribución equitativa de la participación de los dos actores (profesional y usuario/cuidador).

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE WHITTINGTON (2007, PP. 50-51)

Las aportaciones de Whittington (2007) son relevantes porque distingue los roles de acuerdo con la función a desarrollar; puesto que hay una clara diferencia en el rol profesional en el marco de una intervención social orientada al apoyo y acompañamiento que si, por el contrario, se trata de una intervención de protección ante una situación de vulneración de

por el profesional; Diagnóstico (*assessment*) realizado por el usuario/cuidador, auto-diagnóstico; diagnóstico colaborativo» (Whittington, 2007, p. 49)

los derechos en personas sin capacidad para defenderse (por ejemplo: situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes o personas con discapacidad).

Por otra parte, los modelos de diagnóstico son orientativos y nos sirven para identificar en qué punto nos encontramos e, incluso, valorar en diferentes situaciones cuál es la opción más adecuada para cumplir con las funciones asignadas.

4.4 Instrumentos para el diagnóstico social: una visión panorámica

El uso de instrumentos para la elaboración de diagnósticos sociales está vinculado, en muchas ocasiones, a los medios puestos a disposición por las organizaciones en los que se desarrolla el Trabajo Social; al mismo tiempo que cada profesional aporta su conocimiento teórico y práctico.

En los últimos años hemos visto un mayor grado de sistematización de la información y una cierta homogeneización de los instrumentos a partir, fundamentalmente, de la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el tratamiento de la información de los expedientes sociales: la creación de sistemas de gestión de expedientes ha comportado la generación de categorías diagnósticas estandarizadas con la finalidad de dar tratamiento a la información recogida en la práctica profesional.

Desde la investigación y desde la práctica se han desarrollado instrumentos diversos para la sistematización de información relacionada con las necesidades sociales y, también, con el ámbito relacional de las personas: funcionamiento familiar (Pérez et al., 1997), competencia parental (J. C. Martín et al., 2013), percepción de apoyo social (Cuéllar-Flores y Dresch, 2012; VVAA, 2015a), riesgo social (D. Cabrera et al., 1999), por señalar algunas.

Estas herramientas se centran en la medida de aspectos concretos, parciales, y para nuestro análisis hemos investigado sobre los instrumentos que permiten la realización o el registro de los diagnósticos sociales.

Para dar una visión general, hemos clasificado los instrumentos según distintos criterios: autoría y origen geográfico (cultural).

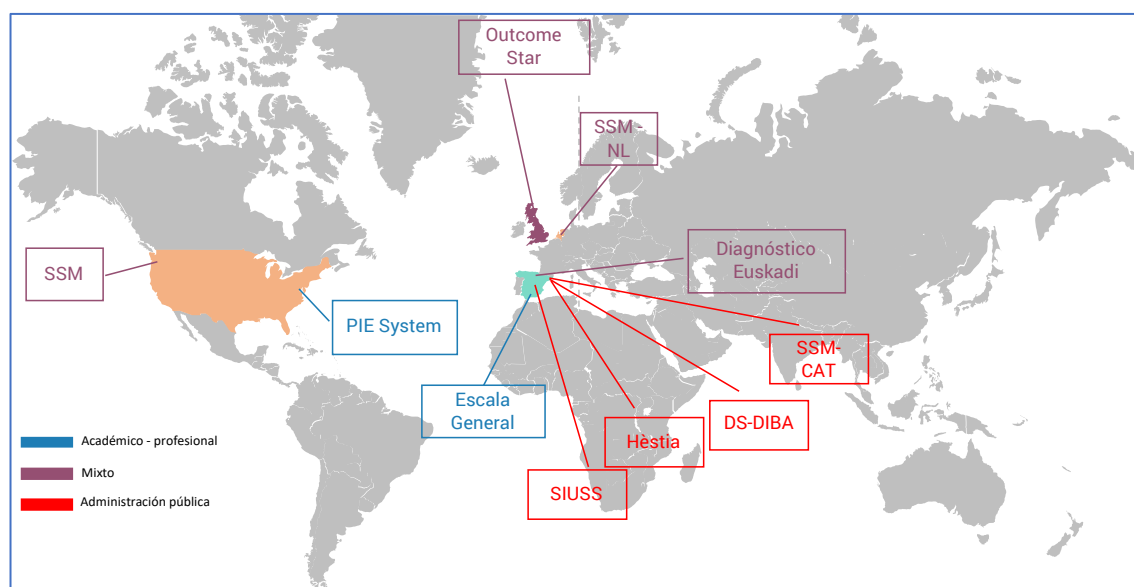
En relación con la autoría se han identificado tres categorías que son relevantes en la medida que cada autor tiene sus propios objetivos:

- Instrumentos elaborados desde la organismos o instituciones académicas y/o profesionales exclusivamente,

- Instrumentos elaborados por equipos mixtos en los que participan profesionales e instituciones (públicas y/o privadas)
- Instrumentos elaborados por administraciones públicas.

En el mapa que se ve en la Ilustración 6 se muestra la distribución geográfica de los instrumentos. Dada la localización de origen de este estudio se puede observar una importante representación de instrumentos de diversas localizaciones en España: Catalunya, País Vasco, Andalucía y general. Por otra parte, se han identificado aquellos instrumentos que con carácter generalista se han diseñado para el diagnóstico social y que provienen de países de tradición anglosajona¹⁷⁰, se señala este extremo por la diferencia cultural respecto a la tradición latina.

ILUSTRACIÓN 6. MAPA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS A ANALIZAR SEGÚN SU ORIGEN Y AUTORÍA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En el proceso de descripción, tendremos en cuenta, además de estos dos criterios básicos (origen geográfico y autoría), otros criterios:

- Tipo de información: características generales de los datos que se recogen.
- Estructura básica: categorías y subcategorías.

¹⁷⁰ Incluimos en este término el modelo SSM – NL (Holanda) porque se trata de un instrumento adaptado del original americano, más allá que por cuestiones históricas los Países Bajos formaban parte del pueblo sajón, pueblo germánico que aparece citado ya en el siglo II a.C. y que colonizaron parte de la isla de Britania en el siglo III d.C. (Larousse-Bordas, 1998, p. 7296)

- Desarrollo del instrumento: existencia de indicadores o criterios diagnósticos.
- Capacidad para registrar los cambios en la situación: forma de recogida y medida, si existe.
- Síntesis de la información: existencia de índice sintético o forma de construir el diagnóstico.
- Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.
- Posición de los actores en el registro: punto de vista que recoge el instrumento
- Soporte en el que se presenta el instrumento: es un aspecto práctico, se identificará la base material para usar el instrumento.

En los siguientes apartados (apartados 4.5 y 4.6) se van a describir los distintos instrumentos ordenados cronológicamente en cada apartado y clasificados de la siguiente manera:

- Apartado 4.5 (página 182): instrumentos con origen nacional:
 - Escala General de Categorías (Conde, 1998)
 - Diagnóstico Social – Euskadi
 - SIUSS
 - Hestia
 - DS – DIBA
 - Matriz de autosuficiencia, versión Catalunya (SSM – C)
- Apartado 4.6 (página 223): instrumentos con origen internacional:
 - Person-in-environment (PIE) System
 - Self-Sufficiency Matrix, version Snohomish County (USA) – (SSM – USA)
 - Self-Sufficiency Matrix, version Países Bajos (SSM-NL)
 - Outcome Star

4.5 Los instrumentos para el diagnóstico originarios del ámbito español

En este apartado vamos a describir seis instrumentos que se han originado, o adaptado, en el contexto español. En este ámbito la mayoría de las aportaciones provienen de las administraciones públicas que las han desarrollado en el marco de los sistemas de gestión de los expedientes sociales; en esta categoría podemos encontrar el instrumento SIUSS (Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 20230); Hèstia (Sistema de gestión de expedientes sociales del consorcio

Administració Oberta de Catalunya); DS-DIBA (desarrollado por la Diputación de Barcelona) y SSM-C (adaptación del instrumento Self-Sufficiency Matrix neerlandés que ha realizado la Generalitat de Catalunya).

Por otra parte, encontramos un instrumento de origen académico-profesional, el elaborado por Rosario Conde (1998) que ubicamos geográficamente en Andalucía porque tiene su origen en la Universidad de Granada, pero del que no hay constancia de su implementación a nivel institucional.

Finalmente, el instrumento Diagnóstico Social del País Vasco lo clasificamos como autoría mixta puesto que, aunque se ha concretado e implementado mediante un decreto del Gobierno Vasco (Euskadi, 2013), su base y desarrollo se ha realizado a partir de trabajos impulsados por los colegios profesionales de las tres provincias vascas.

4.5.1 Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales (SIUSS)

Este sistema depende, actualmente, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y fue puesto en funcionamiento en 1994 por el ministerio titular del sector de Servicios Sociales como una evolución de la llamada *Ficha Social* que existía en soporte papel (Ramírez, 1990). SIUSS se ha desarrollado juntamente con una parte importante de las Comunidades Autónomas mediante convenios de colaboración. (Servicios Sociales e Igualdad, 2012, p. 7).

El año 2017, SIUSS estaba implementado en quince Comunidades Autónomas, dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla) y un municipio de la Comunidad de las Islas Canarias. Su grado de implementación a nivel municipal era de 4.859 municipios (Subdirección General de Programas Sociales, 2018, p. 5), del total de 8.131 municipios que existen en España (INE, 2000), lo que representa un 59,7%, pero teniendo en cuenta que SIUSS no está implementado ni en Catalunya ni en el País Vasco, su nivel de cobertura real sería del 70%¹⁷¹.

SIUSS es un instrumento que se desarrolla al amparo del *Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales*, como parte de la asistencia técnica que provee la Administración Central a los municipios mediante las Comunidades Autónomas (DG Inclusión, 2006).

¹⁷¹ Descontando los 947 municipios catalanes y los 251 municipios vascos, el total de municipios es de 6933. (Elaboración a partir de datos de INE (2000)).

Sus objetivos son:

- Recabar los datos básicos de los/as Usuarios/as
- Disponer de un instrumento útil y ágil que permita un seguimiento de la intervención
- Posibilitar el conocimiento de las características y perfil de los/as usuarios/as e intervenciones realizadas, así como de los recursos aplicados. (Ministerio de Derechos Sociales, 2020)

SIUSS se estructura en cinco niveles independientes e interrelacionados:

- Unidad de Trabajo Social (UTS): En este nivel se encuentra el contenido y desarrollo de la Ficha Social. Está diseñado para su utilización por el Trabajador Social y en el conjunto del programa sería el nivel de toma de datos.
- Centro de Servicios Sociales (CSS): Define las UTS y sus zonas y puede realizar explotaciones de los datos de sus UTS.
- Nivel de Mancomunidad (o Agrupación de Centros de la misma provincia)
- Comunidad Autónoma: Define la estructura de los Centros y sectores de su territorio, así como el denominado 4º nivel de los recursos específicos. Puede realizar explotaciones de los Centros de Servicios Sociales
- Ministerio: Mantiene y actualiza la aplicación, da acceso a las CCAA y realiza las explotaciones de todo el territorio.

En cuanto a la forma de la recogida de datos: «la intervención profesional consta de cinco elementos: usuario/s, valoración/es, demanda/s, recurso/s idóneo/s y recurso/s aplicado/s» (García-Longoria y Esteban, 2016, p. 278). Entre estos elementos, aquel en el que se recogen las valoraciones profesionales, es decir, los diagnósticos sociales, es el denominado “valoración/es” que se estructuran de la siguiente manera:

[...] en forma de árbol, de tal modo que elegido un *Grupo de Valoraciones*¹⁷² se desplegarán las subdivisiones que el mismo tenga y que se denominan *Tipo de Valoraciones*; elegido un tipo, habremos de seguir por las subdivisiones de éste *Valoraciones* y, elegida una valoración, si la Comunidad Autónoma tiene desarrollado este último nivel, tendremos que seleccionar una *Valoración Específica*. (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2019, p. 50)

¹⁷² Cursiva en el texto original.

4.5.1.1 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

El árbol de las valoraciones se presenta codificado correspondiendo un dígito al nivel 1, dos dígitos al nivel 2, dos dígitos al nivel 3 y 1 dígito al nivel 4 (siempre que este exista, puesto que dependen de cada Comunidad Autónoma).

TABLA 10. ESTRUCTURA DEL ÁRBOL DE VALORACIONES - SIUSS

Nivel	Denominación	Dígitos
Nivel 1	Grupo de Valoración	1 dígito
Nivel 2	Tipo de Valoración	2 dígitos
Nivel 3	Valoración	2 dígitos
Nivel 4	Valoración Específica	1 dígito

FUENTE. SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES, 2019, p. 260)

Se han definido cuatro *Grupos de Valoración*:

- *Necesidad relacionada con una adecuada información sobre el acceso a los recursos*: esta valoración se deriva del «desconocimiento de los derechos sociales que le corresponden a los/as ciudadanos/as y de los recursos disponibles para su efectividad. Todo ello referido no sólo al área específica de los Servicios Sociales, sino a los recursos de protección social y de solidaridad». (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2019, p. 260).
- *Necesidad relacionada con una adecuada convivencia personal – familiar*: en este grupo de valoración se reflejan las «circunstancias de necesidad que tengan como causa una carencia o deficiencia en las relaciones de convivencia personales y familiares». (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2019, p. 265)
- *Necesidad relacionada con una adecuada convivencia e integración social*: se valoran situaciones en las que se manifiesten en las personas «circunstancias personales o sociales que supongan para él una dificultad para lograr y/o mantener relaciones positivas con el entorno y que pudieran derivar en un enfrentamiento o rechazo social». (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2019, p. 271)
- *Carencia de medios propios para cubrir necesidades básicas*: esta categoría se relaciona con la subsistencia. (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2019, p. 276).

TABLA 11. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS VALORACIONES PROFESIONALES EN SIUSS (2019)

Grupo	Tipo	Valoración
1. Necesidad relacionada con una adecuada información sobre el acceso a los recursos		
	1.01. Información sobre las prestaciones de los servicios sociales	1.01.01. Información sobre las prestaciones y actuaciones de información, orientación, valoración y movilización de recursos.

Grupo	Tipo	Valoración
		1.01.02. Información sobre prestaciones y actuaciones de apoyo a la unidad convivencial y de ayuda a domicilio. 1.01.03. Información sobre prestaciones, actuaciones y medidas de alojamiento alternativo 1.01.04. Información sobre prestaciones de inserción social 1.01.05. Recursos complementarios para la cobertura de necesidades de subsistencia 1.01.06. Necesidad de información sobre la dependencia
	1.02. Información sobre otros recursos de protección social	1.02.01. Sanidad 1.02.02. Educación 1.02.03. Vivienda 1.02.04. Pensiones 1.02.05. Prestaciones por desempleo 1.02.06. Otros subsidios 1.02.07. Recursos de empleo 1.02.08. Trámites jurídicos (justicia) 1.02.09. Otros
	1.03. Información sobre recursos de participación social	1.03.01. Asociacionismo 1.03.02. Voluntariado 1.03.03. Otros
2. Necesidad relacionada con una adecuada convivencia personal – familiar		
	2.01. Desajustes convivenciales	2.01.01. Incumplimiento de las obligaciones económicas 2.01.02. Dificultad para atender a los miembros de la familia que requieren atención específica 2.01.03. Deterioro de las relaciones familiares 2.01.04. Inadecuada distribución del presupuesto familiar 2.01.05. Soltera gestante 2.01.06. Madre/padre soltero/a 2.01.07. Viudedad 2.01.08. Separación / divorcio 2.01.09. Orfandad 2.01.10. Hospitalización 2.01.11. Situación de privación de libertad 2.01.12. Separación por motivos de trabajo frecuente o de larga duración
	2.02. Abandono del hogar	2.02.01. Padre / Madre abandona el hogar 2.02.02. Menor se fuga de casa 2.02.03. Abandona el hogar otro miembro de la familia
	2.03. Malos tratos	2.03.01. Desatención 2.03.02. Malos tratos físicos 2.03.03. Trato vejatorio 2.03.04. Perversión de menores 2.03.05. Explotación de menores 2.03.06. Abusos sexuales
	2.04. Limitación de autonomía personal	2.04.01. Dificultad de movilidad 2.04.02. Dificultades para realización de tareas cotidianas

Grupo	Tipo	Valoración
	2.05. Soledad / Aislamiento	2.05.01. Con núcleo familiar 2.05.02. Sin núcleo familiar
3. Necesidad relacionada con una adecuada convivencia e integración social		
	3.01. Dificultades para la inserción laboral	3.01.01. Búsqueda del primer empleo 3.01.02. Parados de larga duración 3.01.03. Otras 3.01.04. Deficiente formación 3.01.05. Forma de vida marginal 3.01.06. Absentismo laboral 3.01.07. Inadaptación laboral 3.01.08. Causas culturales
	3.02. Dificultades de inserción escolar	3.02.01. Absentismo escolar 3.02.02. Desescolarización 3.02.03. Graves desajustes relacionales en el centro escolar
	3.03. Dificultades de inserción social	3.03.01. Discapacitados: físicos, psíquicos y sensoriales 3.03.02. Reclusos y ex reclusos 3.03.03. Minorías étnicas 3.03.04. Transeúntes 3.03.05. Adictos al alcohol 3.03.06. Adictos a otras sustancias tóxicas 3.03.07. Refugiados y exiliados 3.03.08. Emigrantes 3.03.09. Prostitución 3.03.10. Enfermos infectocontagiosos 3.03.11. Enfermos psiquiátricos no institucionalizados 3.03.12. Enfermos terminales 3.03.13. Déficits culturales 3.03.14. Otros grupos en situación de necesidad 3.03.15. Otras enfermedades 3.03.16. Dificultad inserción social inmigrantes
4. Necesidad relacionada con la falta de medios para la cobertura de necesidades		
	4.01. Carencia de medios propios para cubrir necesidades básicas	4.01.01. Carencia de alimentos 4.01.02. Carencia de vestimenta 4.01.03. Carencia para gastos de farmacia 4.01.04. Falta de alojamiento 4.01.05. Desahucio e impagos de alquileres 4.01.06. Imposibilidad de abordar gastos relacionados con la vivienda, excluyéndose los anteriores 4.01.07. Condiciones de habitabilidad 4.01.08. Carencia de ingresos en general 4.01.09. Carencia de medios de transporte
	4.02. Situaciones de necesidad provocadas por emergencias sociales	4.02.01. Relacionadas con la vivienda 4.02.02. Relacionadas con las necesidades personales

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES (2019, pp. 260

- 278)

4.5.1.2 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO SIUSS

TABLA 12. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO SIUSS

Criterios	Descripción
Autoría	Administración pública
Origen geográfico	España
Tipo de información.	Datos sencillos (binarios).
Estructura básica	4 grupos de Valoración, subdivididos en Tipos de Valoración (variable según el Grupo) y concretado en Valoraciones (variable según el Tipo)
Desarrollo del instrumento	El instrumento dispone de Valoraciones que se estructuran en forma de árbol en Tipos y Grupos, son identificadores únicos-
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	Los cambios se registran mediante un nuevo registro.
Síntesis de la información	Manual, no dispone de índice o resultado sintético
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Modelo “necesidades – recursos” ¹⁷³
Posición de los actores en el registro	Profesional es el actor principal.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Plataforma informática

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.5.2 Escala General de Categorías Diagnósticas de Conde (1998)

Rosario Conde (1998) propone un modelo de diagnóstico que desarrolla en tres fases, – descriptiva, diagnóstica y prospectiva –, y para cada una de ellas elabora una escala de categorías distinta, aunque nos centraremos especialmente en la segunda: la *Escala General de Categorías Diagnósticas*.

Conde Mejías (1998) describe en su obra, no solo una propuesta de categorías, sino una metodología para llevar a cabo el diagnóstico, tal y como hemos visto anteriormente¹⁷⁴. En este apartado sintetizaremos las características principales de su modelo de diagnóstico.

El punto de partida de Rosario Conde es el *Trabajo Social Experimental*, definido como

[...] la rama científica del TS [Trabajo Social] que estudia la realización del ser humano como sujeto activo del bienestar social en su área particular de actividad y entorno habitual, y que tiene como campos de investigación específica las mencionadas SMS¹⁷⁵ y los cambios

¹⁷³ Este modelo no se encuentra propiamente entre los enfoques teóricos pero responde a una concepción que se extendió en la década de 1980 en España de la mano de Elvira Cortajana y de Patrocinio de las Heras (1979).

¹⁷⁴ Ver apartado 4.3.6. Estrategias de investigación aplicadas y categorizaciones, página 168.

¹⁷⁵ SMS: “situaciones de malestar social”

situaciones que, inducidos y orientados por el profesional, es necesario producir para superarlas. (Conde, 1998, p. 23).

Asimismo, define el objeto del conocimiento del Trabajo Social Experimental como «la realización del hombre como sujeto activo del bienestar social en su área particular de actividad y entorno o medio habitual» (Ibíd., p. 63) y explica el concepto de “realización” mediante la identificación de dos roles: «el rol de consumidor y el rol de productor de bienestar social» (Ibíd., p. 68). Así pues, contrasta el bienestar como objetivo para las personas con las situaciones de malestar social, o SMS, definidas como: «**“situaciones de malestar social reales o potenciales¹⁷⁶”** que motivan la formulación de demandas de ayuda en nuestras instituciones sociales» (Conde, 1998, p. 23).

4.5.2.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El análisis descriptivo tiene como objetivo «hacer comprensible la fenomenología social que abordan los trabajadores sociales en su ejercicio profesional, en una primera etapa de valoración inicial» (Ibíd., p. 246). Para desarrollar esta fase tiene en cuenta dos elementos básicos que deben ser analizados: la realidad física y material y la realidad humana (Ibíd., p. 248).

- La realidad física y material se compone de diversos marcos entre los que identifica: el marco histórico, el físico-geográfico, el económico, el infraestructural, el cultural, el convivencial, el político-administrativo y el perceptivo-conductual.
- La realidad humana es un concepto que se basa en la «funcionalidad social [...] el modo como una persona trabaja en la superación de las diversas SMS como sujeto activo real» (Ibíd., p. 253) y, en relación con el bienestar, considera esta funcionalidad social depende de dos factores: el aspecto perceptual (grado de motivación y grado de claridad en la percepción de su propia situación) (Ibíd., p. 253) y el aspecto conductual (capacidad y habilidad para autodirigirse en relación con la situación dada) (Ibíd., p. 254).

Como señalábamos, Rosario Conde (1998) propone una «Escala general de categorías descriptivas» (Ibíd., p. 271-280) en el que diferencia variables según el nivel de intervención (individual o familiar, grupal, comunitario o institucional); a efectos de este estudio nos

¹⁷⁶ Negrita y entrecomillado en el texto original.

centraremos en el nivel individual o familiar. En esta primera escala, la autora identifica variables y ofrece orientaciones para la recogida de información en relación con los marcos siguientes: físico-geográfico, histórico, económico, infraestructural, social relacional-convivencial, cultural, político-administrativo, perceptivo-conductual.

Las técnicas para la recogida de la información no difieren de las referidas desde el primer libro sobre la materia de Richmond (2008/1917), pero Rosario Conde (1998) propone una metodología para la sistematización de la información que constituye la tesis descriptiva y para ello diseña una ficha en la que en una tabla de doble entrada que se construye de la manera siguiente: en las hileras se incluyen los ámbitos de las variables descriptivas y en las columnas propone cuatro categorías: factores negativos, factores positivos, datos neutros y vacíos informativos. (Conde, 1998, p. 297).

4.5.2.2 ANÁLISIS DIAGNÓSTICO

En esta fase es donde encontramos la propuesta de *Escala General de Categorías Diagnósticas*.

El punto de partida teórico-conceptual es el

[...] **principio de constancia de categorías diagnósticas en la configuración de la problemática situacional**¹⁷⁷ [que dice] que los aspectos patológicos o factores negativos manifiestos en las diversas casuísticas sociales, se combinan de forma constante, aunque en distinta proporción, respondiendo siempre a las mismas categorías de nudos núcleos diagnósticos, que los aglutinan a modo de ramificaciones principales. (Conde, 1998, p. 314).

Añade la autora que «las viejas categorías bipolares (blanco/negro, bueno/malo, bienestar/adversidad) del TS tradicional, no proporcionan ya la compresión y la fiabilidad que debe buscarse» (Ibíd., p. 315).

Rosario Conde (1998) propone tres núcleos diagnósticos básicos: necesidad, dependencia y riesgo social. (Ibíd., p. 315):

- Núcleo diagnóstico de insatisfacción de necesidades (codificadas como SI): variables relacionadas con la carencia o deficiencia de instrumentos y servicios necesarios para protegerse de adversidades del medio social habitual (Ibíd., p. 315-316).

¹⁷⁷ Negrita en el texto original.

- Núcleo diagnóstico de dependencia social (codificadas como SD): variables de sujeción a un agente externo para encontrar salidas a estados críticos o conflictos puntuales (Ibíd., p. 316).
- Núcleo diagnóstico de riesgo social (codificadas como SR): condiciones situacionales que producen inseguridades ante la posible manifestación de problemáticas (Ibíd., p. 316).

Las categorías definidas por la autora son las que se pueden ver en la siguiente tabla.

TABLA 13. ESCALA GENERAL DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Núcleo diagnóstico	Categorías
Situaciones de insatisfacción de necesidades humanas (SI)	SI 01. Insatisfacción de necesidades de utilización adecuada de la capacidad natural de orientación y funcionamiento social. SI 02. Insatisfacción de necesidades de realización creativa y autoexpresiva. SI 03. Insatisfacción de necesidades de estima propia y ajena. SI 04. Insatisfacción de necesidades de relación e intercambio afectivo. SI 05. Insatisfacción de necesidades de seguridad y protección física y psicológica. SI 06. Insatisfacción de necesidades derivadas de la propia condición física y biológica
Situaciones de dependencia social (SD)	SD 07. Situación de dependencia por deterioro transitorio (inhibición o perturbación) de la capacidad natural de orientación y funcionamiento social. SD 08. Situación de dependencia por inmadurez biológica. SD 09. Situación de dependencia por incapacitación física o mental. SD 10. Situación de dependencia económica (fundamental o accesoria). SD 11. Situación de dependencia cultural. SD 12. Situación de dependencia en catástrofes.
Situaciones de riesgo social (SR)	SR 13. Situación de riesgo por deterioro transitorio grave o definitivo de la capacidad natural de orientación y funcionamiento social. SR 14. Situación de riesgo por marginalidad geográfico – vecinal. SR 15. Situación de riesgo por falta de normalización sectorial. SR.16. Situación de riesgo por pobreza y paro laboral prolongado. SR 17. Situación de riesgo por conflictividad socio-relacional y convivencial.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE CONDE (1998, PP. 336 - 337)

La autora ofrece orientaciones sobre los contenidos de cada una de las categorías y propone una metodología que consiste en una ficha técnica de doble entrada en la que la primera columna contiene la descripción realizada en la primera fase, según los marcos predefinidos y se añaden tres columnas, una para cada categoría diagnóstica, en las que cada uno de los elementos descritos es clasificado en las distintas categorías (todas aquellas que tienen relación con el hecho descrito).

4.5.2.3 ANÁLISIS PROSPECTIVO

Esta es la última fase y es la que vincula el análisis del profesional con el plan de trabajo. Esta fase se fundamenta en lo que la autora denomina «fuerzas motoras del cambio situacional» (Conde, 1998, p. 356) y que define como aquellas que «pueden ser aumentadas y dirigidas hacia determinados objetivos de mejora situacional» (Ibíd. P, 356). Para realizar esta última fase, Rosario Conde (1998) propone una *Escala General de Categorías Prospectivas* que está formada, a su vez, por dos escalas:

- Escala de categorías de intervención promocional. Esta escala tiene dos núcleos de categorías: «según las facultades racionales (factores intrínsecos implicados en el proceso de cambio situacional» (Ibíd., p. 373) que incluye variables como la motivación, análisis de resultados anteriores, necesidades y posibilidades, etc.; y «según necesidades esenciales de actuación profesional en el proceso de cambio situacional» (Ibíd., p. 373) que incluye las necesidades de atención en relación con el grado de consciencia de la persona con respecto a su situación y las necesidades de atención respecto a las actitudes y comportamientos.
- Escala de categorías de intervención prestacional. Esta escala tiene, también, dos núcleos de categorías: «según políticas e instituciones sociales de derecho público implicados en el proceso de cambio situacional» (Ibíd. 374) que incluye los distintos tipos de servicios y áreas implicados y «según estándares de rol profesional a desarrollar» (Ibíd., p. 375) que incluye las funciones básicas de información, provisión de recursos, negociación y previsión de recursos.

4.5.2.4 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO ESCALA GENERAL DE CATEGORÍAS

TABLA 14. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO DE ESCALA GENERAL DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS DE CONDE (1998)

Criterios	Descripción
Autoría	Académica (Rosario Conde Megías – Universidad de Granada)
Origen geográfico	Andalucía (España)
Tipo de información.	Categorías generales
Estructura básica	3 núcleos diagnósticos y 17 categorías: 6 para situación de insatisfacción (SI), 6 para situaciones de dependencia social (SD) y 5 para situaciones de riesgo social (SR)

Criterios	Descripción
Desarrollo del instrumento	Categorías generales, no incluye indicadores, incluye orientaciones para la asignación de las categorías según la definición dada a cada una de ellas.
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	No está previsto
Síntesis de la información	Las categorías están codificadas, sistema manual.
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Trabajo Social Experimental. Persona en su entorno y funcionalidad social.
Posición de los actores en el registro	Profesional activo y directivo.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Manual

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.5.3 Diagnóstico social – Euskadi

El modelo de diagnóstico social elaborado para el Gobierno Vasco se ha enmarcado entre los modelos de carácter mixto (profesional e institucional) porque, pese a que la aprobación definitiva la realiza el Gobierno Vasco mediante el Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales, el modelo conceptual y teórico fue desarrollado por profesionales de los Colegios de Trabajo Social de Euskadi a iniciativa propia. (Ormaetxea et al., 2017, p. 905).

Previo a la aprobación del Decreto, se elabora una fundamentación teórica con la participación de trabajadoras sociales de las tres provincias vascas bajo la coordinación de Rosario Ovejas, trabajadora social y profesora de la Universidad del País Vasco, fundamentación que se publica en dos ediciones (Ovejas y Gabantxo, 2006, 2009) y que incluye una reflexión sobre el objeto del Trabajo Social, una revisión de los modelos de intervención, proceso metodológico y reflexión sobre el papel del diagnóstico en el Trabajo Social y, finalmente, concluye con un apartado dedicado al aplicativo de diagnóstico e intervención social a modo de manual.

El modelo de diagnóstico social de Euskadi se basa en un marco teórico fundamentado en elementos de tres modelos del Trabajo Social: modelo de resolución de problemas, modelo centrado en la tarea y modelo sistémico (Ovejas y Gabantxo, 2006, p. 47).

Por otra parte, la estructuración de las dimensiones del diagnóstico social tiene su origen en un trabajo anterior incluso a los trabajos de Ovejas y Gabantxo (2006, 2009) que se llevaron a cabo a iniciativa de los colegios profesionales de la Comunidad Autónoma Vasca y que fue

liderado por Maite Martín (M. Martín et al., 1996), que revisó el modelo y lo publicó y difundió en su web en 2003 (Ormaetxea et al., 2017, p. 905).

La influencia de este primer modelo elaborado desde los colegios profesionales se puede observar de manera muy clara en una tabla comparativa que elaboraron Ormaetxea et al. (2017, p. 906) que muestra como la estructura básica en ámbitos vitales proviene de este primer modelo y que, en cuanto a las dimensiones, en el instrumento aprobado por el Gobierno Vasco (2013), se añaden únicamente cuatro nuevas dimensiones¹⁷⁸, mientras que el resto son exactamente las mismas que en el modelo original; a ello debe añadirse que el primer modelo que se elaboró a iniciativa del Gobierno Vasco (Ovejas y Gabantxo, 2006) mantenía la estructura del instrumento original impulsado por Maite Martín (1996).

Se trata pues de un instrumento que, antes de ser aprobado formalmente mediante el Decreto 353/2013, de 28 de mayo, ha vivido un intenso proceso de trabajo de elaboración, prueba, validación y construcción teórica.

El modelo que analizaremos es el contenido en el Decreto por parte del Gobierno Vasco que incorpora el conjunto completo de indicadores.

Este instrumento tiene las siguientes características:

- Se estructura en cinco ámbitos vitales: económico, laboral y residencial, convivencial, personal, salud y social. Estos ámbitos vitales se ordenan en 17 dimensiones que se desarrollan en indicadores, más una dimensión transversal que recoge la situación jurídico-administrativa de las personas en cada uno de los ámbitos (con excepción del social) y que cuenta con un total de 172 indicadores.
- Cada indicador está desarrollado en opciones estandarizadas.
- Lleva aparejado un algoritmo que permite, a partir de los indicadores identificados por las profesionales, obtener un índice sintético sobre una puntuación máxima ponderada (Ovejas y Gabantxo, 2006, p. 140)
- Permite realizar dos niveles de diagnóstico: inicial y en profundidad. (Euskadi, 2013, art. 3,4), para lo cual se han identificado dos conjuntos de indicadores, uno de 33 indicadores para el diagnóstico inicial y el conjunto de 172 para el diagnóstico en profundidad.

¹⁷⁸ Se añade una dimensión en el ámbito vital “Económico, laboral y residencial”, que es la situación residencial; se añaden dos dimensiones en el ámbito vital “Personal”: dinámismos vitales y usos de los sistemas de protección y la dimensión transversal: “situación jurídico-administrativa”. Ormaetxea Cazalis et al. (2017, p. 906)

4.5.3.1 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

La estructura del instrumento aprobado por el Gobierno Vasco se puede ver en la tabla que se presenta a continuación (Tabla 15).

TABLA 15. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO SOCIAL DEL GOBIERNO VASCO (2013)

Ámbitos vitales	Dimensiones	Indicadores
Económico, laboral y residencial	1. Situación económica	Ingresos- 6 indicadores: disponibilidad, suficiencia y fuentes. Gastos- 4 indicadores: gastos en vivienda, cuantía, gastos en otros bienes y servicios básicos y en bienes y servicios no básicos.
	2. Situación ocupacional – laboral	Situación general: 1 indicador Situación laboral- 4 indicadores: actividad laboral, condiciones, estabilidad y jornada de trabajo. Situación de desempleo- 2 indicadores: situación en relación con la búsqueda de empleo y perfiles y demandas del mercado de trabajo.
	3. Situación residencial	5 indicadores: empadronamiento, tiempo de empadronamiento; autorización residencia, autorización residencia y posesión tarjeta identificación para personas extranjeras
	Situación jurídico-administrativa	4 indicadores: prestaciones económicas Seguridad Social, Renta de Garantía de Ingresos, Requisitos acceso a Sistema Vasco de Servicios Sociales, Justicia Gratuita
Convivencial	4. Situación de alojamiento y vivienda	General- 6 indicadores: situación, estabilidad (diferenciación según tipo alojamiento), marco comunitario, acceso a servicios básicos, ubicación, accesibilidad.
		Alojamiento particular, familiar, colectivo no institucional- 6 indicadores: ocupantes, régimen de tenencia, condiciones habitabilidad, barreras arquitectónicas, equipamiento, suministros.
		Alojamiento colectivo institucional- 2 indicadores: disponibilidad vivienda o alojamiento particular o familiar, condiciones habitabilidad vivienda o alojamiento disponible.
		Sin alojamiento o alojamientos excluidos- 4 indicadores: pernocta en vía pública, movilidad territorial en situación de calle, condiciones del alojamiento en infravivienda, pérdida de alojamiento
	5. Vínculos afectivos y recepción de apoyo social	5 indicadores: disponibilidad e relaciones y vínculos afectivos, recepción de apoyo social, apoyo social de redes primarias, apoyo social de redes secundarias comunitarias, apoyo social de redes secundarias institucionales
	6. Situación de las relaciones de convivencia personal y familiar	6 indicadores: situación relacional en el ámbito de convivencia (con vínculo familiar o afectivo, convivencia institucional y personas sin alojamiento), situación relaciones con familia extensa, situación de relaciones vecinales, historia de relaciones de convivencia personal, familiar
		Organización de la vida cotidiana en grupo de convivencia familiar- 7 indicadores: organización de la

Ámbitos vitales	Dimensiones	Indicadores
	7. Situación de la organización de la vida cotidiana	alimentación, higiene personal/familiar, higiene de la vivienda, administración económica, reparto de tareas domésticas, atención y educación de miembros vulnerables, reparto de responsabilidades familiares. Organización de la vida cotidiana de personas sin grupo de convivencia- 5 indicadores: alimentación, higiene personal, higiene de la vivienda, cuidados para la salud, administración económica.
	8. Situación de las relaciones de convivencia en otros contextos	4 indicadores: convivencia escolar, laboral, en otros contextos formativos o de cualificación profesional, en servicios sociales con estancia de día.
	Situación jurídico-administrativa	12 indicadores: derecho a vivienda digno y adecuada, derecho a alimentos entre familiares, declaración de incapacidad en mayores de edad, figuras de protección acordadas para guarda y protección, ejercicio de funciones de protección, protección de menores, protección de personas víctimas de violencia doméstica, separación o divorcio, guarda y custodia de hijos e hijas, cumplimiento obligaciones sobre guarda y custodia de hijos e hijas, derecho a relacionarse con ambos progenitores, ejercicio de patria potestad con hijos e hijas menores.
Personal	9. Competencias y habilidades sociales	Competencia social- 5 indicadores: habilidades básicas de interacción y comunicación, asertividad, expresión de sentimientos, habilidades de resolución de conflictos (alternativas a la agresión), tolerancia a la frustración
		Competencia cognitiva- 5 indicadores: competencias cognitivas básicas, capacidad para solicitar ayuda y seguir consejo, capacidad para anticipar eventos y realizar previsiones, destrezas para evaluar apoyos y recursos disponibles, manejo y autocontrol de los impulsos.
		Competencia instrumental- 6 indicadores: habilidades para hacer amistades, para mantener amistades, para usar recursos comunitarios, para seguir prescripciones de salud, para participar y organizarse en la vida comunitaria, para organizar el tiempo libre
		Otras competencias y habilidades- 8 indicadores: habilidades para el autocuidado, para la convivencia con otras personas, para tomar decisiones autónomamente, para afrontar crisis vitales, para encontrar un sitio donde vivir, para buscar empleo, para mantener empleo, capacidad de utilización de sistemas de protección social y de ejercicio de derechos.
	10. Educación, Formación, Información, Capacitación	General- 10 indicadores: nivel de estudios terminados, formación en curso (escolarización de menores, rendimiento escolar), formación ocupacional, conocimiento idiomas oficiales CAPV, manejo y uso de internet, conocimiento y manejo de informática a nivel de usuario, información de la realidad social y cultural, información sobre derechos sociales y sistemas de protección social, información sobre servicios y recursos de participación social.

Ámbitos vitales	Dimensiones	Indicadores
		Situación de recursos personales para el empleo- 4 indicadores: formación académica para incorporación al mercado de trabajo, experiencia laboral, cualificación, motivación al empleo.
	11. Dinamismos vitales	7 indicadores: autoestima/autoconfianza, estado de ánimo/humor, motivación al cambio, ejercicio de responsabilidad, actitudes relacionadas con la resiliencia, percepción subjetiva de la situación relacional, conciencia de la situación de la persona.
	12. Usos de los sistemas de protección	3 indicadores: demanda de ayuda a redes primarias y secundarias, precisa apoyo social de redes secundarias, utilización de recursos sociales (en caso de ser preciso)
	Situación jurídico-administrativa	4 indicadores: nacionalidad no extranjera – DNI, nacionalidad extranjera – pasaporte o alternativa, rectificación registral de mención relativa al sexo de las personas, responsabilidad penal
Salud	13. Situación de la salud	General- 4 indicadores: situación actual del estado de salud, necesidad de atención sanitaria, necesidad de tratamiento, seguimiento del tratamiento prescrito
		Salud física- 2 indicadores: situación de salud física, antecedentes de tratamientos e ingresos en el último año
		Salud mental- 4 indicadores: patología o trastorno mental que requiera tratamiento psiquiátrico, manifestaciones de gravedad – trastornos adaptativos básicos, antecedentes de ingresos y tratamiento psiquiátrico en el último año, antecedentes de ingresos y tratamiento psiquiátrico a lo largo de su vida.
		Drogo dependencias-Adicciones- 3 indicadores: drogo dependencias/adicciones, historia de drogo dependencias/adicciones, historia de tratamientos de deshabituación.
	14. Situación incapacidad laboral, discapacidad y dependencia	4 indicadores: situación de discapacidad, de incapacidad laboral, autonomía-dependencia, grado de dependencia.
	Situación jurídico-administrativa	3 indicadores: asistencia sanitaria de la Seguridad Social, situación en relación con los derechos de la condición de persona con dependencia, situación en relación con los derechos de la dependencia.
Social	15. Aceptación social y convivencia cotidiana comunitaria	2 indicadores: convivencia cotidiana comunitaria; aceptación social y estigmatización en la comunidad.
	16. Situación de la relación con el medio social y normativo	2 indicadores: situación actual de adaptación de las conductas al medio social y normativo; historia de las relaciones con el medio social y normativo.
	17. Disponibilidad d relaciones sociales y ejercicio	7 indicadores: actividades vinculadas al desarrollo de las relaciones sociales y vida social en el último año; vinculadas al desarrollo de las relaciones sociales y vida

Ámbitos vitales	Dimensiones	Indicadores
	de la participación social	social en los últimos tres años; participación, en el último año, en actividades de desarrollo de las relaciones y la vida social en redes formales; provisión de apoyo social a otras personas; participación y relaciones sociales en redes sociales informales; arraigo comunitario, estado de satisfacción de la necesidad de relaciones y vida social.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE EUSKADI (2013, pp. 8-52)

En relación con este instrumento es interesante señalar que, aunque se regula en un Decreto, existen experiencias en el País Vasco que están adaptándolo para mejorar su aplicabilidad; en este sentido es destacable la experiencia del Ayuntamiento de Bilbao que ha llevado a cabo un proceso de validación con el objetivo de «lograr su aplicabilidad en los servicios sociales de atención primaria» (Ormaetxea et al., 2017, p. 907). Esta adaptación que recibe el nombre de *Diagnóstico Social Polivalente* mantiene la estructura básica de cinco ámbitos vitales, pero se desarrolla en 14 dimensiones (en vez de las 18 de la versión original del Decreto del Gobierno Vasco), quedando las dimensiones 1 – Situación Económica, 2 – Situación ocupacional y laboral, 3 – Situación residencial, 4 – Situación de alojamiento y vivienda, 5 – Vínculos afectivos y recepción de apoyo social, 7 – Organización de la vida cotidiana, 9 – Competencias y habilidades sociales, 10 – Educación y formación, 11 – Dinamismos vitales, 12 – Uso de los sistemas de protección social, 13 – Situación de la salud, 16 – Incapacidad laboral, discapacidad y dependencia y 17 – Disponibilidad de relaciones y ejercicio de la participación social. (Ormaetxea et al., 2017, p. 911).

4.5.3.2 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO SOCIAL EUSKADI

TABLA 16. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO SOCIAL EUSKADI

Criterios	Descripción
Autoría	Mixta – Base del modelo elaborado por los Colegios Profesionales de Trabajo Social de la Comunidad Autónoma Vasca, posteriormente un equipo mixto a iniciativa del Gobierno Vasco.
Origen geográfico	Euskadi (España)
Tipo de información.	Indicadores, datos agregados mediante un algoritmo, datos estructurados y estratificados.
Estructura básica	5 ámbitos vitales estructurados en 17 dimensiones más una dimensión transversal.
Desarrollo del instrumento	Valoración mediante un conjunto de 172 indicadores. Selección de 33 indicadores para diagnóstico inicial
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	El uso de indicadores permite identificar los cambios que, además, puede ver como se modifica el resultado sintético final.
Síntesis de la información	Sistema automatizado.

Criterios	Descripción
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Marco teórico fundamentado en elementos de tres modelos: modelo de resolución de problemas, modelo centrado en la tarea y modelo sistémico.
Posición de los actores en el registro	Profesional activo y directivo.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Herramienta informática

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.5.4 Hèstia, aplicación de la Administració Oberta de Catalunya

La informatización en los Servicios Sociales Básicos de Catalunya tiene una larga y amplia historia que, desafortunadamente, queda solo registrada en la memoria de las personas que han trabajado en ellos puesto que no se ha identificado bibliografía alguna que la relate.

El paso del papel a la informatización se realiza paralelamente al desarrollo del SIUSS, al que el Gobierno de la Generalitat de Catalunya no se sumó. Inicialmente, la Generalitat optó por una primera aplicación alojada en la web del propio departamento, recibió el nombre de TS92 y fue actualizada posteriormente a TS2000¹⁷⁹.

Paralelamente, en 1997, el Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona elaboró una aplicación en Microsoft Access, denominada GISSAP, que se instalaba en cada uno de los ordenadores (Ruiz y Fustier, 2006, p. 55). Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de Datos de Carácter Personal se plantearon la necesidad de desarrollar una nueva aplicación que, basándose en la anterior, ofreciese una mejor adaptación a la normativa y a las necesidades técnicas y profesionales. (Ibíd., p. 55). Es en 2005 cuando se implementa la aplicación *Xarxa d'Informació dels Serveis Socials d'Atenció Primària*¹⁸⁰, conocida como XISSAP.

Pero las soluciones informáticas para la gestión de expedientes sociales se iban sucediendo en distintos territorios de Catalunya: *Gestió d'Expedients de Serveis Socials* (GESS) en la demarcación de Girona (SUMAR, 2020). El *Sistema d'Informació d'Acció Social* (SIAS) del Ayuntamiento de Barcelona (Ajuntament de Barcelona, 2018; Fustier, 2018c). En esta línea

¹⁷⁹ Tal y como se ha señalado la historia de la informatización de los servicios sociales en Catalunya no ha quedado registrada (no ha sido posible localizar ninguna bibliografía sobre el tema); por tanto, el relato responde a la experiencia propia de la autora por su trabajo en el Sistema de Servicios Sociales de Catalunya.

¹⁸⁰ Trad. Red de información de los Servicios Sociales de Atención Primaria.

el Consell Comarcal del Tarragonés¹⁸¹ desarrolló una herramienta que denominó Hèstia y que, en 2013, cedió al Consorci Administració Oberta de Catalunya¹⁸² (Catalunya, 2013), que ha sido el encargado de desarrollarlo y facilitar su implementación en Catalunya. En 2019 había un total de 84 Áreas Básicas de Servicios Sociales (ABSS)¹⁸³ que lo utilizaban, con un total de 4.656 profesionales y datos relativos a más de 2,8 millones de personas (AOC, 2020).

Hestia es una herramienta no contiene una clasificación de diagnósticos sociales estructurados, sino que dispone lo que denominan “Problemáticas” (AOC, 2017, p. 42) que dan respuesta a la estructura de datos que solicita la Generalitat de Catalunya para elaborar las memorias anuales. Cabe decir que el Manual no contiene la definición de las *problemática* y que ésta se encuentra en la propia aplicación, como un documento de apoyo; esto ha llevado a algún municipio a elaborar un documento de fácil acceso con la clasificación y las definiciones (IMSST (AOC), 2017).

El modelo de gestión de datos que presenta Hèstia está orientado en la concepción de los Servicios Sociales como prescriptores de prestaciones, el conocido “binomio necesidad-recurso” formulado por Las Heras y Cortajanera (1978), del que hemos hablado con anterioridad¹⁸⁴. El modelo no está explicitado, pero, en cambio, se puede deducir de la forma en que se recogen los datos. Estudiando el manual de uso (AOC, 2017) podemos observar la configuración de las pestañas de recogida de información (ver Ilustración 7, página 201) que los datos que se recogen son: actuaciones, demandas, problemáticas, recursos, trámites, planes de intervención, vivienda y genograma. Es decir, el patrón que sigue para la recogida de datos es: actividad del profesional/servicio (actuaciones) → demanda de la persona usuaria → clasificación de la problemática → asignación de recurso.

¹⁸¹ Los Consells Comarcals son la entidad local, con personalidad jurídica propia, formada para la gestión de competencias y servicios locales (España, 2006, art. 92) y tienen asignado el desarrollo e implementación de los Servicios Sociales Básicos en municipios de menos de 20.000 habitantes (Catalunya, 2007, sec. 31.2)

¹⁸² El Consorcio Administració Oberta de Catalunya se crea mediante la Ley 29/2010, de 3 de agosto, del uso de medios electrónicos en el Sector Público de Catalunya y su misión es colaborar con la Administración de la Generalitat, las administraciones locales y otros organismos públicos para promover la interoperabilidad de los sistemas de información de las administraciones e implementar la administración electrónica. (Consorci AOC, 2020)

¹⁸³ En Catalunya existen un total de 104 Áreas Básicas de Servicios Sociales, 63 municipales y 41 comarcales (DTASiF, 2017); lo que significa que Hestia tiene una cobertura del 80% de las Áreas Básicas de Servicios Sociales.

¹⁸⁴ Ver apartado 2.2, página 58.

ILUSTRACIÓN 7. CAPTURA DE PANTALLA DE LAS PESTAÑAS DE RECOGIDA DE DATOS EN HÈSTIA

FUENTE. HÈSTIA. MANUAL D'ÚS (AOC, 2017, p. 37)

La imagen es, por si sola, muestra suficiente del modelo propuesto, pero nos parece significativo del modelo de metodología de intervención social que subyace a este aplicativo la secuencia que se establece para crear un nuevo expediente:

El formulari per a la creació d'expedients s'obre fent clic damunt el botó “Nou Expedient d'Atenció Primària” situat a la barra de navegació contextual del cercador.

Les dades que cal introduir per crear un expedient són:

- Situació d'Expedient: acollida, seguiment o tractament.
- Grau Risc: sense valorar, vulnerable, risc, alt risc.
- Sector: municipi al que pertany l'expedient¹⁸⁵. (AOC, 2017, p. 36)

Observamos que la secuencia para la creación del expediente incorpora la valoración del riesgo antes de la realización del diagnóstico y de completar el resto de recogida de información; lo cual muestra un desajuste con cualquier planteamiento metodológico (ver apartado 2.3, pág. 66).

4.5.4.1 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

Las *problemàtiques* se estructuran en nueve categorías: vivienda, económicas, laborales, salud y drogodependencias, discapacidades, aprendizaje, malos tratos familiares, carencias sociales y otros.

TABLA 17. CATEGORÍAS Y PROBLEMÁTICAS EN HESTIA

Categorías	Problemàtiques
Vivienda	Hacinamiento Barraquismo Desahucio Vivienda deficiente

¹⁸⁵ Trad. El formulario para la creación de expedientes se obtiene haciendo clic en el botón “Nuevo expediente de Atención Primaria” situado en la barra de navegación contextual del buscador. Los datos que se han de introducir para crear un expediente son: situación de expediente (acogida, seguimiento o tratamiento); grado de riesgo (sin valorar, vulnerable, riesgo, alto riesgo); sector (municipio al que pertenece el expediente). (AOC, 2017, p. 36)

Categorías	Problemáticas
	Falta de servicios/suministros Falta de vivienda
Económicas	Sin ingresos Deudas Ingresos insuficientes Administración deficiente
Laborales	Actividades marginales Prestación de desempleo Desempleo con subsidio Desempleo sin subsidio En búsqueda de primer trabajo Inadaptación laboral Falta de formación/orientación laboral Temporeros Trabajo esporádico Trabajo sumergido
Salud y drogodependencias	Alcoholismo Consumo de drogas Ludopatía Enfermedad de alto riesgo Enfermedad de Alzheimer y otras demencias Enfermedad física crónica Enfermedad física transitoria Enfermedad grave Enfermedad mental (crónica o transitoria)
Discapacidades	Discapacidad con movilidad reducida Discapacidad con necesidad de 3ª persona Discapacidad física Discapacidad intelectual Discapacidad sensorial
Aprendizaje	Absentismo escolar Analfabetismo Dificultades de aprendizaje escolar Escolaridad obligatoria inacabada Inadaptación escolar
Malos tratos familiares	Maltrato económico Maltrato físico Maltrato psíquico Maltrato / abuso sexual Negligencia / Abandono
Carencias sociales	Aislamiento físico Mendicidad Indigencia Indicios de trastornos mentales Falta de autonomía personal Dificultades en relaciones familiares/sociales Rechazo social Victimización

Categorías	Problemáticas
	Conductas asociales Conductas delictivas
Otros	Desatención institucional Problemas legales de extranjería Otros

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE IMSST (AOC) (2017)

4.5.4.2 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO HESTIA

TABLA 18. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO HESTIA

Criterios	Descripción
Autoría	Administración pública
Origen geográfico	Catalunya
Tipo de información.	Datos sencillos (binarios).
Estructura básica	9 categorías y un número variable de problemáticas por categoría
Desarrollo del instrumento	El instrumento tiene un árbol simple: se escoge la categoría para acceder a la problemática
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	Permite registrar dato de inicio y de final.
Síntesis de la información	Manual, no dispone de índice o resultado sintético
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Modelo “necesidades – recursos” ¹⁸⁶
Posición de los actores en el registro	Profesional es el actor principal.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Plataforma informática

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.5.5 DS-DIBA

La Diputació de Barcelona impulsó, desde el año 2012, la elaboración de una herramienta de diagnóstico para los Servicios Sociales de la provincia de Barcelona que permita «la estratificación de la población usuaria y la determinación de sus necesidades sociales» (Manzano, Pagès y Solé, 2016) creando el instrumento denominado DS-Diba.

Este instrumento cumple con las funciones siguientes:

- Identifica y estratifica grupos de riesgo entre las personas usuarias en base a la gravedad sus situaciones sociales.

¹⁸⁶ Este modelo no se encuentra propiamente entre los enfoques teóricos pero responde a una concepción que se extendió en la década de 1980 en España de la mano de Elvira Cortajanera y de Patrocinio de las Heras (1979).

- Permite valorar las necesidades sociales, discriminar las situaciones a atender, la prioridad e intensidad de la atención social.
- Ofrece una atención personalizada, mejora el continuum asistencial, favorece la equidad y mejora la eficiencia del Sistema Catalán de Servicios Sociales en su nivel básico. (Manzano et al., 2016)

En el proceso de elaboración y justificación del desarrollo de esta herramienta encontramos que se hace un reconocimiento explícito a las aportaciones técnicas (no metodológicas ni teóricas) del Trabajo Social, pero a su vez le asigna déficits que concretan de la siguiente manera:

Sin embargo se observan carencias en la prioridad de los casos así como en el cribado de acceso a las prestaciones y los servicios del sistema. En términos más generales, se observa también una débil eficacia en la estructuración del proceso de intervención social e impacto de la actuación en la ciudadanía. (Manzano et al., 2019, p. 176)

Los impulsores del instrumento asumen que la estructura propuesta

[...] debe abarcar y ser sensible a los ámbitos de actuación actuales de los equipos profesionales en su rol de facilitación y apoyo para el acceso a servicios y prestaciones de otros sistemas, acompañando a las personas en el ejercicio de sus derechos sociales. (Manzano, Pagés y Solé, 2019, p. 182)

En el plano de la intervención profesional consideran que este instrumento permite cubrir tres aspectos clave:

- Introducir objetividad en la gestión del caso
- Disponer de sistema de alerta ante cambios en el nivel de riesgo
- Disponer de un diagnóstico compartido entre profesionales. (Manzano et al., 2016).

El instrumento se estructura en «los tres ámbitos de necesidad social definidos en el Plan Estratégico de Servicios Sociales de Cataluña 2010-13 (Maluquer et al., 2010, p. 65 y ss)

- Autonomía: «necessitats vinculades amb l'estat permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i vinculades a la manca d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten de l'atenció d'altres persones o ajudes importants per realitzar activitats bàsiques de la vida diària

o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres suports per a la seva autonomia personal¹⁸⁷) (Maluquer et al., 2010, p. 68)

- Relacional: «situacions de necessitat derivades dels vincles socials, tant en l'entorn familiar com en el comunitari. És a dir que, en aquesta categoria, s'inclouran totes les situacions de necessitat en les quals el dèficit en les relacions socials, la manca de relacions i/o l'existència d'unes relacions disfuncionals creen risc a les persones en el seu desenvolupament psicosocial¹⁸⁸» (Ibíd., p. 69)
- Material e instrumental: «situacions de necessitat que tenen una expressió de tipus material, és a dir, vinculades amb la subsistència, i les que es vinculen amb la capacitat de les persones per assolir aquesta subsistència autònoma¹⁸⁹» (Ibíd., p. 70).

Los ámbitos de necesidad se estructuran en siete entornos de intervención de los servicios sociales, aunque esta clasificación por entornos reconocen que tiene un carácter «meramente funcional y tiene como objeto ayudar a los y las profesionales en el proceso de identificación de las situaciones sociales» (Manzano et al., 2019, p. 181)

TABLA 19. TIPOS DE NECESIDAD Y ENTORNOS DE INTERVENCIÓN EN DS-DIBA

Tipo de necesidad	Entorno
Autonomía	Vida diaria e instrumental
Material o instrumental	Vivienda
	Económica
Relacional	Laboral
	Escolar
	Familiar
	Social

FUENTE. ADAPTACIÓN DE MANZANO, PAGÉS, Y SOLÉ (2019, p. 182)

Partiendo de estas primeras clasificaciones se han descrito un total de «31 situaciones sociales susceptibles de intervención por parte de los servicios sociales básicos» (Manzano, Pagés, y Solé, 2019, p. 182).

¹⁸⁷ Trad.: «necesidades vinculadas al estado permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y vinculadas a la falta de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan la atención de otras personas, ayudas importantes por las actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, otros apoyos para su autonomía personal» (Maluquer et al., 2010, p. 68)

¹⁸⁸ Trad.: «situaciones de necesidad derivadas de los vínculos sociales, tanto en el entorno familiar como en el comunitario. Es decir que, en esta categoría, se incluirán todas las situaciones en las cuales el déficit de las relaciones sociales, la falta de relaciones y/o la existencia de unas relaciones disfuncionales crean riesgo a las personas en su desarrollo psicosocial. (Maluquer et al., 2010, p. 69)

¹⁸⁹ Trad.: «situaciones de necesidad que tienen una expresión de tipo material, es decir, vinculadas a la subsistencia, y las que se vinculan con la capacidad de las personas para alcanzar esta subsistencia de manera autónoma» (Maluquer et al., 2010, p. 70)

ILUSTRACIÓN 8. CUADRO DE NECESIDADES SOCIALES POR TIPOS DE NECESIDAD

Situaciones sociales		
Autonomía	Material o instrumental	Relacional
- Falta de autonomía personal en las actividades básicas de la vida diaria - Falta de autonomía personal en las actividades instrumentales de la vida diaria	- Falta de vivienda - Vivienda deficiente - Vivienda insegura - Vivienda masificada - Riesgo de pérdida o falta servicios / suministros - Sin ingresos - Ingresos insuficientes - Mala administración - Falta de calificación y/o orientación laboral - Falta de competencias profesionales transversales	- Dificultades de aprendizaje en la escuela - Falta de habilidades relacionales en la escuela - Educación obligatoria inacabada - Absentismo - Acoso escolar - Maltrato - Abuso sexual - Negligencia con personas vulnerables - Dificultad de asumir responsabilidades familiares y sociales - Estrés derivado de la situación familiar - Sobre-responsabilidad - Dificultades en las relaciones familiares - Falta de recursos personales y autonomía en la toma de decisiones - Falta de higiene o desorden en la vivienda - Dificultades en las relaciones sociales y la participación en la comunidad - Rechazo social - Adicciones - Negligencia institucional - Actividades marginales

FUENTE: MANZANO, PAGÉS Y SOLÉ (2019, P. 182)

4.5.5.1 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

Los elementos que componen el instrumento son los siguientes (Diputació de Barcelona, 2018, p. 2):

- Problemática: existencia de una discrepancia entre lo que es, el estado actual, y lo que debería ser, estado deseado.
- Gravedad: valoración de la intensidad de la problemática en base a las consecuencias o al daño que produce en la persona o familia. Se clasifican en tres niveles: baja, moderada o alta.
- Frecuencia: se refiere a la repetición reiterada y a intervalos de la problemática. Se gradúa en tres niveles: ocasional, frecuente o continua.
- Factores de protección / contextualización: relacionados con el caso y vinculados con el individuo, su posicionamiento y el contexto del entorno que podrían inhibir, reducir o atenuar la problemática.
- Grado de riesgo: situación de vulnerabilidad de la persona en función de circunstancias, elementos y/o causa que contribuyen, influyen o facilitan la fragilidad de la persona. Se gradúa en tres niveles: vulnerabilidad, riesgo o alto riesgo.

En relación con los *factores de contexto* (protección/ riesgo) se han identificado 43 factores de contexto; unos de carácter global y otros vinculados a los tipos de necesidad.

TABLA 20. FACTORES DE CONTEXTO: RIESGO Y PROTECCIÓN EN DS-DIBA

Ámbito	Factores de protección	Factores de riesgo
Global	– La persona y/o familia tiene conciencia y acepta la dificultad/enfermedad causante de la situación – La persona y/o familia acepta el apoyo y la orientación profesional. – La persona conoce y tiene una actitud proactiva y participativa hacia el sistema y las redes de protección.	– La persona y/o familia no tiene conciencia y/o no acepta la enfermedad/dificultad causante de su situación. – La persona y/o familia no acepta el apoyo y la orientación profesional. – La persona no tiene una actitud activa ni participativa hacia los sistemas y redes de protección y/o tiene un posicionamiento victimista respecto a ellos. – Composición familiar vulnerable (monoparental, familias numerosas de categoría especial, etc.)
Necesidades de autonomía	– La enfermedad causante del déficit de autonomía está diagnosticada y en tratamiento – La persona tiene reconocidos el grado de discapacidad y / o dependencia – La persona es usuaria de un servicio, recurso o prestación en función de su enfermedad, discapacidad o situación de dependencia – Hay una red familiar y / o social de apoyo implicada en el cuidado – La persona sigue con regularidad el tratamiento médico y / o tiene hábitos saludables por su situación de salud	– Se prevé que el déficit de autonomía de la persona se agrave en un corto plazo (durante el año) – La enfermedad causante del déficit de autonomía no está diagnosticada y en tratamiento – La persona no sigue con regularidad el tratamiento médico prescrito y/o no tiene unos hábitos saludables por su situación de salud – No existe una red familiar y/o social que se implique en el cuidado – Cuidador/a habitual en riesgo o en situación de claudicación – La situación y/o características del domicilio agravan el déficit de autonomía de las personas que viven – La persona con déficit de autonomía tiene responsabilidades/cargas familiares
Necesidades materiales o instrumentales	– Una o más personas de la familia dispone de ingresos estables (pensiones, prestaciones, rentas, etc.). – Una o más personas de la familia dispone de ahorros – Una o más personas de la familia dispone de patrimonio aparte de la primera residencia	– Existe un impago de pensiones de manutención y la correspondiente demanda judicial – Existen responsabilidades y cargas familiares que agravan la falta de recursos materiales/instrumentales – Hay un endeudamiento creciente e inalcanzable con los recursos disponibles

Ámbito	Factores de protección	Factores de riesgo
	– Una o más personas de la familia dispone de trabajo estable. – Existe red familiar o relacional dispuesta a ofrecer apoyo económico – En caso de separación o divorcio hay convenio regulador y se cumplen sus términos – La persona tiene una buena predisposición para formarse y/o trabajar – Se dispone de una vivienda habitual por la que no se debe asumir ningún gasto o es una vivienda social	
Necesidades relacionales	– La persona y/o familia muestra una vinculación relacional positiva con la familia extensa o sus redes de amigos y relaciones – La persona está vinculada y participa activamente con la comunidad, entidades o asociaciones de su entorno – Existe red familiar o relacional dispuesta a ofrecer apoyo y acompañamiento – En el caso de infancia que el niño/a mantiene relación afectiva con adultos de referencia e iguales – En el caso de infancia que el niño/a muestra una autonomía personal adecuada para su edad – En el caso de infancia que el niño/a participa en actividades fuera del entorno familiar o escolar – La persona/familia es usuaria de recursos/servicios dirigidos a cubrir la necesidad en el ámbito relacional (escolar, familiar o comunitario)	– Existe una red social (vecinos/as, amigos-as, familia extensa...) que ejerce una influencia negativa – Sospecha o diagnóstico de enfermedad mental que agravan la situación – Existe una problemática de salud no diagnosticada que agrava la situación – En el caso de infancia que el niño/a no mantiene relación afectiva con adultos de referencia e iguales – En el caso de infancia que el niño/a no muestra una autonomía personal adecuada para su edad – En el caso de infancia que el niño/a no participa en actividades fuera del entorno familiar o escolar

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE MANZANO, PAGÉS Y SOLÉ (2019, p. 183-184)

El instrumento se presenta en un soporte informático individual¹⁹⁰ se estructura en tres partes: ficha del caso, completar el diagnóstico y consultar el resumen (valoración) (Diputació de Barcelona, 2018, p. 4); además incorpora una pestaña de apoyo en la que constan todas las definiciones. En la parte “Valoración” se ofrece un resumen de las situaciones sociales identificadas y el grado de riesgo según la gravedad y la frecuencia y los factores de contextualización; además ofrece una valoración “Riesgo automático según situación” y da la opción de modificación por parte de los profesionales de los servicios sociales básicos en una casilla específica “Riesgo determinado por el profesional” (Diputació de Barcelona, 2018, p. 9).

TABLA 21. ELEMENTOS PARA ESTRUCTURAR EL DIAGNÓSTICO POR ENTORNOS SEGÚN EL INSTRUMENTO DS-DIBA

Entorno	Situación Social	Gravedad	Frecuencia	Riesgo
Autonomía	Falta de autonomía personal en las actividades básicas de la vida diaria (A.1)	Baja	Ocasional	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo
		Moderada	Ocasional	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
		Alta	Ocasional	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
	Falta de autonomía personal en las actividades instrumentales de la vida diaria (A.2)	Baja	Ocasional	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo
		Moderada	Ocasional	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
		Alta	Ocasional	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
Vivienda	Falta de Vivienda (H.1)	Moderada	Ocasional	Vulnerabilidad
			Frecuente	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
	Vivienda deficiente (H.2)	Moderada	Ocasional	Vulnerable
			Continua	Riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
	Vivienda insegura (H.3)	Baja	Ocasional	Vulnerabilidad
			Frecuente	Vulnerabilidad
			Permanente	Riesgo
		Moderada	Ocasional	Riesgo
			Frecuente	Riesgo
			Permanente	Alto riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
	Vivienda masificada (H.4)	Baja	Ocasional	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo

¹⁹⁰ El soporte informático es un archivo de Microsoft Excel con macros habilitadas.

Entorno	Situación Social	Gravedad	Frecuencia	Riesgo
		Moderada	Ocasional	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo
		Alta	Ocasional	Vulnerabilidad
			Continua	Alto riesgo
	Riesgo de pérdida o falta de servicios/suministros (H.5)	Baja	Ocasional	Vulnerabilidad
			Frecuente	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo
		Moderada	Ocasional	Riesgo
			Frecuente	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
Económico	Sin ingresos (E.1)	Moderada	Ocasional	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
	Ingresos insuficientes (E.2)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada	No se valora	Riesgo
		Alta	Ocasional	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
	Mala administración (E. 3)	Baja	Frecuente	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo
		Moderada	Frecuente	Vulnerabilidad
			Continua	Alto riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
Entorno laboral	Falta de calificación y/o orientación laboral (I. 1)	Baja	Ocasional	Vulnerabilidad
			Frecuente	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo
		Alta	Ocasional	Riesgo
			Frecuente	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
	Falta de competencias profesionales transversales (I. 2)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Alta	No se valora	Riesgo
Entorno escolar	Dificultades de aprendizaje en la escuela (ES. 1)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada		Riesgo
		Alta		Alto riesgo
	Falta de habilidades relacionales en la escuela (ES. 2)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada		Riesgo
		Alta		Alto riesgo
	Obligatorio inacabada (ES. 3)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada		Riesgo
		Alta		Alto riesgo
	Absentismo (ES. 4)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada	Ocasional	Vulnerabilidad
			Prevalente	Riesgo

Entorno	Situación Social	Gravedad	Frecuencia	Riesgo
		Alta	Continuo	Riesgo
			Ocasionales	Alto riesgo
			Prevalente	Alto riesgo
			Continuo	Alto riesgo
	Acoso escolar (ES. 5)	Baja	Ocasionales	Vulnerabilidad
			Prevalente	Riesgo
			Continuo	Riesgo
		Moderada	Ocasionales	Vulnerabilidad
			Prevalente	Riesgo
			Continuo	Alto riesgo
		Alta	Ocasionales	Alto riesgo
			Prevalente	Alto riesgo
			Continuo	Alto riesgo
Entorno familiar	Maltrato	Moderada	Ocasional	Riesgo
			Frecuente	Riesgo
			Continua	Alto riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
	Abuso sexual (F. 2)	Alta	No se valora	Alto riesgo
	Negligencia con personas vulnerables (F.3)	Moderada	No se valora	Riesgo
		Alta	Ocasional	Alto riesgo
			Continua	Se considera como abuso de menores (F. 1)
	Dificultad de asumir responsabilidades familiares y sociales (F.4)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada	No se valora	Riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
	Estrés derivado de la situación familiar (F. 5)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada	No se valora	Riesgo
			Frecuente	Riesgo
		Alta	Continua	Alto riesgo
	Sobre-responsabilidad (F. 6)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada	Ocasional	Vulnerabilidad
			Frecuente	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
	Dificultades en las relaciones familiares (F. 7)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada		Riesgo
		Alta		Alto riesgo
	Falta de recursos personales y autonomía en la toma de decisiones (8 F)	Baja	Ocasional	Vulnerabilidad
			Frecuente	Vulnerabilidad
			Continua	Riesgo
		Moderada	Ocasional	Vulnerabilidad
			Frecuente	Riesgo
			Continua	Riesgo
		Alta	Continua	Alto riesgo

Entorno	Situación Social	Gravedad	Frecuencia	Riesgo
Entorno social	Falta de higiene o desorden en la vivienda (f. 9)	Baja	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada		Riesgo
		Alta		Alto riesgo
	Dificultades en las relaciones sociales y la participación en la comunidad (s. 1)	Moderada	No se valora	Vulnerabilidad
		Alta	Ocasional	Riesgo
			Frecuente	Alto riesgo
	Rechazo social (s. 2)	Moderada	No se valora	Riesgo
		Alta		Alto riesgo
	Adicciones (s. 3)	Bajo	No se valora	Vulnerabilidad
		Moderada	Frecuente	Riesgo
			Continuo	Alto riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo
	Negligencia institucional (s. 4)	Alta	Ocasional	Riesgo
			Frecuente	Alto riesgo
	Actividades marginales (s. 5)	Moderada	Frecuente	Vulnerabilidad
			Continuo	Riesgo
		Alta	No se valora	Alto riesgo

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DIPUTACIÓ DE BARCELONA (2018)

4.5.5.2 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO DS-DIBA

TABLA 22. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO DS-DIBA

Criterios	Descripción
Autoría	Administración pública
Origen geográfico	Catalunya
Tipo de información.	Datos semi-complejos: situaciones sociales binarias con el matiz de gravedad y frecuencia.
Estructura básica	7 entornos, 31 situaciones sociales
Desarrollo del instrumento	Las situaciones sociales y los factores de gravedad y frecuencia están definidos, así como los factores de riesgo y de protección que influyen en la situación
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	Permite registrar cambio de gravedad en un nuevo diagnóstico, el documento no permite guardar distintos diagnósticos de la misma persona o unidad de convivencia.
Síntesis de la información	Automatizado, dispone de índice o resultado sintético
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Se orienta desde una perspectiva de sistema: priorización, estratificación, segmentación.
Posición de los actores en el registro	Profesional es el actor principal.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Archivo Microsoft Excel con macros que automatizan procesos.

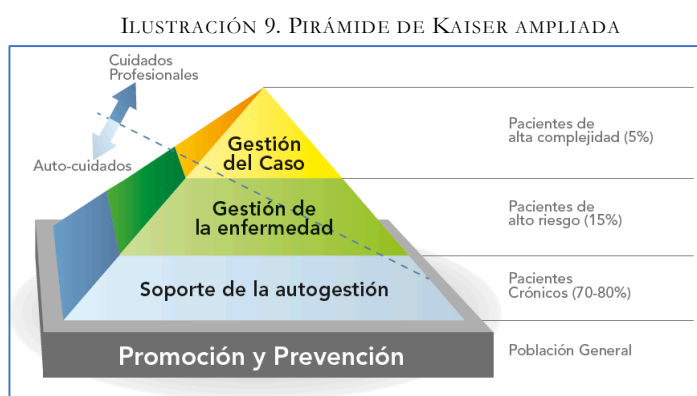
FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.5.6 Matriz de autosuficiencia, versión Catalunya (SSM-C)

El año 2014 se aprueba en Catalunya la creación del Pla Interdepartamental de Atenció i Interacció Social y Sanitaria (PIAISS) (Catalunya, 2014) con la misión de «Promoure i participar en la transformació del model d'atenció social i sanitària per tal de garantir una atenció integrada i centrada en la persona, capaç de donar resposta a les seves necessitats¹⁹¹». (Ledesma, 2014, p. 2).

Una de las prioridades es identificar el grupo de población que presenta o puede presentar necesidades complejas en la atención, tanto social como sanitaria; en este sentido, se trabaja en buscar una herramienta que facilite la estratificación por nivel de complejidad en las necesidades sociales de forma similar a la forma en que se ha establecido en el ámbito sanitario.

El sistema sanitario dispone de instrumentos para estratificar que han dado lugar a una clasificación en cuatro grandes grupos, en relación con la salud, que se ha representado mediante una pirámide elaborada por Kaiser Permanente¹⁹²: población general a la que atender mediante la promoción y la prevención, pacientes crónicos a los que atender mediante apoyo a la autogestión, pacientes de alto riesgo que serán atendidos mediante la gestión de su enfermedad y, finalmente, pacientes de alta complejidad que serán atendidos mediante gestión del caso. Cada uno de estos grupos se identifica en términos porcentuales respecto del total de la población, tal como se puede ver en la Ilustración 9.



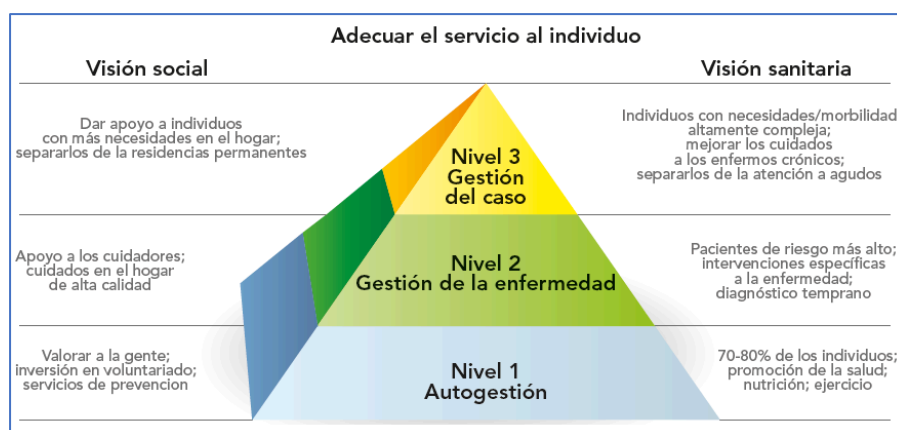
FUENTE. OSAKIDETZA (2010, p. 17)

¹⁹¹ Trad. «Promover y participar en la transformación del modelo atención social y sanitaria para garantizar una atención integrada y centrada en la persona, capaz de dar respuesta a sus necesidades» (Ledesma Castelltort, 2014, p. 2)

¹⁹² Kaiser Permanente es la mayor organización sin ánimo de lucro en el ámbito de la atención a la salud en Estados Unidos de América, atendiendo a casi 9 millones de personas. (Ham y Curry, 2011)

Con posterioridad, King's Fund¹⁹³, en el Reino Unido, realizó una adaptación a la pirámide en la que combinaba la visión sanitaria y social identificando, para cada nivel, que atención social sería necesaria.

ILUSTRACIÓN 10. PIRÁMIDE DEFINIDA POR KING'S FUND PARA EL REINO UNIDO



FUENTE. OSAKIDETZA (2010, p. 18)

Trabajando en la misma línea, se lanzó un proyecto de investigación en el que participaron la Diputación de Barcelona, el Plan Interdepartamental de Interacción Social y Sanitaria (PIAISS), el Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Sabadell, con la finalidad de revisar los sistemas existentes de identificación de las necesidades complejas de atención social (Hilarión et al., 2016, p. 1).

En el proceso de investigación liderado por la Diputación de Barcelona, se identifican un total de treinta y un instrumentos que tras una revisión completa se redujeron a ocho:

[...] (interRAI, Northern Ireland Single Assessment Tool, Caseload Management Model, Self-sufficiency matrix, OARS, Gijón, TIR, Outcomes Star). The main reasons for dismissal were: a lack of fully formed instrument or a concept deemed to be too detached from that of social complexity¹⁹⁴. (Hilarión et al., 2016, p. 2)

En una fase posterior se seleccionan tres instrumentos de interés (Ballester, 2015, p. 7), uno de los cuales es la versión neerlandesa de Self-Sufficiency Matrix. Se valora especialmente de este instrumento: su gradualidad (ámbitos y niveles), su versatilidad para ser utilizada tanto en una fase de cribado como en una fase de diagnóstico en profundidad, la facilidad de uso

¹⁹³ King's Fund es una organización no gubernamental independiente que trabaja por la mejora de la salud y la atención sanitaria en Inglaterra. (*The King's Fund*, s. f.)

¹⁹⁴ Trad.: «(interRAI, Northern Ireland Single Assessment Tool, Caseload Management Model, Self-sufficiency matrix, OARS, Gijón, TIR, Outcomes Star). Las principales razones para el descarte fueron: la falta de un instrumento completo o un concepto demasiado alejado del de complejidad social» (Hilarión et al., 2016, p. 2)

por distintos perfiles profesionales y porque, además, supone un cambio de paradigma que traslada el centro de los problemas a la autosuficiencia y el empoderamiento (Ballester, 2015).

Posteriormente, la Generalitat de Catalunya, mediante el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, toma el relevo a la Diputación de Barcelona, con la que habían estado colaborando en el proceso de investigación, y deciden realizar una adaptación para su implantación en Catalunya.

Después de los trabajos de adaptación se presenta como un instrumento para los Servicios Sociales Básicos como

[...] una eina innovadora per a professionals dels serveis socials que facilita la detecció i la diagnosi de casos complexos i n'orienta la intervenció i el seguiment. Per primer cop s'aporta i s'unifica un sistema d'avaluació ja que, fins ara, cada ens local tenia les seves instruccions internes per a l'avaluació de casos i derivacions a serveis¹⁹⁵. (DTASiF, 2019)

4.5.6.1 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

La matriz de autosuficiencia adaptada para Catalunya consta de trece dimensiones, a las que se suman cuatro para casos de adultos con menores a cargo, y en la infografía de presentación se hace constar que se ha realizado una prueba piloto en áreas básicas de servicios sociales y de salud (DTASiF, 2019). Las dimensiones del SSM-C son: economía, trabajo y formación, uso del tiempo, alojamiento, relaciones en la unidad de convivencia, salud mental, salud física, consumo de drogas, actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), relaciones sociales, participación en la comunidad y aspectos judiciales y de orden público (DTASiF, 2018)

En relación con las instrucciones, se hace constar que el proceso siempre debe iniciarse desde los indicadores del nivel “completamente autosuficiente” y, en caso de que no se ajusten a la realidad de la persona, se deberá ir reduciendo el nivel de uno en uno.

¹⁹⁵ Trad. [...] una herramienta innovadora para profesionales de los servicios sociales que facilita la detección y el diagnóstico de casos complejos y orienta a la intervención y el seguimiento. Por primera vez se aporta y se unifica un sistema de evaluación ya que, hasta ahora, cada administración local tenía sus instrucciones internas para la evaluación de casos y derivaciones a servicios.

TABLA 23. DIMENSIONES E INDICADORES POR NIVELES DEL MODELO SELF-SUFFICIENCY MATRIX - C

Dominio	Nivel	Descripción
Economía	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• Sin ingresos. • Deudas complejas y crecientes.
	2 – No autosuficiente	• Ingresos insuficientes para cubrir las necesidades básicas o gastos no planificados e inapropiados. • Deudas crecientes
	3 – Muy poco autosuficiente	• Ingresos procedentes de prestaciones o ayudas sociales para cubrir las necesidades básicas • Gastos apropiados • Las posibles deudas son al menos estables o los ingresos/deudas están controladas por otra persona.
	4 – Bastante autosuficiente	• Ingresos procedentes del trabajo o pensiones de la Seguridad Social o otras rentas privadas para cubrir las necesidades básicas. • Las posibles deudas están gestionadas autónomamente. • Las posibles deudas se van reduciendo.
	5 – Completamente autosuficiente	• Fuente de ingresos procedentes del trabajo o de pensiones de la Seguridad Social o otras rentas privadas. • Se dispone de dinero a final de mes • No hay deudas
Trabajo y formación	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• Sin trabajo y sin trayectoria laboral / sin actividad formativa o trabajo no regulado sin cumplimiento de las condiciones mínimas de higiene y seguridad, muy insegura. • No busca trabajo.
	2 – No autosuficiente	• Sin trabajo y sin trayectoria laboral, pero buscando trabajo o inscrito en actividades de formación, pero sin asistencia regular o despido / expulsión / abandono inminente • Trabajo no regulado
	3 – Muy poco autosuficiente	• Participa en actividades para encontrar trabajo o trabajo por debajo del nivel de cualificación. • Inscrito en centro educativo, pero con bajo rendimiento curricular • Inactivo, parado por voluntad propia y sin obligación de buscar trabajo
	4 – Bastante autosuficiente	• Participa programa para reincorporarse en el mercado laboral o trabajo temporal o asistencia a centro educativo para adquirir la cualificación de nivel básico (graduado en ESO o formación profesional básica). • Sin necesidad de formarse o de trabajar.
	5 – Completamente autosuficiente	• Trabajo estable o asistencia a centro de educación secundaria o superior (ciclos formativos, bachillerato o estudios superiores)
Uso del tiempo	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• Ausencia de actividades significativas para la persona/provechosas y/o sin estructuración del uso del tiempo. • Ritmo horario día-noche altamente alterado
	2 – No autosuficiente	• Prácticamente sin actividades significativas para la persona / provechosas

Dominio	Nivel	Descripción
		• Muy poca estructuración del tiempo • Ritmo horario día – noche irregular
	3 – Muy poco autosuficiente	• Insuficientes actividades significativas para la persona/provechosas, pero suficiente estructuración del tiempo o algunas irregularidades del ritmo horario día-noche
	4 – Bastante autosuficiente	• Suficientes actividades significativas para la persona/provechosas y el ritmo horario día-noche no afecta negativamente a la rutina diaria.
	5 – Completamente autosuficiente	• En general, uso del tiempo de manera significativa para la persona y provechosa. • Ritmo horario día-noche saludable
Alojamiento	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• Sin hogar y/o en equipamientos de atención nocturna
	2 – No autosuficiente	• En alojamiento inadecuado como residencia permanente o no se puede permitir pagar la hipoteca / alquiler actual o riesgo de desahucio.
	3 – Muy poco autosuficiente	• Alojamiento estable pero marginalmente adecuado o subarriendo ilegal o tipo de vivienda no autónoma
	4 – Bastante autosuficiente	• En alojamiento estable, seguro y adecuado, contrato (de alquiler) sujeto a determinados requisitos o • Tipo de vivienda parcialmente autónoma, con apoyos intermitentes
	5 – Completamente autosuficiente	• Alojamiento autónomo, estable, seguro y adecuado, de propiedad o con contrato de alquiler.
Relaciones de la unidad convivencia	1 – Crítico	• Violencia en la unidad de convivencia/ maltrato infantil/ negligencia.
	2 – No autosuficiente	• Problemas continuados de relación entre los miembros de la unidad de convivencia o riesgo inminente de violencia dentro de la unidad de convivencia/ maltrato infantil/ negligencia.
	3 – Apenas autosuficiente	• Reconoce problemas de relación con los miembros de la unidad de convivencia • Con voluntad de cambiar los comportamientos negativos.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	• Ya no existen problemas de relación con los miembros de la unidad de convivencia o vive solo/a
	5 – Completamente autosuficiente	• Da apoyo a la unidad de convivencia y lo obtiene cuando es necesario • Hay comunicación consistentemente abierta entre los miembros de la unidad de convivencia
Salud mental	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• Emergencia de salud mental o deterioro cognitivo. • Peligro para sí mismo o para otros.
	2 – No autosuficiente	• (sospecha) enfermedad mental o deterioro cognitivo recurrente sin riesgo para si mismo ni para otros. • Graves dificultades de funcionalidad diaria por los problemas de salud mental • Sin tratamiento.

Dominio	Nivel	Descripción
	3 – Muy poco autosuficiente	• (sospecha) enfermedad mental • Dificultades de funcionalidad diaria por los problemas de salud mental • Baja adhesión al tratamiento o se presentan dificultades aún siguiendo el tratamiento
	4 – Bastante autosuficiente	• Mínimas señales de inestabilidad mental como respuesta previsible a los factores estresantes de la vida y/o solo afectación ligera en la funcionalidad diaria y/o buen tratamiento
	5 – Completamente autosuficiente	• Buen estado de salud mental • Solo problemas o preocupaciones cotidianas
Salud física	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• Situación crítica o urgencia • Necesita atención médica inmediata.
	2 – No autosuficiente	• Problemas de salud física (crónica) que necesita tratamiento médico. • La funcionalidad está gravemente obstaculizada a causa de problemas de salud física • Sin (seguir) tratamiento (aún teniendo enfermedad física).
	3 – Muy poco autosuficiente	• Problemas de salud física • Dificultades de funcionalidad diaria a causa de problemas de salud física • Baja adhesión al tratamiento o se presentan dificultades físicas aún siguiendo el tratamiento
	4 – Bastante autosuficiente	• Pequeñas molestias físicas en el desarrollo de las actividades cotidianas • Ligeras dificultades en la funcionalidad diaria a causa de molestias físicas • En caso de enfermedad física, buen seguimiento del tratamiento o no necesita tratamiento
	5 – Completamente autosuficiente	• Buena salud física • Estilo de vida saludable (alimentación sana y actividad física suficiente)
Consumo de drogas	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• Grave trastorno por consumo de drogas • El consumo de drogas provoca problemas físicos/ mentales que requieren atención médica inmediata, como por ejemplo sobredosis / psicosis inducida por drogas / problemas cardíacos o respiratorios.
	2 – No autosuficiente	• Trastorno por consumo de drogas (adicción) • El consumo provoca/ empeora problemas de salud física / mental. • Sin tratamiento (aún estando el consumo activo)
	3 – Muy poco autosuficiente	• Consumo de drogas, • Problemas en casa / centros educativos o de formación / lugar de trabajo, pero sin problemas de salud física o mental asociados al consumo de drogas • Baja adhesión al tratamiento o se presentan dificultades aún siguiendo el tratamiento

Dominio	Nivel	Descripción
	4 – Bastante autosuficiente	- Consumo de drogas no problemático o pese a tener deseo intenso de consumir (craving) no hay consumo o tratamiento con medicación potencialmente adictiva con prescripción médica pero no auto medicándose - No hay problemas relacionados con el consumo de drogas
	5 – Completamente autosuficiente	- No consume nada excepto alcohol - El posible consumo de alcohol se encuentra dentro de lo que se considera sin riesgo - Sin deseo intenso de consumir (craving)
Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	- No realiza una o más ABVD - Inanición o deshidratación o incontinencia fecal.
	2 – No autosuficiente	Tiene limitaciones para hacer mas de una de las ABVD
	3 – Muy poco autosuficiente	Lleva a cabo todas las ABVD, pero tiene dificultades para realizar alguna (solo una)
	4 – Bastante autosuficiente	- No hay limitaciones en la realización de las ABVD - Uso de ayudas técnicas o productos de apoyo como bastón/ andador / productos para la incontinencia/ ayudas para la alimentación
	5 – Completamente autosuficiente	- No hay limitaciones en la realización de las ABVD - No necesita ayudas técnicas o productos de apoyo para realizar las ABVD.
Actividades instrumentales de la vida diaria	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	- No realiza más de una de las áreas de AIVD - Suciedad en el hogar o dificultades en el manejo de la medicación (insuficiente o excesiva) o del dinero o intoxicación alimentaria
	2 – No autosuficiente	No realiza una de las áreas de AIVD o tiene limitaciones para realizar más de una de las AIVD
	3 – Muy poco autosuficiente	- Lleva a cabo todas las AIVD - Tiene limitaciones en realizar un área (solo una)
	4 – Bastante autosuficiente	- No hay limitaciones en la realización de las AIVD - Uso de ayudas técnicas como apoyo para viajar en transporte público / para el manejo de dinero/ para pequeñas reparaciones en la casa / para la limpieza en general
	5 – Completamente autosuficiente	- No hay limitaciones en la realización de las AIVD - No necesita ayudas técnicas ni productos de apoyo para realizar las AIVD.
Relaciones sociales	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	- Grave aislamiento social - Sin contacto con la familia - Sin relaciones sociales de apoyo o solo relaciones sociales negativas
	2 – No autosuficiente	- Poco contacto con la familia - Muy pocas relaciones sociales de apoyo - Muchas relaciones sociales negativas
	3 – Muy poco autosuficiente	- Algún contacto con la familia - Algunas relaciones sociales de apoyo - Pocas relaciones sociales negativas

Dominio	Nivel	Descripción
Participación en la comunidad	4 – Bastante autosuficiente	• Suficiente contacto con la familia • Suficientes relaciones sociales de apoyo • Prácticamente ninguna relación social negativa
	5 – Completamente autosuficiente	• Red de relaciones sociales saludable • Muchas relaciones sociales de apoyo • Ninguna relación social negativa
	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• No aplicable por situación de crisis o en modo de supervivencia o genera graves molestias en la comunidad
	2 – No autosuficiente	• Aislado/a de la comunidad o representa una molestia para la comunidad.
	3 – Muy poco autosuficiente	• Muy poca participación en la comunidad (solo asistencia) o únicamente usa los recursos asistenciales.
Aspectos judiciales y de orden público	4 – Bastante autosuficiente	• Participa en la comunidad, pero tiene limitaciones derivadas de barreras como el transporte, cuidado de personas dependientes o niños.
	5 – Completamente autosuficiente	• Participación en la comunidad (contribución)
	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• Muy frecuente (mensual) contacto con la policía, denuncias o comunicados policiales o buscado por la policía.
	2 – No autosuficiente	• Frecuente contacto con la policía, denuncias o comunicados policiales (varias veces al año) o causas pendientes.
	3 – Muy poco autosuficiente	• Puntualmente tiene contacto con la policía, denuncias o comunicados policiales (una vez al año) o condena/libertad condicional.
	4 – Bastante autosuficiente	• De forma esporádica tiene contacto con la policía, denuncias o comunicados policiales (menos de una vez al año) o tiene antecedentes penales.
	5 – Completamente autosuficiente	• Ningún contacto con la policía denuncia o comunicado policial. • Ningún antecedente penal.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DTASiF (2018)

TABLA 24. DIMENSIONES E INDICADORES RELACIONADOS CON EL EJERCICIO DE LA PARENTALIDAD; SELF-SUFFICIENCY MATRIX CATALÁN

Dominio	Nivel	Descripción
Atención física	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	• La integridad física de niño/a está en riesgo debido al maltrato físico o a la negligencia en la atención a las necesidades físicas básicas y/o ha sufrido más de 3 accidentes domésticos graves en un año.
	2 – No autosuficiente	• Limitaciones en la cobertura de las necesidades físicas básicas, sin que supongan un riesgo para la seguridad del/de los niños/as. • El niño/a ha sufrido accidentes domésticos de manera frecuente (3 veces el año anterior). • El niño/a presenta señales de maltrato físico.

Dominio	Nivel	Descripción
	3 – Muy poco autosuficiente	No hay notificación de maltrato físico o negligencia. Habitualmente las necesidades físicas básicas están cubiertas. Ha tenido diversos accidentes domésticos (dos en el último año) y/o se identifican algunos riesgos para la seguridad física evitables.
	4 – Bastante autosuficiente	Necesidades físicas básicas (ropa, alimentación, higiene y atención/seguimiento médico) están siempre cubiertas. Algún accidente doméstico esporádico (uno en un año), pero no hay presencia de riesgos evitables para la integridad física.
	5 – Completamente autosuficiente	Las necesidades físicas básicas están siempre cubiertas. No hay accidentes domésticos y hay un entorno físicamente seguro. Los progenitores/tutores/ guardadores fomentan un estilo de vida saludable (alimentación sana, actividad física suficiente).
Apoyo socioemocional	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	El bienestar psicológico del niño/a está claramente en riesgo. Maltrato psicológico o negligencia. Los progenitores/ tutores/ guardadores aíslan al/a los niños/as y/o promueven comportamientos indeseados o inadecuados.
	2 – No autosuficiente	Los progenitores / tutores/ guardadores no ponen límites o son inadecuados para la edad del menor y/o limitan las relaciones con otros niños/as de la misma edad y/o disuaden de seguir comportamientos considerados socialmente aceptados/esperados. El niño/a presenta signos de maltrato psicológico.
	3 – Muy poco autosuficiente	No hay notificación de maltrato psicológico o negligencia. Los progenitores / tutores/ guardadores establecen límites adecuados a la edad del niño/a, pero no son consistentes y/o no muestran interés en que el niño/a se relacione con otros niños/as de edades similares y/o no se implican activamente en el desarrollo del niño/a.
	4 – Bastante autosuficiente	Los progenitores / tutores/ guardadores establecen límites adecuados a la edad del niño/a de forma consistente y muestran interés en que se relacione con otros niños/as de edades similares.
	5 – Completamente autosuficiente	Los progenitores / tutores/ guardadores establecen límites razonables y adecuados a la edad del niño/a de manera consistente. Estimulan las relaciones con niños/as de edades similares. Actúan como un modelo a seguir.
Escolarización	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	Uno o más de los niños en edad escolar no está/n inscrito/s en la escuela y/o no asisten a clase (absentismo escolar).
	2 – No autosuficiente	El/los niño/s en edad escolar faltan a clase frecuentemente (más de 5 veces al mes) de manera injustificada y/o no tienen posibilidades de hacer las tareas escolares en casa. Los progenitores/ tutores/ guardadores no se implican en la escolarización del niño/a.

Dominio	Nivel	Descripción
	3 – Muy poco autosuficiente	El/los niño/s en edad escolar faltan regularmente a clase (2-5 veces al mes) de manera injustificada y/o tienen limitaciones para hacer las tareas escolares en casa. Los progenitores/ tutores/ guardadores muestran una implicación mínima en la escolarización del niño/a.
	4 – Bastante autosuficiente	No hay niños en edad escolar o los que hay solo faltan a clase sin justificación de manera esporádica (máximo una vez al mes y pueden realizar las tareas escolares en casa sin limitaciones importantes. Los progenitores/ tutores/ guardadores están suficientemente implicados en la escolarización del niño/a.
	5 – Completamente autosuficiente	El/los niño/s en edad escolar no falta/n nunca a clase de manera injustificada. El/los niño/s puede/n realizar las tareas escolares en casa sin ningún problema. Los progenitores/ tutores/ guardadores están muy implicados en la escolarización del niño/a.
Atención diaria (cuando NO está directamente con los padres y/o escuela)	1 – Problemas graves para la autosuficiencia/ Situación insostenible	Se necesita atender uno o más niños, pero no se puede realizar o hay limitaciones importantes en la cobertura de (casi) todas las necesidades físicas y de crianza.
	2 – No autosuficiente	La atención que se da al niño/s es muy escasa o existen graves problemas en una o más de las necesidades físicas básicas o diversas tareas relacionadas con la crianza del/de los niño/s no se realizan en la atención diaria.
	3 – Muy poco autosuficiente	Se cubren las necesidades físicas básicas, pero no una o más de las tareas relacionadas con la crianza del/ de los niño/s. La atención diaria básica se provee, pero de manera inestable.
	4 – Bastante autosuficiente	El/los niño/s no necesitan atención diaria o esta es suficiente y está disponible de manera consistente. La atención infantil diaria cubre las necesidades físicas básicas y se desarrollan adecuadamente las tareas de crianza.
	5 – Completamente autosuficiente	Se proporciona al/ a los niño/s una atención diaria de calidad, que cubre las necesidades tanto a nivel físico como de crianza, y que contribuye al desarrollo del/de los niño/s.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DTASiF (2018)

4.5.6.2 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO SSM - C

TABLA 25. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO SSM - D

Criterios	Descripción
Autoría	Administración pública (equipo de entidad externa contratada y pruebas con personal de la administración)
Origen geográfico	Catalunya
Tipo de información.	Indicadores, graduación en 5 niveles, datos dinámicos.

Estructura básica	13 ámbitos (más 4 suplementarios para situaciones relacionadas con la Parentalidad)
Desarrollo del instrumento	Cada ámbito se desarrolla en 5 niveles que, a su vez se identifican mediante indicadores.
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	La graduación de los niveles permite identificar con facilidad el cambio.
Síntesis de la información	Semi-manual, no dispone de índice o resultado sintético
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Modelo orientado a resultados
Posición de los actores en el registro	Flexible: puede usarse desde perspectiva profesional, pero, también, desde la perspectiva de la persona.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Manual.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.5.7 Síntesis de los instrumentos desarrollados en España

Hasta aquí la presentación de los seis instrumentos que tienen su origen, o han sido adaptados específicamente, en el estado español. Hemos visto instrumentos con un origen académico – profesional, la *Escala General de Categorías Diagnósticas* de Conde Megías, que incorpora una metodología para la elaboración del diagnóstico social; un instrumento desarrollado en estrecha colaboración por las asociaciones profesionales y la administración pública, el *Diagnóstico Social* del País Vasco, que incorpora un sistema de indicadores con un algoritmo que permite un resultado sintético; después hemos descrito dos instrumentos que forman parte de los sistemas de gestión de expedientes sociales, SIUSS del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y Hestia de la Administració Oberta de Catalunya, en estos casos no son instrumentos específicos para el diagnóstico social sino que esta es una parte del sistema de información; finalmente, hemos visto dos instrumentos que tienen su origen en distintas administraciones catalanas, DS-DIBA en la Diputació de Barcelona y SSM-C que ha sido adaptado por la Generalitat de Catalunya, que se han desarrollado con la intención de mejorar el proceso de diagnóstico y homogeneizar el lenguaje y los criterios diagnósticos.

4.6 Los instrumentos para el diagnóstico del ámbito internacional

En este apartado describiremos los instrumentos que hemos escogido entre los disponibles en el ámbito internacional; su elección se ha realizado atendiendo fundamentalmente a un

criterio: que tuviesen disponible y accesible una explicación del instrumento, sus fundamentos y, a ser posible, hubiese sido validada su eficacia.

Los instrumentos escogidos tienen su origen en el ámbito anglosajón y destaca, por su aportación, Estados Unidos de América que contribuye con dos instrumentos: uno de origen profesional, el *Person-in-environment (PIE) System*, elaborado por la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales y el otro, *Self-Sufficiency Matrix*, en la versión elaborada por el Snohomish County Taskforce, un instrumento elaborado por un equipo de profesionales vinculados a una administración local.

Por otra parte, seleccionamos la primera adaptación europea del instrumento *Self-Sufficiency Matrix*, que ha sido la realizada por el Área de Salud Pública de Ámsterdam (Países Bajos), es decir, por un grupo de profesionales dependientes de una administración pública y que presenta una estructura bastante distinta a la del instrumento americano.

Finalmente presentamos el instrumento *Outcome Star* que es fruto del trabajo de una entidad independiente que trabaja junto con profesionales y entidades, tanto públicas como privadas, del Reino Unido. Una de las características distintivas, por las que ha sido seleccionado, es su lenguaje orientado a la persona en vez de a los profesionales.

4.6.1 PIE (Person-in-environment) System

El modelo *PIE (Person-in-environment) System* ha sido desarrollado por la National Association of Social Workers (NASW) de Estados Unidos de América. Se han publicado dos versiones del manual, una en 1994 y otra en 1998, aunque los trabajos son previos.

El origen de este modelo de clasificación proviene de la necesidad detectada por los profesionales de Trabajo Social de disponer de un lenguaje homogéneo y común. Karls y Wandrei (1992), autores del manual, relatan en un artículo que el intento de utilizar una clasificación por parte de los trabajadores sociales empieza en la década de 1970 con el uso de clasificaciones propias del ámbito médico y psiquiátrico (*International Classification of Disease*¹⁹⁶, 1980) y especialmente con la publicación del DSM III¹⁹⁷ que incluye el Eje IV que sistematiza “estresores sociales” (Wandrei y Karls, 1992, p. 80). Pero este instrumento,

¹⁹⁶ Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE): catálogo elaborado por la OMS de alcance mundial que incluía (e incluye) un código para problemas psicosociales (Wandrei y Karls, 1992, p. 80)

¹⁹⁷ DSM III es el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, versión III publicado en 1980 y su revisión en 1987. (Wandrei y Karls, 1992, p. 80)

incluso con este eje, no facilita a los trabajadores sociales la identificación y registro de factores de funcionamiento social (Ibíd., p. 80). Partiendo de esta necesidad reconocida por los profesionales, se plantea un proyecto que obtiene la financiación de la Fundación de la NASW y de la propia NASW.

El equipo de trabajo, aunque partió de las aportaciones teóricas de diversos autores, decidió optar por un modelo ateórico «to develop a system that would be as atheoretical and as simple as possible without compromising depth of problem description¹⁹⁸» (Ibíd., p. 81).

El PIE System parte del concepto de “funcionamiento social” definido como «a client's ability to accomplish the activities necessary for daily living (for example, obtaining food, shelter, and transportation) and to fulfill major social roles as required by the client's subculture or community¹⁹⁹» (Karls y Wandrei, 1994, Cap. Introduction).

El PIE System plantea un modelo centrado en la persona y, además, está pensado para personas mayores de edad, tal como establecen los propios autores en la introducción del manual («In its present form this manual is limited to the description of the social functioning problems of individuals age 18 and older²⁰⁰» (Karls y Wandrei, 1994, Cap. Introduction).

El instrumento contiene una clasificación y codificación que se estructura en cuatro factores:

TABLA 26. ESTRUCTURA DEL PIE SYSTEM

Factores	Descripción	Contenido
Factor I	Problemas en el funcionamiento social, tipo, gravedad, duración y habilidad para resolver/afrontar	Identificación de los problemas del cliente en función de su rol social, la gravedad de la disrupción causada por el problema, la duración y la capacidad para hacerle frente
Factor II	Problemas del entorno, gravedad y duración	Identificación de las condiciones del entorno que afectan a los problemas del Factor I, así como la gravedad de la disrupción que causa y la duración del problema.
Factor III	Problemas de salud mental	Describen el estado físico y mental de la persona en la medida que afectan al funcionamiento social, no son el foco del trabajador social. Se registran según los ejes I y II del DSM. El Factor IV se puede tomar del Eje III del DSM
Factor IV	Problemas de salud física	

FUENTE. ADAPTACIÓN DE KARLS Y WANDREI (1994, pp. 1-2)

¹⁹⁸ Trad.: [...] desarrollar un sistema que fuese tan ateórico y simple posible sin comprometer la profundidad de la descripción del problema (Wandrei y Karls, 1992, p. 81)

¹⁹⁹ Trad. «la capacidad del cliente para realizar las actividades necesarias para la vida diaria (por ejemplo, obtener alimentos, refugio y transporte) y para cumplir principales roles sociales según lo establece la subcultura o comunidad del cliente» (Karls y Wandrei, 1994, Cap. Introduction)

²⁰⁰ Trad: «En su forma actual, este manual se limita a la descripción de los problemas de funcionamiento social de las personas mayores de 18 años.» (Karls y Wandrei, 1994, Cap. Introduction).

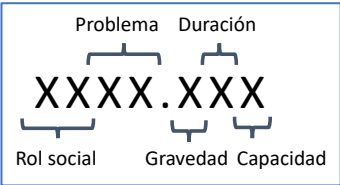
Veamos ahora la estructura y la clasificación que compone el PIE System, teniendo en cuenta que el núcleo del sistema lo forman los Factores I y II porque son el foco central de la intervención en trabajo social (Karls y Wandrei, 1994, p. 1)

4.6.1.1 FACTOR I. FUNCIONAMIENTO DEL ROL SOCIAL

Este factor se estructura en 5 ámbitos y cada problema se codifica siguiendo el esquema que se puede ver en la Ilustración 11:

- Rol social que presenta el problema
- Tipo de problema en el rol
- Gravedad
- Duración
- Capacidad de responder o afrontar los problemas.

ILUSTRACIÓN 11. ESTRUCTURA DE CODIFICACIÓN DEL FACTOR I - PIE SYSTEM



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE KARLS Y WANDREI (1994)

Se han previsto dos códigos para evaluar situaciones extremas:

- El código 0000.000 significa que No existe problema.
- El código 9999.999 significa que “El registro del problema se ha aplazado”

La definición de las diferentes categorías sigue el esquema que se puede ver en la Tabla 27 (página 226); en el manual (Karls y Wandrei, 1994) se definen de forma clara y concisa cada una de las categorías incorporando, en su caso, ejemplos de asignación de la categoría y de codificación.

TABLA 27. DESARROLLO DE LAS CATEGORÍAS CORRESPONDIENTES AL FACTOR I (PIE SYSTEM)

Categoría	Subcategoría	Situación específica	Código
Rol social que presenta el problema	Roles familiares (1000.XXX)	Rol progenitor/a	1100.XXX
		Rol esposo/a	1200.XXX
		Rol hijo/a	1300.XXX
		Rol hermano/a	1400.XXX
		Otro rol familiar	1500.XXX
		Otro rol significativo	1600.XXX

Categoría	Subcategoría	Situación específica	Código
	Otros roles interpersonales (2000.XXX)	Rol de pareja	2100.XXX
		Rol amigo/a	2200.XXX
		Rol vecino/a	2300.XXX
		Rol de asociado	2400.XXX
		Otro rol interpersonal	2500.XXX
	Roles ocupacionales (3000.XXX)	Rol trabajador/a remunerado/a	3100.XXX
		Rol trabajador/a - hogar	3200.XXX
		Rol trabajador/a – voluntariado	3300.XXX
		Rol estudiante	3400.XXX
		Otro rol ocupacional	3500.XXX
	Roles por situaciones vitales especiales (4000.XXX)	Rol consumidor	4100.XXX
		Rol paciente interno	4200.XXX
		Rol paciente externo	4300.XXX
		Rol probationer ²⁰¹ /libertad condicional	4400.XXX
		Rol interno penitenciario	4500.XXX
		Rol inmigrante – legal	4600.XXX
		Rol inmigrante – indocumentado	4700.XXX
		Rol inmigrante – refugiado	4800.XXX
		Otros roles por situaciones vitales especiales	4000.XXX
Tipo de problema que presenta el rol	Fuerza o autoridad ²⁰²		XX10.XXX
	Ambivalencia		XX20.XXX
	Responsabilidad		XX30.XXX
	Dependencia		XX40.XXX
	Pérdida		XX50.XXX
	Aislamiento		XX60.XXX
	Victimización		XX70.XXX
	Mixto		XX80.XXX
	Otro tipo		XX00.XXX
Gravedad	Sin problema		1
	Problema leve		2
	Problema moderado		3
	Problema grave		4
	Problema muy grave		5
	Catastrófico		6
Duración	Más de 5 años		1
	De 1 a 5 años		2
	De 6 meses a 1 año		3
	De 1 a 6 meses		4
	De 2 a 4 semanas		5
	2 semanas o menos		6
Capacidad de afrontar/	Habilidades excepcionales		1
	Habilidades por encima de la media		2

²⁰¹ Nota: “Probationer” es una palabra que no tiene traducción, sería la persona sometida al régimen de “Probation”, en nuestro sistema lo más aproximado sería “Persona sometida a Medidas Penales Alternativas”; dada la dificultad optamos por mantener la denominación original.

²⁰² El término original en inglés es “Power” que tiene un significado polisémico por ello hemos optado por usar dos terminos conjuntamente, en base a la descripción que se incluye en el manual y los ejemplos de muestra.

Categoría	Subcategoría	Situación específica	Código
resolver el problema	Habilidades adecuadas		3
	Habilidades algo inadecuadas		4
	Habilidades inadecuadas		5
	Sin habilidades		6

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE KARLS Y WANDREI (1994, pp. 7-16, 35-37)

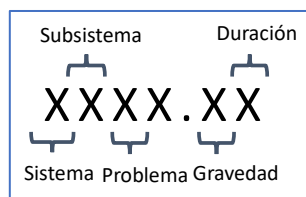
4.6.1.2 FACTOR II. LA PERSONA EN EL ENTORNO – PROBLEMAS EN EL ENTORNO

El segundo factor que se registra en este modelo es el que se refiere a los problemas del entorno, definidos como «the factors outside of the client that affect social functioning and well-being²⁰³» (Karls y Wandrei, 1994, p. 23). Los autores manifiestan que, para definir los problemas de entorno, se han basado en la definición de subsistemas que hizo Roland Warren en un estudio sobre América (citado en Karls y Wandrei (1994, p. 23)) al que añadieron una subcategoría a propuesta de los profesionales participantes en la validación de campo del instrumento.

En este caso, cada sistema tiene una serie de categorías que se concretan en subcategorías en las que, a su vez, se describen problemas concretos a los que se asigna el código correspondiente. Este factor, se completa con la evaluación de la gravedad y la duración, siguiendo los mismos códigos que en el Factor I.

La estructura de codificación es la que puede verse en la Ilustración 12

ILUSTRACIÓN 12. ESTRUCTURA DE LA CODIFICACIÓN DEL FACTOR II - PIE SYSTEM



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE KARLS Y WANDREI (1994)

Se han previsto dos códigos para evaluar situaciones extremas:

- El código 0000.00 significa que No existe problema.
- El código 9999.99 significa que “El registro del problema se ha aplazado”

El desarrollo del Factor II se realiza de la manera que se recoge en la Tabla 28 (pág. 229)

²⁰³ Trad. «Los factores externos al cliente que afectan el funcionamiento social y el bienestar.» (Karls y Wandrei, 1994, p. 23).

TABLA 28. DESARROLLO DE LAS CATEGORÍAS DEL FACTOR II (PIE SYSTEM)

Sistemas de contexto	Subsistema	Problema
Sistema económico/ necesidades básicas (5000.XX)	Comida/Nutrición (5100.XX)	5101.XX Falta de suministro regula de comida (p.ej. por sequía) 5102.XX Suministro inadecuado de comida con amenaza potencial para la salud (ej.: falta de fruta) 5103.XX Inadecuado suministro de agua con amenaza a la salud 5104.XX Otro problema de nutrición o alimentos (especificar)
	Alojamiento (5200.XX)	5201.XX Ausencia de alojamiento regular en una comunidad 5202.XX Vivienda inadecuada o infravivienda en la comunidad 5203.XX Otros problemas de alojamiento (especificar)
	Empleo (5300.XX)	5301.XX Desempleo por falta de trabajo en la comunidad 5302.XX Empleo inadecuado. 5303.XX Otros problemas de empleo (especificar)
	Recursos económicos (5400.XX)	5401.XX Recursos económicos inadecuados en la comunidad para proveer a clientes y personas dependientes. 5402.XX Recursos económicos insuficientes en la comunidad para proveer servicios más allá de la subsistencia 5403. XX Obstáculos normativos a recursos económicos 5404.XX Otros problemas sobre recursos económicos (especificar)
	Transporte (5500.XX)	5501.XX Falta de transporte para facilitar el acceso a trabajo, servicios especiales o servicios sociales. 5502.XX Otros problemas de transporte (especificar)
	Discriminación en el sistema económico /necesidades básicas (5600.XX)	5601.XX Discriminación por edad 5602.XX Discriminación por etnia, color o lenguaje 5603.XX Discriminación religiosa 5604.XX Discriminación por sexo 5605.XX Discriminación por orientación sexual 5606.XX Discriminación por estilo de vida 5607.XX Discriminación por estatus de no ciudadano (no nacionalidad) 5608.XX Discriminación por estatus de veterano

Sistemas de contexto	Subsistema	Problema
		5609.XX Discriminación por estado de dependencia 5610.XX Discriminación por discapacidad 5611.XX Discriminación por estado civil (matrimonio) 5612.XX Discriminación por otro motivo en el sistema económico y de necesidades básicas.
Sistema educativo y formativo (6000.XX)	Educación y formación (6100.XX)	6101.XX Falta de instalaciones educativas o formativas. 6102.XX Falta de instalaciones educativas o formativas adecuadas o apropiadas a la edad. 6103.XX Falta de oportunidades educativas o formativas culturalmente relevantes. 6104.XX Obstáculos normativos para la existencia de programas y servicios educativos y formativos. 6105.XX Ausencia de servicios de apoyo necesarios para acceder a oportunidades educativas o formativas. 6106.XX. Otros problemas del sistema educativo / formativo.
	Discriminación en el sistema educativo y formativo (6200.XX)	6201.XX Discriminación por edad 6202.XX Discriminación por etnia, color o lenguaje 6203.XX Discriminación religiosa 6204.XX Discriminación por sexo 6205.XX Discriminación por orientación sexual 6206.XX Discriminación por estilo de vida 6207.XX Discriminación por estatus de no ciudadano (no nacionalidad) 6208.XX Discriminación por estatus de veterano 6209.XX Discriminación por estado de dependencia 6210.XX Discriminación por discapacidad 6211.XX Discriminación por estado civil (matrimonio) 6212.XX Discriminación por otro motivo en el sistema formativo o educativo
Sistema judicial y legal (7000.XX)	Justicia y servicios jurídicos (7100.XX)	7101.XX Falta de servicios de policía 7102.XX Falta de servicios policiales relevantes 7103.XX Falta de servicios adecuados para el enjuiciamiento y la defensa 7104.XX Falta de servicios adecuados de <i>probation</i> ²⁰⁴ o libertad condicional

²⁰⁴ Mantenemos el término original “Probation” ya que no existe una traducción exacta para el programa en España; en caso de adaptación del modelo se debería traducir por “Medidas Penales Alternativas”, que es la figura jurídica más cercana.

Sistemas de contexto	Subsistema	Problema
		7105.XX Otros problemas del sistema judicial y legal
	Discriminación en el sistema judicial y legal (7200.XX)	7201.XX Discriminación por edad 7202.XX Discriminación por etnia, color o lenguaje 7203.XX Discriminación religiosa 7204.XX Discriminación por sexo 7205.XX Discriminación por orientación sexual 7206.XX Discriminación por estilo de vida 7207.XX Discriminación por estatus de no ciudadano (no nacionalidad) 7208.XX Discriminación por estatus de veterano 7209.XX Discriminación por estado de dependencia 7210.XX Discriminación por discapacidad 7211.XX Discriminación por estado civil (matrimonio) 7212.XX Discriminación por otro motivo en el sistema judicial y legal.
Sistema de Salud, Seguridad y Servicios Sociales (8000.XX)	Salud/ Salud Mental (8100.XX)	8101.XX Ausencia de servicios de salud adecuados 8102.XX Obstáculos normativos para los servicios de salud 8103.XX Servicios de salud inaccesibles 8104.XX Ausencia de servicios de apoyo necesarios para usar los servicios de salud 8105.XX Ausencia de servicios de salud mental adecuados 8106.XX Obstáculos normativos para los servicios de salud mental 8107.XX Servicios de salud mental inaccesibles 8108.XX Ausencia de servicios de apoyo necesarios para usar los servicios de salud mental 8109.XX Otros problemas del sistema de salud o salud mental
	Seguridad (8200.XX)	8201.XX Violencia o criminalidad en el barrio 8202.XX Condiciones de trabajo inseguras 8203.XX Condiciones de la vivienda inseguras 8204.XX Ausencia de servicios de seguridad adecuados 8205.XX Desastre natural de grandes proporciones 8206.XX Desastre provocado por el ser humano 8207.XX Otros problemas de seguridad
	Servicios sociales (8300.XX)	8301.XX Ausencia de servicios sociales adecuados

Sistemas de contexto	Subsistema	Problema
		8302.XX Obstáculos normativos a los servicios sociales 8303.XX Servicios sociales inaccesibles 8304.XX Ausencia de servicios de apoyo necesarios para usar servicios sociales 8305.XX Otros problemas de servicios sociales
	Discriminación en el sistema de Salud, Seguridad y Servicios Sociales (8400.XX)	8401.XX Discriminación por edad 8402.XX Discriminación por etnia, color o lenguaje 8403.XX Discriminación religiosa 8404.XX Discriminación por sexo 8405.XX Discriminación por orientación sexual 8406.XX Discriminación por estilo de vida 8407.XX Discriminación por estatus de no ciudadano (no nacionalidad) 8408.XX Discriminación por estatus de veterano 8409.XX Discriminación por estado de dependencia 8410.XX Discriminación por discapacidad 8411.XX Discriminación por estado civil (matrimonio) 8412.XX Discriminación por otro motivo en el sistema de salud, seguridad y servicios sociales
Sistema de asociación voluntaria (9000.XX)	Religión (9100.XX)	9101.XX Falta de grupo religioso de elección 9102.XX Falta de aceptación de valores religiosos en la comunidad 9103.XX Otros problemas con grupos religiosos
	Grupos comunitarios (9200.XX)	9201.XX Falta de grupo comunitario de elección 9202.XX Falta de aceptación de grupo comunitario en la comunidad 9203.XX Otros problemas con grupos comunitarios
	Discriminación en el sistema de asociación voluntaria (9300.XX)	9301.XX Discriminación por edad 9302.XX Discriminación por etnia, color o lenguaje 9303.XX Discriminación religiosa 9304.XX Discriminación por sexo 9305.XX Discriminación por orientación sexual 9306.XX Discriminación por estilo de vida 9307.XX Discriminación por estatus de no ciudadano (no nacionalidad) 9308.XX Discriminación por estatus de veterano 9309.XX Discriminación por estado de dependencia 9310.XX Discriminación por discapacidad

Sistemas de contexto	Subsistema	Problema
		9311.XX Discriminación por estado civil (matrimonio) 9312.XX Discriminación por otro motivo en el sistema de asociación voluntaria.
Sistema de apoyo afectivo (10000.XX)	Apoyo afectivo (10100.XX)	10101.XX Falta de un sistema de apoyo afectivo 10102.XX Sistema de apoyo inadecuado para las necesidades afectivas del cliente 10103.XX Sistema de apoyo excesivamente involucrado 10104.XX Otros problemas del sistema de apoyo afectivo
	Discriminación en el sistema de apoyo afectivo (10200.XX)	10201.XX Discriminación por edad 10202.XX Discriminación por etnia, color o lenguaje 10203.XX Discriminación religiosa 10204.XX Discriminación por sexo 10205.XX Discriminación por orientación sexual 10206.XX Discriminación por estilo de vida 10207.XX Discriminación por estatus de no ciudadano (no nacionalidad) 10208.XX Discriminación por estatus de veterano 10209.XX Discriminación por estado de dependencia 10210.XX Discriminación por discapacidad 10211.XX Discriminación por estado civil (matrimonio) 10212.XX Discriminación por otro motivo en el sistema de apoyo afectivo.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE KARLS Y WANDREI (1998, PP. 24 - 34)

4.6.1.3 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO PIE SYSTEM

TABLA 29. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO PIE SYSTEM

Criterios	Descripción
Autoría	Profesional (National Association of Social Workers)
Origen geográfico	Estados Unidos de América
Tipo de información.	Descripción agregada de situación - problema
Estructura básica	Dos factores centrales más otros dos sobre salud (física y mental). El factor I se estructura sobre los roles (4 agrupaciones) y problemas con los roles (9); el factor II se estructura sobre los sistemas del contexto (6 sistemas)
Desarrollo del instrumento	El sistema está diseñado para la definición precisa de las situaciones y la capacidad de la persona para afrontarlas. Las categorías están definidas de manera clara para poder

Criterios	Descripción
	utilizarlas sin dudas. Las categorías de gravedad, duración y capacidad de resolver/afrontar están estratificados.
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	Se puede visualizar mediante el cambio de la codificación; se prevé codificación para situación sin problemas y por las categorías de gravedad y capacidad de resolución se puede observar la evolución si es el caso.
Síntesis de la información	Las categorías están codificadas, sistema manual (codificación permitiría la automatización).
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Opción “ateórica” por voluntad de los autores para facilitar un amplio uso.
Posición de los actores en el registro	Profesional activo y directivo.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Manual.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.6.2 Self-Sufficiency matrix, versión Snohomish County (USA)

Este instrumento para el diagnóstico social tiene su origen en los Estados Unidos de América, y ha sido adaptado a otros contextos culturales y geográficos.

4.6.2.1 LOS ORÍGENES DE LA MATRIZ DE AUTOSUFICIENCIA

En la década de 1990, una profesora de la Universidad de Washington, Diane Pierce, se propuso crear un instrumento que fuese útil para el asesoramiento de familias en el proceso de superar situaciones de pobreza, como una alternativa a la tradicional forma de medir la pobreza, la tasa de riesgo de pobreza. Este indicador estadístico de amplia difusión determina el nivel de pobreza en función de la renta mediana las personas de un determinado territorio, situando el umbral en el 60% de la renta mediana (INE, 2018).

Para ello, Pierce diseñó e implementó el Self-Sufficiency Standard que «determines the amount of income required for working families to meet basic needs at a minimally adequate level, taking into account family composition, ages of children, and geographic differences in costs²⁰⁵» (Pierce et al., 2020).

Diane Pierce explica el origen de este estándar de la forma siguiente:

The Standard grew out of my early work on 'the feminization of poverty'— that is that women are disproportionately bearing the burden of poverty...with welfare reform pushing some

²⁰⁵ Trad. «determina la cantidad de ingresos necesarios para que las familias trabajadoras satisfagan las necesidades básicas a un nivel mínimo adecuado, teniendo en cuenta la composición familiar, las edades de los niños y las diferencias geográficas en los costes» (Pierce, Manzer, Umanskaya y Kucklick, 2020)

women into the workforce without sufficient training and education, I was asked by women's advocates to devise a 'performance' measure that was specific to individuals. Since many of the women (but few men) were single parents, this measure would then make clear that they needed enough to support a family, not just a single person²⁰⁶. (Pierce citada en Pierce et al. (2020))

Este indicador, Self-Sufficiency Standard, define la cantidad de dinero necesario para hacer frente a las necesidades básicas (incluido el pago de impuestos) sin subsidios públicos (Pierce et al., 2020); se desarrolla para cada uno de los estados que conforman los Estados Unidos de América y se actualiza periódicamente²⁰⁷.

El uso de este estándar se fue consolidando y al inicio de la década de 2000 estaba ampliamente extendido; esta situación se suma a la iniciativa del gobierno federal de promover la autosuficiencia en individuos y familias (LifeWorks, 2017, p. 1). Uno de los primeros programas en incorporar este tipo de instrumento, aplicado a la medición de aspectos no económicos, fue el Programa para Personas Sin Hogar de Arizona que, en 2002, incluye la creación y desarrollo de un instrumento estandarizado (Gross et al., 2008, p. 20) que recibió el nombre de "Self-Sufficiency Matrix" aunque, destacan Gross et. Al (2008: 21), el nombre común no implica que todos los instrumentos desarrollados bajo ese nombre sean equiparables; en este sentido el instrumento de Arizona está vinculado a la atención de una situación compleja pero concreta, las personas sin hogar y su desarrollo se ajusta a esta realidad.

Por otra parte, diversas organizaciones públicas y comunitarias del Condado de Snohomish (Washington), - entre las que se encontraban Snohomish County Community Action Division of the Human Services Department y el United Way of Snohomish County²⁰⁸ - inician una reflexión sobre el uso de este tipo de estándares (Self – Sufficiency Standard) para desarrollar la intervención social con las personas y familias pobres, en un ámbito de

²⁰⁶ Trad.: El Estándar surgió de mis primeros trabajos sobre 'la feminización de la pobreza', - es decir, del hecho que las mujeres soportan desproporcionadamente la carga de la pobreza ... con la reforma del bienestar presionando a algunas mujeres hacia el mundo laboral sin suficiente capacitación y educación, las defensoras de las mujeres me pidieron diseñar una medida de "desempeño" específica para los individuos. Dado que muchas de las mujeres (pero pocos hombres) eran monoparentales, esta medida dejaría en claro qué necesitaban para mantener a una familia, no solo a una sola persona. (Dra. Pierce citada en Pierce et al. (2020))

²⁰⁷ Para más información sobre este estándar y su aplicación en los distintos estados, se puede consultar la página web siguiente: <http://www.selfsufficiencystandard.org/self-sufficiency-standard-state>

²⁰⁸ Trad. División de Acción Comunitaria del Departamento de Servicios Personales del Condado de Snohomish y United Way, que es una organización no gubernamental (ver <https://www.uwsc.org/about-us-main>)

intervención más amplio que el que habían llevado a cabo en Arizona, y llegaron a dos conclusiones:

- a) La definición de la auto-suficiencia debería incluir otros factores y elementos además del asesoramiento económico y, en este sentido, debería incluir los aspectos menos cuantificables de la vida de las personas: vida, educación, estabilidad en la vivienda, habilidades vitales, salud mental, etc. (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. i)
- b) Debían crear un equipo de trabajo que desarrollase una conceptualización común sobre el significado de la autosuficiencia en el Condado y que definiese los aspectos y niveles necesarios para que las personas sean autosuficientes. (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. i)

De esta manera se crea el Grupo de Trabajo de Autosuficiencia del Condado de Snohomish que inicia los trabajos siguiendo la metodología propuesta por la Diane Pierce. Definen 25 áreas clave, con sus correspondientes escalas de resultados y diseñan una herramienta pensada para ser usada de forma flexible:

- Como un *instrumento para la gestión del caso* para profesionales que trabajan con individuos y familias, tanto para la valoración inicial como para medir la evolución hacia la autosuficiencia.
- Como *herramienta de autodiagnóstico* para las personas que quieren identificar sus fortalezas y áreas de mejora.
- Como *herramienta de gestión* de programas e instituciones para determinar que tipo de servicios funcionan y cuáles no en relación con las necesidades de las personas e identificar los cambios a realizar.
- Como *herramienta de medida* para organizaciones y entidades o individuos que financian los programas, para permitir definir las prioridades en relación con el uso de los fondos.
- Como *herramienta de comunicación* para demostrar el éxito de los programas locales y para compartir las condiciones de la comunidad, tanto con la población en general como con los responsables políticos. (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. ii).

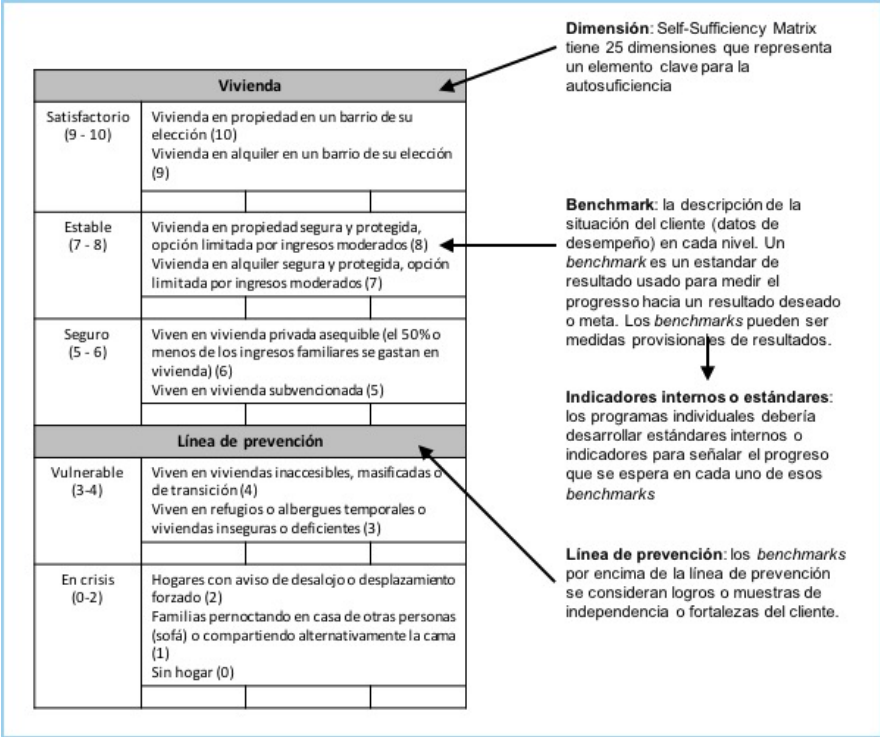
En resumen, los orígenes de este instrumento se sitúan en la necesidad sentida por los profesionales del ámbito social y comunitario de disponer de una herramienta que fuese capaz de medir la autosuficiencia de las personas en términos no cuantitativos, entendiendo la autosuficiencia como la capacidad de hacer frente a todas sus necesidades, materiales y no materiales, activando los apoyos sociales necesarios.

La versión elaborada por el Snohomish County Self-Sufficiency Taskforce es una de las primeras experiencias en adaptar el concepto de la autosuficiencia al funcionamiento social; su primera propuesta es de 2004 (The Snohomish County Self-Sufficiency Taskforce, 2004) y se actualiza en el año 2010 (Self-Sufficiency Taskforce, 2010); se sitúa, pues, entre los pioneros de esta herramienta que ha ido adaptándose y aplicándose tanto en Estados Unidos como en Europa. El hecho que se haya diseñado para una aplicación de carácter generalista para la intervención social, así como el desarrollo preciso de sus indicadores nos llevan a seleccionarla como instrumento de referencia.

4.6.2.2 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

La estructura del Self-Sufficiency Matrix se basa en un conjunto de 25 escalas de resultados sobre ámbitos clave para el desempeño y el funcionamiento social. Cada escala de resultados se basa en el estándar de medida ROMA (Results Oriented Management and Accountability) que es una herramienta impulsada por el gobierno federal para incorporar una visión basada en los resultados en la prestación de servicios, en la gestión y administración de los servicios personales; este instrumento incluye escalas de resultados (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. i).

ILUSTRACIÓN 13. ESTRUCTURA DE LAS ESCALAS DE RESULTADO DE SELF-SUFFICIENCY MATRIX



FUENTE. TRADUCCIÓN PROPIA BASADA EN SELF-SUFFICIENCY TASKFORCE (2010, P. INTRODUCTION 1)

Cada escala de resultados incluye una dimensión y diversos *benchmarks*²⁰⁹ y se estructura en cinco niveles. Podemos ver un ejemplo de la estructura en la Ilustración 13 (página 237).

Self-Sufficiency Matrix, versión Snohomish County (USA), se compone de 25 escalas que abordan los siguientes ámbitos clave (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. Instruction 2-4)²¹⁰:

- Acceso a los servicios: conocimiento y habilidad para conseguir los servicios que necesitan para satisfacer las necesidades individuales o familiares.
- Resiliencia profesional / Capacitación: habilidades y destrezas para conseguir y mantener un trabajo dadas las dinámicas del mercado laboral.
- Cuidado de los hijos e hijas: capacidad para conseguir el cuidado adecuado para los niños y niñas, tanto en cuestiones de acceso a la atención infantil como en cuanto a recursos financieros.
- Vestido: capacidad para obtener ropa adecuada, incluye tanto la forma de conseguir el vestido como los recursos financieros necesarios para obtenerla si es necesario.
- Educación: logros académicos y de carácter institucional.
- Estabilidad en el empleo: naturaleza del trabajo o profesión, permanencia y estabilidad y beneficios que le acompañan.
- Habilidades con la lengua inglesa: capacidad del cliente para hablar inglés, en el caso de personas en las que ésta sea su segunda lengua.
- Alimentos: capacidad para obtener alimentos adecuados, incluye cómo acceder a los alimentos y los recursos financieros para adquirir los alimentos necesarios.
- Capacidad funcional: capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- Vivienda: capacidad para conseguir una vivienda adecuada elegida según sus circunstancias.
- Ingresos (Self-Sufficiency Standard): adecuación de los ingresos del cliente. Esta es una de las tres escalas de referencia para los ingresos y se basa en el Self-Sufficiency Standard (ver página 235).
- Ingresos (Ingresos Medios del Área): adecuación de los ingresos del cliente, según los ingresos medios del área de residencia.

²⁰⁹ Benchmark es un término que puede entenderse como un punto de referencia, una guía, un indicador, un estándar. (Wordreference.com, 2020)

²¹⁰ La descripción de las 25 escalas es una adaptación traducida del manual referenciado, el orden es el seguido en el documento original y es alfabético en inglés.

- Ingresos (Umbral Federal de Pobreza): adecuación de los ingresos del cliente, según el umbral de pobreza establecido a nivel federal.
- Legal: evalúa si el cliente tiene algún tema legal pendiente.
- Habilidades básicas (gestión del hogar): capacidad para manejar las tareas diarias y tensiones asociadas con el funcionamiento de un hogar.
- Habilidades básicas (relaciones humanas): capacidad para gestionar las relaciones con la familia, amistades y colegas.
- Habilidades básicas (cuestiones financieras): capacidad para pagar las facturas a tiempo, tener y mantener un presupuesto y comprender otros temas financieros importantes.
- Habilidades básicas (establecer objetivos y recursos): capacidad de planificar para el futuro y usar los recursos de forma eficiente.
- Salud Mental: bienestar emocional.
- Parentalidad: capacidades individuales para la crianza de los hijos e hijas, se centra en las habilidades de los progenitores.
- Salud Física: bienestar físico.
- Seguridad: incluye dos aspectos diferenciados. El primero se refiere a la naturaleza de las relaciones personales en referencia a la seguridad y el bienestar; el segundo se refiere al entorno del lugar de residencia y al vecindario o comunidad.
- Abuso de sustancias: se evalúa si el consumo de alcohol o de medicamentos prescritos se hace de manera adecuada. Si se consumen drogas ilegales se considerará situación de crisis e insegura.
- Sistema de apoyo: relaciones interpersonales del individuo.
- Transporte: disponibilidad de la persona para tener o acceder a un sistema adecuado, seguro y confiable de transporte.

Self-Sufficiency Matrix es un instrumento flexible, para su uso se recomienda escoger, para cada programa individual, un número que oscile entre las 3 y las 5 escalas que tengan relación directa con núcleo central del programa, según los resultados del diagnóstico. (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. Instruction 5).

TABLA 30. DIMENSIONES, NIVELES Y *BENCHMARKS* DE SELF-SUFFICIENCY MATRIX (USA)

Dimensión	Nivel	Benchmarks
Acceso a servicios	Satisfactorio (9-10)	Ya no está en crisis, no necesita servicios o está recibiendo una gama completa de servicios para satisfacer sus necesidades (10). Recibe una gama completa de servicios que necesita y desea (9a)

Dimensión	Nivel	Benchmarks
		No existen barreras importantes que limiten el acceso a los servicios necesarios (9b)
	Estable (7-8)	Recibe los servicios necesarios, pero las barreras de acceso pueden limitar la elección de proveedores, geografía, tiempos de servicio u otros aspectos relacionados con la calidad. (8) Sabe lo que necesita, sabe cómo obtener información sobre los servicios disponibles para cubrir sus necesidades, pero las opciones son limitadas (7)
	Seguro (5-6)	Sabe lo que necesita, sabe cómo obtener información sobre los servicios disponibles para cubrir sus necesidades, sin embargo, sólo tiene una opción para obtener el servicio (6). Sabe lo que necesita, sabe cómo obtener información sobre los servicios disponibles para cubrir sus necesidades, pero hay algunas barreras que desalientan el acceso a servicios o servicios alternativos (5).
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Sabe lo que necesita y dónde obtener servicios, sin embargo, existen barreras significativas que le inhiben en el uso de los servicios por iniciativa propia. Se requiere asistencia (4). Conoce algunas de sus necesidades y dónde obtener servicios para satisfacer algunas de ellas, sin embargo, hay barreras que le impiden acceder a los servicios por iniciativa propia. La asistencia es necesaria (3)
	En crisis (0-2)	No hay servicio accesible para la persona o existen barreras que impiden su acceso (p. ej.: coste, transporte, ubicación, discapacidad física o mental, idioma, religión, cultura, etc.). (2). No conoce los recursos o servicios que puede necesitar o necesita ayuda para identificar sus necesidades (1). No conoce los recursos o servicios que puede necesitar o necesita ayuda para identificar sus necesidades (0a). No puede expresar sus necesidades (0b)
Continuidad trayectoria laboral/ capacitación	Satisfactorio (9-10)	Historial laboral de 5 años o más en un solo lugar de trabajo o en una sola ocupación o una carrera profesional y habilidades con gran potencial para obtener puesto un mejor o similar; tiene habilidades básicas (alfabetización y habilidades numéricas) y ocupacionales para un puesto de trabajo en un sector en crecimiento (10). Historial laboral entre 2 y 5 años y las habilidades con potencial para obtener un lugar de trabajo similar; tiene habilidades básicas (alfabetización y habilidades numéricas) y ocupacionales para un trabajo en un sector estable (9)
	Estable (7-8)	Historial laboral de 2 a 5 años y habilidades que ofrecen posibilidades para lograr una ocupación adecuada a su capacidad; tiene habilidades básicas (alfabetización y habilidades numéricas) y ocupacionales para un lugar de trabajo con algunas oportunidades de mejora en un sector económico estable. (8). Historial laboral de 1 a 2 años y habilidades que ofrecen posibilidades para lograr una ocupación similar. Tiene habilidades básicas (alfabetización y habilidades numéricas) y ocupacionales para un lugar

Dimensión	Nivel	Benchmarks
		de trabajo con algunas oportunidades de mejora en un sector económico estable. (7).
	Seguro (5-6)	Historial laboral de 1 a 2 años y algunas habilidades que ofrecen posibilidades para lograr una ocupación adecuada a su nivel, pero le faltan de habilidades en una de las siguientes áreas: preparación laboral, alfabetización/habilidades numéricas, o tiene conocimientos profesionales en un lugar de trabajo de un sector económico estable. (6) Historial laboral de 1 a 2 años y algunas habilidades que ofrecen posibilidades para obtener una ocupación similar a su nivel, pero le faltan de habilidades en dos de las siguientes áreas: preparación laboral, alfabetización/habilidades numéricas o tiene conocimientos profesionales para un lugar de trabajo de un sector económico estable. (5)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Historial laboral limitada o discontinua inferior a 1 año y no tiene habilidades en dos de las siguientes áreas: preparación laboral, alfabetización / habilidades numéricas, o tiene conocimientos profesionales en un sector que se prevé en declive (4) Historial laboral limitada o discontinua de menos de 1 año y no tiene habilidades en todas las áreas siguientes: preparación laboral, alfabetización / habilidades numéricas, o tiene conocimientos profesionales en una industria que se prevé en declive (3).
	En crisis (0-2)	Historial laboral negativo y no tiene habilidades en todas las áreas siguientes: preparación laboral, alfabetización / habilidades numéricas, o tiene conocimientos profesionales en un sector que se prevé en declive. (2) Historial laboral negativo y no tiene habilidades en todas las áreas siguientes: preparación laboral, alfabetización / habilidades numéricas, o tiene conocimientos profesionales en un sector que se prevé que desaparezca (1). Historial laboral negativo o no tiene trabajo, no tiene habilidades y no puede obtener y retener ninguna ocupación en ninguna industria. (0)
Cuidado de las niñas y los niños	Satisfactorio (9-10)	Amplios recursos para apoyar la elección de amigos confiables y opciones de cuidado infantil que garantizan la seguridad con supervisión adecuada (10)
	Estable (7-8)	Recursos suficientes para apoyar una selección limitada de amigos confiables y opciones de cuidado infantil que garantizan la seguridad con supervisión adecuada. (8)
	Seguro (5-6)	Recursos limitados que dan poco apoyo para la elección de amigos confiables y opciones de cuidado infantil que garantizan la seguridad con la supervisión adecuada. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Recursos insuficientes. Cumple requisitos para acceder a atención infantil subsidiada que ofrece ambiente seguro con supervisión adecuada. (4) Recursos insuficientes. Existen barreras (p. ej., idoneidad, transporte, vacunas, documentación, ubicación, etc.) que impiden el acceso a la atención necesaria de los niños/niñas. (3)

Dimensión	Nivel	Benchmarks
	En crisis (0-2)	No puede acceder a atención infantil. El niño/niña tiene una supervisión mínima. (2). El niño/niña no tiene supervisión ni seguridad. (0)
Vestido	Satisfactorio (9-10)	Dispone siempre de recursos financieros para comprar ropa apropiada de su elección. Es consciente de lo que es apropiado en un entorno de trabajo. (10) Por lo general, tiene recursos financieros para comprar ropa adecuada de su elección. Es consciente de lo que es apropiado en un entorno de trabajo. (9)
	Estable (7-8)	Dispone siempre de recursos financieros para comprar ropa adecuada. Es consciente de lo que es apropiado en un entorno de trabajo. (8) Por lo general, tiene recursos financieros para comprar ropa adecuada. Es consciente de lo que es apropiado en un entorno de trabajo. (7)
	Seguro (5-6)	Tiene conocimiento suficiente de los recursos de la comunidad y/o financieros para conseguir ropa. (6) Tiene un conocimiento limitado sobre recursos comunitarios y/o recursos financieros para obtener ropa. Ocasionalmente va a tiendas de segunda mano o bancos de ropa de la comunidad. (5)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Tiene poco conocimiento sobre recursos para obtener ropa y es incapaz de comprar prendas adecuadas; depende de bancos de ropa (gratis) o recursos de bajo costo. (4) Conocimiento muy limitado de recursos de bajo costo u opciones gratuitas para la obtención de ropa. (3)
	En crisis (0-2)	No tiene ropa o es muy inadecuada; Por ejemplo, sin abrigo en los meses de invierno, zapatos con agujeros o sin suelas, ropa insuficiente para asegurar que tenga ropa limpia todos los días. (2) Ropa insuficiente e inconsciencia de dónde ir para recibir ayuda. (0)
Formación / Educación	Satisfactorio (9-10)	Formación postsecundaria o especializada (programa certificado ²¹¹ , asociados, graduados, máster, doctorado). 10
	Estable (7-8)	Estudia educación postsecundaria o formación especializada (programa certificado, asociados, licenciatura). (8)
	Seguro (5-6)	Título de bachillerato o acceso universitario y habilidades funcionales en lectura, escritura y/o matemáticas. (6) Título de bachillerato o acceso a la universidad, pero necesita mejorar la lectura, la escritura y/o las matemáticas. (5)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Sin título de bachillerato ni acceso a la universidad. Habilidades básicas de lectura, escritura y/o matemáticas y está preparando el acceso a la universidad o graduado de educación secundaria. (4) Sin título de bachillerato ni acceso a la universidad, pero tiene habilidades básicas en lectura, escritura y/o matemáticas. (3a)

²¹¹ Certificated Program (Programa certificado): es un programa de especialización tanto para graduados como para estudiantes universitarios (Study.com, s. f.). Associate degree (Asociado) es una formación de 2 años de duración posterior a la educación secundaria postobligatoria y sin llegar al nivel de graduado (Bachelor); Bachelor: Graduado universitario. (Education USA, 2020).

Dimensión	Nivel	Benchmarks
Estabilidad en el empleo		Prepara el acceso a la universidad o graduado en educación secundaria para mejorar las habilidades básicas de lectura, escritura y/o matemáticas. (3b)
	En crisis (0-2)	Sin título en educación secundaria o equivalente (1) No ha aprendido a leer o escribir. (0)
	Satisfactorio (9-10)	Empleo permanente y estable con jornada semanal deseada, con beneficios ²¹² plenos (cobertura de salud, dental y visión) y jubilación y otros complementarios (10) Empleo permanente y estable con una dedicación semanal deseada, contrato de acuerdo con acuerdos de empresa y sector. (9)
	Estable (7-8)	Ocupación permanente y estable con dedicación semanal deseada, contrato con beneficios plenos (cobertura de salud, dental y visión) y jubilación. (8) Ocupación permanente y estable con un contrato según un convenio colectivo muy genérico. (7)
	Seguro (5-6)	Ocupación permanente y estable con dedicación semanal deseada, sin beneficios (5)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Ocupación temporal estacional, o por horas con duración del 75 al 99% de la jornada deseada, sin beneficios. (4) Ocupación temporal estacional, o por horas con duración del 50 al 74% de la jornada deseada, sin beneficios. (3)
	En crisis (0-2)	Ocupación temporal, estacional, o a tiempo parcial por menos del 50% de las horas deseadas, sin beneficios. (2) Buscando trabajo, pero está desempleada o recibe prestaciones o subsidios por desempleo. (1) Buscando trabajo, pero está desocupada y ha agotado todas las prestaciones de desempleo. (0)
Habilidad con el idioma (inglés)	Satisfactorio (9-10)	Competencia avanzada en lectura y escritura y conversación en inglés. (10)
	Estable (7-8)	Tiene dominio de lectura, escritura y habla inglés. (8)
	Seguro (5-6)	Tiene habilidad de lectura, escritura y conversación (6a) Acceso a intérpretes siempre que sea necesario. (6b)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Habla inglés de "supervivencia". (3a) Acceso limitado a intérpretes familiares o amigos. (3b)
	En crisis (0-2)	No ha aprendido inglés. (0a) No dispone de familia o amigos que le hagan de intérprete. (0b)
Comida	Satisfactorio (9-10)	Dispone siempre de recursos y conocimientos para comprar y preparar alimentos nutritivos y posibilidad de elegir. 10 Por lo general tiene recursos y conocimientos para comprar y preparar alimentos nutritivos y posibilidad de elegir. 9

²¹² Los beneficios (employee benefits) son las prestaciones no salariales que se incluyen en el contrato de trabajo y que varían según las empresas; suelen incluirse como beneficios la cobertura sanitaria, cobertura de salud dental y de oftalmología, vacaciones pagadas o plan de pensiones. (Thebalancecareers, 2020)

Dimensión	Nivel	Benchmarks
	Estable (7-8)	Dispone siempre de recursos y conocimientos para comprar y preparar alimentos nutritivos. (8) Por lo general, tiene recursos y conocimientos para comprar y preparar alimentos nutritivos. (7)
	Seguro (5-6)	Tiene suficientes conocimientos y recursos personales/comunitarios para comprar y preparar alimentos. (6) Tiene algunos conocimientos y capacidad para comprar y preparar algunos tipos de alimentos. De vez en cuando recurre a programas y bancos de alimentos. (5)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Tiene poco conocimiento y es incapaz de comprar y/o preparar algunos tipos de alimentos. Depende de bancos y programas de alimentos. (4) Conocimientos muy limitados, y es incapaz de comprar y/o preparar alimentos; Recursos insuficientes para obtener alimentos. (3)
	En crisis (0-2)	No tiene conocimientos y/o recursos para la compra y/o preparación de alimentos. (2) No tiene alimentos ni conocimientos sobre recursos alimentarios. (0)
Capacidad funcional	Satisfactorio (9-10)	Totalmente capaz de realizar todas las actividades de la vida diaria (AVD) sin ayuda ni apoyo. (10)
	Estable (7-8)	Totalmente capaz de realizar la mayoría de AVD en un nivel adecuado para su edad. (8a) Totalmente capaz de realizar el AVD con ayuda o soporte. (8b)
	Seguro (5-6)	No es capaz de realizar AVD en un nivel adecuado para su edad, pero se encuentra en un entorno seguro y de apoyo. (6a) Requiere ayuda y asistencia extensa o completa con soporte. (6b) Requiere asistencia o supervisión o apoyo y la asistencia disponible es limitada. (5)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Requiere asistencia limitada o total y la asistencia está disponible pero inconstante. (4) Requiere asistencia o supervisión limitada o completa, pero no está disponible (3)
	En crisis (0-2)	Requiere asistencia amplia o total, pero la asistencia no está disponible o es limitada. (2) Debido a una discapacidad funcional, la situación no es segura y la persona es incapaz de vivir sola sin ayuda. (0)
Vivienda	Satisfactorio (9-10)	Vivienda en propiedad en un vecindario deseado. (10) Vivienda de alquiler segura en vecindario deseado (9)
	Estable (7-8)	Propiedad segura y protegida, opción limitada por ingresos moderados. (8) Vivienda de alquiler segura y estable; opción limitada por ingresos moderados. (7)
	Seguro (5-6)	Vive en vivienda privada asequible (el 50% o menos de los ingresos se asignan a la vivienda). (6) Vive en vivienda social (subvencionada). (5)
	Línea de prevención	

Dimensión	Nivel	Benchmarks
	Vulnerable (3-4)	Vive en viviendas inaccesibles, masificadas o de transición. (4) Vive en albergues temporales o viviendas inseguras. (3)
	En crisis (0-2)	Viviendas con aviso de desalojo o desplazamiento forzado (por ejemplo, residencia por falta de vivienda, incendio, desastre natural). (2) Temporalmente acogido en casa de otras personas (dormir en el sofá...). (1) Sin hogar. (0)
Ingresos (Self - Sufficiency Standard)	Satisfactorio (9-10)	Ingresos suficientes y estables, suficientes para pagar facturas mensuales, y permite ahorros regulares y algunas compras no esenciales (los ingresos son al menos el 105% del Standard, adaptadas al tamaño de la familia, con al menos el 5% de los ingresos para ahorros y gastos discrecionales). (10)
	Estable (7-8)	Ingresos suficientes y estables, suficientes para el pago de facturas mensuales, permiten pequeños ahorros o compras no esenciales (ingresos entre el 100-104% del Standard, ajustados al tamaño de la familia, con al menos 1-4% de los ingresos reservados para el ahorro y Gastos discrecionales). (8)
	Seguro (5-6)	Ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos según Standard, ajustados al tamaño de la familia). (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre el 75 y el 99% del Standard, ajustados al tamaño de la familia). (4) Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (los ingresos están entre el 50-74% del Standard, ajustados al tamaño de la familia). (3)
	En crisis (0-2)	Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre el 25 y el 49% del Standard, ajustados al tamaño de la familia). (2) Sin ingresos. Necesidades básicas no cubiertas (ingresos entre 0-24% del Standard, ajustados a los de la familia). (0)
Ingresos (Ingresos medios del Área)	Satisfactorio (9-10)	Ingresos suficientes y estables, suficientes para el pago de facturas mensuales, y permite ahorros regulares y algunas compras no esenciales (ingresos del 101% o más por encima IMA). (10)
	Estable (7-8)	Los ingresos suficientes y estables, suficientes para el pago de facturas mensuales, permiten pequeños ahorros o compras no esenciales (ingresos entre el 75 y el 100 % de IMA). (8)
	Seguro (5-6)	Ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre el 60-75% de IMA) (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre el 31 y el 60% de las IMA). (3)
	En crisis (0-2)	Sin ingresos. Necesidades básicas no están cubiertas (ingresos del 0 al 30% de IMA).(0)
Ingresos (Umbral Federal de Pobreza)	Satisfactorio (9-10)	Ingresos suficientes y estables, suficientes para el pago de facturas mensuales, y permite ahorros regulares y algunas compras no esenciales (ingresos 276% o más por encima del UFP, ajustados al tamaño de la familia). (10)

Dimensión	Nivel	Benchmarks
	Estable (7-8)	Los ingresos suficientes y estables, suficientes para el pago de facturas mensuales, permiten pequeños ahorros o compras no esenciales (ingresos entre el 251-275% del UFP, ajustados al tamaño de la familia). (8)
	Seguro (5-6)	Ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre el 201 y el 250% del UFP, ajustados al tamaño de la familia). (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre 150-200% de UFP, ajustados al tamaño de la familia). (4) Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre 100-149% de UFP, ajustados al tamaño de la familia). (3)
	En crisis (0-2)	Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre el 50-100% del UFP, ajustados al tamaño de la familia). (2) Sin ingresos. Necesidades básicas no cubiertas (ingresos entre 0-49% de UFP, ajustados al tamaño de la familia). (0)
Legal	Satisfactorio (9-10)	No hay problemas legales o se han resuelto por completo mediante litigio, negociación, desistimiento o sobreseimiento u otras formas legales. (10)
	Estable (7-8)	Dispone de representación legal y sus asuntos legales están en proceso de ser resueltos. (8)
	Seguro (5-6)	Tiene asistencia jurídica, ha iniciado o respondido acciones legales, está en el sistema judicial. (6) Proceso que no requiere asistencia legal (puede representarse a sí mismo) o tiene suficiente representación para iniciar acciones legales o responder a acciones iniciadas por otros. (5)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Cuenta con información y/o asesoramiento legal; Identifica correctamente el problema como un problema legal; sabe qué hacer, pero no tiene la capacidad de actuar sin asistencia legal. (4) Ha recibido información legal y/o asesoramiento e identifica correctamente el problema como un problema legal, pero no sabe lo que puede hacer. (3)
Habilidades básicas (Organización del hogar)	En crisis (0-2)	Tiene un problema legal importante, reconoce los problemas legales, pero no sabe qué hacer (2) Tiene un problema legal importante (uno que afecta las necesidades básicas de la vida), pero no entiende que el problema está relacionado con cuestiones legales y no sabe qué hacer. (1)
	Satisfactorio (9-10)	Tiene todas las habilidades y capacidades para gestionar el hogar (10)
	Estable (7-8)	Tiene casi todas las habilidades y capacidad para gestionar el hogar. (8)
	Seguro (5-6)	En general, es capaz de gestionar el hogar. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Tiene algunas habilidades básicas o capacidad para manejar el hogar. (3)

Dimensión	Nivel	Benchmarks
	En crisis (0-2)	No ha aprendido habilidades ni conocimientos sobre relaciones personales positivas (0)
Habilidades básicas (Relaciones personales)	Satisfactorio (9-10)	Comprende y practica conocimientos y habilidades para tener buenas y positivas relaciones personales. (10)
	Estable (7-8)	Entiende los conocimientos y las habilidades para unas buenas y positivas relaciones personales. (8)
	Seguro (5-6)	Entiende algunos conocimientos y habilidades sobre las relaciones personales. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Comprensión deficiente de lo qué son relaciones personales positivas. (3)
	En crisis (0-2)	No ha aprendido habilidades ni conocimientos sobre relaciones personales positivas (0)
Habilidades básicas (asuntos financieros)	Satisfactorio (9-10)	Muy buena comprensión y es capaz de manejar los problemas financieros básicos y complejos. (10)
	Estable (7-8)	Buena comprensión y es capaz de manejar los problemas financieros básicos. (8)
	Seguro (5-6)	Comprensión general de las cuestiones financieras básicas. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Sabe que es importante entender los problemas financieros básicos, pero no es capaz de hacerlo (3)
	En crisis (0-2)	No ha aprendido nada sobre asuntos financieros básicos. (0)
Habilidades básicas (Fijar metas y recursos)	Satisfactorio (9-10)	Siempre es capaz de fijar metas y tener iniciativa (10)
	Estable (7-8)	A menudo es capaz de establecer metas y tener iniciativa (8)
	Seguro (5-6)	En general, es capaz de establecer metas y tener iniciativa. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Sabe cómo hacerlo, pero rara vez establece objetivos y toma la iniciativa. (3)
	En crisis (0-2)	No ha aprendido a establecer metas y a tener iniciativa. (0)
Salud Mental	Satisfactorio (9-10)	Sin problemas en el trabajo, la escuela, la vida social; alto rendimiento en actividades significativas. (10)
	Estable (7-8)	Sin problemas o problemas mínimos en todas las áreas de la vida Participación en actividades significativas. (8)
	Seguro (5-6)	Problemas leves u ocasionales en relación con el empleo, relaciones sociales o escolares; generalmente escoge bien. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Grandes dificultades para cuidar de sí mismo o a los demás; Problemas sociales, laborales o escolares significativos (3).
	En crisis (0-2)	No puede cuidar de si mismo o de su familia. (1) Claro riesgo de daño a si mismo o a los demás. (0)

Dimensión	Nivel	Benchmarks
Parentalidad	Satisfactorio (9-10)	Los informes y/o observaciones muestran que tiene un enfoque positivo de la crianza y mantiene la seguridad del niño/niña, el control de su comportamiento y es capaz de proporcionar muchas oportunidades de enriquecimiento. (10)
	Estable (7-8)	Los informes y/u observaciones muestran que posee las habilidades adecuadas para mantener al niño a salvo, manejar su comportamiento y para proporcionar algunas oportunidades de enriquecimiento. (8)
	Seguro (5-6)	Los informes y/u observaciones muestran que tiene las habilidades adecuadas para mantener al niño a salvo y manejar su comportamiento una parte del tiempo. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Los informes u observaciones muestran que necesita conocimientos y habilidades adicionales para garantizar la seguridad de los niños/niñas y/o controlar su comportamiento. (3)
	En crisis (0-2)	Los informes u observaciones muestran comportamientos que ponen al niño/niña en riesgo de daño físico o mental. (0)
Salud física	Satisfactorio (9-10)	Ninguna enfermedad crónica y mantiene prácticas preventivas en la atención médica y dental, (10a) Dispone de un buen seguro de salud con copago bajo (10b) Incluido en Medicare con seguro suplementario (10c)
	Estable (7-8)	Ninguna enfermedad crónica o tiene una enfermedad crónica estabilizada y mantiene buenas prácticas preventivas de atención médica y dental. (8a) Tiene algún tipo de seguro de salud privado (8b) Tiene seguro de salud mediante Medicare (8c)
	Seguro (5-6)	Existen enfermedades crónicas en general bien atendidas y trata de mantener las rutinas de las citas médicas y dentales (6a) Tiene un seguro o cobertura médica subsidiada (6b) Tiene cobertura de Medicare o Medicaid (6c)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Existen enfermedades crónicas, con posible riesgo de vida, con un seguimiento discontinuo del tratamiento. (3)
	En crisis (0-2)	Uso inconstante y/o acceso limitado a la atención médica. (2) Sin seguro médico o acceso a la atención médica. (1) Enfermedad crónica no tratada, que supone un riesgo para la vida, con tratamiento inconstante o mínimo (0)
Seguridad	Satisfactorio (9-10)	Relaciones personales o íntimas que ofrecen apoyo emocional y cuidado y libres de violencia. (10a) Se siente seguro en la comunidad, y puede usar los servicios de emergencia si es necesario. (10b)
	Estable (7-8)	Vive en una relación segura o solo y tiene personas a las que llamar si necesita ayuda o tiene miedo. (8a) A veces se siente inseguro en la comunidad, pero utiliza servicios de emergencia cuando es necesario. (8b)
	Seguro (5-6)	No vive con una persona violenta ni está en una relación con un maltratador. (6a)

Dimensión	Nivel	Benchmarks
		Se siente inseguro en la comunidad en algunos momentos (por la noche, etc.), pero sabe cómo acceder a los servicios de emergencia. (6b)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Está en una relación emocional y/o mentalmente abusiva, que aún no se ha convertido en violencia física. (3a) La mayoría de las veces se siente inseguro en la comunidad y no tiene acceso a los servicios de emergencia, o no los usa. (3b)
	En crisis (0-2)	Está en una relación física y/o emocionalmente abusiva. (0a) Siempre se siente inseguro en la comunidad y no tiene acceso o no ha aprendido a acceder a los servicios de emergencia (911, etc.). (0b)
Adicciones	Satisfactorio (9-10)	Los medicamentos recetados y el alcohol se consumen de manera adecuada (mínimo o sin uso). (10)
	Estable (7-8)	Uso indebido ocasional de alcohol y/o medicamentos recetados; generalmente se consumen de una manera adecuada. (8)
	Seguro (5-6)	Abuso ocasional de sustancias. El uso de drogas tiende a un patrón de abuso con consecuencias negativas. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Abuso significativo de sustancias que da lugar a la existencia de dificultades crónicas en la familia/trabajo. (3)
	En crisis (0-2)	La toxicidad debida a la dependencia de drogas y al alcoholismo puede requerir desintoxicación. (0)
Red de apoyo	Satisfactorio (9-10)	Es capaz tanto de dar apoyo como de recibirlo. (10) Siempre tiene apoyo. (9)
	Estable (7-8)	La mayoría de las veces tiene una red de apoyo saludable. (8)
	Seguro (5-6)	Tiene una red de apoyo saludable sólo en momentos de crisis. (6)
	Línea de prevención	
	Vulnerable (3-4)	Tiene una red de apoyo saludable pero poco confiable. (4) Tiene una red de apoyo, pero no es saludable y es limitada. (3)
	En crisis (0-2)	No tiene red de apoyo. (0)

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA (TRADUCCIÓN) A PARTIR DE SELF-SUFFICIENCY TASKFORCE (2010, PP. 1-25)

4.6.2.3 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO SSM - USA

TABLA 31. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO SSM - USA

Criterios	Descripción
Autoría	Mixta: equipo profesional y organizaciones (públicas y privadas)
Origen geográfico	Estados Unidos de América
Tipo de información.	Indicadores, graduación en 5 niveles, datos dinámicos.
Estructura básica	25 ámbitos
Desarrollo del instrumento	Cada ámbito se desarrolla en 5 niveles que, a su vez se identifican mediante indicadores específicos.

Criterios	Descripción
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	La graduación de los niveles permite identificar con facilidad el cambio.
Síntesis de la información	Semimanual, no dispone de índice o resultado sintético
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Modelo orientado a resultados
Posición de los actores en el registro	Flexible: puede usarse desde perspectiva profesional, pero, también, desde la perspectiva de la persona.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Manual (existen versiones informatizadas).

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.6.3 Self – Sufficiency Matrix, versión Área de Salud Pública de Ámsterdam (Países Bajos)

El Servicio de Salud Pública de Ámsterdam (GDD-Amsterdam, a partir de ahora), en colaboración con la ciudad de Rotterdam, decidió hacer una adaptación del modelo americano y elaboró una primera versión en 2010 que fue utilizada por distintas entidades locales, instituciones y otras organizaciones y que les llevó a la elaboración de una segunda versión en 2013 (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd y Theunissen, 2013).

Para el desarrollo del instrumento neerlandés se partió de dos versiones americanas: la versión de Utah y la versión de Arizona (Fassaert et al., 2014, p. 584); estas versiones sumaban un total de 19 dimensiones que fueron analizados por un equipo de investigadores y profesionales que decidieron excluir un total de 8 dominios por considerar que no se adaptaban a la realidad neerlandesa²¹³. Posteriormente, se añadieron como un anexo para la atención a las familias (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd, Tigchelaar, et al., 2013)

El modelo adaptado holandés parte de una definición propia de autosuficiencia:

Realising an acceptable level of functioning on the important domains of daily life by yourself. If necessary, organising the appropriate support when a relapse in your level of functioning is about to occur or is already occurring, that you cannot prevent or fix yourself²¹⁴. (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd, y Theunissen, 2013, p. 5)

²¹³ El dominio “Comida” se descartó porque el programa de cupones de alimentos no existe en Holanda; “Movilidad” se descartó por las características del país y por la densa red de transportes; “Cobertura de salud” se descartó porque en Holanda existe un sistema nacional de salud; “Seguridad” se descartó porque el equipo consideró que se solapaba con otros conceptos; “Educación de adultos” se descartó porque se solapaba con el dominio “Actividades cotidianas” y se descartaron los dominios relacionados con la Parentalidad dado que en su ámbito de actuación (Servicio de Salud Pública) representaba una pequeña parte de las personas atendidas. (Fassaert et al., 2014, p. 584)

²¹⁴ Trad.: «Saber tener un nivel aceptable de desempeño en los dominios importantes de la vida cotidiana por uno mismo. Organizando el apoyo más adecuado, si es necesario, cuando se prevé una pérdida del nivel de desempeño o cuando ya está

Las instrucciones de uso para este modelo muestran una orientación muy centrada en el presente: aconsejan descartar informaciones de más de 30 días de antigüedad y, a la par, no incluir predicciones. Entienden que el nivel de autosuficiencia es un resultado y refleja un momento concreto (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd y Theunissen, 2013, p. 6).

Por otra parte, su modelo relaciona los distintos niveles de autosuficiencia con el tipo de atención requerida y el tipo de apoyo necesario.

ILUSTRACIÓN 14. SIGNIFICADO DE LOS NIVELES EN TÉRMINOS DE AUTOSUFICIENCIA Y RELACIÓN CON LA NECESIDAD DE ATENCIÓN Y LA NECESIDAD DE APOYO

	Crítico	No autosuficiente	Poco autosuficiente	Adecuado	Completo
Autosuficiencia	La situación es insostenible. Problemas críticos	No es autosuficiente. La situación se deteriorará si no hay intervención	Autosuficiencia limitada. Situación estable, pero poco adecuada	Adecuadamente autosuficiente	Autosuficiencia por encima de la media
Necesidad de atención	Necesita (más) atención de forma inmediata	Requiere más atención que no puede proveerse por sí mismo/a	Necesita atención que solo puede proveerse parcialmente	Dispone de la atención adecuada	No necesita atención
Necesidad de apoyo	Se requiere urgentemente un apoyo intensivo adicional	Se requiere apoyo adicional	Sería necesario mejorar el apoyo	El apoyo es adecuado	No necesita apoyo

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA (TRADUCCIÓN) SOBRE LAURIKS, BUSTER, WIT, WEERD, ET AL. (2013, P. 7)

4.6.3.1 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

El modelo neerlandés tiene un total de 11 dominios seleccionados por un grupo de expertos en el ámbito de la salud pública y han sido pensados para ser aplicados a cualquier persona adulta que se encuentre en los Países Bajos (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd, y Theunissen, 2013, p. 9); además se añaden 4 dominios relacionados con la parentalidad²¹⁵ (ver Tabla 33, pág. 257). Se define como un instrumento de diagnóstico (*assessment*) y, por tanto, debe venir precedido de un proceso de recogida de información; en cuanto a su uso, se orienta a los profesionales a que inicien la comparación de la situación con los indicadores partiendo de la situación de mayor autosuficiencia posible y que, en caso de duda entre dos opciones, se

sucediendo, en caso de que no se haya podido prever o solucionar por uno mismo.» (Lauriks, Buster, de Wit, van de Weerd, et al., 2013, p. 5)

²¹⁵ Debemos indicar que estas cuatro dimensiones complementarias no están incluidas en el Manual (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd, y Theunissen, 2013) y aparecen únicamente en las tablas de categorías (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd, Tigchelaar, et al., 2013).

elija la de mayor nivel de autosuficiencia (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd y Theunissen, 2013, p. 11).

De manera similar a la planteada por el modelo de Snohomish County (USA), definen el instrumento para un uso flexible: evaluar una única persona, evaluar distintas personas en el mismo momento, evaluar una persona en distintos momentos, evaluar distintas personas en diversos momentos, evaluar personas que pertenezcan a un determinado grupo, evaluar personas de un grupo en distintos momentos, evaluar distintos grupos en un único momento o en distintos momentos (Ibíd., p. 15 - 16).

El manual del instrumento incluye recomendaciones para el análisis y explicación de los resultados y especifica tres factores de ponderación: tener cobertura sanitaria (seguro de salud), dominio de la lengua neerlandesa y el hecho de tener menores a cargo (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd y Theunissen, 2013, p. 13).

Los dominios del Self -Sufficiency Matrix neerlandés (SSM-D²¹⁶, a partir de ahora) incluyen una definición general y una definición específica de cada uno de los términos que aparecen en la definición general de la dimensión (Ibíd., p. 17).

- Economía²¹⁷: este dominio incluye tres aspectos relacionados con los ingresos y los gastos: nivel de ingresos en relación con los gastos, fuente de los ingresos y gestión y dinámica de (posibles) deudas.
- Actividades diarias: se refiere a tener un trabajo y/o tener una trayectoria que conduzca a las personas al trabajo (activación, reintegración, formación). Se centra en ver si la persona ha sido capaz de organizar de alguna manera las actividades diarias por sí misma.
- Vivienda: se refiere a la estabilidad y a la calidad de la situación de la vivienda de la persona. El punto central es si la persona dispone de una vivienda segura y suficiente, donde pueda permanecer un largo período de tiempo. La calidad se define a partir de la seguridad (humedad, suministros, etc.) y la suficiencia (tamaño, calefacción, iluminación, equipamiento básico, etc.).

²¹⁶ SSM-D es la sigla escogida para identificar este modelo en la literatura (Fassaert et al., 2014; Lauriks et al., 2014), utiliza la letra D correspondiente a Dutch (neerlandés).

²¹⁷ La síntesis de la definición de las dimensiones se ha realizado a partir del texto original (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd, y Theunissen, 2013) y de una traducción realizada por la autora (Lauriks, Buster, de Wit, van de Weerd, et al., 2013) disponible en https://www.researchgate.net/publication/325627769_SELF_SUFFICIENCY_MATRIX_2013_Manual_traduccion_al_espanol

- Relaciones de convivencia: este dominio se centra en la cuestión de si la persona es capaz de mantener buenas relaciones con la persona o personas con las que convive. Evalúa si entre las personas del núcleo de convivencia se dan relaciones de apoyo en su crecimiento y desarrollo o si, por el contrario, tienen una influencia negativa. Este dominio incluye situaciones de violencia, maltrato o negligencia.
- Salud Mental: se refiere a la existencia o ausencia de psicopatologías y, en su caso, la manera cómo la persona se maneja. Su foco de atención es la existencia de síntomas de desórdenes mentales y, si estos existen, el manejo que se hace de ellos en relación, por ejemplo, con el tratamiento y la influencia de éstos sobre la vida cotidiana.
- Salud Física: se refiere a la existencia o ausencia de un desorden físico y, en caso de existir, la manera cómo la persona lo maneja. Los desórdenes físicos incluyen lesiones, enfermedades agudas y crónicas. Se evalúa desde la primera atención puntual hasta el seguimiento de tratamientos prescritos.
- Adicciones: este dominio se refiere al consumo de drogas y alcohol por parte de una persona y la influencia que tiene en su desempeño cotidiano. Sigue los criterios del DSM-IV²¹⁸: tolerancia (1), síntomas de abstinencia (2), grandes cantidades-grandes períodos de tiempo (3), deseo intenso (4), dedicar mucho tiempo a obtener/consumir/recuperarse (5), retirarse de actividades profesionales o sociales importantes (6) y uso continuado pese al conocimiento de las consecuencias negativas físicas o psíquicas (7). Uno de los focos se pone en el impacto en las actividades sociales, laborales o psíquicas de estos consumos.
- Actividades de la vida diaria: se refiere al grado en el que una persona es capaz de desarrollar de forma autónoma las Actividades de la Vida Diaria (AVD) o la forma cómo gestiona que otras personas las realicen en su lugar. Las AVD incluyen actividades básicas (comer, lavarse, vestirse, ir al WC) y actividades complejas (organizar la casa y el cuidado de personas, etc.).
- Red Social: este dominio se refiere al número y calidad de relaciones con amigos, familia y conocidos (sin incluir la unidad de convivencia). Un elemento importante es evaluar la capacidad de la persona para conseguir rodearse de suficientes personas en su entorno y que, además, sean adecuadas para que le den ayuda en su crecimiento y desarrollo.

²¹⁸ Abreviatura de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versión IV, de 1994, revisada en el año 2000.

- Participación comunitaria: se refiere al grado en el que una persona puede participar en actividades comunitarias estructuradas y en organizaciones. Se focaliza en la participación real de la persona y la existencia de factores externos que la faciliten o la impidan (p.ej. transporte, tiempo, etc.)
- Judicial: este ámbito valora si la persona está, o ha estado recientemente, en contacto con la policía o la administración de justicia. Se refieren a contactos policiales derivados de la comisión de faltas o delitos por parte de la persona y en el ámbito judicial se focalizan en la justicia penal; se valora especialmente el impacto que puede tener en las actividades diarias y en la atención a la persona.

TABLA 32. DIMENSIONES E INDICADORES POR NIVELES DEL MODELO SELF-SUFFICIENCY MATRIX - NEERLANDÉS

Dominio	Nivel	Descripción
Economía	1 – Crítico	Sin ingresos. Deudas altas e incrementándose.
	2 – No autosuficiente	Ingresos inadecuados y/o gastos espontáneos o inadecuados. Deudas incrementándose.
	3 – Apenas autosuficiente	Puede cubrir las necesidades básicas con los ingresos y/o gastos adecuados. Si hay deudas, son estables y/o controladas por alguien externo.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Puede cubrir necesidades básicas sin recibir prestaciones sociales. Gestiona las posibles deudas sin ayuda y se van reduciendo.
	5 – Completamente autosuficiente	Ingresos suficientes y bien gestionados. Tiene capacidad de ahorro.
Actividades diarias	1 – Crítico	No tiene actividades diarias y crea molestias.
	2 – No autosuficiente	No tiene actividades diarias, pero no crea molestias.
	3 – Apenas autosuficiente	Umbral bajo de actividades diarias o participación en programas de activación laboral.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Umbral alto de actividades diarias o programa de activación laboral o trabajo estacional y/o matriculado en un curso para acceder a formación reglada (Graduado en Secundaria o Formación profesional de grado medio o superior).
	5 – Completamente autosuficiente	Trabajo fijo y/o asistencia a formación reglada (secundaria o profesional superior).
Vivienda	1 – Crítico	Sin hogar y/o en albergues nocturnos.
	2 – No autosuficiente	En una vivienda que no es adecuada para residir de forma permanente y/o con un alquiler/hipoteca que no pueden pagar y/o oponiéndose a un desahucio.
	3 – Apenas autosuficiente	En una vivienda estable que es segura, aunque poco adecuada y/o en un subarriendo ilegal o una vivienda no autónoma.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	La familia vive en una vivienda segura y adecuada, tiene un contrato de alquiler con limitaciones y/o es una vivienda parcialmente autónoma.

Dominio	Nivel	Descripción
	5 – Completamente autosuficiente	La familia vive en una vivienda segura y adecuada y tiene un contrato pleno y/o es una vivienda autónoma.
Relaciones de convivencia	1 – Crítico	Se da violencia doméstica, maltrato infantil o negligencia.
	2 – No autosuficiente	Los miembros de la familia no se relacionan bien entre ellos y/o hay posibilidades de violencia doméstica, maltrato infantil o negligencia.
	3 – Apenas autosuficiente	Los miembros de la familia reconocen los problemas y buscan modificar las conductas negativas.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Los problemas relacionales entre los miembros de la familia no existen (ahora) y/o vive solo/a
	5 – Completamente autosuficiente	La comunicación entre los miembros de la familia es básicamente abierta. Los miembros de la familia se apoyan mutuamente.
Salud mental	1 – Crítico	Riesgo para uno mismo u otros y/o ideas de suicidio recurrentes. Experimentan serias dificultades en la vida cotidiana debido a un desorden mental
	2 – No autosuficiente	Problemas recurrentes de salud mental que pueden afectar a la conducta, pero no son un peligro ni para si mismo ni para otros. Problemas en el funcionamiento cotidiano debido a síntomas y/o falta de tratamiento.
	3 – Apenas autosuficiente	Se pueden presentar síntomas menores y/o solo dificultades moderadas en el desempeño debidas a problemas psicológicos y/o cumplimiento mínimo del tratamiento.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Síntomas mínimos que son una respuesta a estresores vitales predecibles y/o ligeras dificultades en el funcionamiento y/o buen cumplimiento del tratamiento.
	5 – Completamente autosuficiente	No existen síntomas o son raros. Funcionamiento bueno o excelente en un amplio abanico de actividades. No se producen más problemas o preocupaciones que las cotidianas. .
Salud física	1 – Crítico	Requiere una atención médica inmediata. Situación de crisis o emergencia.
	2 – No autosuficiente	Existe un problema médico (agudo o crónico) que requiere un tratamiento regular que actualmente no está siendo tratado. Limitaciones moderadas de la actividad (física) debido a problemas físicos de salud.
	3 – Apenas autosuficiente	Un problema médico (crónico) está siendo tratado pero el cumplimiento es mínimo. Problemas de salud física causan leves restricciones en la movilidad y la actividad.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Reconoce la necesidad de recibir ayuda para el problema médico (crónico). Buen cumplimiento del tratamiento.
	5 – Completamente autosuficiente	No hay problemas médicos agudos o persistentes.

Dominio	Nivel	Descripción
Adicciones	1 – Crítico	Cumple los criterios de dependencia/abuso severo. La gravedad de los problemas que se presentar requiere de internamiento en una institución u hospitalización.
	2 – No autosuficiente	Cumple los criterios de dependencia. Está preocupado/a por el consumo y/o por conseguir las substancial. Son evidentes los comportamientos vinculados a la abstinencia o a evitar la abstinencia. Presenta efectos del consumo en la no realización o negligencia de actividades vitales esenciales.
	3 – Apenas autosuficiente	Consumo en los últimos 30 días. Evidencias de problemas sociales, laborales, emocionales y/o físicos relacionados con el consumo. El consumo no interfiere en las actividades vitales esenciales y/o el cumplimiento del tratamiento es mínimo.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	El cliente ha consumido en los últimos 30 días, pero no hay evidencia de problemas sociales, laborales, emocionales o psíquicos relacionados con el consumo. No hay evidencia de consumo recurrente o abusivo y/o hay un buen cumplimiento del tratamiento.
	5 – Completamente autosuficiente	No se ha producido consumo/abuso en los últimos 30 días.
Actividades de la vida diaria	1 – Crítico	Limitaciones graves en todas o casi todas las áreas del autocuidado y actividades complejas.
	2 – No autosuficiente	Problemas importantes en una o más áreas del autocuidado (comer, lavar, vestir, ir al WC) y no puede desarrollar varias actividades complejas.
	3 – Apenas autosuficiente	Desarrolla adecuadamente la mayoría, pero no todas, las actividades básicas de la vida diaria y autocuidado, pero no puede desarrollar una de las actividades más complejas.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Desarrolla todas las actividades de la vida diaria y solo presenta problemas secundarios (por ejemplo, ser descuidado, desorganizado...)
	5 – Completamente autosuficiente	No se producen problemas de este tipo y se desarrolla correctamente en todas las áreas.
Red social	1 – Crítico	Falta de apoyo necesario de familia/amigos y solo tiene amigos tóxicos, si los tiene o presenta un grave aislamiento social.
	2 – No autosuficiente	La familia/amigos tienen carencias en habilidades/recursos para ayudar y tiene pocos contactos que no sean amigos tóxicos, si los tiene. Presenta problemas significativos y permanentes debidos a una retirada activa o pasiva de las relaciones sociales.
	3 – Apenas autosuficiente	Dispone de algún apoyo de la familia/amigos y tiene algunos contactos además de los amigos tóxicos, si los tiene. Presenta problemas claros para crear o mantener relaciones de apoyo.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Recibe apoyo adecuado de familia/amigos y tiene contacto limitado con amigos tóxicos, si los tiene.
	5 – Completamente autosuficiente	Red social saludable y no tiene amigos tóxicos.
Participación comunitaria	1 – Crítico	No se puede aplicar debido a una situación de crisis y/o a que la persona está en “modo supervivencia”

Dominio	Nivel	Descripción
	2 – No autosuficiente	Aislamiento de la comunidad y/o falta de habilidades sociales y/o falta de motivación para la participación.
	3 – Apenas autosuficiente	Participación escasa en la comunidad y/o habilidades limitadas para implicarse en la comunidad.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Alguna participación comunitaria (p.ej: consejo, grupo de apoyo) pero presenta impedimentos como el transporte, la disciplina o las tareas de cuidado de niños.
	5 – Completamente autosuficiente	Participación activa en la comunidad.
Judicial	1 – Crítico	Contacto muy frecuente (mensual) con la policía y/o está en búsqueda por la policía.
	2 – No autosuficiente	Contactos frecuentes (varias veces al año) con la policía y/o causas pendientes.
	3 – Apenas autosuficiente	Contactos puntuales (una vez al año) con la policía y/o libertad condicional o sanción.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Contactos esporádicos (menos de una vez al año) con la policía y/o tiene antecedentes penales.
	5 – Completamente autosuficiente	No hay contacto con la policía. No hay antecedentes penales.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA (Y TRADUCCIÓN) A PARTIR DE LAURIKS, BUSTER, DE WIT, WEERD, ET AL. (2013)

TABLA 33. DIMENSIONES E INDICADORES RELACIONADOS CON EL EJERCICIO DE LA PARENTALIDAD; SELF - SUFFICIENCY MATRIX NEERLANDÉS

Dominio	Nivel	Descripción
Cuidado físico	1 – Crítico	La seguridad física de niño/s está en riesgo debido al maltrato físico o a la negligencia en la atención física básica y/o el niño/a ha tenido más de 3 accidentes graves durante el año anterior dentro de la casa o en su entorno.
	2 – No autosuficiente	Existen limitaciones en la atención física básica, pero éstas no generan riesgos directos en la seguridad del/de los niños/as. El niño/a tiene accidentes frecuentes (3 veces durante el año anterior) dentro de la casa o en su entorno. Existen indicadores de maltrato físico.
	3 – Apenas autosuficiente	No hay signos ni informes de maltrato físico o negligencia. La atención física básica generalmente es correcta. El niño/a ha tenido varios accidentes (dos en el año anterior) en el domicilio o en su entorno y/o se presentan algunos riesgos evitables para la seguridad física.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	La atención física básica (vestido, nutrición, higiene y atención médica) siempre son correctas. Esporádicamente (una vez en el año anterior) se produjo un accidente en el domicilio o en su entorno y no existen riesgos evitables para la seguridad física.
	5 – Completamente autosuficiente	El cuidado físico básico es correcto. No se han producido accidentes en el domicilio o en su entorno y éste es seguro. Los progenitores estimulan un estilo de vida saludable en el niño/a (nutrición saludable, ejercicio suficiente).

Dominio	Nivel	Descripción
Apoyo social y emocional	1 – Crítico	El bienestar mental de los niños está en riesgo. Maltrato emocional o negligencia. Los progenitores aíslan al niño/a y/o Estimulan comportamientos indeseados o, incluso, mal comportamiento.
	2 – No autosuficiente	Los progenitores no establecen límites o no son adecuados a la edad del menor y/o Limitan las relaciones entre los niños y otros de edades similares y/o Los progenitores disuaden de seguir conductas socialmente correctas. Signos de maltrato emocional.
	3 – Apenas autosuficiente	No hay informes de maltrato emocional o negligencia. Los progenitores establecen límites adecuados a la edad, pero no son constantes y/o No muestran interés en las relaciones entre los niños y otros de edades similares y/o No se implican activamente en el desarrollo de los niños/as
	4 – Adecuadamente autosuficiente	Los progenitores establecen límites adecuados a la edad de forma constante y muestran interés en las relaciones entre los niños y otros de edades similares.
	5 – Completamente autosuficiente	Los progenitores establecen límites razonables y adecuados a la edad y lo hacen de forma constante. Estimulan las relaciones entre los niños y otros de edades similares. Actúan como un modelo
Escolarización	1 – Crítico	Uno o más niños en edad escolar no están matriculados y/o No asisten a la escuela
	2 – No autosuficiente	Uno o más niños en edad escolar se ausentan frecuentemente de clase (más de 5 veces al mes) sin una razón válida y/o No tienen posibilidades de hacer los deberes en casa. Los progenitores no se implican en la escolarización de los hijos.
	3 – Apenas autosuficiente	Uno o más niños en edad escolar se ausentan regularmente de clase 2-5 veces al mes) sin una razón válida. y/o Tienen posibilidades limitadas de hacer los deberes en casa. Los progenitores se implican mínimamente en la escolarización de los hijos.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	No hay niños en edad escolar o los que hay se ausentan esporádicamente de clase (máximo una vez al mes) sin una razón válida. Tienen suficientes capacidades para hacer los deberes en casa. Los padres están suficientemente implicados en la escolarización de los hijos.

Dominio	Nivel	Descripción
	5 – Completamente autosuficiente	Los niños en edad escolar no se ausentan nunca de clase sin una razón válida. Los niños tienen buenas posibilidades de hacer los deberes en casa. Los padres están muy implicados en la escolarización de los niños.
Atención diurna (escuela infantil, centro de día, cuidador)	1 – Crítico	Se necesita atención diurna para uno más de los niños pero no es posible tenerla o está gravemente limitada en (casi) todas las áreas del cuidado físico básico y la crianza.
	2 – No autosuficiente	Se atiende de forma muy limitada a las necesidades de atención básica diaria para uno o más de los niños o Hay problemas importantes en una o más áreas de atención física básica y diversas tareas relacionadas con la crianza no se realizan cotidianamente.
	3 – Apenas autosuficiente	Se provee atención diurna en todos los aspectos de atención básica pero no la atención merece mucha confianza. La atención física básica es correcta, pero una o más tareas relacionadas con la crianza no se realizan cotidianamente.
	4 – Adecuadamente autosuficiente	No es necesaria atención diurna o es suficiente y de confianza. La atención diurna cubre todos los aspectos de la atención física básica y cubre adecuadamente las tareas de crianza.
	5 – Completamente autosuficiente	Disponen de una atención diurna de alta calidad y de acuerdo con su elección. Cumple con las condiciones de una atención básica y de crianza bien desarrollada.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA (Y TRADUCCIÓN) A PARTIR DE LAURIKS, BUSTER, DE WIT, WEERD, ET AL. (2013)

4.6.3.2 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO SSM - D

TABLA 34. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO SSM - D

Criterios	Descripción
Autoría	Administración pública (equipo profesional de la propia administración)
Origen geográfico	Países Bajos
Tipo de información.	Indicadores, graduación en 5 niveles, datos dinámicos.
Estructura básica	11 ámbitos (más 4 suplementarios para situaciones relacionadas con la Parentalidad)
Desarrollo del instrumento	Cada ámbito se desarrolla en 5 niveles que, a su vez se identifican mediante indicadores.
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	La graduación de los niveles permite identificar con facilidad el cambio.
Síntesis de la información	Semi-manual, no dispone de índice o resultado sintético
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Modelo orientado a resultados
Posición de los actores en el registro	Flexible: puede usarse desde perspectiva profesional, pero, también, desde la perspectiva de la persona.

Criterios	Descripción
Soporte en el que se presenta el instrumento	Manual.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.6.4 Outcome StarTM

Outcome StarTM²¹⁹ es un conjunto de instrumentos elaborados por la Triangle Consulting Social Enterprise²²⁰ que se autodefinen como «an innovative, mission-led organisation that exists to help people reach their highest potential and live meaningful and fulfilling lives, often in the context of social disadvantage, trauma, disability or illness²²¹» (Triangle Consulting, 2020a). Triangle se ha especializado en diseñar, medir y dar apoyo en los procesos de intervención social mediante un conjunto de herramientas que reciben el nombre de *Outcome Star*. Se trata de un producto que se facilita con licencia de uso, por tanto, es un producto que tiene un coste de utilización y dispone versiones en papel e informatizadas.

Este instrumento, o conjunto de instrumentos, tienen una estructura básica común y comparen, también, la metodología para su desarrollo que sitúan en el marco de la Investigación-Acción y de la Investigación Acción Participativa (MacKeith, 2011, p. 100) que implica un proceso de definición y validación en el que participan servicios y profesionales de la atención directa con un enfoque “de abajo a arriba” (*bottom-up*) que busca incorporar de la manera más concreta posible las experiencias de los sujetos porque pone un importante énfasis en la comprensión de la experiencia subjetivo (Ibíd., p. 103). Joy MacKeith explica que la primera versión de Outcome Star, orientada a personas sin hogar, se desarrolló durante cuatro años y en estrecha colaboración con una entidad londinense especializada (Ibíd., p. 103). Pero la misma autora reconoce que cada estrella ha seguido su propio proceso de elaboración.

Outcome Star es, como señalábamos, un conjunto de herramientas que se han desarrollado para ser aplicadas en diversas situaciones; cada situación tiene su propia estrella, que está formada por un determinado número de escalas que se orientan tanto al diagnóstico como

²¹⁹ Se incorpora el signo TM dado que se trata de una marca registrada (Trade Mark), pero para facilitar la lectura lo incorporamos solo al inicio del apartado.

²²⁰ Ver su página web en <https://www.outcomesstar.org.uk/>

²²¹ Trad.: «Una organización innovadora orientada a la misión, que existe para ayudar a las personas a alcanzar su máximo potencial y vivir vidas plenas y satisfactorias, a menudo en contextos de desventaja social, trauma, discapacidad o enfermedad.» (Triangle Consulting Social Enterprise, 2020).

al apoyo y a la medida del cambio en las necesidades de atención y apoyo (MacKeith, 2014, p. 189). Triangle, en la actualidad, dispone de un total de 36 estrellas, está trabajando en el desarrollo de otras 3 y ha empezado a estudiar la posibilidad de otras dos (Triangle Consulting, 2020a); estos instrumentos se agrupan por temas, cada uno de ellos puede tener varias estrellas.

ILUSTRACIÓN 15. TEMÁTICAS QUE DISPONEN DE INSTRUMENTOS OUTCOMES STAR

• Atención de personas adultas	• Ocupación
• Veteranos de las fuerzas armadas	• Familias e infancia
• Autismo y TDHA	• Salud
• Comunidad	• Vivienda y personas sin hogar
• Justicia Penal	• Salud mental
• Violencia doméstica	• Abuso de sustancias
• Educación	• Jóvenes

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE WWW.OUTCOMESSTAR.ORG.UK

A modo ilustrativo, en relación con las familias y la infancia, Triangle ha desarrollado hasta 9 modelos distintos para hacer frente a realidades diferentes: *Family Star* (relaciones y parentalidad), *Family Star Plus* (mejora de la anterior para el desarrollo de una parentalidad efectiva), *Family Star – Early Years* (familias con hijos e hijas menores de 5 años), *My Star* (para niños y niñas), *Music Therapy Star* (para niños y niñas que acceden a servicios de terapia musical), *New Mum Star* (para madres jóvenes), *Parent and Baby Star* (para madres y padres durante el embarazo y el primer año de la vida del bebé), *Planning Star* (para menores no acompañados que piden asilo y jóvenes refugiados) y *The Support Star* (para niños, adolescentes y jóvenes que se enfrentan a enfermedades graves, existen dos variantes una para los jóvenes y otra para los progenitores). (Triangle Consulting, 2020a)

Los instrumentos del Outcomes Star se basan en tres principios: empoderamiento, colaboración e integración (MacKeith, 2011, p. 100) que parten de entender que las soluciones a los problemas sociales

[...] rest on the harnessing of the agency and abilities of the people experiencing the problems. The understanding is that they are the primary agents of change and that without their empowerment no solution, no matter how well thought through, will be effective (Wadsworth, 1998)²²². (MacKeith, 2011, p. 100)

²²² Trad. [...] descansan en el aprovechamiento de la agencia y las habilidades de las personas que viven los problemas. Se entiende que son los principales agentes de cambio y que, sin su empoderamiento, ninguna solución, por muy bien pensada que esté, será efectiva (Wadsworth, 1998). (MacKeith, 2011, p. 100). Nota: “agencia” en el sentido que teorizó Bandura (Bandura, 2001, p. 2), es decir: ser capaz de hacer que las cosas sucedan.

Desde una perspectiva de marco teórico de la intervención social, Outcomes Star toma como referencia el modelo de atención centrada en la persona, el enfoque basado en las fortalezas y el de coproducción. (Triangle Consulting, 2020a).

Outcomes Star da una gran relevancia a la perspectiva de las personas y sus prioridades, el hecho que el lenguaje sea en primera persona; describiendo lo que las personas viven y sienten es un buen ejemplo de como se ha incorporado este enfoque. Reconocen que, aún existiendo factores que escapan al control de las personas, se pueden producir cambios si hay una actitud individual para orientarse de manera sostenida hacia unos resultados. Otro elemento que da fuerza a este enfoque en la colaboración; en este modelo profesional y persona usuaria trabajan conjuntamente para construir una perspectiva compartida. Finalmente, los procesos de diagnóstico y de medida se integran en un solo instrumento.

4.6.4.1 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

El modelo se fundamenta en lo que denominan *The Journey of Change* (El camino del cambio) que significa que la estrella no mide solo la gravedad de un problema sino que las cinco fases y las escalas numeradas (de 1 a 10 o de 1 a 5) permiten medir la relación que una persona tiene con distintas áreas de su vida, cuál es su motivación, qué apoyos dispone y cómo realiza ese tránsito hacia una mejor situación de forma sostenida (Triangle Consulting, 2020b, p. 2). El *Camino del Cambio* está diseñado para fragmentar el camino en pequeños pasos que lleven hasta la autosuficiencia; las cinco grandes fases o estadios son:

- Estancado (*Stuck* (1 -2)). Situación en la que la persona no reconoce el problema o no está haciendo nada por afrontarla, aunque otras personas lo vean y le manifiesten su preocupación. Puede ser que la persona se sienta triste, criticada, asustada y no sepa o quiera enfrentarse al problema. No dispone de apoyos o rechaza el que se le ofrece.
- Aceptando ayuda (*Accepting help* (3-4)). Situación en la que la persona empieza a aceptar apoyos externos, incluso antes de eso, desea tener apoyos. Pueden seguir habiendo sentimientos de miedo, tristeza, pero no son permanentes.
- Probando (*Trying* (5-6)). La persona se siente segura. Tiene lo que necesita y le gusta recibir apoyo, pero en este momento aún no puede escoger como ha de ser su vida, necesita tomar más decisiones por su cuenta.
- Encontrando lo que funciona (*Finding what works* (7-8)). En este estadio, la persona siente que se la escucha y que su entorno está aprendiendo sobre cómo le gustan las cosas. Si

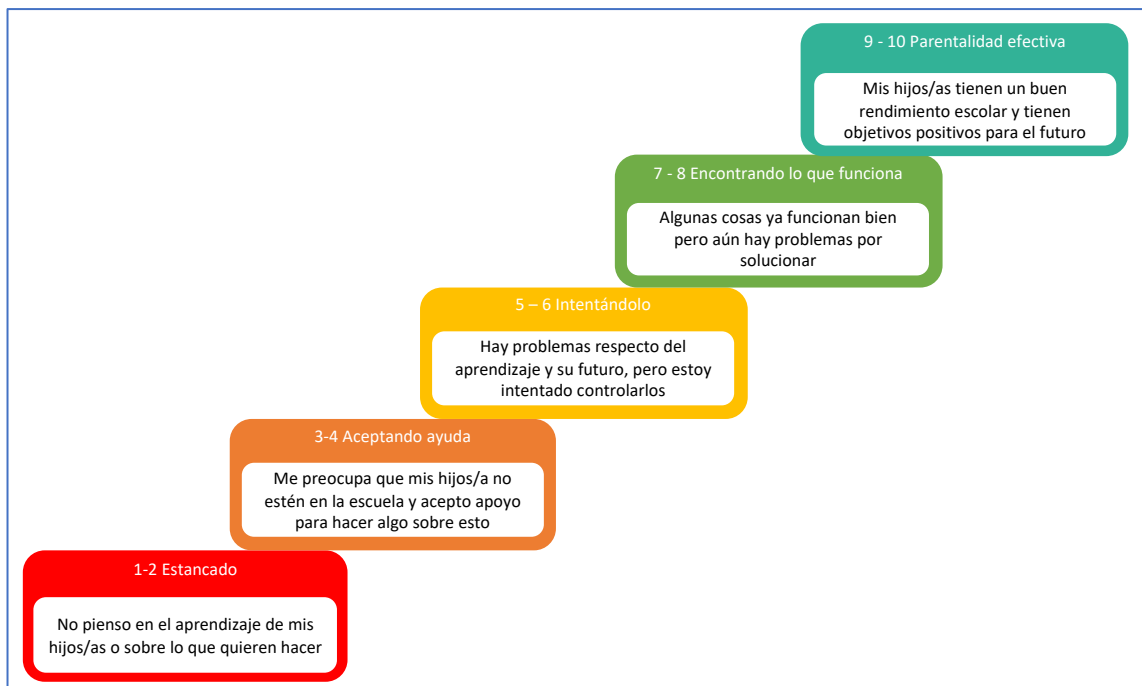
es posible (por sus capacidades), la persona está aprendiendo a hacer cada vez más cosas por sí misma.

- Autosuficiente (*Self-reliant* (9-10)). En este estadio la persona consigue que las cosas funcionen sin ayuda externa.

Señalemos, ahora, algunas de las características que identifican este instrumento, o conjunto de instrumentos como lo califican sus autoras – Sara Burns y Joy MacKeith –, puesto que hemos visto que existe una gran variedad en función de las diversas situaciones.

- El lenguaje descriptivo de cada uno de los estados y fases se realiza en primera persona, desde la posición de la persona que está viviendo la situación. En la Ilustración 16 se puede ver un ejemplo tomado de la Family Plus Star, en concreto la dimensión que aborda la educación y el aprendizaje que incluye la asistencia a la escuela, los deberes, el aprendizaje a través del juego y el desarrollo temprano.

ILUSTRACIÓN 16. DIMENSIÓN 6. EDUCACIÓN Y APRENDIZAJE, FAMILY STAR PLUS, OUTCOMES STAR



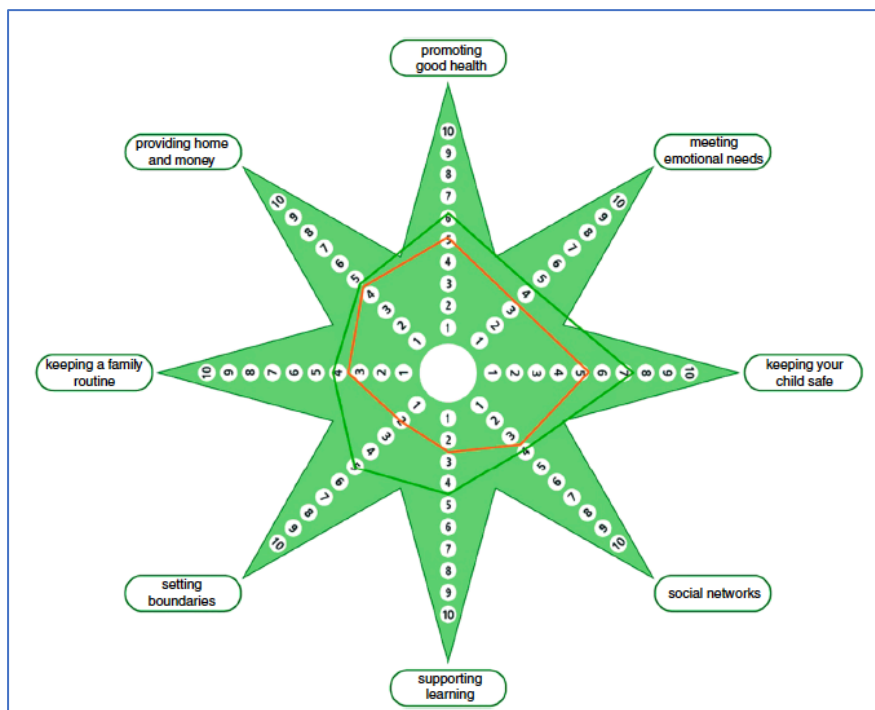
FUENTE. TRADUCCIÓN DE BURNS Y MACKEITH, 2017 (p. 16)

- Cada estrella está compuesta por un número variable de escalas que puede oscilar entre 7 y 10, como norma general. A modo de ejemplo veremos la configuración de dos estrellas: la Family Plus Star orientada a la Parentalidad efectiva y la Empowerment Star orientada a mujeres que han vivido situaciones de violencia machista. Family Plus Star incluye diez escalas: salud física, tu bienestar (del progenitor/a), atendiendo las

necesidades emocionales, manteniendo a tus hijos/as seguros/as, redes sociales, educación y aprendizaje, límites y comportamiento, rutina familiar, casa y dinero y buscando trabajo (Burns y MacKeith, 2017). Por su parte, la Empowerment Star está conformada por nueve escalas: seguridad, alojamiento, redes de apoyo, temas legales, salud y bienestar, dinero, hijos/as, trabajo y aprendizaje, empoderamiento y autoestima. (Burns y MacKeith, 2011)

- La metodología que fundamenta el instrumento es muy abierta y flexible, en línea con los principios apuntados con anterioridad; para ello el proceso a seguir parte de la narración, el profesional va haciendo preguntas sobre los distintos temas para que la persona relate como los vive, como se organiza, como los resuelve. A partir del diálogo se pasa a la segunda fase que es identificar los indicadores que mejor se ajustan a la situación de la persona y registrarlo en la “Estrella”.
- El resultado del proceso de diagnóstico queda reflejado en un gráfico (la “estrella”) en la que se irán registrando las variaciones, tal como aparece en la Ilustración 17, donde se pueden ver líneas de dos colores puesto que responde a un proceso realizado en dos ocasiones distintas.

ILUSTRACIÓN 17. IMAGEN DE LA FAMILY STAR (1ª EDICIÓN)



FUENTE. MACKEITH (2014, p. 190)

4.6.4.2 SÍNTESIS DEL INSTRUMENTO OUTCOME STAR

TABLA 35. RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE DEL MODELO OUTCOME STAR™

Criterios	Descripción
Autoría	Mixta. Empresa social en coordinación y colaboración con entidades públicas y privadas que realizan atención directa
Origen geográfico	Reino Unido
Tipo de información.	Indicadores, graduación en 5 niveles, datos dinámicos.
Estructura básica	Cada “Estrella” tiene un número variable de escalas, según el grupo poblacional o la situación que se vaya a abordar, puede oscilar entre 7 y 10.
Desarrollo del instrumento	Todas las escalas se desarrollan en 5 estadios que se subdividen en dos. En cada estadio hay indicadores que orientan el posicionamiento de la persona.
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	La graduación de los niveles permite identificar con facilidad el cambio. Dispone de representación gráfica de las valoraciones y los cambios.
Síntesis de la información	Semi-manual, no dispone de índice o resultado sintético
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Modelo centrado en la persona, orientado a fortalezas.
Posición de los actores en el registro	Centrado en la persona, todo el instrumento está pensado desde la perspectiva de la persona que vive la situación.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Manual e informático (ambos bajo licencia de Triangle)

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

4.6.5 Síntesis de los instrumentos internacionales

Hasta aquí la presentación de los cuatro instrumentos que tienen su origen en el ámbito internacional. Hemos visto dos instrumentos originarios de los Estados Unidos de América, uno de profesional, el *Person-in-environment (PIE) System* de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, que incorpora un sistema de codificación; y un instrumento desarrollado por profesionales vinculadas a una administración local, el *Self-Sufficiency Matrix* del Snohomish County, que incorpora unas escalas graduadas para cada una de las dimensiones.

Después hemos descrito una adaptación europea del *Self-Sufficiency Matrix*, en este caso la realizada por el Área de Salud Pública de Ámsterdam (Países Bajos) que, manteniendo la esencia del modelo original, simplifica las categorías.

Finalmente hemos visto un instrumento del Reino Unido, *Outcome Star*, elaborado por una entidad privada en colaboración con profesionales y entidades públicas y privadas del ámbito

de la intervención social, que se caracteriza por la gradualidad de las dimensiones y por su lenguaje enfocado a las personas.

4.7 A modo de resumen

El capítulo 4 se ha destinado a estudiar el tema central de esta investigación: el diagnóstico social.

Hemos iniciado el capítulo con un apartado dedicado a la definición del diagnóstico social, desde las primeras propuestas de Mary E. Richmond, en 1917, hasta las más actuales. Del análisis de esta evolución del concepto *diagnóstico social* podemos concluir que, siendo un elemento básico para la práctica de la profesión, habiendo sido el primer elemento sobre el que se teorizó y sistematizó, con la obra de Mary E. Richmond, en un siglo ha habido poca evolución práctica; se ha desarrollado un amplio debate en torno al uso del propio término incluso sobre su papel en el proceso de intervención social, pero poco más se ha avanzado tanto en la metodología diagnóstica como en la sistematización.

A continuación, hemos abordado el tema metodológico desde dos perspectivas: por una parte, la ubicación que en el proceso de intervención social se le asigna al diagnóstico social y, por otra, el desarrollo de metodologías propias del diagnóstico social.

En la primera perspectiva, sobre metodología de intervención en Trabajo Social, hemos analizado cuatro propuestas que nos llevan a concluir:

- El término “diagnóstico”, aún estando en el origen de la disciplina del Trabajo Social ha sido rechazado por una parte significativa tanto del sector profesional como desde el ámbito teórico, por considerar que tiene un exceso de vínculo con la profesión médica.
- Hay una coincidencia absoluta en que el proceso metodológico de intervención en Trabajo Social es un proceso “encabalgado y retroactivo” (en palabras de Aguilar (2013, p. 276)); es decir que la definición de fases se utiliza como un recurso pedagógico o lógico, pero en ningún caso se dan en la práctica profesional.
- El diagnóstico es la base para la acción, tanto en el ámbito de la intervención individual como grupal o comunitaria; el diagnóstico es el conocimiento aplicado orientado a la intervención.

- Finalmente, el diagnóstico, desde esa concepción del proceso metodológico encabalgado, se relaciona con todas las otras fases o momentos de la intervención en Trabajo Social: es la culminación de la fase de estudio-investigación, es la base de la programación y de la ejecución y es la referencia para la evaluación (M. J. Aguilar, 2013, p. 291).

En la segunda perspectiva, se analizan las propuestas metodológicas para el desarrollo del diagnóstico social; se toma como punto de partida la propuesta de Mary E. Richmond (2008) y se hace una revisión de las propuestas metodológicas a lo largo de la historia, hasta la propuesta dialógica de M.J. Aguilar (2013). Observamos, de nuevo un bajo nivel de desarrollo de la metodología diagnóstica, en la que destacan las propuestas de Gordon Hamilton (1940) que describe las actividades o acciones necesarias para la realización del diagnóstico en tres fases: descriptiva, analítica (diagnóstica) y evaluativa. En este mismo apartado abordamos una cuestión que has sido controvertida tanto en la práctica como en la construcción teórica del Trabajo Social: la sistematización y el uso de categorizaciones para concluir que, más allá de consideraciones éticas, que tendrían más que ver con un buen desempeño profesional que no confunda clasificación con etiquetaje, la evolución de los sistemas de gestión informatizados imponen una estructuración de la información que lideran, habitualmente, las administraciones y no el sector profesional. Finalmente, se aborda también el tema de los roles de los actores. En este tema nos basamos en las aportaciones de Whittington (2007) porque distingue los roles de acuerdo con la función a desarrollar; puesto que hay una clara diferencia en el rol profesional en el marco de una intervención social orientada al apoyo y acompañamiento que si, por el contrario, se trata de una intervención de protección ante una situación de vulneración de los derechos en personas sin capacidad para defenderse (por ejemplo: situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes o personas con discapacidad).

Una vez finalizada la parte conceptual del diagnóstico social, el capítulo sigue con el análisis de 10 instrumentos y modelos de diagnóstico, de los que 6 están implementados en España y 4 son originarios de diversos países.

En relación con los instrumentos implementados en España: se han analizado la *Escala General de Categorías Diagnósticas* de Conde (1998), de origen académico-profesional, que incorpora una metodología para la elaboración del diagnóstico social; un instrumento desarrollado en estrecha colaboración por las asociaciones profesionales y la administración

pública, el *Diagnóstico Social* del País Vasco, con un sistema de indicadores y un algoritmo que permite un resultado sintético; después hemos descrito dos instrumentos que forman parte de los sistemas de gestión de expedientes sociales, SIUSS del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y Hestia de la Administració Oberta de Catalunya, y hemos visto que no son, ni contienen, instrumentos específicos para el diagnóstico social sino que forman parte del sistema de información; finalmente, hemos visto dos instrumentos que tienen su origen en distintas administraciones catalanas, DS-DIBA en la Diputació de Barcelona y SSM-C que ha sido adaptado por la Generalitat de Catalunya, que se han desarrollado con la intención de mejorar el proceso de diagnóstico y homogeneizar el lenguaje y los criterios diagnósticos.

En relación con los instrumentos internacionales, se han estudiado dos instrumentos originarios de los Estados Unidos de América, uno de origen profesional, el *Person-in-environment (PIE) System* de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, que incorpora un sistema de codificación; y otro desarrollado por profesionales vinculadas a una administración local, el *Self-Sufficiency Matrix* del Snohomish County, que incorpora unas escalas graduadas para cada una de las dimensiones.

Después hemos descrito una adaptación europea del *Self-Sufficiency Matrix*, en este caso la realizada por el Área de Salud Pública de Ámsterdam (Países Bajos) que, manteniendo la esencia del modelo original, simplifica las categorías. Finalmente hemos visto un instrumento del Reino Unido, *Outcome Star*, elaborado por una entidad privada en colaboración con profesionales y entidades públicas y privadas del ámbito de la intervención social, que se caracteriza por la gradualidad de las dimensiones y por su lenguaje enfocado a las personas.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 5 OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

5.1 Marco general metodológico

En el ámbito de la metodología de investigación existen «dos sólidas tradiciones de investigación, la cualitativa y la cuantitativa» (Bericat, 1998, p. 17) que, como sigue afirmando el mismo autor, «aparecen a los ojos del investigador social como dos grandes pirámides, dos distantes pirámides, enfrentadas la una a la otra, con escasos canales de comunicación entre ambas, e impermeables tanto a la discusión como a la cooperación» (Ibíd., p. 17).

Vamos a aproximarnos a las definiciones de estas dos tradiciones para, posteriormente, ver cómo distintos autores han propuesto alternativas para superar esta distinción radical, dicotómica de las metodologías de investigación.

Las definiciones de estas perspectivas o tradiciones muestran la complejidad de la propia conceptualización; así, por ejemplo, Cea d'Ancona (1998b) se refiere a las dos orientaciones metodológicas bajo la denominación «paradigma cuantitativo» y «paradigma cualitativo» y los define de la manera siguiente:

El *paradigma cuantitativo* corresponde a la *epistemología positivista*, a la aquí denominada *dimensión estructural* del análisis de la realidad social. Por el contrario, el *paradigma cualitativo* se asocia a la *epistemología interpretativa* (dimensión intersubjetiva), centrada en el *sujeto* individual y en el descubrimiento del *significado*, los *motivos* y las *intenciones* de su acción²²³. (Cea D'Ancona, 1998b, p. 43)

Por su parte Denzin y Lincoln (2012a) se refieren a la investigación cualitativa como «un campo de investigación que entrecruza disciplinas, áreas y objetos de estudio» (Denzin y Lincoln, 2012a, p. 46) y más adelante apuntan que puede definirse como «una actividad situada, que ubica al observador en el mundo. Consisten en una serie de prácticas materiales e interpretativas que hacen visible el mundo y lo transforman» (Ibíd., p. 48). La investigación cualitativa «implica el uso y la recolección de una variedad de materiales empíricos: estudio de casos, experiencias personales y de introspección, [...], las entrevistas, [...] los textos [...]» (Denzin y Lincoln, 2012b, p. 49).

Bericat (1998) reconoce algunas ventajas a esta separación porque entiende que ha facilitado «tanto la profesionalización o especialización de los investigadores como la coherencia de las

²²³ Las cursivas están en el texto original.

metodologías» (Ibíd., p. 17-18), pero, a su vez, destaca que «un uso rígido y convencional de esta dicotomía metodológica empobrece la investigación social al impedir la aplicación de cuantos instrumentos sean necesarios, en cada concreto proceso investigador, al objeto de alcanzar conocimientos más veraces» (Ibíd., p. 18).

En la misma línea se pronuncia Alvira (1983) cuando nos habla de «la existencia de una dicotomía metodológico/sustantiva radical» que resume de la siguiente manera: «la perspectiva humanista/cualitativa con su énfasis en el lenguaje [...] y en el punto de vista del actor; [...] la perspectiva cientifista/cuantitativa haciendo hincapié en la formalización de teorías [...], en la contrastación empírica» (Alvira, 1983, p. 54). Este autor plantea que esta dicotomía se traslada al ámbito de las técnicas de investigación y considera que en este debate se entremezclan y «confunden dos niveles de discusión que deberían mantenerse separados: el nivel paradigmático y el nivel metodológico/técnico» (Alvira, 1982, p. 35).

En este sentido, Bericat (1998) considera esta dicotomía impide el desarrollo de investigaciones que pueden requerir de diversas metodologías, que dificulta la búsqueda de alternativas fuera de los caminos establecidos, lo que a la larga no deja de ser un empobrecimiento para el desarrollo de la investigación social. Profundizando más en el debate sobre la dicotomía cualitativo/cuantitativo, Francisco Alvira (1982) nos señala que

La polémica método cualitativo / método cuantitativo está viciada de raíz:

1. Se identifica cada método con un paradigma distinto y opuesto.
 2. Se afirma la radical oposición entre ambos paradigmas a la vista de unos presupuestos metateóricos.
 3. Se oculta la posibilidad de utilización conjunta de los métodos cualitativos y cuantitativos.
- (Alvira, 1982, p. 35)

Bericat (1998) propone una metáfora para explicar esta dicotomía que consiste en imaginar dos pirámides enfrentadas: cada una de ellas está conformada por el desarrollo de una de las tradiciones en la investigación social y explica que en la parte superior se encuentra «el componente metateórico, mientras que las bases equivalen al componente empírico» (Bericat, 1998, p. 23); pero, en la línea de buscar esa interrelación a nivel metodológico plantea que son las bases, la parte más ancha de la pirámide, la que puede establecer contacto con la otra pirámide, y que, además, es la que se encuentra más cerca de la realidad.

Esta división en las tradiciones metodológicas, esta dicotomía, es considerada por diversos autores como falsa, tal como recoge Alvira (1983), y este mismo autor defiende que

[...] no existe una conexión lógico-necesaria entre datos cualitativos, conceptos sensibilizadores y generación de teoría, al igual que no existe una conexión lógico-necesaria entre datos cuantitativos, conceptos operacionales y contrastación de teorías. La relación es una relación empírico-histórica e imperfecta, que puede ser modificada y lo está siendo cada vez más. (Alvira, 1983, p. 73)

Buscando alternativas a esta separación, se plantean dos soluciones: una segregacionista y otra de integración, en palabras de Bericat (1998); la primera, la segregacionista, reconoce la validez de ambas metodologías pero mantiene la separación en base a considerar que cada una de ellas es apropiada para unas determinadas investigaciones; por su parte, la solución de integración parte del reconocimiento de las fortalezas de cada método en su ámbito, pero, a su vez, considera que es «posible y fructífera su combinación complementaria para el estudio de muchos fenómenos sociales» (Bericat, 1998, p. 30). El autor plantea que en lo que el denomina la *lógica de la integración* se pueden dar dos versiones que denomina “atemperada” y “radical” (Ibíd., p. 30) y que se diferencian porque la primera aceptaría la integración solo en algunos casos mientras que la segunda considera que esta integración es válida para cualquier tipo de investigación.

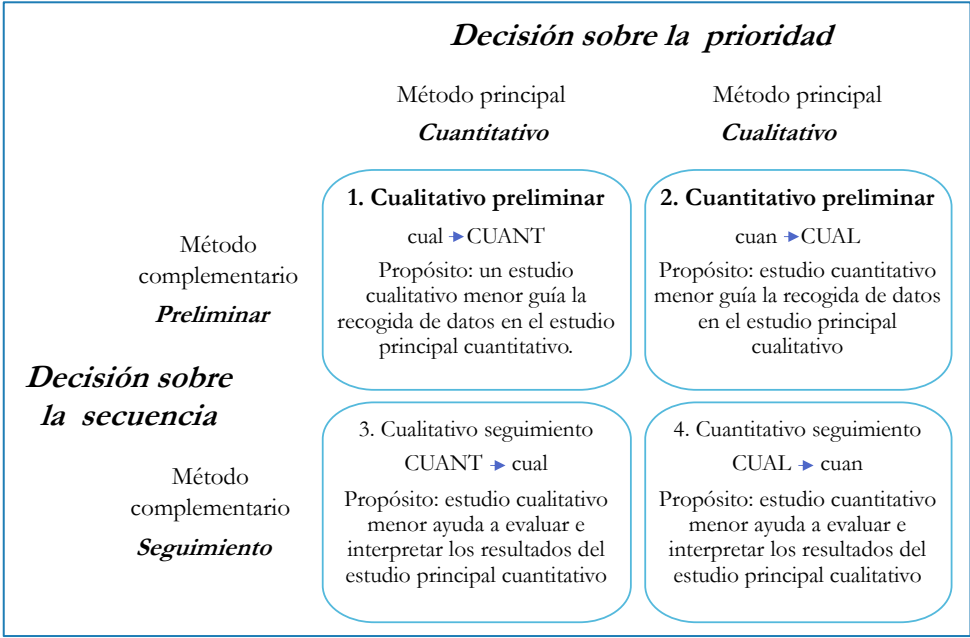
Gareth Morgan (1983, citado por Bericat, 1998) propuso una clasificación de cinco actitudes ante la dicotomía cualitativo / cuantitativo: supremacía, síntesis, contingencia, dialéctica y todo vale (Bericat, 1998, p. 31). Este autor descarta las posiciones de supremacía y de todo vale por considerar que no responden a la idea de la integración o si lo hacen (actitud del todo vale) no tienen un fundamento riguroso; y considera que las otras actitudes sirven para fundamentar la integración:

De contingencia porque creemos que el investigador social debe estar siempre abierto a la aplicación en cada caso del método y de las técnicas más idóneas, procedan del campo que procedan. De síntesis porque creemos que no existe método ni técnica perfecta, de ahí que en muchas ocasiones una adecuada combinación sea imprescindible para responder a las preguntas o resolver los problemas que el investigador se plantea. Dialéctica porque la integración de métodos no es una nueva receta, sino un nuevo impulso que ha de servir, desde las diferencias existentes en el punto de partida, al perfeccionamiento de la investigación social. (Bericat, 1998, pp. 31-32)

Esta introducción sobre las orientaciones metodológicas nos conduce hacia el diseño metodológico que hemos escogido, de carácter mixto. Diversos autores han propuesto la articulación de las diversas propuestas metodológicas, porque, como señala Bericat (1998, p. 103): «en la determinación estratégica del método la primera tarea consiste en reconocer explícita, específica y claramente los objetivos que se persiguen, y la segunda en seleccionar y organizar las técnicas de investigación que nos permitan alcanzarlos.».

D.L. Morgan(1998) plantea que para buscar la integración es necesario llevar a cabo dos acciones: por una parte, determinar cuál de los dos métodos será prioritario y, por la otra, cuál será la secuencia de utilización. Defiende el autor que es necesario determinar la priorización de un método sobre otro pues, en caso contrario, dando el mismo valor a los dos métodos, se presentarán muchos problemas de análisis. Además, considera que es importante señalar la secuencia porque determinará el uso que se le da a cada método en relación con los objetivos de la investigación. Desde esta perspectiva, D.L.Morgan (1998) propone cuatro diseños básicos a partir de la combinación de estos dos criterios que sintetiza en un gráfico del que se puede ver una adaptación en la Ilustración 18.

ILUSTRACIÓN 18. COMBINACIONES COMPLEMENTARIAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA



FUENTE. ADAPTACIÓN DE D.L.MORGAN (1998, p. 368)

Los diseños que ha definido D.L. Morgan (1998), que hemos visto en la ilustración de la página anterior, se definen de la manera siguiente:

1. Cualitativo preliminar: el método *complementario cualitativo* se lleva a cabo en primer lugar como apoyo o guía en el proceso de recogida de datos del método *principal cuantitativo*
2. Cuantitativo preliminar: el método *complementario cuantitativo* se lleva a cabo en primer lugar para facilitar o guiar la recogida de datos del método *principal cualitativo*.
3. Cualitativo seguimiento: el método *complementario cualitativo* se lleva a cabo a continuación del método *principal cuantitativo* como apoyo a la interpretación.
4. Cuantitativo seguimiento: el método *complementario cuantitativo* se lleva a cabo a continuación del método *principal cualitativo* como apoyo a la interpretación

Por su parte, Green, Caracelli y Graham (1989) llevaron a cabo un estudio sobre la metodología utilizada en los estudios de evaluación y propusieron una clasificación de cinco tipologías:

- Triangulación (*triangulation*): esta combinación busca la convergencia de los métodos usando ambos métodos para obtener los resultados sobre un mismo aspecto, como una forma de confirmación. Esta tipología se correspondería con la triangulación metodológica.
- Complementariedad (*complementarity*): esta combinación busca que uno de los dos métodos sirva para reforzar, clarificar o ilustrar los resultados obtenidos mediante el otro método.
- Desarrollo (*development*): esta combinación pretende que los resultados de un método sean la base para el desarrollo de la aplicación del otro método.
- Iniciación (*initiation*): esta combinación se centra en identificar contradicciones o nuevos enfoques en el uso de un método mediante la aplicación de los resultados de otro método.
- Expansión: esta combinación pretende ampliar el alcance de la investigación mediante el uso de varios métodos. (Greene et al., 1989, p. 259).

Los usos de la integración de métodos son variados y tiene un largo recorrido, veámos como Cea d'Ancona (1998b) se remontaba a una de las primeras investigaciones sociológica en el siglo XIX²²⁴ que ya utilizó métodos mixtos. Bericat (1998) apunta que el uso se extiende en la investigación aplicada y en la evaluativa y, con respecto de la primera, señala como posible motivo «que necesariamente ha de atender la multidimensionalidad immanente a lo real» (Bericat, 1998, p. 113).

Tomando como referencia las propuestas de Greene et al. (1989) y Morgan (1998) podemos decir que nuestro diseño de investigación concordaría con el diseño que Greene et al. (1989) denominan *complementariedad* y con el que Morgan (1998) denomina *cuantitativo preliminar*; se trata de dos propuestas que presentan una gran similitud. El diseño de método mixto de *complementariedad* se utiliza tanto para el estudio de aspectos superpuestos como de distintas facetas de un mismo fenómeno (Greene et al., 1989, p. 258) y el objetivo es profundizar, mejorar o clarificar los resultados que se han obtenido mediante uno de los métodos utilizando los resultados del otro (Ibíd., p. 259); en la propuesta de estas autoras no se establece cuál podría ser el orden de uso de los métodos, ni cuál puede o debe ser el método predominante y el complementario, se trata de establecer esta relación en la que un método complementa al otro.

Esta definición del diseño de método mixto de complementariedad puede concretarse si sumamos a la definición de Greene et al. (1989) la propuesta de Morgan (1998) en la que se define cuál es el papel de cada uno de los métodos (principal o complementaria) y en que orden van a ser utilizados en la investigación (preliminar o de seguimiento). Entre las propuestas de Morgan (1998) la denominada *cuantitativo preliminar* es la que se ajusta a nuestro diseño; se trata de un diseño de métodos mixtos en el que se utiliza el método cuantitativo en primer lugar con la finalidad de guiar el desarrollo de la investigación mediante métodos cualitativos (Morgan, 1998, p. 369).

En síntesis, utilizaremos un diseño de investigación de método mixto de complementariedad (Greene et al., 1989) que se concretará en un diseño cuantitativo preliminar D.L.Morgan (1998) en el que el método cuantitativo actúa como complementario en una investigación con un mayor peso del método cualitativo.

²²⁴ Hace una referencia directa al estudio de Charles Booth: *Life and Labour of the People. Vols I y II* (1889 – 1891). (Cea D'Ancona, 1998b, p. 47)

5.2 El diseño metodológico: las preguntas de investigación y los objetivos

El desarrollo del Trabajo Social como disciplina y profesión tiene una larga trayectoria que se remonta, en el aspecto teórico, a las primeras publicaciones entre las que destaca el libro de Mary Ellen Richmond de 1917 *Social Diagnosis*. Este desarrollo en las últimas décadas ha ido especialmente aparejada al desarrollo del Sistema de Servicios Sociales por ser el sistema de protección social en el que se ocupan un mayor número de profesionales, sin olvidar otros tan importantes como el Sistema Sanitario o el Educativo o, incluso, el sistema penitenciario en un ámbito distinto a las políticas sociales.

Un factor clave para el desarrollo de la disciplina y, a la par de los Sistemas de protección social en los que el Trabajo Social tiene una presencia más relevante, es disponer de un bagaje teórico – científico sobre el que basar la intervención profesional. El Trabajo Social aporta a los Sistema este bagaje teórico científico, pero hemos de ser conscientes que en su desarrollo teórico se han priorizado los marcos teóricos generales (modelos) y la metodología de la intervención. En cambio, existe un bajo nivel de desarrollo de los contenidos propios de la intervención, es decir, de la concreción del objeto del Trabajo Social en categorías analíticas y aplicables que articulen tanto la intervención social en la práctica cotidiana como el desarrollo de investigaciones sobre las situaciones que forman parte del objeto del Trabajo Social.

En el desarrollo del marco teórico hemos abordado el tema del objeto del Trabajo Social (ver apartado 2.2, pág. 58) y podemos concluir que situaríamos este objeto utilizando los términos siguientes: *situación de necesidad y situación – problema* y/o *situación de malestar social o psicosocial* (según tomemos como referencia distintas autoras, M.J.Aguilar (2013), Conde (1998) y Zamanillo (1999), respectivamente. Sin embargo, el hecho que las necesidades sociales, las que darían lugar a esas “situaciones – problema” o a las “situaciones de malestar social o psicosocial” sean una construcción social, es decir que «las carencias que vivimos las personas varían en función del contexto social donde surgen y según el momento histórico que estudiemos» (Reglero, 2004, p. 51) puede dificultar la construcción inicial de categorías y, en todo caso,

obligará a la adaptación de las categorías a lo largo del tiempo con la finalidad de seguir dando respuesta a necesidades de las personas.

Partiendo de estas premisas nos planteamos dos preguntas sobre las que desarrollar la investigación:

- ¿Es posible desarrollar una clasificación de diagnósticos sociales orientada a la intervención individual/familiar y grupal que sea útil para homogeneizar el lenguaje y sirva de base para el desarrollo de un marco conceptual y teórico para la intervención social?
- ¿Cómo debería utilizarse una clasificación diagnóstica en la práctica de la intervención social?

Estas preguntas han sido desarrolladas en objetivos generales y específicos.

TABLA 36. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos generales	Objetivos específicos
1. Desarrollar una propuesta de metodología para el diagnóstico social que facilite la aplicación práctica de la clasificación de diagnósticos en la intervención social	1.1 Analizar las propuestas metodológicas orientadas a la intervención social y a la elaboración del diagnóstico social. 1.2 Desarrollar los roles de los actores implicados en el proceso diagnóstico: profesional y persona atendida. 1.3. Elaborar una propuesta metodológica para la elaboración del diagnóstico social que incluya factores de protección y de riesgo.
2. Elaborar una clasificación de diagnósticos para la intervención profesional desde el Trabajo Social, poniendo especial énfasis en su aportación al Sistema de Servicios Sociales, como sistema principal donde se desarrolla la actividad profesional del Trabajo Social	2.1 Analizar las propuestas de categorización que presentan diversos instrumentos de diagnóstico social, nacionales e internacionales 2.2 Desarrollar una categorización de necesidades sociales teniendo en cuenta las tipologías de necesidades surgidas en el análisis documental. 2.3 Elaborar una propuesta de categorías diagnósticas que incorporen la gradualidad mediante el uso de indicadores.

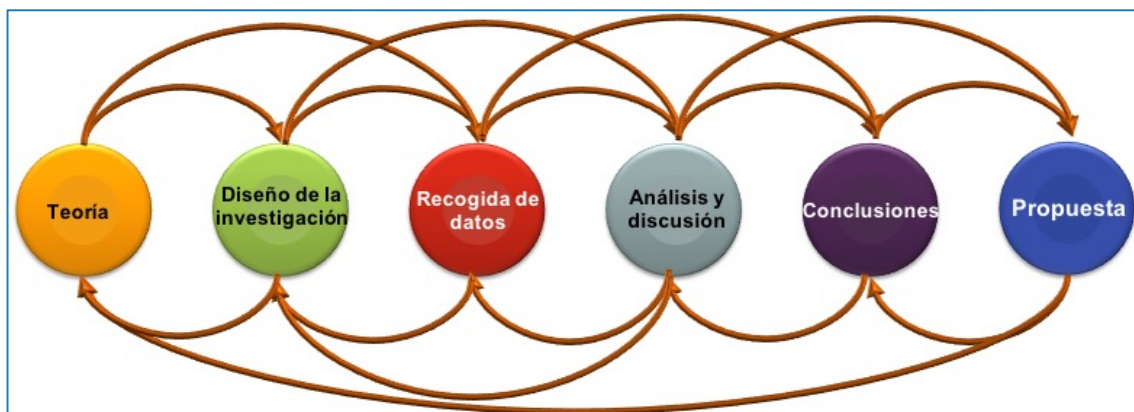
FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

5.3 Proceso metodológico

El proceso metodológico para llevar a cabo una investigación en el ámbito de las ciencias sociales es definido a partir de una serie de etapas que no necesariamente son lineales, sino que se van retroalimentando, como señalan Lune y Berg (2017) se trata más de un proceso «conceived as spiraling rather than linear in its progression²²⁵» (Lune y Berg, 2017, p. 25). Estos autores entienden que el proceso se inicia con una idea que es redefinida a partir de la información teórica que se recoge que, a su vez, puede ser revisada durante el proceso de diseño lo que puede llevar, incluso a redefinir la idea inicial. Los autores reflejan este proceso de construcción en espiral, en constante retroalimentación, en el que cada una de las fases retroalimenta las anteriores y eso, a su vez, supone la modificación de las posteriores.

Partiendo de este modelo, el proceso seguido para la realización de esta investigación puede sintetizarse en la Ilustración 19 que identifica las principales etapas del desarrollo de nuestra investigación.

ILUSTRACIÓN 19. ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LUNE Y BERG, (2017, p. 26)

Junto con la definición del proceso metodológico identificamos las estrategias de investigación en función de las preguntas de investigación y de los objetivos, de esta manera podemos clarificar los propósitos de cada una de la técnicas o estrategias. Este proceso de identificación se resume en la Tabla 37 (página 281) en la que se refleja para las preguntas de

²²⁵ Trad.: «concebido como espiral en lugar de lineal en su progresión» (Lune y Berg, 2017, p. 25)

investigación y los objetivos, generales y específicos, el propósito buscado en cada caso y la estrategia de investigación o técnica seleccionada.

TABLA 37. IDENTIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SEGÚN LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y LOS OBJETIVOS

Objetivos	Propósito	Estrategia de investigación / técnica
Desarrollar una propuesta de metodología para el diagnóstico social que facilite la aplicación práctica de la clasificación de diagnósticos en la intervención social		
1.1. Analizar las propuestas metodológicas orientadas a la intervención social y a la elaboración del diagnóstico social.	Elaborar un marco conceptual del diagnóstico social de acuerdo con los objetivos y el objeto del Trabajo Social, contemplando los sistemas donde se desarrolle	Análisis documental
1.2. Desarrollar los roles de los actores implicados en el proceso diagnóstico: profesional y persona atendida.	Consensuar una propuesta de diagnóstico para la intervención social. Definir qué modelo de relación es adecuado según la función del trabajador/a social	Cuestionario Grupos de discusión
1.3. Elaborar una propuesta metodológica para la elaboración del diagnóstico social que incluya factores de protección y de riesgo.	Elaborar una propuesta que sirva de apoyo para la implementación de las categorías diagnósticas.	Análisis documental Grupos de discusión
Elaborar una clasificación de diagnósticos para la intervención profesional desde el Trabajo Social, poniendo especial énfasis en su aportación al Sistema de Servicios Sociales, como sistema principal donde se desarrolla la actividad profesional del trabajo social		
2.1. Analizar las propuestas de categorización que presentan diversos instrumentos de diagnóstico social, nacionales e internacionales	Conocer distintas propuestas de categorización y clasificación diagnóstica para tomarlas como base.	Análisis documental
2.2. Desarrollar una categorización de necesidades sociales teniendo en cuenta las tipologías de necesidades surgidas en el análisis documental.	Contrastar el primer nivel de categorización para la elaboración de la propuesta de clasificación diagnóstica	Análisis documental Cuestionario Entrevistas
2.3. Elaborar una propuesta de categorías diagnósticas que incorporen la gradualidad mediante el uso de indicadores.	Elaborar una propuesta de categorías diagnósticas.	Análisis documental Cuestionario Entrevistas

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

A partir de la identificación de las estrategias de investigación y del diseño del proceso metodológico, vamos a relacionar las distintas estrategias con las fases del proceso:

- La primera etapa de la investigación, *Teoría*, se ha centrado en la identificación de las bases conceptuales y teóricas del diagnóstico social y de modelos de instrumentos para el diagnóstico social. Se ha realizado mediante análisis documental de contenidos a partir de la búsqueda de referencias bibliográfica que abarca desde la primera obra sobre el tema (*Social Diagnosis* de M. E. Richmond (1917) hasta las aportaciones más recientes en materia de conceptualización del diagnóstico como un proceso dialógico (Aguilar, 2013) o relacional colaborativo (Cardona-Cardona et al., 2017), a la par que el análisis de diversos instrumentos para el diagnóstico social (ver apartado 4.5., pág. 182, y apartado 4.6., pág. 223) para elaborar las bases de la tercera fase. En esta primera etapa ha sido clave el acceso a fuentes documentales, bibliotecas (físicas y digitales) pero, sobretudo, a bases de datos que han permitido la localización de documentos por temáticas, enlazando unas fuentes con otras.
- En la segunda etapa, *diseño de la investigación*, se definen las técnicas más adecuadas para obtener la información que deseamos y se diseñan y planifican tanto los instrumentos concretos como el proceso para llevar a cabo el trabajo de campo. Se seleccionaron las siguientes estrategias y técnica: encuesta a profesionales, grupos de discusión en distintos territorios (Andalucía, Madrid y Catalunya) y entrevistas a actores clave, profesionales y académicos que están desarrollando su actividad en el ámbito del diagnóstico social.
- La tercera etapa, *Recogida de datos*, es en la que se desarrolla lo planificado en la fase anterior. La encuesta a profesionales se realiza en el período abril-septiembre 2018, los grupos de discusión se realizan en el período junio-octubre 2019 y las entrevistas en profundidad en el período noviembre 2019-enero 2020.

TABLA 38. CALENDARIZACIÓN DE LA ETAPA DE *RECOGIDA DE DATOS*

	2018			2019				2020
	2 Trim	3 Trim	4 Trim	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim	1 Trim
Cuestionario	Abr - Sept							
Grupos de discusión					Jun - Oct			
Entrevistas							Nov - Ene	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

- La cuarta etapa, *Análisis y discusión*, se realiza mediante distintas técnicas, en función de los datos de origen. El análisis de los instrumentos diagnósticos se realiza mediante análisis documental y con un proceso comparativo a partir de la definición de elementos básicos comunes a todos ellos. La encuesta dirigida a profesionales del Trabajo Social comporta un análisis cuantitativo de los resultados. Finalmente, para el análisis de los grupos de discusión y de las entrevistas cualitativas con actores clave se utiliza el análisis de discurso.
- La quinta etapa, *Conclusiones*, es el resultado de la comparación de los resultados obtenidos y su análisis con los objetivos de investigación.
- La sexta, y última, etapa, *Propuesta*, es el resultado final de esta investigación aplicada y consiste en la elaboración de una propuesta metodológica para la elaboración del diagnóstico social a partir de una propuesta de categorías y factores de riesgo y de protección.

La planificación de la investigación se ha trasladado a un cronograma con la finalidad de hacer un seguimiento a lo largo del proceso para cumplir los plazos; dicho cronograma completo puede verse en el Anexo 1.

Abordaremos a continuación con mayor profundidad las fases del proceso metodológico, su diseño y los instrumentos metodológicos utilizados.

5.3.1 Teoría: Análisis documental

El análisis documental ha sido una técnica utilizada a lo largo de todo el proceso de investigación, si bien adquiere una mayor relevancia en las dos primeras etapas por lo que tiene una doble importancia en el desarrollo de la investigación: por una parte, constituye la base de la construcción del marco teórico y, además, es el fundamento para la elaboración de las bases de las técnicas de investigación de la tercera etapa, es decir, permite identificar los elementos que son sometidos a la consideración de los profesionales participantes tanto mediante la encuesta como en los grupos de discusión y en las entrevistas en profundidad.

Entendemos el análisis documental como «la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas (Arias, 2012)» (citado en Ortega-Carbajal et al., (2015)). Debemos tener en cuenta las aportaciones de Sánchez y Vega (2003) sobre las diferencias conceptuales entre análisis documental y análisis de información en el que plantean que «*información*²²⁶: son los datos (signos, símbolos, etc.) pero organizados, contextualizados y útiles» (Sánchez y Vega, 2003, p. 50), mientras que «el *documento*²²⁷ no es más que un soporte material que sirve de amparo al conocimiento» (Ibíd., p. 50); por lo que vamos a entender que el análisis documental se está refiriendo al análisis de los contenidos que conlleva las siguientes tareas:

- Identificación de las necesidades de información: permite obtener las fuentes adecuadas.
- Definición y orientación de los métodos de investigación.
- El agrupamiento de la información
- La realización de las actividades de búsqueda
- El procesamiento de la información inicial
- La integración de toda la información
- La preparación del producto informativo
- La diseminación del producto informativo (Sánchez y Vega, 2003, p. 52)

De acuerdo con Carmen Barranco (2001, p. 5) el proceso de análisis documental se iniciaría con la actividad que denomina «indagación documental» que consiste en la búsqueda a partir de diversas fuentes de información que permiten un primer acercamiento a los distintos tipos de documentos. Para ello hemos realizado búsquedas a partir de palabras clave tanto en español como en inglés; para estas búsquedas hemos utilizado distintos instrumentos:

- Bases de datos especializadas - buscadores:
 - Dialnet.
 - Social Science Citation Index.
 - SciELO: Scientific Electronic Library Online.
 - Google Scholar
 - Semantic Scholar

²²⁶ Cursiva en el texto original.

²²⁷ Cursiva en el texto original

— Redes sociales académicas:

- Researchgate.
- Academia.edu.

— Bibliotecas:

- CRAI UB (física y digital).
- Scribd (digital).
- Internet Archive (digital)

El análisis documental ha abarcado una amplia diversidad de aportaciones de la comunidad científica nacional e internacional en relación con los siguientes elementos:

- Paradigmas en la investigación social.
- Modelos de intervención social y modelos teóricos en los que se sustentan.
- Diagnóstico social.
- Metodología de la intervención social.
- Instrumentos diagnósticos: manuales, fichas, marco teórico.

El proceso de búsqueda de documentos para esta investigación se ha centrado fundamentalmente en libros y artículos de revistas científicas; aunque también se han incluido páginas web, infografías o textos jurídicos.

Para llevar a cabo el análisis documental se utilizó la herramienta ATLAS.ti (versión 8.4.4) y se definen 8 dimensiones para clasificar las aportaciones de los múltiples documentos identificados en la primera fase de localización de fuentes. Las dimensiones han sido: diagnóstico social, modelos de diagnóstico social, intervención social, metodologías de investigación, paradigmas, servicios sociales, modelos de Trabajo Social y Trabajo Social (metodología y práctica). Las categorías se desarrollaron mediante dimensiones de análisis que se pueden observar en la Ilustración 20, que representa una nube de palabras, que permite ver en función del tamaño del texto la frecuencia de asignación de las dimensiones. Estas dimensiones surgen del marco teórico y del propio desarrollo de la investigación.

PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL



PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

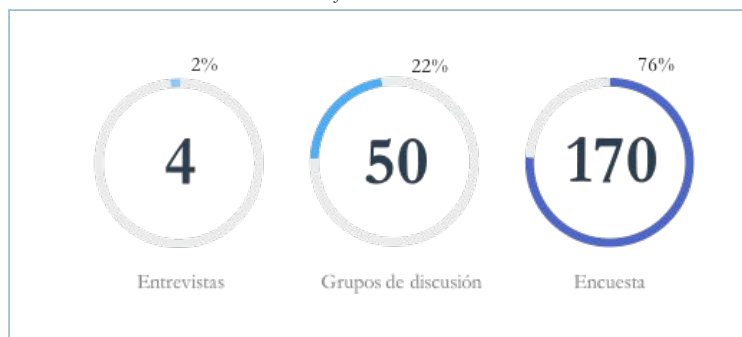
PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

PARA EL ANÁLISIS DOCUMENTAL

ILUSTRACIÓN 21. PARTICIPANTES EN EL TRABAJO DE CAMPO DISTRIBUIDOS POR TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA²²⁸

5.3.2.1 LA ENCUESTA

Centrándonos en el modelo de diagnóstico social hemos reflejado en el marco teórico un desarrollo escaso de modelos específicos que vayan más allá de los aspectos operativos. Para diseñar una propuesta metodológica de diagnóstico social nos planteamos averiguar qué características debería tener el diagnóstico social a través de consultarlo a profesionales que lo realizan en su práctica cotidiana. Para conseguirlo, consideramos el uso de la encuesta como estrategia de investigación que permite recabar información de forma estandarizada de una muestra amplia de personas (Cea D’Ancona, 1998b) y se aconseja en temas poco definidos “cuando necesitemos saber cómo o porqué ocurre” un fenómeno (Martínez, 2002, p. 15).

La encuesta y su instrumento, el cuestionario, es una estrategia flexible porque permite recoger información sobre cuestiones diversas, permite estructurar la información para compararla y, además, permite escoger entre distintos tipos de preguntas que contribuyan a precisar el objeto de estudio (Ander-Egg, 1992; Cea D’Ancona, 1998b).

Actualmente el uso de las tecnologías de la información y la comunicación nos permite diseñar formularios que pueden distribuirse mediante correo electrónico y cuyo vaciado se

²²⁸ Los porcentajes, representados en cada uno de los círculos e identificados numéricamente, se refieren a la representación de participantes respecto del total.

realiza automáticamente, lo que contribuye a facilitar el proceso de manera significativa. Se trata, entonces, de un cuestionario autoadministrado, y debemos tener en cuenta que la proporción de respuestas suele ser inferior a los cuestionarios administrados por otras vías (Cea D’Ancona, 1998b, p. 251), con lo que deberemos centrarnos tanto en el diseño como en la presentación de la encuesta, así como seleccionar un número suficientemente amplio de personas a quien suministrarlo para facilitar tener un nivel de respuestas aceptable.

Los objetivos del cuestionario (encuesta) son:

- Identificar los elementos clave para construir un modelo de diagnóstico social.
- Identificar la relevancia de los distintos elementos clave en la construcción de un diagnóstico social en situaciones distintas.

5.3.2.1.1 Desarrollo del cuestionario: fase de diseño

En el diseño del cuestionario se ha tenido en cuenta cuál era su propósito en el marco de la investigación, así como la identificación de los conceptos clave a partir del análisis documental sobre el diagnóstico de Trabajo Social; como hemos señalado, nos encontramos ante una escasez de literatura especializada sobre el uso e implementación de modelos diagnósticos en Trabajo Social, así como la constatación de las limitaciones en la formación sobre este ámbito (Fustier, 2018); estos motivos nos llevaron a diseñar un cuestionario con el que obtener información amplia sobre el diagnóstico social: desde su utilidad práctica a los contenidos, pasando por su ubicación en el proceso de atención o la definición. El propósito era que los resultados de este cuestionario, de acuerdo con lo planteado por D.L.Morgan (1998), sirviesen de base y guía para el desarrollo de las otras fases del trabajo de recogida de datos (grupos de discusión y entrevistas); así como para el análisis final y elaboración de la propuesta.

Se diseñó un cuestionario para ser contestado de forma autónoma por las participantes en el estudio, mediante la herramienta Google Forms. El cuestionario tenía los siguientes bloques de información:

1. Datos de identificación: se incluyen 9 preguntas para configurar el perfil de las personas participantes.
2. Utilidad del diagnóstico social: se plantean 4 preguntas para que se valore la utilidad práctica del diagnóstico social

3. Ubicación del diagnóstico en el proceso de atención: se plantean 4 preguntas para identificar como los participantes valoran el diagnóstico social en el marco de la intervención social.
4. Rol del/de la profesional: se plantean 3 preguntas sobre el papel que debe tener el o la profesional en relación con la elaboración del diagnóstico social
5. Rol de la persona atendida: se plantean 3 preguntas sobre el papel que debe tener la persona atendida en relación con la elaboración del diagnóstico social.
6. Definición: se plantea una pregunta con dos opciones de definición de diagnóstico social y se da la opción de proponer una versión propia a los participantes.
7. Elementos y contenido del diagnóstico: se introducen 5 preguntas en el que se pide que valoren diversos elementos que pueden formar parte del proceso de elaboración del diagnóstico, así como los ámbitos sobre los que debería desarrollarse el diagnóstico.
8. Participación en futuras actividades: se planteaba el interés en participar en actividades posteriores como los grupos de discusión u otras que pudiesen desarrollarse.

5.3.2.1.2 Prueba piloto y revisión del cuestionario

Se realizó una prueba del cuestionario enviándolo a 6 personas: 2 trabajadores sociales de Andalucía, 2 trabajadoras sociales de Euskadi, 1 trabajadora social de Catalunya y 1 educadora social de Catalunya. Se obtuvieron 5 respuestas y se analizaron los comentarios que se hicieron respecto a la formulación de las preguntas.

Se revisó el cuestionario, realizando una supervisión de tesis, y se introdujeron explicaciones y definiciones que facilitasen la lectura de las preguntas y su respuesta; así como un bloque sobre el “Pronóstico” para captar el valor y el significado que se le da por parte de los profesionales.

Se hizo una última prueba, con una persona, con dos finalidades: garantizar la comprensión de las preguntas (explicaciones correctas en relación con lo que se solicitaba) y para medir, aproximadamente, el tiempo de respuesta. El cuestionario requería un máximo de 25 minutos para completarlo. El cuestionario definitivo se adjunta en el Anexo 2.

5.3.2.1.3 Diseño de la muestra

El ámbito que nos hemos planteado en la investigación abarca la disciplina del Trabajo Social, en sus distintos ámbitos de intervención, y el de los servicios sociales en particular. En este sentido se planteó una encuesta abierta tanto a profesionales del Trabajo Social como de la Educación Social.

En cuanto al ámbito territorial de la investigación se optó por seleccionar tres comunidades autónomas: Andalucía, Euskadi y Catalunya en base a los criterios siguientes:

- Andalucía: desde 2016 tiene una nueva ley de servicios sociales que incorpora la Historia Social única que está en fase de diseño, por lo que entendemos que la sistematización del modelo de diagnóstico social debe ser una de las tareas a abordar.
- Euskadi: desde la ley de 2008 han avanzado en la sistematización del diagnóstico social, creando un instrumento específico y que, a su vez, está regulado mediante un decreto.
- Catalunya: la ley de 2007 preveía un sistema de información social que incluye la historia social, aún en fase de desarrollo; por otra parte, se han llevado a cabo diversas experiencias de sistematización del diagnóstico social (SSM-C y DS-Diba²²⁹).

Por otra parte, se tuvo en cuenta la participación de los diferentes perfiles profesionales en el ámbito de los Servicios Sociales en cada una de las Comunidades; y se comprobó que en cuanto a los servicios básicos o de atención primaria (que en la medida que son la puerta de entrada en el Sistema de Servicios Sociales se consideró que el diagnóstico social puede tener un peso más relevante en el conjunto de su actividad) la presencia de profesionales de la Educación Social era relevante únicamente en Catalunya, donde la ratio establecida por la Cartera de Servicios Sociales (Catalunya, 2010) prevé un/a profesional del Trabajo Social por cada 5.000 habitantes y un/a profesional de la Educación Social por cada 7.500 habitantes.

En las otras dos comunidades no se identifican referencias a ratios mínimas establecidas de profesionales, pero, mediante fuentes indirectas, se ha podido saber que el peso relativo de los profesionales de la Educación Social es mucho menor que el de Trabajadores Sociales; así, según datos de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, en el año 2015 la proporción de profesionales de la Educación Social y Trabajadores Sociales

²²⁹ Ver apartado 4.5.6., pág. 213 y apartado 4.5.5., pág. 203, respectivamente.

era 30/70 (2015). Por otra parte, en la Comunidad del País Vasco la fuente es el estudio sobre los profesionales participantes en el desarrollo del instrumento de diagnóstico social y se refleja que los profesionales de la Educación Social representaron el 6,5% del total de participantes (por profesión) (Ormaetxea, Brunet, Arrieta, Olaso y Ibaibarriaga, 2017).

Se cuenta también con la información proporcionada por los colegios profesionales, publicada en sus páginas web o en sus memorias:

- En Andalucía existen 8 colegios profesionales (uno por provincia) y han constituido el Consejo Andaluz de Trabajo Social; según la información obtenida (Arredondo, 2018), existen alrededor de 5.000 profesionales, de los que, según la estadística de 2015, 1.205 trabajaban en los Servicios Sociales Comunitarios (VVAA, 2015); no disponemos de información sobre el número de educadores y educadoras sociales colegiados pero sí aparece, en la misma estadística de 2015, que había 507 educadores/as sociales; en este caso, buscaremos también la colaboración de estos profesionales.
- En Euskadi existen 3 colegios de Trabajo Social (Araba, Bizkaia y Gipuzkoa) y los datos obtenidos en las memorias de 2016 informan que Bizkaia tenía 789 colegiados/as y Gipuzkoa, 661; de Araba no se dispone aún de la información. Con respecto a la figura del educador/a social, está reconocida en la legislación del País Vasco en el ámbito socioeducativo, por la información disponible actualmente no parece que sea una figura integrada en los servicios sociales básicos o generales, donde se produciría en mayor medida el diagnóstico social; así que, aunque buscamos la colaboración de los colegios de educadores y educadoras sociales, también tendremos en cuenta esta proporción.
- Finalmente, en Catalunya, en el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, en 2016, había 4.955 colegiadas y en el Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya, 2.852; en Catalunya la presencia de educadores y educadoras sociales en los servicios sociales es más elevado que en otros territorios²³⁰.

Inicialmente valoramos la posibilidad de realizar una encuesta con una muestra probabilística y para ello se hizo un estudio del universo y se definió el tamaño de la muestra a partir de la

²³⁰ La ratio establecida en la Ley 12/2007, de servicios sociales, y en la Cartera de Servicios vigente se sitúa en 1 trabajador/a social por cada 5.000 habitantes y 1 educador/a social por cada 7.500 habitantes.

información disponible por parte de los colegios profesionales, tal como se puede ver en la Tabla 39.

TABLA 39. ESTIMACIÓN DEL UNIVERSO Y DE LA MUESTRA

Territorio	Universo	Margen 10% Confianza 99%	Margen 10% Confianza 95%
Catalunya - TS	4.955	160	95
Catalunya - ES	2.852	157	93
Andalucía - TS	5.000	160	95
Bizkaia - TS	789	137	86
Gipuzkoa - TS	661	133	84
Araba - TS	300 ²³¹	107	73
Total		844	466

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En esta fase de la investigación se planificó la estrategia para conseguir la participación, el acceso a los participantes. La primera opción consistió en requerir la colaboración de los colegios profesionales para que, mediante sus herramientas de difusión, puedan hacer llegar a sus colegiadas y colegiados la presentación del estudio y la encuesta (mediante un hipervínculo a la encuesta electrónica); para ello nos pusimos en contacto con las siguientes organizaciones:

- Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya
- Consejo de Trabajo Social de Andalucía
- Colegio de Trabajo Social de Árabá
- Colegio de Trabajo Social de Bizkaia
- Colegio de Trabajo Social de Gipuzkoa
- Colegio de Educadores Sociales del País Vasco
- Colegio de Educadores Sociales de Andalucía

Y obtuvimos los resultados que aparecen en la Tabla 40 (página siguiente).

²³¹ No disponemos de datos de colegiación, pero por el total de población de la provincia (menos de la mitad de Gipuzkoa, hemos hecho una estimación. No hay una gran diferencia al calcular las muestras y siempre se podrá corregir en el momento de disponer de la información.

TABLA 40. RESULTADOS DE LA PROSPECCIÓN DE ACCESO A LOS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA

Colegio profesional	Contacto/acuerdo	Acción
Col·legi de Treball Social de Catalunya	Después de diversos intentos, contactos telefónicos y contacto directo con el representante de la Junta, para conseguir su colaboración su respuesta fue negativa alegando que se requería una formalización específica para este tipo de colaboraciones y que no estaba prevista en el caso de estudiantes de doctorado.	Ninguna
Col·legi d'Educadors i Educadors Socials de Catalunya	Contacto con el Gerente con la intermediación de la presidenta. Acuerdan dar difusión en su boletín informativo y solicitan retorno en forma de artículo o similar.	Aparece en el Boletín CEESC a finales de mayo 2018 como una noticia
Consejo de Trabajo Social de Andalucía	Se contacta con el presidente del Consejo y comunican que lo envían a los colegios provinciales.	Córdoba y Málaga envían el cuestionario; llegan respuestas de estas provincias
Colegio de Trabajo Social de Áraba	No se puede establecer contacto	Ninguna
Colegio de Trabajo Social de Bizkaia	Se hizo el contacto y se ofrecieron a hacer la difusión. A cambio pidieron un retorno de las respuestas del territorio.	Se envió por correo electrónico (1 vez) y se recibieron respuestas.
Colegio de Trabajo Social de Gipuzkoa	No se puede establecer contacto	Ninguna
Colegio de Educadores Sociales del País Vasco	Proponen publicar el hipervínculo del cuestionario en sus redes sociales (Facebook y Twitter).	No se obtuvo ninguna respuesta de este perfil profesional de Euskadi
Colegio de Educadores Sociales de Andalucía	No se puede establecer contacto	Ninguna

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

A partir de las respuestas obtenidas por los colegios profesionales hicimos un replanteamiento en cuanto al diseño de la muestra para la encuesta y nos decantamos por una *muestra no probabilística* en la que «la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra» (Sampieri et al., 1996, p. 241). Estas muestras son utilizadas tanto en investigaciones cualitativas como cuantitativas y se trata de «muestras dirigidas, [...] un procedimiento de selección informal» (Ibíd., p. 262).

La opción de muestras no probabilísticas presentaría dificultades si nuestro objetivo fuese validar, mediante un procedimiento deductivo-cuantitativo, unas determinadas hipótesis o

resultados puesto que no tienen representatividad. Pero, como apuntábamos con anterioridad, escogimos la encuesta porque permite recoger información diversa y se aconseja en temas poco definidos (Ander-Egg, 1992; Cea D’Ancona, 1998a; Martínez, 2002), por lo que una muestra no representativa no significa un obstáculo desde la perspectiva metodológica. En este tipo de muestra lo que se requiere, más que la representatividad, es una «controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema» (Sampieri et al., 1996, p. 262).

Desde la perspectiva del diseño de modelo mixto de complementariedad (Greene et al., 1989) y, en concreto, de cuantitativo preliminar (D.L.Morgan, 1998), en la medida que su papel es contribuir en el proceso de recogida de datos para el método principal que sería cualitativo, este tipo de muestra no probabilístico permitiría cumplir esta funciones porque su valor proviene del hecho que logran «obtener los casos (personas, contextos, situaciones) que interesan al investigador y que llegan a ofrecer una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos» (Sampieri et al., 1996, p. 262).

La selección de participantes en la encuesta buscaba la colaboración de personas que desempeñasen su labor profesional en distintas posiciones de los diversos sistemas de políticas sociales (Sistemas de Servicios Sociales, Sanitario, penitenciario, educativo); en distintos tipos de organizaciones (administración pública, Tercer Sector social, etc.); a la par que estuviesen colegiadas en sus respectivos colegios profesionales y/o participasen, de manera directa o indirecta²³², en la formación de futuros profesionales y/o profesionales activos en grupos profesionales existentes en las redes sociales.

5.3.2.1.4 Distribución y recogida del cuestionario

La distribución del cuestionario se realizó en dos fases: una primera, mediante la colaboración de colegios profesionales y de la Escola de Treball Social de la Universidad de Barcelona, y una segunda en la que se utilizaron las redes sociales.

El primer envío del cuestionario se realizó mediante colegios profesionales de Andalucía y País Vasco y la colaboración de la Universidad de Barcelona; en concreto se distribuyeron:

²³² Se considera que la implicación directa en la formación se produce en los profesionales que realizan funciones de tutor/a de prácticas y la implicación indirecta, aquellos profesionales que forman parte del equipo que acoge a estudiantes en prácticas.

- Profesionales del Trabajo Social colegiados de los Colegios Profesionales de Bizkaia, de Córdoba y Málaga: se hizo un envío específico del cuestionario mediante correo electrónico a las personas colegiadas.
- Profesionales del Trabajo Social colaboradores de las asignaturas de Prácticas de Trabajo Social de la Escola de Treball Social de la Universitat de Barcelona: se realizó un envío y un recordatorio con el vínculo a la encuesta y una presentación de esta.

El primer envío se realizó el 15 de abril de 2018 y se recogieron un total de 92 respuestas, todas válidas. Durante el mes de julio de 2018 se comprobó que no se producían más respuestas al cuestionario y que las obtenidas correspondían mayoritariamente a la provincia de Barcelona. Se planteó entonces la necesidad de realizar una segunda fase de envío del cuestionario utilizando otros canales de comunicación.

El día 27 de agosto de 2018 se compartió el cuestionario mediante redes sociales pidiendo la colaboración en varios grupos de Trabajo Social y en el perfil general de la investigadora; en concreto se compartió en la red Facebook, en cuatro grupos distintos relacionados todos ellos con el Trabajo Social y en la red LinkedIn: tres grupos de Servicios Sociales y profesionales de trabajo social. Se insertó un recordatorio el 6 de septiembre.

El resultado de esta segunda fase de envío del cuestionario es la recogida de **78 respuestas** con una representación variada de diversas provincias del Estado español y algunas contribuciones de América Latina (5 en total). En el conjunto de las fases de envío se han obtenido un total de *170 cuestionarios válidos*.

TABLA 41. RESUMEN DE RESPUESTAS AL CUESTIONARIO POR ENVÍOS

Fase	Respuestas
Primer envío	92
Segundo envío	78
Total de cuestionarios respondidos	170

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

5.3.2.1.5 Análisis de datos del cuestionario

El cuestionario contiene 79 preguntas y se operativiza en 70 variables según el nivel de medida, todas ellas de carácter cualitativo y de las siguientes tipologías:

- Variable nominal: los valores que toma la variable no sigue un orden determinado (VVAA, 2017, p. 249).

- Variable nominal dicotómica: en la variable solo se pueden dar dos valores (VVAA, 2017, p. 249).
- Variable nominal no dicotómica: se pueden dar diversos valores, manteniendo la característica de la variable nominal.
- Variable ordinal: en este tipo de variables los valores siguen un orden determinado, generalmente de mayor a menor o a la inversa (CTO, 2017, p. 11; VVAA, 2017, p. 249). En el cuestionario se construyeron a partir de una escala de Likert de 7 puntos.

Además, se han incluido 9 preguntas abiertas que permiten al encuestado responder libremente.

TABLA 42. DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN SU TIPOLOGÍA

Tipo	Número de variables
Nominal dicotómica	2
Nominal no dicotómica	11
Ordinal	57
Total	70

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

El primer análisis al que se someten los resultados es de carácter descriptivo y para ello, según la tipología de las variables, se utilizan distintas medidas estadísticas:

- Variables nominales, dicotómicas y no dicotómicas:
 - Distribución de frecuencias: determinación «de qué valores concretos se dan en la muestra y con qué frecuencia» (Montero y Minuesa, 2018, p. 9). La distribución de frecuencias puede representarse gráficamente mediante diagramas de barras o de sectores (entre los más utilizados).
 - Moda: es el valor «más corriente o el valor de la variable que se presenta con mayor frecuencia» (CTO, 2017, p. 12)
 - Análisis cualitativo de resultado: este análisis se ha aplicado a las respuestas a variables abiertas y ha consistido en la sistematización de las respuestas, la comparación con las respuestas estandarizadas de las variables y la asignación a una categoría preestablecida o, en su caso, la agrupación en categorías más amplias para poder ofrecer los resultados.

— Variables ordinales:

- Distribución de frecuencias: como punto de partida se ha utilizado la tabla o distribución de frecuencias, siguiendo el mismo proceso que en las variables nominales.
- Media: es una medida de centralización o de tendencia central que sirven para indicar «alrededor de qué valores se agrupan los datos observados» (CTO, 2017, p. 12). La media aritmética (o media) es «el valor central en sentido aritmético» (Montero y Minuesa, 2018, p. 17) y se obtiene mediante la suma de todos los valores numéricos de los datos de la muestra y se divide por el tamaño de esta.
- Mediana: es, también, una medida de centralización o tendencia central. La mediana es «el valor medio una vez ordenados los datos de mayor a menor, repitiéndose si es necesario tantas veces como aparezcan en la muestra» (Montero y Minuesa, 2018, p. 18). Es el valor que tiene por encima y por debajo el mismo número de valores o datos.
- Varianza: es una medida de dispersión o variabilidad que nos indica «si los valores de la variable están muy dispersos o se concentran alrededor de la medida de centralización» (CTO, 2017, p. 12). Esta medida indica una dispersión relativa del tamaño muestral y se define como «la media del cuadrado de las desviaciones de los elementos respecto a la media aritmética» (Ibíd., p. 12), se trata de una de las medidas de dispersión más utilizadas.
- Desviación típica o estándar (ds): es, también, una medida de dispersión o variabilidad se define como «la raíz cuadrada positiva de la varianza» (CTO, 2017, p. 12) y sirve para recuperar las unidades originales, puesto que en la varianza se han elevado al cuadrado (Montero y Minuesa, 2018, p. 20)

Para las preguntas abiertas se utilizó el análisis cualitativo, de contenidos, con la finalidad de generar categorías nuevas, incluirlas en las respuestas estructuradas y/o incluirlas en el análisis de resultados.

En el análisis descriptivo se comprobó que las variables ordinales diseñadas, como hemos señalado, con una escala de Likert de 7 puntos, presentaban una alta dispersión de resultados y que éstos se concentraban en los valores medios y altos (generalmente a partir del 3); con la finalidad de realizar un mejor análisis y comparativa se valoró proceder a una agrupación,

lo que supuso una recodificación de todas las respuestas. En el informe final las variables ordinales han quedado estructuradas en tres categorías:

TABLA 43. CATEGORÍAS EN LAS VARIABLES ORDINALES. AGRUPACIÓN FINAL

1	Poco o nada importante
2	Importante
3	Muy importante

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Tras los análisis descriptivos se pasa a una segunda fase en la que se analiza la consistencia de las respuestas mediante la correlación en términos estadísticos entre algunas de las variables y sus respuestas. En este caso, primero se determina la normalidad de la muestra, mediante la prueba de Shapiro-Wilk; en caso de que el resultado sea de normalidad, se aplicará la prueba de chi cuadrado (X^2) y si el resultado es de no normalidad de la muestra se aplicará la prueba Likelihood-ratio o razón de verosimilitud. Para el tratamiento estadístico se utilizaron los programas SPSS (IBM SPSS Statistics versión 25) y Jamovi (jamovi.org versión 1.1.9).

En concreto se han estudiado las relaciones entre las siguientes variables:

- Ámbito: Conceptos generales sobre el diagnóstico social
 - Variable 12 (utilidad del diagnóstico en relación con la situación de la persona/a atendida/a) relacionada con la Variable 13 (Utilidad del diagnóstico social en relación con el proceso de intervención social)
- Ámbito: Niveles de diagnóstico
 - Relación entre las variables 19 A (Ubicación del diagnóstico de criba en el proceso de intervención social) y 19 B (Ubicación del diagnóstico en profundidad en el proceso de intervención social).
- Ámbito: Elaboración del diagnóstico social – roles
 - Variable 20 (Cuándo consideras que el/la profesional ha de ser el único autor/a del diagnóstico social) relacionada con la variable 23 (En qué situaciones la persona atendida debe limitarse a aportar información y documentación que acredite y justifique su petición).
 - Variable 21 (Cuándo consideras que el/la profesional ha de realizar un proceso con la persona para identificar la situación, pero, finalmente, emitir el diagnóstico de

manera unilateral) relacionada con la variable 24 (En qué situaciones la persona atendida debe aportar información y participar en el análisis juntamente con el/la profesional).

- Variable 22 (Cuándo consideras que el/la profesional ha de realizar un proceso conjunto con la persona atendida con la finalidad de llegar a un diagnóstico consensuado) relacionada con la variable 24 (En qué situaciones la persona atendida debe aportar información y participar en el análisis juntamente con el/la profesional).
- Ámbitos: Elaboración del diagnóstico social – Roles y Definición de diagnóstico social
 - Relación entre las variables 20, 21 y 22 con las opciones de la variable 25 (Definición de diagnóstico social).
- Ámbitos: Elementos y contenido del diagnóstico social y Herramientas para la elaboración del diagnóstico social
 - Variable 44 (Valorar la importancia de la actividad “Disponer de categorías diagnósticas absolutas (existe o no existe la situación identificada)” para la formulación del diagnóstico social) en relación con la variable 75 (Valorar la utilidad de la herramienta “Listado de problemáticas en categorías únicas y cerradas” para la elaboración del diagnóstico social).
 - Variable 45 (Importancia de “Disponer de una graduación progresiva dentro de un ámbito o categoría determinada que permitan identificar en qué punto se encuentra la persona o personas para la elaboración del diagnóstico social”) en relación con la Variable 74 (Valorar la utilidad de la “Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados” para la elaboración del diagnóstico social).
 - Variable 46 (Valorar la importancia de la actividad “Definir indicadores sobre cada categoría diagnóstica” para la formulación del diagnóstico social) en relación con la Variable 74 (Valorar la utilidad de la “Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados” para la elaboración del diagnóstico social).

Para el análisis de las relaciones entre las variables que se ha descrito anteriormente se ha seguido el proceso siguiente:

- Se han elaborado unas hipótesis de relación entre variables²³³ o, en su caso, entre las diversas opciones de las variables a comparar.
- Se determina, mediante la prueba de Shapiro-Wilk, si la distribución de las respuestas es normal o no.
- En caso de normalidad se ha utilizado la prueba del Xi cuadrado (χ^2) para determinar la existencia, o no, de la asociación entre los resultados.
- En caso de que la distribución no sea normal se ha utilizado la prueba Likelyhood Ratio para determinar la existencia, o no, de la asociación entre los resultados.
- Para determinar la correlación entre dos variables se ha utilizado la prueba r de Pearson

5.3.2.2 GRUPOS DE DISCUSIÓN

El grupo de discusión (o focus group) es un «tipo especial de grupo en términos de propósito, tamaño, composición y procedimientos» (Krueger y Casey, 2008, p. 19).

De acuerdo con Krueger y Casey (2008) los participantes del grupo de discusión son seleccionados debido a unas características comunes en relación con el tema del grupo. El grupo cuenta con un facilitador, el investigador, que crea un ambiente permisivo que anima a compartir percepciones y puntos de vista sin presionar a los participantes.

Las características del grupo de discusión son cinco según Krueger y Casey (2008, p. 23): «(1) un grupo pequeño de personas, que (2) poseen ciertas características, (3) proveen datos cualitativos (4) en una discusión focalizada (5) para ayudar a entender el tema de interés»

Los grupos, idealmente, se compondrán de entre 5 y 8 personas, pero se pueden realizar grupos en un rango entre 4 y 12 personas.

Para el desarrollo de la discusión focalizada es necesario que exista una preparación previa, los grupos de discusión no son debates abiertos; eso supone elaborar un conjunto de preguntas que se plantearán al grupo, es lo que Krueger y Casey (2008, p. 25) llaman «questioning route or interview guide».

Los grupos de discusión tienen ventajas e inconvenientes. Entre las primeras: son un método de investigación social flexible que permite obtener resultados rápidos a un bajo coste. Entre

²³³ Las hipótesis, con la finalidad de no duplicar información, se han incluido en los apartados correspondientes a cada tema del capítulo 7, apartado 7.1.

los segundos, permiten un menor control que las entrevistas individuales, los datos son difíciles de analizar, requieren una buena preparación y un facilitador entrenado que pueda crear el entorno adecuado para generar el debate y conducirlo sin presionar a los participantes.

El método de los grupos de discusión se escoge en esta fase de la investigación con la finalidad de complementar la información recopilada mediante los cuestionarios en dos líneas: aclarar conceptos y concretar propuestas que permitan apuntar líneas de desarrollo en la investigación. Entendemos que el objetivo de la tesis, elaborar un modelo de diagnóstico social no debe ser un trabajo únicamente intelectual y teórico, sino que requiere del contraste con personas que estén en activo, realizando precisamente esas funciones.

Para el diseño y la toma de decisiones en relación con la configuración de los grupos de discusión se parte de los resultados del cuestionario sobre el origen de las personas participantes. Así pues, se agruparon las participaciones en la encuesta por comunidades autónomas y se determinó el porcentaje que representaban en relación con el total, tal como puede verse en la Tabla 44, que sirvió como base para decidir donde realizar los grupos de discusión.

TABLA 44. RESULTADOS DE LA VARIABLE LUGAR DE TRABAJO (UBICACIÓN GEOGRÁFICA)

Valor	Frecuencia	Porcentaje	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Andalucía	11	6,5	Extremadura	1	0,6
Aragón	2	1,2	Galicia	3	1,8
Asturias	1	0,6	Madrid	9	5,3
Balears, Illes	1	0,6	Murcia	1	0,6
Canarias	3	1,8	Navarra	1	0,6
Cantabria	1	0,6	País Vasco	13	7,6
Castilla y León	2	1,2	Europa	1	0,6
Cataluña	113	66,5	Latinoamérica	5	2,9
Com. Valenciana	2	1,2	Total	170	100

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Se observa que destacan, con una representación superior al 5% del total, las siguientes comunidades:

- Catalunya, con el 66,5%
- Euskadi, con el 7,6%
- Andalucía, con el 6,5%

— Madrid, con el 5,3%

A partir de estos resultados se plantea realizar un total de 8 grupos de discusión con la siguiente distribución territorial:

TABLA 45. PROPUESTA GRUPOS DE DISCUSIÓN Y DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL

Ámbito territorial	Grupo y localización
C.A. Catalunya (4 grupos)	▪ Barcelona, 1 grupo ▪ Lleida, 1 grupo ▪ Tarragona, 1 grupo ▪ Girona, 1 grupo
C.A. Andalucía (1 grupo)	▪ Almería: 1 grupo
C.A. Madrid (1 grupo)	▪ Madrid, 1 grupo
Euskadi	▪ Bilbao, 1 grupo
España	▪ Escuela de Verano del Consejo General de Trabajo Social, 1 grupo

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Para la organización operativa de los grupos de discusión contamos con la colaboración de diversas personas y organizaciones:

- Grupo mixto (España): el desarrollo de esta sesión se realizó en el marco de la Escuela de Verano del Consejo General de Trabajo Social, celebrada en Mollina (Málaga); para poder realizar la actividad del grupo de discusión se contó con la colaboración del vicepresidente del Consejo, que actuó de intermediario con la Junta, que fue la que aceptó la posibilidad de que se realizase el grupo de discusión en el marco de la Escuela de Verano; se ajustó el horario para no alterar la programación y se dispuso de los espacios del centro donde se realizaba la Escuela.
- Grupo de Roquetas de Mar (Almería – Andalucía): para el desarrollo de esta sesión se contó con la colaboración de distintos actores; por una parte, la presidenta de la Asociación de Trabajo Social en Ejercicio Libre (ATSEL) propuso a la Junta la posibilidad que se realizase el grupo de discusión en las instalaciones reservadas para celebrar el II Congreso de ATSEL y, por tanto, dentro de las franjas horarias del Congreso. Por otra parte, se contó con la colaboración de una trabajadora social de la Diputación de Almería que realizó los contactos y la convocatoria de las profesionales.
- Grupo de Barcelona (Catalunya): se configura a partir de contactos directos de la investigadora. Se solicita al Col·legi de Treball Social de Catalunya espacio para

llevarlo a cabo, por la ubicación de su sede central, pero por motivos de agenda no es posible, por lo que se recurre a un espacio privado de reuniones.

- Grupo de Tarragona (Catalunya): se cuenta con la colaboración de la responsable de servicios sociales del Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona que actuó como intermediaria para reunir el grupo de participantes; una vez identificadas las personas interesadas en participar, se las invita mediante correo electrónico. Para la realización de la sesión se solicitó a la delegación de Tarragona del Col·legi de Treball Social de Catalunya el uso de sus instalaciones y se pudo realizar.
- Grupo de Girona (Catalunya): se cuenta con la colaboración del responsable de servicios sociales del Ayuntamiento de Girona que actuó como intermediario para reunir el grupo de participantes; una vez identificadas las personas interesadas en participar, se las invita mediante correo electrónico. Para la realización de la sesión se contó con la colaboración de la misma persona que ofreció y gestionó el uso de un espacio de un centro cívico municipal.
- Grupo de Lleida (Catalunya): se cuenta con la colaboración de la responsable del Àrea de Lluita contra la Pobresa del Ayuntamiento de Lleida que actuó como intermediaria para reunir el grupo de participantes; una vez identificadas las personas interesadas en participar, se las invita mediante correo electrónico. Para la realización de la sesión, dado el horario propuesto para facilitar la participación del grupo, se recurrió a un espacio privado de reuniones.
- Grupo de Madrid: se contó con la colaboración de una trabajadora social de Madrid que se ofreció a difundir y convocar a profesionales mediante grupos específicos de aplicaciones de mensajería instantánea; también se contó con las personas de la Asociación de Trabajo Social en Ejercicio Libre (ATSEL) que residen en la ciudad. Para la realización de la sesión se recurrió, de nuevo, al vicepresidente del Consejo General de Trabajo Social que hizo de intermediario con la Junta del Consejo y se permitió el uso de una sala en la sede del Consejo. Este grupo, por cuestiones organizativas de última hora, tuvo pocos participantes, pero tanto por respeto al esfuerzo realizado como por las aportaciones, se consideró que debía ser incluido en el proceso de análisis.
- Grupo de Bilbao (Euskadi): se había planificado realizar un grupo en Bilbao atendiendo al volumen de participación en la encuesta y, también, al hecho que

Euskadi es la Comunidad Autónoma que tiene diseñado y aprobado por decreto un modelo de diagnóstico social. En el período durante el que se podían realizar los grupos surgieron dificultades entre las personas de la Junta del Colegio de Trabajo Social de Bizkaia y se hizo imposible concretar una fecha que se ajustara al calendario de la investigación, por este motivo se anuló esta actividad.

La distribución de grupos, participantes y lugar de realización se puede ver en la Tabla 46.

TABLA 46. PARTICIPACIÓN EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN POR LOCALIZACIÓN

Grupo de discusión	Participantes	Lugar de realización
Barcelona (Catalunya)	9	Espacio de coworking – Sheltair – Barcelona
Tarragona (Catalunya)	8	Delegación Col·legi Treball Social – Tarragona
Girona (Catalunya)	8	Centre Cívic Ter (Ajt. Girona)
Lleida (Catalunya)	10	Espacio de coworking – Co-Work – Lleida
Madrid²³⁴	2	Sede del Consejo General de Trabajo Social – Madrid
Almería (Andalucía)	7	Castillo de Santa Ana (Roquetas de Mar) – Congreso ATSEL
España (mixto)	6	Mollina (Málaga) – Escuela de Verano del Consejo General de Trabajo Social

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Para preparar el diseño de las sesiones de los grupos, de acuerdo con Krueger y Casey (2008) se plantea una “ruta de preguntas” que parte de identificar los temas principales que se quieren abordar y éstos son concretados en preguntas que se plantearán al grupo.

Inicialmente se identificaron cuatro temas generales que fueron concretándose has fijar las preguntas para los grupos. Los temas de partida son los que aparecen a continuación y se desarrollaron en los que aparecen en la Tabla 47:

- Lenguaje homogéneo de profesionales
- Lenguaje adaptado a las personas atendidas
- Identificación de estrategias de las personas y sus resultados
- Rol participativo de profesional y persona atendida

²³⁴ En Madrid se produjo un problema logístico con la convocatoria y falló buena parte de las personas convocadas, por consideración a las personas que acudieron se ha incorporado al análisis de los grupos.

TABLA 47. DESARROLLO DE TEMAS Y SUBTEMAS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

Tema principal	Subtema
Lenguaje homogéneo de profesionales	— Categorías con indicadores: ventajas e inconvenientes
	— Tipología de indicadores: cuantitativos vs. Cualitativos
Lenguaje adaptado a las personas atendidas	— Modelo de referencia: Outcome Star - Ventajas e inconvenientes - Adecuación al lenguaje técnico
Identificación de estrategias de las personas y sus resultados	— Sistematización de las estrategias: metodología e instrumentos.
Rol participativo de profesional y persona atendida	— Roles según la función del Trabajo Social: protectora / acompañamiento.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Para cada uno de los temas se planteó una serie de preguntas que pudiesen orientar el debate, aún partiendo que se trataba de que las personas participantes pudiesen expresarse libremente. La guía de los grupos de discusión puede verse en el Anexo 3.

Cada grupo de discusión tuvo una duración de 2 horas y el desarrollo de las sesiones del grupo de discusión tendrá el siguiente esquema:

- Presentación de la investigadora
- Presentación de las participantes
- Presentación del marco de la investigación y condiciones de participación
- Presentación de los temas e inicio de las preguntas (en el orden establecido).

Los grupos se desarrollaron en la lengua preferida por las participantes; en el caso de los grupos de Catalunya, mayoritariamente se utilizó el catalán, aunque no de manera exclusiva. Dado que hubo un número significativo de participantes que se expresaron en catalán, se considera que mantener la lengua original en las transcripciones no afecta al anonimato y la confidencialidad y, por lo tanto, así se ha hecho para una mayor fidelidad con lo expresado por las participantes.

Las sesiones se grabaron para garantizar una mejor transcripción, previa petición de permiso a las participantes. Las transcripciones han sido analizadas mediante el programa Atlas.ti (versión 8.4.4. para Mac) para lo que se han creado códigos²³⁵ que permitan el análisis conjunto de las aportaciones.

²³⁵ Utilizamos el término “código” en el sentido que lo utiliza la aplicación Atlas.ti, para identificar categorías de análisis.

En la Ilustración 22 puede verse una representación gráfica, en nube de palabras²³⁶, de las dimensiones de análisis utilizadas que muestra, mediante el tamaño de las letras, la proporción de contribuciones de cada tema en relación con el conjunto. La categorización ha sido la base de la agrupación para el análisis de los contenidos (Borda et al., 2017). Las dimensiones, elaboradas a la luz de las aportaciones teóricas y del propio desarrollo de los grupos, han sido: contexto para el diagnóstico social, estrategia de las personas y resultados, lenguaje adaptado, lenguaje homogéneo, metodología y roles. Se ha seguido un proceso de inducción analítica (Quecedo y Castaño, 2002) que supone la búsqueda de dimensiones a partir de los temas planteados en las sesiones y de las relaciones entre ellas.

ILUSTRACIÓN 22. NUBE DE PALABRAS DE DIMENSIONES PARA EL ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA CON ATLAS.TI

5.3.2.3 ENTREVISTAS

Las entrevistas cualitativas o en profundidad son una categoría de entrevista en el ámbito de la investigación que han formado parte de historia de la investigación social, identificándose un estudio del siglo XIX como el primero que habría utilizado esta técnica (Valles, 2002, p. 12). A lo largo de la historia se han descrito diversos estilos de entrevista que «caben bajo la etiqueta de *entrevistas cualitativas*²³⁷ o *en profundidad*, [...], sea la vertiente de las *formas estandarizadas no estructuradas* o la vertiente de los *estilos no estandarizados*» (Valles, 2002, pp. 22-23).

²³⁶ Las siglas DS que aparecen en la nube se corresponden con “Diagnóstico Social”

²³⁷ Cursiva en el texto original.

Una definición de lo que significa la entrevista en una investigación social no las ofrecen Beatrice y Sidney Webb en el texto siguiente:

Por entrevista, como instrumento de investigación sociológica, entendemos algo más que las charlas preliminares y la cordialidad social que forma parte de la, digamos, antecámara para la obtención de documentación y de oportunidades para la observación personal de los procesos. La entrevista en sentido científico es el **interrogatorio cualificado a un testigo relevante**²³⁸ sobre hechos de su experiencia personal. Puesto que el informante no se halla coaccionado, el entrevistador tendrá que escuchar comprensivamente muchas cosas que no son pruebas, ya sean opiniones personales, tradiciones y rumores sobre hechos, todo lo cual puede ser útil para sugerir nuevas fuentes de investigación y revelar sesgos. Pero la principal utilidad de la entrevista consiste en **averiguar la visión sobre los hechos de la persona entrevistada** [Webb y Webb, 1965] (citado en Valles (2002, p. 54).

En este sentido las entrevistas se dirigen a un grupo específico de personas, relevantes por su relación y aportaciones al tema central de la investigación, el diagnóstico social. En nuestra investigación las situamos en una última fase del trabajo de campo, con la finalidad de recabar las aportaciones de personas expertas en relación con el tema que puedan contribuir a concretar y orientar los análisis de las fases anteriores.

La fase de diseño incluye el «guion de entrevista» como lo denomina Valles (2002) y este autor recoge aportaciones de distintos autores sobre el diseño de este guion. Entre ellos cita a Steinar Kvale que considera que

resulta útil desarrollar dos guiones en la preparación de una entrevista. Uno, "con las principales preguntas temáticas de investigación" correspondientes a un proyecto. Otro, con las "preguntas dinámicas" a usar durante la entrevista, las cuales han de tener en cuenta la doble dimensión (temática y dinámica) del encuentro conversacional. (Kvale, 1996, citado en (Valles, 2002, p. 61)

Siguiendo este esquema propuesto por Valles (2002) se plantea un guion de entrevista (ver Anexo 4) que responde a las siguientes preguntas temáticas de investigación:

- ¿Cómo llega a convertirse el diagnóstico social en un tema relevante?
- ¿Cuál es el rol del diagnóstico social en el proceso de intervención social?
- ¿Qué puede aportar la sistematización del diagnóstico social?

²³⁸ La negrita la hemos añadido para destacar aspectos clave de la aportación de estos autores.

- ¿El sector profesional (colegios, universidades) debería tomar alguna posición en relación con el diagnóstico social?

Después de hacer una prospección entre los profesionales que están trabajando el tema del diagnóstico social, decidimos realizar un total de cuatro entrevistas cualitativas a profesionales seleccionadas por su conocimiento del tema o por su enfoque del Trabajo Social.

- Trabajadora Social. Está realizando su tesis doctoral desde la perspectiva de las prácticas narrativas de Trabajo Social. Profesional formada inicialmente en un país de Latinoamérica y con formación de postgrado en España. Tiene experiencia en el ámbito académico y en la práctica del Trabajo Social Profesional. Es docente sobre el enfoque narrativo. El Trabajo Social Narrativo se basa en partir del relato que hace la propia persona y, en este sentido, su valoración respecto a la sistematización del diagnóstico tiene relevancia porque se trata de un enfoque que, metodológicamente, difiere de la mayoría de los enfoques teóricos.
- Trabajador Social y Doctor en Psicología. Especializado en Trabajo Social Clínico, lleva a cabo una intensa actividad formativa sobre diagnóstico social. Por su enfoque desde el Trabajo Social Clínico ha trabajado con distintos instrumentos de diagnóstico social (Clasificación Internacional de Discapacidades, Escala de Conde (1998) y PIE System), sobre los cuales dicta cursos, y su aportación tiene relevancia por su conocimiento de diversos instrumentos.
- Trabajadora Social. Inició su carrera profesional en los servicios sociales de base y tiene una larga experiencia como consultora en investigación-planificación y servicios sociales. En los últimos años ha trabajado en proyectos de adaptación del modelo de diagnóstico vasco para distintas administraciones; es, por tanto, una conocedora en profundidad de este modelo.
- Trabajadora Social y Doctora en Sociología. Profesora universitaria en los estudios del Grado de Trabajo Social, ha desarrollado una intensa actividad formativa en materia de diagnóstico social colaborando con distintas instituciones participando en la formación continuada de un gran número de profesionales.

En el proceso de selección se valoró la posibilidad de otras personas para ser entrevistadas, pero en algunos casos no fue posible establecer el contacto a tiempo para concluir la fase de

recogida de datos; mientras que en otros se valoró que disponían de aportaciones escritas suficientes.

Las entrevistas se realizaron en la lengua preferida por la persona entrevistada, castellano o catalán, pero con la finalidad de garantizar el anonimato de las participantes, todas las transcripciones de citas se realizan en castellano. De la misma manera, en la presentación de los resultados se identificará cada una de las personas con un código. Las sesiones se grabaron para garantizar una mejor transcripción, previa petición de permiso a las participantes. Las transcripciones han sido analizadas mediante el programa Atlas.ti (versión 8.4.4. para Mac) para lo que se han creado códigos²³⁹ que permitan el análisis conjunto de las aportaciones.

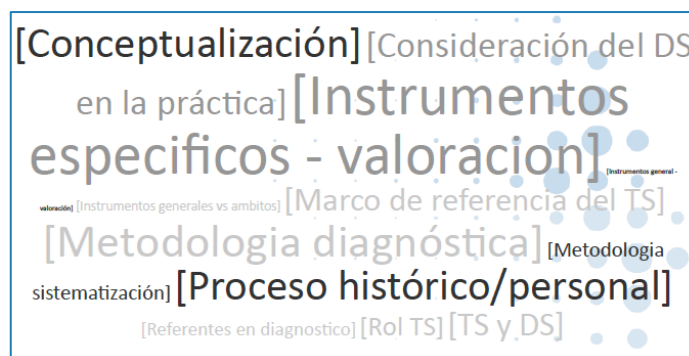
Para las entrevistas se ha seguido el mismo proceso que en los grupos de trabajo, mediante la categorización de los conceptos (Borda et al., 2017) y el análisis inductivo sobre las relaciones entre dichas dimensiones (Quecedo y Castaño, 2002). Las dimensiones definidas son: conceptualización, el diagnóstico social en la práctica, valoración de instrumentos específicos, valoración de instrumentos en general, instrumentos generales frente a instrumentos por ámbitos, marco de referencia del Trabajo Social, metodología diagnóstica, metodología de sistematización, proceso histórico-personal, referentes en el diagnóstico, rol del Trabajo Social y Trabajo Social y Diagnóstico Social.

Esta categorización ha sido la base de la agrupación para el análisis de los contenidos²⁴⁰; estas dimensiones se han construido partiendo tanto de las aportaciones teóricas como de la propia evolución de la investigación; la codificación, la definición de estas dimensiones es facilita la comparación para el análisis y la comparación (Borda et al., 2017)

En la Ilustración 23 se puede ver una representación gráfica de estas dimensiones en formato de nube de palabras que muestra, mediante el tamaño de las letras, la proporción de contribuciones de cada tema en relación con el conjunto.

²³⁹ Se utiliza el término “código” en el sentido que aparece en la aplicación Atlas.ti, equivalente a dimensión de análisis.

²⁴⁰ Las siglas TS que aparecen en la nube de palabras significan “Trabajo Social” y las siglas DS, “Diagnóstico Social”.



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA CON ATLAS.TI

5.3.3 Ética en la investigación

Desarrollar una investigación requiere una valoración ética previa que nos permita identificar aquellos aspectos en los que hemos de ser especialmente cuidadosos. No se trata únicamente de cumplir con la normativa correspondiente sino que requiere «investigation into the perspectives and cultures of the participants and their community early in the process of research design, so that their needs and interests are understood and served²⁴¹». (Sieber, 2009, p. 107).

En este sentido, hemos desarrollado la investigación iniciando el conocimiento del marco referencial de las personas participantes, más allá de la propia experiencia profesional en este ámbito profesional, estudiando referencias teóricas y marcos conceptuales que nos permitieran utilizar un lenguaje adecuado a las personas a las que solicitábamos su participación.

Esta investigación se enmarca en el Trabajo Social, cuya práctica tiene implicaciones éticas que, como señalan Boixadós et al. (2014, p. 183), «han sido motivo de preocupación y también de interés ya que se ha considerado que la dimensión ética es consustancial al propio trabajo social». La práctica del Trabajo Social y, en coherencia, la investigación que se lleve a cabo en su ámbito supone la implicación de todos los participantes tal como recogen Boixadós et al (2014):

²⁴¹ Trad. «investigación sobre las perspectivas y culturas de los participantes y su comunidad al inicio del proceso de diseño de la investigación, para que sus necesidades e intereses sean comprendidos y atendidos». (Sieber, 2009, p. 107)

La investigación en trabajo social, del mismo modo que el propio ejercicio del trabajo social, conlleva una necesaria implicación de todos aquellos agentes a los que va dirigida. Cuando se utiliza una metodología cualitativa ésta se basa, entre diversos elementos, en la determinación del/la investigador/a en acortar la distancia que existe en la relación entre el/la investigador/a y el/la participante. Se entiende además que el conocimiento que se va construyendo en la investigación, siguiendo las bases de la teoría fundamentada, se co-construye conjuntamente entre los/las investigadores y los/las participantes (Glaser y Strauss, 1997). (Boixadós et al., 2014, p. 182).

Al hilo de esta reflexión se ha tenido en cuenta la centralidad de los participantes y hemos recurrido a los principios éticos elaborados por la Comisión Europea en distintos documentos (European Commission, 2018, 2019) para hacer una revisión de su cumplimiento:

- Respecting human dignity and integrity
- Ensuring honesty and transparency towards research subjects and notably getting free and informed consent (as well as assent whenever relevant)
- Ensuring privacy and confidentiality
- Minimising harm and maximizing benefit^{242 243} (European Commission, 2019, p. 270)

En la misma línea, la Universitat de Barcelona dispone de un *Código de Integridad en la investigación* que incluyen, entre otros preceptos, un conjunto de principios básicos de la actuación del personal investigador:

- Honestedat: respecte les seves activitats de recerca, així com envers les activitats d'altres investigadors. [...] Ha de ser honest i informar i comunicar la recerca de forma transparent, justa, completa i imparcial.
- Responsabilitat i rendició de comptes: el personal investigador és responsable de la recerca que duu a terme, des de la concepció de la idea fins a la publicació. [...] és també responsable envers els seus col·legues, davant de la institució de la qual forma part i envers la societat.
- Fiabilitat: el personal investigador ha de garantir la qualitat de la recerca, que abraça el disseny, la metodologia, l'anàlisi i l'ús dels recursos.

²⁴² Trad. «Respetar la dignidad y la integridad humana. Garantizar la honestidad y la transparencia hacia los temas de investigación y, en particular, obtener el consentimiento libre e informado (así como el asentimiento siempre que sea relevante). Minimizar el daño y maximizar el beneficio. (European Commission, 2019, p. 270)

²⁴³ El documento incluye otros principios, pero son de más difícil encaje en esta investigación, por lo que no los incluimos en el listado para no sobrecargar el texto. (European Commission, 2019, p. 271)

- Rigor: ha de portar a terme un acurat procés de descobriment i interpretació, en línia amb les normes i els estàndards vigents en la recerca, i utilitzant mètodes adequats en el disseny, la interpretació, les conclusions de la recerca i la comunicació dels resultats.
- Respecte: ha de ser respectuós amb els col·legues, els participants en la recerca, la societat, els ecosistemes, el patrimoni cultural i el medi ambient. Així mateix, ha de respectar en tot moment la diversitat i evitar qualsevol discriminació per raó d'origen, raça, sexe, religió, opinió, discapacitat, orientació sexual, identitat de gènere o qualsevol altra.
- Independència: ha d'evitar els conflictes d'interessos que puguin comprometre la validesa dels resultats de la seva recerca, i si es produeixen els ha de declarar per tal de gestionar-ne la solució d'acord amb la normativa²⁴⁴. (Universitat de Barcelona, 2020, pp. 4-6)

Haciendo una revisión reflexiva del proceso de investigación, pensamos que hemos cumplido con todos los principios que nos son aplicables; especialmente el respeto a la dignidad y la integridad humana; el aseguramiento de la transparencia hacia las personas participantes; el aseguramiento de la confidencialidad y la privacidad, como veremos a continuación; y, aunque no hemos identificado riesgos asociados a la investigación, nos ha guiado la voluntad de maximizar los beneficios y minimizar los daños. Asimismo, también hemos velado por el cumplimiento de los principios del *Código de integridad* que nos son aplicables, - honestidad, responsabilidad, fiabilidad, rigor, respeto e independencia-.

Respecto del rigor, en la investigación cualitativa se valora la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad (Guba, 1989, pp. 153-161). Para la credibilidad uno de los métodos que el autor propone es coherencia estructural que muestre que no hay conflictos internos; para la transferibilidad se propone la descripción minuciosa y los datos descriptivos; para la dependencia, se propone la revisión de los procesos llevados a cabo; y finalmente, para la confirmabilidad, el ejercicio de reflexión que muestre la evolución del investigador.

²⁴⁴ Trad. Honestidad: respeto sus actividades de investigación, así como con las actividades de otros investigadores. [...] Debe ser honesto e informar y comunicar la investigación de forma transparente, justa, completa e imparcial. Responsabilidad y rendición de cuentas: el personal investigador es responsable de la investigación que lleva a cabo, desde la concepción de la idea hasta la publicación. [...] es también responsable para con sus colegas, ante la institución de la que forma parte y hacia la sociedad. Fiabilidad: el personal investigador debe garantizar la calidad de la investigación, que abarca el diseño, la metodología, el análisis y el uso de los recursos. Rigor: el personal investigador debe llevar a cabo un cuidadoso proceso de descubrimiento e interpretación, en línea con las normas y los estándares vigentes en la búsqueda, y utilizando métodos adecuados en el diseño, la interpretación, las conclusiones de la investigación y la comunicación los resultados. Respeto: el personal investigador debe ser respetuoso con los colegas, los participantes en la investigación, la sociedad, los ecosistemas, el patrimonio cultural y el medio ambiente. Asimismo, debe respetar en todo momento la diversidad y evitar cualquier discriminación por razón de origen, raza, sexo, religión, opinión, discapacidad, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra. Independencia: el personal docente e investigador debe evitar los conflictos de intereses que puedan comprometer la validez de los resultados de su investigación, y si se producen los declarará el fin de gestionar su la solución de acuerdo con la normativa. (Universitat de Barcelona, 2020, pp. 4-6)

Siguiendo estas orientaciones valoramos que se han cumplido los requisitos de rigor que exige el *Código de Integridad* de la Universidad y que se espera de una investigación de estas características

Por otra parte, en el documento *Ethics in Social Science and Humanities*, elaborado por encargo de la Comisión Europea, se plantean tres elementos clave en los que la ética juega un rol determinante para evitar malas prácticas: el uso del engaño en la investigación, investigación encubierta y la investigación en internet y datos de redes sociales en investigación.

El uso del engaño es la situación en la que se miente o engaña deliberadamente a los participantes sobre los propósitos de la investigación (European Commission, 2018, p. 6); esta práctica supondría la vulneración del principio del consentimiento informado en la medida que la información que se proporciona para la obtención de este se falsea. En los procesos de la investigación que han involucrado a otras personas se ha ofrecido información completa sobre los objetivos de la investigación e, incluso, se ha ampliado la explicación, así, por ejemplo, en los grupos de discusión se presentaba una síntesis de los resultados de la encuesta dado que las preguntas del grupo de discusión surgían de esta otra fase.

Todas las personas participantes, además, siguiendo las recomendaciones de Sieber (2009) cumplimentaron la declaración de consentimiento informado voluntario (ver Anexo 5) antes del inicio de la actividad, usado como instrumento para explicar el objetivo de la investigación, su contenido, el método para recoger la participación y el tratamiento que se daría a la información, garantizando el anonimato, la confidencialidad y la privacidad. El consentimiento informado se ha realizado por escrito en todos los grupos de discusión y verbalmente en las entrevistas debido a que se realizaron mediante videoconferencia, pero, en todo caso, se hizo explícita la información que constaba en el formulario de consentimiento informado.

La investigación encubierta, segundo método que vulnera los principios éticos, lo hace básicamente por el mismo motivo, el principio de consentimiento informado, porque supone llevar a cabo una investigación sin explicitarla ante los participantes, lo que vulneraría su derecho a la privacidad (European Commission, 2018, p. 7). En nuestra investigación, tal y como señalábamos anteriormente, ha habido una total transparencia con todos los participantes, explicando claramente cuáles eran los objetivos de la investigación y,

especialmente, cómo serían tratadas las aportaciones, garantizando la confidencialidad y el anonimato.

Finalmente, el tercer punto es el uso de internet y de medios sociales en la investigación. Tal y cómo hemos relatado, parte de nuestra investigación utilizó las redes sociales como medio de difusión para obtener la participación en la encuesta. En este caso, no se usó información disponible en las redes sociales o en internet, sino que se han utilizado como vehículo de difusión y, tanto en la invitación a participar como en la presentación del cuestionario, se incluía una explicación clara sobre los propósitos de la encuesta y se garantizaba, igual que en el resto de técnicas, el anonimato; en todo el tratamiento de datos se utilizaron archivos en los que los datos de identificación se suprimieron, quedando un archivo de reserva con los datos originales hasta la finalización de la investigación.

Uno de los principios éticos que establece la Unión Europea para la investigación es «asegurar la privacidad y la confidencialidad» (European Commission, 2019, p. 270); para analizar este principio hemos partido de las aportaciones de Sieber (2009) que considera que los aspectos clave de la investigación ética son tres: privacidad, confidencialidad y anonimato y pueden sintetizarse de la siguiente manera: «Privacy is about people. Confidentiality is about data. Anonymity means no identifiers²⁴⁵». (Sieber, 2009, p. 117).

La privacidad tiene que ver con el interés de las personas participantes en la investigación en controlar que otras participantes puedan interaccionar con ellas (Ibíd., p. 117). En nuestra investigación, las participantes en los grupos de discusión fueron convocadas mediante correo electrónico con la opción “copia oculta” para preservar los datos de contacto y en ningún momento, durante su realización, se dieron a conocer estos datos.

La confidencialidad se refiere al acceso a los datos, es decir al hecho que se preserven del público características identificadoras de cada participante (nombre, profesión, ciudad, origen, etc.) que permitan identificarla (Ibíd., p. 123). En nuestra investigación, la identificación de las participantes en los grupos de discusión se realiza de forma anonimizada (asignándole un código) y las grabaciones se destruirán una vez la investigación se dé por concluida. En el caso de las entrevistas, realizadas con personas por su relevancia o capacidad de aportar datos específicos a la investigación, se sigue el mismo procedimiento que en los

²⁴⁵ Trad.: «La privacidad es sobre las personas. La confidencialidad es acerca de los datos. El anonimato significa que no hay identificadores (Sieber, 2009, p. 117).

grupos de discusión y se identifican mediante un código; además, para garantizar el anonimato, todas las citas se realizarán en castellano para evitar la identificación por razón de lengua.

Por otra parte, en relación con los elementos de riesgo de la investigación (Ibíd., p. 128) no se han identificado en esta investigación.

Finalmente, en el ámbito de la ética de la investigación queremos señalar un aspecto vinculado con el proceso de elaboración y redacción que ha surgido en los últimos años como un tema clave: el plagio, que se define como «copiar en lo sustancial obras ajenas, dándolas como propias» (RAE, 2014). El plagio en una investigación puede afectar a diversos aspectos: «(i) sobre ideas, pensamientos o juicios ajenos (en casos extremos puede plagiarse una obra completa, que contiene un conjunto de ideas, pensamientos o juicios); o puede recaer (ii) sobre datos obtenidos como resultado de las investigaciones de un tercero» (Miranda, 2013, p. 714). Es destacable señalar que no es necesaria la intencionalidad de la copia para que se produzca el plagio (Ibíd., p. 715). Teniendo en cuenta estos elementos y la importancia de asignar a cada autor su producción científica, queremos señalar el esfuerzo realizado para garantizar el respeto máximo a la autoría de todas las fuentes consultadas para que aparezcan citadas de manera que pueda ser reconocible, identificable y localizable la obra y autoría original.

En síntesis, los aspectos éticos han estado presentes en el diseño de la investigación y a lo largo de la puesta en práctica de las distintas técnicas, preservando aspectos básicos como la confidencialidad y la privacidad y actuando con total transparencia con todas las personas participantes con la finalidad que todas pudiesen decidir su participación con pleno conocimiento y retirarse en el momento que considerasen oportuno.

TERCERA PARTE

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO 6 RESULTADOS

Este capítulo se destina a analizar los resultados derivados de las estrategias y técnicas de recogida de datos; se estructura en tres apartados:

- Conceptualización a partir de la encuesta que recoge las aportaciones de los profesionales.
- Aportaciones sobre elementos clave a partir de los resultados de los grupos de discusión y las entrevistas.

6.1 Conceptualización del diagnóstico social desde la perspectiva profesional: la encuesta

En este apartado se presentan los resultados del cuestionario que respondieron profesionales del Trabajo Social y de la Educación Social con la finalidad de averiguar qué características debería tener un diagnóstico social según aquellas profesiones que lo realizan en su práctica cotidiana. La encuesta es la estrategia de investigación que nos permite recabar información estandarizada en muestras amplias y que permite investigar cuando un tema no está muy definido con la finalidad de precisar el objeto de estudio (Ander-Egg, 1992; Cea D’Ancona, 1998b; Martínez, 2002a).

Los objetivos del cuestionario han sido:

- Identificar los elementos clave para construir un modelo de diagnóstico social
- Identificar la relevancia de los distintos elementos clave en la construcción de un diagnóstico social en situaciones distintas.

El cuestionario estaba formado por 79 preguntas, que se operativizan en 79 variables, de carácter cualitativo y de distintas tipologías (nominal dicotómica, nominal no dicotómica, ordinal) y que incluyen opciones de preguntas abiertas complementarias. Los resultados de las variables se presentarán agrupados por temas de la siguiente manera:

- Características de las personas que responden al cuestionario
- Conceptos generales sobre el diagnóstico social
- Tipos de diagnóstico según intensidad
- Elaboración del diagnóstico social: roles
- Definición de diagnóstico social
- Elementos y contenido del diagnóstico social

- Herramientas para la elaboración del diagnóstico social
- Ámbitos del diagnóstico social
- El pronóstico

6.1.1 Características de las personas que responden al cuestionario

En este apartado se incluyen las siete variables que nos permiten identificar el perfil de las personas que respondieron al cuestionario.

TABLA 48. VARIABLES DEL BLOQUE CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE RESPONDEN AL CUESTIONARIO

Nombre de la variable	Tipo de variable
Sexo	Nominal dicotómica
Profesión	Nominal dicotómica
Colegiación	Nominal dicotómica
Edad	Nominal no dicotómica
Función desempeñada	Nominal no dicotómica
Tipo de servicio	Nominal no dicotómica
Lugar de trabajo	Nominal no dicotómica

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.1.1 DISTRIBUCIÓN POR SEXO

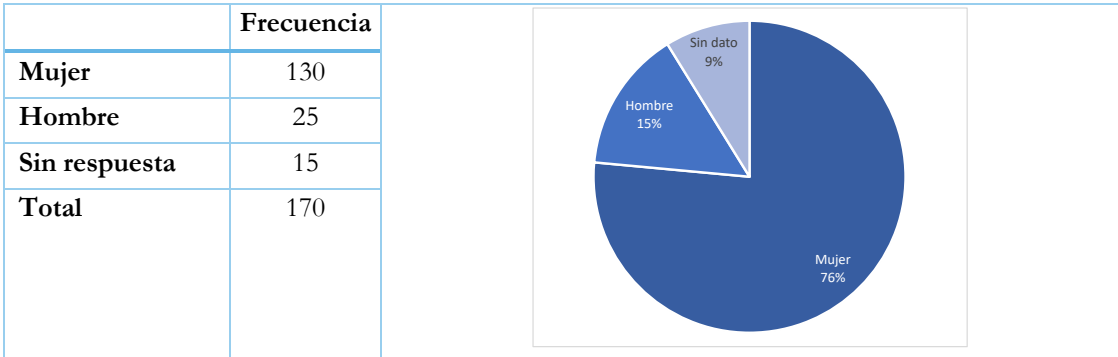
El Trabajo Social es una profesión que, desde sus orígenes, presenta una fuerte feminización. Recientemente el Consejo General del Trabajo Social presentó el *III Informe sobre los Servicios Sociales en España* (Vicente et al., 2019) realizado entre profesionales afiliados a los Colegios Profesionales de Trabajo Social de España y las mujeres representaban el 88,9% de la muestra (Ibíd., p. 11). Por su parte, la Memoria de Actividades del Colegio Oficial de Trabajo Social de Catalunya correspondiente al año 2018, muestra que un 92% de las personas colegiadas en Catalunya son mujeres (TSCAT, 2019, p. 8).

En el caso de los profesionales de la Educación Social el porcentaje de hombres es ligeramente más alto, según la memoria de actividades del Colegio de Educadoras y Educadores Sociales de Catalunya de 2018²⁴⁶, representan un 30% (CEESC, 2019, p. 5)

²⁴⁶ Se hace constar únicamente el dato del Colegio de Catalunya por dos motivos: el primero es que el Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales no ofrece ningún dato respecto a la distribución por sexos de las personas colegiadas y, en segundo lugar, que todas las personas que respondieron a la encuesta y manifestaron tener la profesión de Educación Social se situaban en Catalunya.

En la misma línea las personas que respondieron al cuestionario fueron mayoritariamente mujeres, en un 76%, por un 15% de hombres y un 9% que no respondió a este dato.

TABLA 49. DISTRIBUCIÓN POR SEXO – FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA

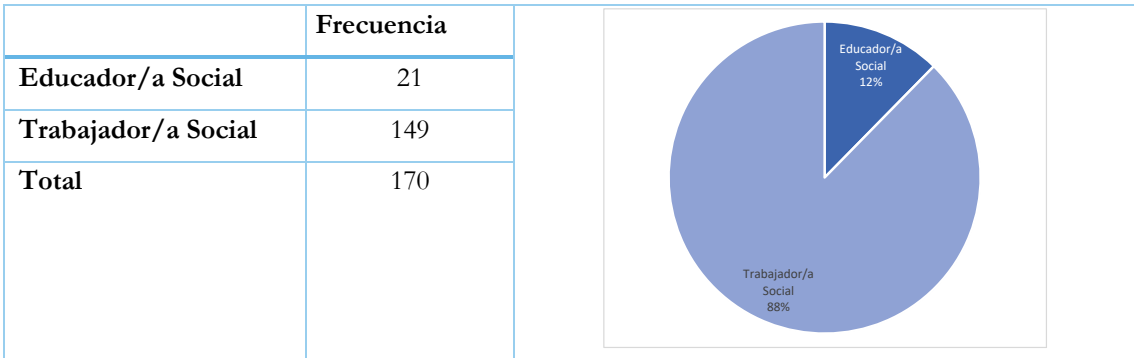


FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.1.2 DISTRIBUCIÓN POR PROFESIÓN

Los Servicios Sociales son un sistema que se caracteriza por llevar a cabo una intervención interdisciplinaria, fruto de la complejidad de las situaciones a las que deben dar respuesta. La participación de las diversas disciplinas queda recogida tanto en las normas sectoriales de servicios sociales (véase como ejemplo la Ley 12/2007, de servicios sociales de Catalunya o la Ley 3/2019, de Servicios Sociales Inclusivos de la Generalitat Valenciana) como en las aportaciones teóricas (véase, como ejemplo, la aportación de Fantova (2018) sobre la intervención social).

TABLA 50. DISTRIBUCIÓN POR PROFESIÓN – FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

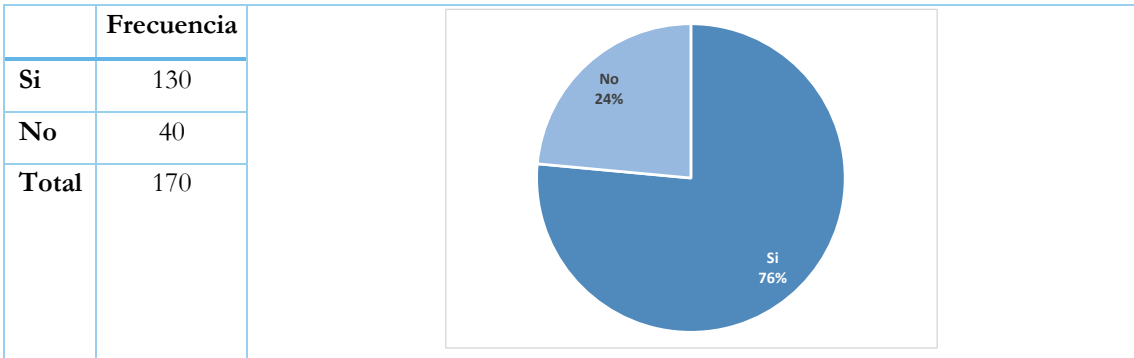
Aún partiendo de esta realidad interdisciplinaria, señalábamos en el capítulo sobre metodología (ver apartado 5.3.2.1.3. Diseño de la Muestra, pág. 290) que la presencia de profesionales de la Educación Social en posiciones que requieran de la práctica cotidiana del

diagnóstico²⁴⁷ es menor que en el caso de profesionales del Trabajo Social. Esta diferencia queda patente en los resultados de la encuesta que es respondida, de forma mayoritaria, por profesionales del Trabajo Social (un 87,6%).

6.1.1.3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN AFILIACIÓN COLEGIAL

La colegiación está regulada mediante la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (1974) que establece que, entre otras funciones, tienen por objeto la ordenación del ejercicio de las profesiones. En el caso del Trabajo Social, los Colegios Oficiales se crearon mediante la Ley 10/1982, de 13 de abril, de creación de los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales (España, 1982) y se rigen por el Real Decreto 174/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban los Estatutos Generales de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (España, 2001) que establece la obligatoriedad de la incorporación al colegio correspondiente para el ejercicio de la profesión. En el caso de los Educadores y Educadoras Sociales, cada comunidad autónoma aprobó su propia normativa y, en el caso de Catalunya, se hizo mediante la Llei 15/1996, de 15 de novembre, de creació del col·legi d'educadors i educadors socials de Catalunya (Catalunya, 1996). Durante años ha habido una cierta controversia sobre si las personas que trabajaban para la administración pública debían o no estar colegiadas pero una reciente sentencia del Tribunal Supremo de 2018 determinó que todos los profesionales deben estar colegiados. Aún así, hay un sector que no ha regularizado su situación, tal como podemos ver en las respuestas al cuestionario en el que la afiliación colegial alcanza a un 76,5% del total de las respuestas.

TABLA 51. DISTRIBUCIÓN SEGÚN COLEGIACIÓN FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



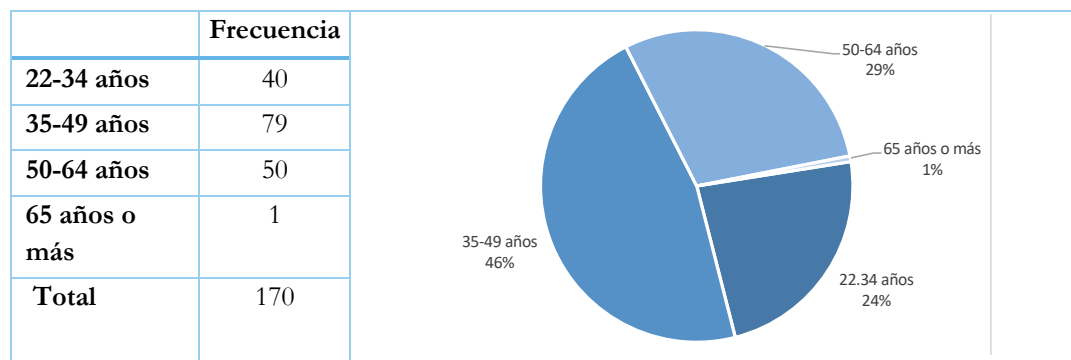
FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

²⁴⁷ Nos referimos a la realización del diagnóstico *ex novo*, puesto que su presencia es más habitual en servicios a los que se accede mediante un diagnóstico previo; sin que eso signifique que no realicen el diagnóstico que, recordemos, es un proceso dinámico y continuo.

6.1.1.4 DISTRIBUCIÓN POR EDADES

La edad se incluyó como una variable por tramos iniciándose a los 22 años, edad teórica de finalización de los estudios de grado; el grupo más mayoritario en las respuestas fue el intermedio, de 35 a 49 años, representando casi la mitad del total de respuestas (un 46,5%).

TABLA 52. DISTRIBUCIÓN POR EDAD - FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA

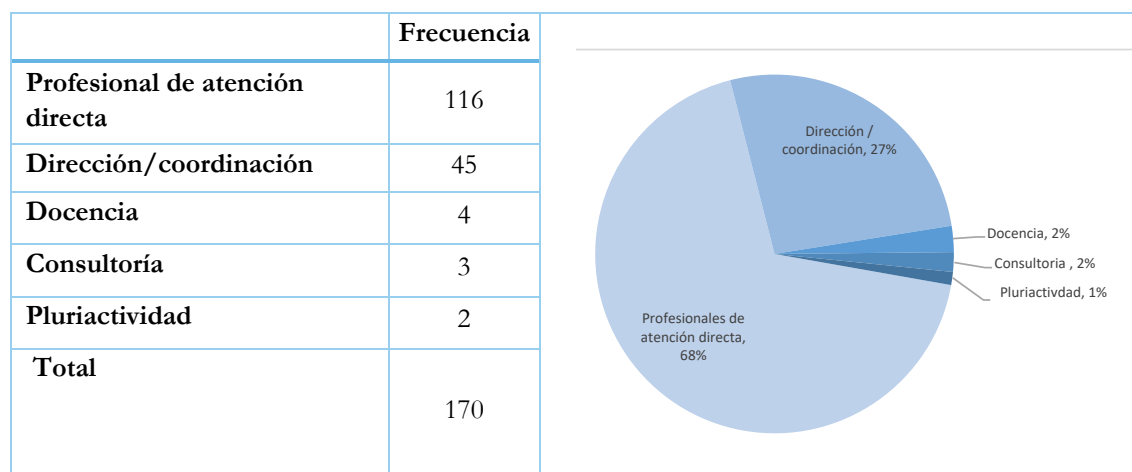


FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.1.5 DISTRIBUCIÓN POR FUNCIÓN DESEMPEÑADA

Otro elemento para caracterizar el grupo de personas que respondieron al cuestionario fue identificar el puesto de trabajo que desempeñan. A partir de la respuesta directa ofrecida en los cuestionarios, dado que había una posibilidad de respuesta abierta, se agruparon los resultados por funciones para una mejor comprensión de los resultados. Tal y como se puede ver la mayoría de las respuestas (un 68,2%) se corresponde con profesionales que realizan atención directa, es decir que, parte de su desempeño, es la realización de diagnósticos sociales.

TABLA 53. DISTRIBUCIÓN POR FUNCIÓN DESEMPEÑADA – FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.1.6 DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE SERVICIO DONDE TRABAJA

Relacionado con la función desempeñada era relevante conocer en qué sistema trabajaban las personas que respondían a la encuesta. Las respuestas directas presentaban un alto grado de variación dado que había una opción abierta; partiendo del conjunto de respuestas se agruparon por sistemas de bienestar (sistema de servicios sociales, sanitario, educativo, justicia y penitenciario y vivienda) y se añadió la práctica privada.

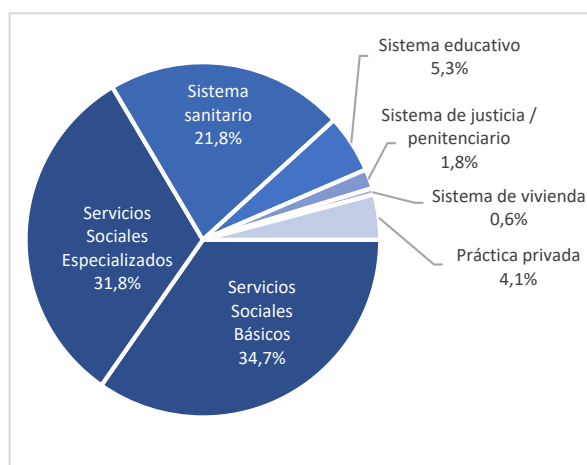
TABLA 54. DISTRIBUCIÓN POR ÁMBITO DE TRABAJO – FRECUENCIAS

	Frecuencia	Porcentaje
Servicios Sociales Básicos	59	52,2%
Servicios Sociales Especializados	54	47,8%
<i>Sistema de Servicios Sociales</i>	<i>113</i>	<i>66,5%</i>
Sistema sanitario	37	21,8%
Sistema educativo	9	5,3%
Sistema de justicia / penitenciario	3	1,8%
Sistema de vivienda	1	0,6%
Práctica privada	7	4,1%
Total	170	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En el gráfico puede apreciarse, al haber mantenido el mismo color, que dos tercios de las respuestas corresponde a profesionales del Sistema de Servicios Sociales y el otro grupo importante corresponde al sistema sanitario, con más de una quinta parte de las respuestas.

ILUSTRACIÓN 24. DISTRIBUCIÓN POR ÁMBITO DE TRABAJO – REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.1.7 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

La variable *Ubicación geográfica*, recogida en la encuesta por provincias, presentaba una gran dispersión de resultados con bajas frecuencias, y por ello se agruparon los resultados por Comunidades Autónomas y, en caso de respuestas de fuera de España, por zona geográfica. La utilidad de esta variable viene relacionada con la segunda parte de la recogida de datos (los grupos de discusión) puesto que permite orientar la selección de los territorios donde realizar los grupos de discusión.

TABLA 55. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA – FRECUENCIAS

Ubicación geográfica	Frecuencia	Porcentaje
Cataluña	113	66,50%
País Vasco	13	7,60%
Andalucía	11	6,50%
Madrid, Comunidad de	9	5,30%
Latinoamérica	5	2,90%
Canarias	3	1,80%
Galicia	3	1,80%
Aragón	2	1,20%
Castilla y León	2	1,20%
Comunitat Valenciana	2	1,20%
Asturias, Principado de	1	0,60%
Balears, Illes	1	0,60%
Cantabria	1	0,60%
Extremadura	1	0,60%
Murcia, Región de	1	0,60%
Navarra, Comunidad Foral de	1	0,60%
Europa	1	0,60%
Total	170	100

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.2 Conceptos generales sobre el diagnóstico social

El marco teórico nos muestra la importancia que se le concede al diagnóstico en la medida que es una acción que forma parte de todas las propuestas metodológicas y, recordemos, fue el tema del primer tratado metodológico de la profesión (Richmond, 2008/1917). Sin embargo, también hemos recogido el análisis de Turner (2002) que, en su estudio de la historia del diagnóstico social, reconoce que es un tema que ha pasado por fases en las que ha estado absolutamente invisibilizado, como mínimo en la literatura especializada. Partíamos, pues, de estas premisas en el momento de elaboración del cuestionario y

valoramos que un elemento importante a incluir era la valoración que las profesionales hacían del diagnóstico social.

Así pues, en este apartado vamos a presentar los resultados del cuestionario relacionados con cinco variables que hacen referencia a aspectos generales relacionados con el diagnóstico social, tales como la importancia que le otorgan los profesionales, las situaciones en las que debe realizar, la utilidad en relación con la persona y con el propio proceso y su ubicación en el proceso.

TABLA 56. VARIABLES DEL BLOQUE ASPECTOS GENERALES DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL

Nombre de la variable	Tipo de variable
Importancia del diagnóstico en la intervención social	Ordinal
En qué situaciones debe hacerse un diagnóstico social	Nominal no dicotómica
Utilidad del diagnóstico social para la situación de la persona	Nominal no dicotómica
Utilidad del diagnóstico en el proceso de intervención social	Nominal no dicotómica
Ubicación del diagnóstico en el proceso de intervención social	Nominal no dicotómica

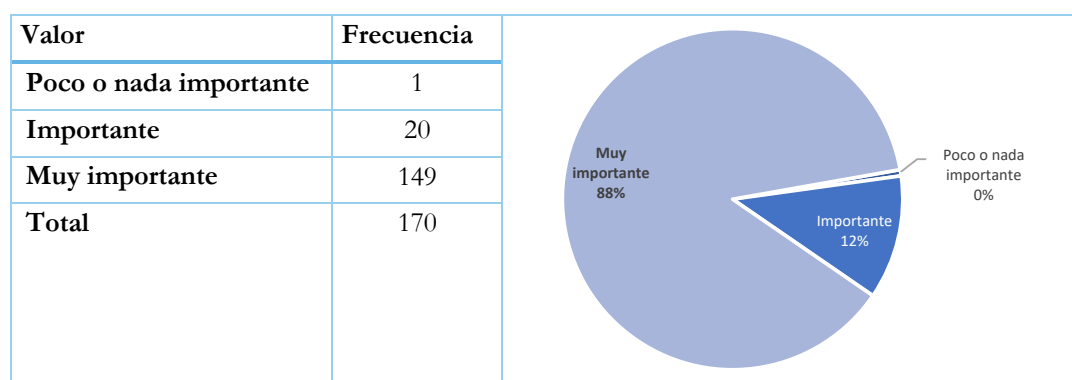
FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En este bloque de conceptos generales se realizó un análisis cruzado entre la variable *Utilidad del diagnóstico social para la situación de la persona* y la variable *Utilidad del diagnóstico social en el proceso de intervención social*, para ello se utilizó una tabla de contingencia y la realización de las pruebas estadísticas Shapiro-Wilk (prueba de normalidad), prueba del chi cuadrado (asociación e resultados) y el coeficiente de correlación de Pearson.

6.1.2.1 IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN SOCIAL

La primera variable general sobre el diagnóstico es la valoración que los profesionales le dan en relación con el proceso de intervención social. Los resultados se agrupan en tres categorías (poco o nada, importante y muy importante) y muestran una respuesta clara: casi 9 de cada 10 personas consideraron que el diagnóstico es muy importante en el proceso de intervención social y la práctica totalidad de las respuestas consideraron que era importante o muy importante (99,4%). Esta respuesta es coherente y da consistencia a la posición defendida por la autoras de metodología de la intervención en Trabajo Social (M. J. Aguilar, 2013; Aylwin et al., 1976; Conde, 1998; De Robertis, 2006; Hamilton, 1940; Turner, 2002, entre otros) del papel relevante del diagnóstico social como primer paso del proceso de intervención social.

TABLA 57. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO— FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

El tratamiento estadístico de esta variable muestra una distribución moderadamente asimétrica, puesto que la mediana y la moda presentan el mismo resultado que es ligeramente superior a la media.

TABLA 58. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO – RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Estadístico	Resultados
Media	2,87
Mediana	3
Moda	3
Desviación estándar	0,354

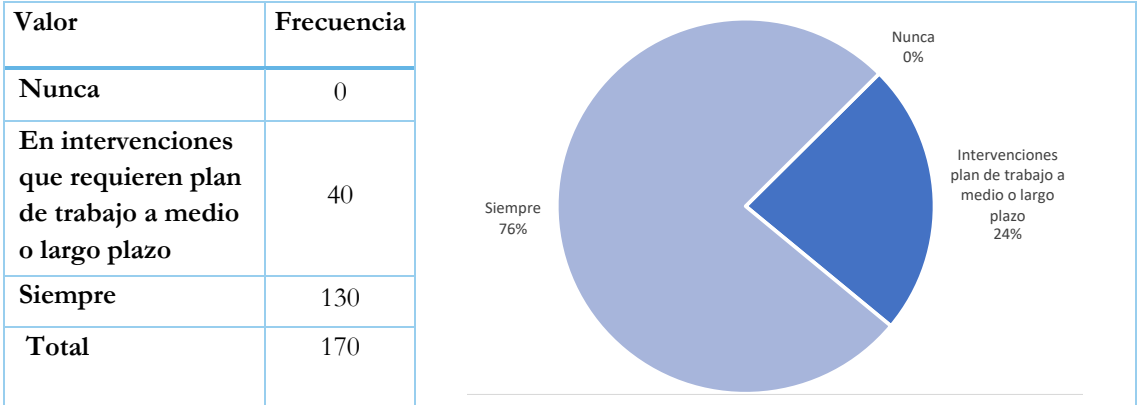
FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.2.2 SITUACIONES EN LAS QUE ES ADECUADO FORMULAR UN DIAGNÓSTICO SOCIAL

Apuntaba Gustavo García-Herrero (2008) que los profesionales de la atención directa, se refería él a los trabajadores sociales, se encuentran ante situaciones muy diversas con distintos grados de dificultad: «desde resolver determinadas demandas de información y orientación o la tramitación de recursos de limitado alcance, hasta procesos de intervención más complejos» (García-Herrero, 2008, p. 11) y planteaba que hay que diferenciar esas funciones de mera información o tramitación, en las que solo es necesario comprobar el cumplimiento de los requisitos, de las que requieren una intervención social. Siguiendo esta línea se planteó la pregunta sobre las situaciones en las que era adecuado formular un diagnóstico, entendiendo por “formular” la formalización del diagnóstico social y su registro en la historia o expediente social.

La respuesta mayoritaria a esta pregunta fue “siempre”, con un 76%, mientras que una cuarta parte de los participantes escogieron la opción “solo cuando se requiere un plan de trabajo a medio o largo plazo”.

TABLA 59. FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL – FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Debemos señalar que estas respuestas no se ajustan a las aportaciones de las participantes en los grupos de discusión y en las entrevistas. Uno de los elementos más recurrentes en ambos casos fue destacar “la falta de tiempo” para realizar el diagnóstico social y, por tanto, su suplencia por un proceso más ligero, más automatizado incluso, que permita mantener el ritmo que las instituciones contratantes exigen. Pensamos que en la encuesta las respuestas reflejaban más la valoración de lo que debería ser que la realidad que las profesionales viven, como mínimo eso es lo que podemos deducir del contraste hecho con los grupos de discusión y las entrevistas.

6.1.2.3 UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO

En este apartado presentaremos los resultados de dos variables que están relacionadas; por una parte, se planteó la utilidad en relación con la persona usuaria y, por la otra, la utilidad en relación con el proceso de intervención social.

Entendemos la utilidad con el concepto que planteaban Aylwin et al. (1976) cuando decían que el diagnóstico está encaminado a la acción; que no se trata de un ejercicio teórico o científico, sino que siempre debe orientarse a la intervención social

Las respuestas a las dos variables tienen una cierta correlación y por este motivo las presentaremos conjuntamente. Además, aplicaremos el tratamiento estadístico que nos muestre si la hipótesis de correlación se confirma.

En primer lugar, mostramos una tabla en la que se muestran las hipótesis de correlación entre las respuestas posibles a las dos preguntas (ver Tabla 60).

TABLA 60. HIPÓTESIS DE CORRELACIÓN DE RESPUESTAS ENTRE VARIABLES SOBRE UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL

	Utilidad para la persona	Utilidad en el proceso
Correlación entre (respuestas A)	Definir la situación en la que se encuentra la persona (problemas, potencialidades, estrategias de superación)	El diagnóstico es el punto de partida para elaborar un plan de intervención social y, a la vez, una referencia para evaluar los resultados de dicho plan.
Correlación entre (respuestas B)	Identificar un problema para asignar una prestación o recurso	El diagnóstico de un problema es la referencia para la búsqueda de recursos y/o prestaciones
Correlación entre (respuestas C)	Registrar un problema a efectos estadísticos	El diagnóstico es un etiquetaje para registrar y no es útil para el proceso de intervención
Correlación entre (respuestas D)	Ninguna	NS/NC
Correlación entre (respuestas E)	Definir situación e identificar un problema para asignar prestación o recurso (respuestas A y B)	Plan intervención + asignación recursos

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

La respuesta mayoritaria en ambos casos se situó en la primera opción: *Definir la situación en la que se encuentra la persona (problemas, potencialidades, estrategias de superación)* y *Diagnóstico como punto de partida para elaborar un plan de intervención social y, a la vez, una referencia para evaluar los resultados del plan*. En este punto, pensamos que las respuestas responderían al concepto de proceso de intervención defendido por María José Aguilar (2013, p- 276) que lo entiende como «un proceso encabalgado y retroactivo, no fásico»; aún reconociendo que, para iniciar un proceso, debemos empezar por conocer, aunque sea someramente, cuál es la situación.

TABLA 61. UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL – FRECUENCIAS GLOBALES

Utilidad para la persona	Frec.	%	Utilidad en el proceso	Frec.	%
Definir la situación en la que se encuentra la persona (problemas, potencialidades, estrategias de superación)	146	85,9	Punto de partida para elaborar un plan de intervención social y, a la vez, una referencia para evaluar los resultados de dicho plan.	159	93,5
Identificar un problema para asignar una prestación o recurso	16	9,4	El diagnóstico de un problema es la referencia para la búsqueda de recursos y/o prestaciones	7	4,12
Registrar un problema a efectos estadísticos	5	2,9	El diagnóstico es un etiquetaje para registrar y no es útil para el proceso de intervención	2	1,2

Utilidad para la persona	Frec.	%	Utilidad en el proceso	Frec.	%
Ninguna			NS/NC	1	0,6
Definir situación e identificar un problema para asignar prestación o recurso	3	1,8	Plan intervención y asignación recursos	1	0,6
Total	170	100	Total	170	100

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Pero veamos ahora la tabla de contingencia que relaciona las respuestas dadas a las dos preguntas; es decir se cruzan las respuestas que dio cada persona a cada una de las preguntas y se suman las frecuencias. El 84% de las respuestas coincidieron en señalar ambas propuestas: “Punto de partida para plan de intervención” y “Definir la situación de la persona”.

TABLA 62. TABLA DE CONTINGENCIA DE LAS VARIABLES SOBRE LA UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO

Utilidad Diagnóstico social para la Persona	13. Utilidad Diagnóstico social para la Intervención social					
	Punto de partida para Plan Intervención	Referencia para búsqueda de recursos	Etiquetaje para registrar sin utilidad	NS/NC	Plan Intervención y asignación de recursos	Total
Definir situación de la persona	143	2	0	0	1	146
Identificar un problema para asignar prestación o recurso	13	3	0	0	0	16
Registrar un problema a efectos estadísticos	3	0	2	0	0	5
Definir situación e identificar problema para asignar recursos	1	0	0	1	1	3
Total	160	5	2	1	2	170

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Con la finalidad de ver la relación entre las frecuencias de respuesta de estas variables se ha seguido el procedimiento apuntado en el capítulo de metodología (ver apartado 5.3.2.1.5., pág. 295):

- La prueba de normalidad (Shapiro-Wilk) da como resultado una significación estadística (p) $< 0,001$, lo que denota la no normalidad de la distribución de las dos variables.
- La asociación entre los resultados de ambas variables se ha podido confirmar mediante la prueba de chi cuadrado, donde $\chi^2 = 166$ y $p < 0,001$.

— Finalmente, se ha obtenido la correlación mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mostrando un resultado de 0,553 y una $p = <0,001$.

Conclusión:

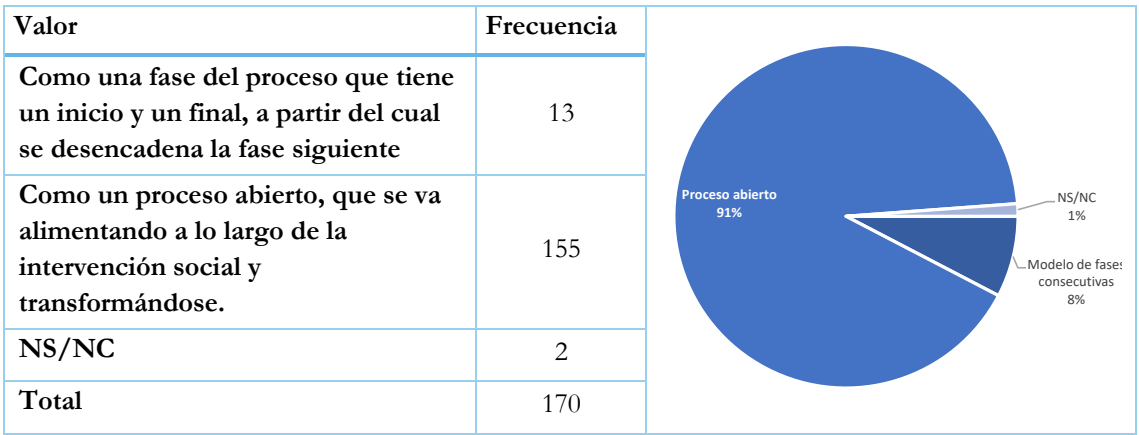
— Se observa que hay una importante correlación entre las opciones A de cada una de las variables mientras que, en el resto, independientemente de la utilidad en relación con la persona, se considera que el diagnóstico social es útil como punto de partida para la elaboración del plan de intervención y su evaluación.

6.1.2.4 UBICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL EN EL PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN SOCIAL

En el apartado 2.3 (página 65) abordamos la metodología en la intervención en Trabajo Social y observamos que las autoras describen el proceso como una concatenación de fases entre las que el diagnóstico es una de ellas. También pudimos ver que, pese a la descripción por fases lineales, las autoras reconocían que éste era un recurso pedagógico pero que la realidad práctica llevaba a lo que María José Aguilar denomina «un proceso encabalgado y retroactivo» (M. J. Aguilar, 2013, p. 276).

Esta pregunta quería poner de manifiesto cómo es visto el diagnóstico en el marco del proceso metodológico, si como un proceso abierto y retroactivo o como un proceso lineal. Vemos que los resultados muestran que una gran mayoría de los profesionales (un 91%) que respondieron al cuestionario entienden que se trata de un *proceso abierto, que se alimenta a lo largo del proceso y se transforma*.

TABLA 63. EL DIAGNÓSTICO EN EL PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN SOCIAL – FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.3 Niveles de diagnóstico

En las aportaciones teóricas a la metodología de la intervención en Trabajo Social se hace referencia, únicamente, al diagnóstico social sin establecer si es necesario disponer de niveles diferentes en este diagnóstico. Veámos que Gustavo García-Herrero (2008) apuntaba que en la práctica profesional se dan situaciones muy diversas que requieren de diversos grados de profundización en el diagnóstico, incluso, podríamos decir que hay circunstancias en las que la función es simplemente la realización de trámites y que, por tanto, más que diagnóstico existe la comprobación de requisitos.

El concepto de cribado proviene de la práctica médica y la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como «la identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras técnicas susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o por una anomalía que hasta entonces había pasado desapercibida» (Cerdá et al., 2006, p. 9).

Este concepto, convenientemente adaptado, se ha ido introduciendo también en el ámbito del Trabajo Social, de Robertis propone entender la *evaluación preliminar* como una primera respuesta, una primera apreciación y la caracteriza como «necesariamente superficial y rápida, muy impregnada de impresiones indefinibles y de "olfato profesional"» (de Robertis, 2006, p. 171) y ha habido interés en sistematizar esta *evaluación preliminar* con la finalidad que tenga una mayor consistencia metodológica, como lo demuestra, por ejemplo, el proyecto lanzado por la Generalitat de Catalunya, la Diputación de Barcelona, el Ayuntamiento de Sabadell y la Universidad Autónoma de Barcelona para identificar instrumentos de cribado (*screening*) para las necesidades sociales complejas (Hilarión et al., 2016) y otras iniciativas similares, como el instrumento de cribado de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Generalitat de Catalunya para determinar el grado de riesgo o desamparo en menores (DGAIA, 2016).

El objetivo de un proceso de cribado en el ámbito de la intervención social es doble, detectar las situaciones de malestar social y determinar la gravedad y/o la urgencia de una intervención social con la finalidad de priorizar su atención. Por norma general, tal y como se viene haciendo en el ámbito sanitario, los procesos de cribado consisten en pruebas diagnósticas simplificadas que, en todo caso, determinarán un nivel de alerta para identificar aquellas personas que necesitan un estudio en profundidad.

En este sentido se hicieron diversas preguntas (variables): por una parte, se pregunto sobre la necesidad de disponer de dos niveles de diagnóstico (cribado o aproximación diagnóstica

y diagnóstico social en profundidad) y, por la otra, se pidió a las participantes que identificasen en qué momento de la intervención social era más adecuado cada uno de los tipos de diagnóstico.

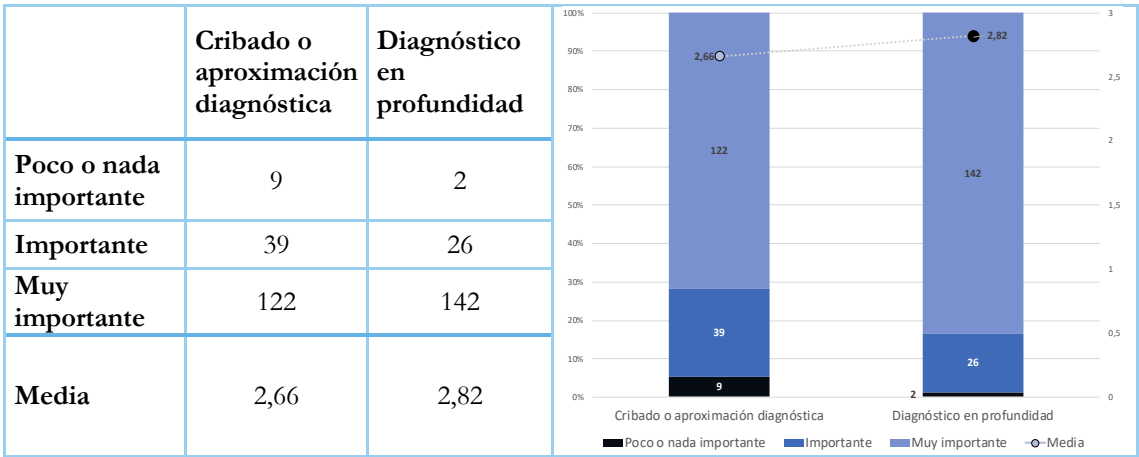
Partimos de la hipótesis de considerar que estas variables están interrelacionadas y por este motivo las presentaremos conjuntamente. Además, aplicaremos el tratamiento estadístico que nos muestre si la hipótesis de correlación se confirma.

La hipótesis sobre la relación de estas variables es que se considerará el diagnóstico de cribado (aproximación diagnóstica) adecuado a la fase de acogida, mientras que el diagnóstico en profundidad se vinculará con la fase de tratamiento.

6.1.3.1 VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE DISPONER NIVELES DE DIAGNÓSTICO

En relación con la necesidad de disponer de dos niveles de diagnóstico hubo una respuesta mayoritaria a la opción muy *importante* tanto para el cribado como para el diagnóstico en profundidad, aunque en el caso de este último había un mayor consenso, superando el 83% de las respuestas, mientras que en el caso del cribado se queda en un 72%. La media de las puntuaciones es, respectivamente un 2,82 y un 2,66 (sobre tres puntos).

TABLA 64. VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE NIVELES DE DIAGNÓSTICO – FRECUENCIAS, MEDIA Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En la gráfica se puede ver que los porcentajes que representan las opciones *importante* y *muy importante* (colores más claros) representan una abrumadora mayoría del 95% en el caso del cribado y del 99% en el caso del diagnóstico en profundidad. Las medias son similares, pero se refleja la mayor preferencia por el diagnóstico en profundidad.

6.1.3.2 UBICACIÓN DE LOS NIVELES DE DIAGNÓSTICO EN FASES DE ATENCIÓN

Establecer diversos niveles de diagnóstico supone también su ubicación en momentos distintos del proceso de atención e intervención social. Si decíamos que el cribado es una “identificación presuntiva mediante pruebas de aplicación rápida” y que debe servir para identificar las situaciones de malestar social y establecer prioridades, se planteó en el cuestionario a que fase de la atención debería corresponder cada nivel, entendiendo que hay dos fases: acogida y tratamiento.

La fase de acogida queda recogida en todas las aportaciones teóricas sobre metodología de intervención social, desde Mary Richmond (2008) que se refiere a la *primera entrevista* hasta el análisis en profundidad que ha realizado Josefa Cardona en su tesis doctoral (Cardona-Cardona, 2012) y en diversos artículos (Cardona-Cardona et al., 2017; Cardona y Campos, 2009).

En cuanto al diagnóstico en profundidad lo definimos en la misma encuesta como «aquel proceso que se requiere en el marco de una intervención social».

Tal y como hemos avanzado en la introducción al apartado, partimos de la hipótesis que estas dos variables estaban relacionadas en el sentido de vincular el diagnóstico de cribado (aproximación diagnóstica) a la fase de acogida y el diagnóstico en profundidad a la fase de tratamiento. Para poder comprobar la validez de esta hipótesis se realizó, en primer lugar, una tabla de contingencia que cruza las respuestas dadas por cada persona a las dos preguntas y después se aplicaron pruebas estadísticas específicas para su comprobación.

TABLA 65. UBICACIÓN DE LOS NIVELES DIAGNÓSTICOS EN LAS FASES DE ATENCIÓN

Diagnóstico de cribado (aproximación diagnóstica)	Diagnóstico en profundidad				
	Acogida	Tratamiento	Acogida y tratamiento	NS/NC	Total
Acogida	2	135	11	1	149
Tratamiento	1	4	0	1	6
Acogida y Tratamiento	0	1	2	1	4
NS/NC	1	2	0	8	11
Total	4	142	13	11	170

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Los datos cruzados, en forma de tabla de contingencia, pueden verse en la Tabla 65; en este caso se observa que 135 respuestas (el 80%) consideran el diagnóstico de cribado se corresponde con la fase de acogida y el diagnóstico en profundidad con la fase de tratamiento.

Con la finalidad de ver la relación entre las frecuencias de estos pares de variables se ha seguido el procedimiento en el capítulo de Metodología (apartado 5.3.2.1.5, pág. 295):

- La prueba de normalidad (Shapiro-Wilk) da como resultado una significación estadística (p) $<0,001$, lo que denota la no normalidad de la distribución.
- La asociación entre los resultados de ambas variables se ha podido confirmar mediante la prueba de chi cuadrado, donde $\chi^2 = 113$ y $p < 0,001$.
- Finalmente, se ha obtenido la correlación mediante el coeficiente de correlación de Pearson, mostrando un resultado de 0,588 y una $p = >0,001$.

Conclusión:

- Se observa la confirmación de la hipótesis, asignando el diagnóstico de cribado (aproximación diagnóstica) a la fase de acogida y el diagnóstico en profundidad a la fase de tratamiento.

6.1.4 Los roles en el proceso de diagnóstico social

En el proceso de atención social participan, como mínimo dos actores, la profesional²⁴⁸ y la persona usuaria. Cristina de Robertis (2006) apuntaba la existencia de dos modelos de relación entre estos actores: *modelo médico* y *modelo de intervención*. Define el modelo médico como el que establece unos roles muy definidos, en el que el trabajador social es el encargado «de “tratar” una “enfermedad social”. Él es quien puede aportar respuestas o soluciones, “remedios”» (de Robertis, 2006, p. 113). Este modelo se fundamenta en una relación desigual entre el profesional del Trabajo Social y la persona a la que atiende: el profesional es el experto, quien ofrece soluciones y articula tratamientos.

Por otra parte, el *modelo de intervención* presenta una distribución de roles distinta: «la concepción del rol del trabajador social como "agente de cambio" (cambios personales o individuales, cambios familiares, cambios sociales)» (de Robertis, 2006, p. 114). En este modelo, el trabajador social aparece como uno de los elementos, pero le reconoce espacio a la persona (o familia o grupo) para el desarrollo de su situación.

Whittington (2007) identifica cinco roles en relación con el diagnóstico en función del interés o los objetivos para los que trabaja el profesional: asesor de riesgos para atender a la finalidad

²⁴⁸ Vamos a utilizar el genérico “la profesional” como referencia simplificada a “la persona profesional” con la finalidad de aligerar el texto.

de protección; profesional “tradicional” para la atender las necesidades del usuario y del cuidador; defensor para atender a la representación del usuario y del cuidador; representante institucional cuando desarrolla función institucional, política y de establecimiento de prioridades; y, finalmente, representante o delegado en relación con otras profesiones o agencias²⁴⁹. Estos roles deben ser tenidos en cuenta en el ejercicio del diagnóstico social.

Por otra parte, no podemos obviar que las profesionales del Trabajo Social (y de otras disciplinas de la intervención social) debemos cumplir con algunos cometidos que pueden quedar en un camino intermedio; así, por ejemplo, cuando Manuel Aguilar se refiere a «La protección, y la sustitución de la tutela cuando proceda, de las personas no plenamente capaces, como los menores y las personas adultas incapacitadas por razones de discapacidad o enfermedad» (M. Aguilar, 2013, p. 161) debemos incluir en esta función la identificación de estas situaciones y la toma de medidas para paliar o corregir la situación de desamparo. En este sentido, a modo de ejemplo, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (1996) establece la obligación de comunicar a la autoridad para toda persona y, especialmente, si es por motivo de su profesión o función, que detecte una situación de maltrato, riesgo o posible desamparo de un menor.

A tenor de estas situaciones se plantearon tres roles para el profesional y dos roles para la persona usuaria.

TABLA 66. ROLES DEFINIDOS PARA PROFESIONAL Y PERSONA USUARIA

Roles	
Professional	Persona usuaria
Proceso y elaboración del profesional	Aportación de datos e información
Proceso compartido y elaboración del profesional	Aportación de datos e información y participación en el proceso
Proceso y elaboración compartida	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En la variable se establecían, además, diversas situaciones para poder discriminar si el rol había de ser homogéneo o adaptarse a las distintas realidades.

Las hipótesis con las que se ha trabajado son las siguientes:

- El rol del profesional como único protagonista del proceso y de la elaboración del diagnóstico social (variable 20) debe correlacionarse la situación en la que persona usuaria

²⁴⁹ Para más información ver el apartado 4.3.8., pág. 176.

tiene un rol pasivo, limitándose a aportar información y documentación justificativa (variable 23).

- Los roles del profesional en los que se realiza un proceso conjunto, tanto si la elaboración final es del profesional como si es también compartida (variables 21 y 22) deben correlacionarse con el rol participativo de la persona usuaria (variable 24).

La forma en que han sido planteadas estas cuestiones dificulta su tratamiento estadístico, puesto que cada opción de cada variable ha sido tratada individualmente en respuesta binaria (si/no). En todo caso, podemos extraer algunas conclusiones de estos datos cruzados.

TABLA 67. TABLA DE DATOS CRUZADOS DE LAS VARIABLES: ROL PROFESIONAL ACTIVO Y ROL PERSONA USUARIA PASIVO

			Persona solo aporta información y documentación											
			Siempre		Vulneración derechos		No reconoce situación		Incapacitación judicial		Situaciones Excepcionales		Nunca	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Proceso y elaboración profesional solo	Siempre	Si	31	37										
		No	12	90										
	Vulneración derechos	Si			12	35								
		No			7	116								
	No reconoce situación	Si					8	23						
		No					6	133						
	Incapacitación judicial	Si							15	24				
		No							9	122				
	Situaciones Excepcionales	Si									0	19		
		No									12	139		
	Nunca	Si											39	8
		No											44	79

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

TABLA 68. TABLA DE DATOS CRUZADOS DE LAS VARIABLES: ROLES MIXTOS, PARTICIPACIÓN LIMITADA DE LA PERSONA ATENDIDA

			Variable 24: Persona usuaria aporta documentación y participa											
			Siempre		Vulneración derechos		No reconoce situación		Incapacitación judicial		Situaciones Excepcionales		Nunca	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Proceso conjunto y elaboración profesional solo	Siempre	Si	70	9										
		No	80	11										
	Vulneración derechos	Si			4	49								
		No			6	111								
	No reconoce situación	Si					2	31						
		No					7	130						
	Incapacitación judicial	Si							3	36				
		No							4	127				
	Situaciones Excepcionales	Si									0	22		
		No									16	132		
	Nunca	Si											0	23
		No											5	142

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

TABLA 69. TABLA DE DATOS CRUZADOS ENTRE LAS VARIABLES: AMBOS ROLES ACTIVOS

			Persona usuaria aporta documentación y participa											
			Siempre		Vulneración derechos		No reconoce situación		Incapacitación judicial		Situaciones excepcionales		Nunca	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Proceso y elaboración conjunta	Siempre	Si	123	7										
		No	21	13										
	Vulneración derechos	Si			6	11								
		No			4	149								
	No reconoce situación	Si					3	9						
		No					2	158						
	Incapacitación judicial	Si							3	4				
		No							4	159				
	Situaciones excepcionales	Si									12	12		
		No									14	142		
	Nunca	Si											3	9
		No											2	156

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Conclusiones:

- La variación de los roles, tanto de los profesionales como de las personas atendidas, en función de la situación específica es rechazada de manera clara.
- El rol del profesional participativo en relación con el rol de la persona usuaria también participativa es la opción más valorada de forma generalizada como práctica de la intervención social.
- Se observa un claro rechazo al rol del profesional como único protagonista del proceso, que mantiene a la persona usuaria en un rol pasivo, tanto en el cruce de las variables 22 con 24 (ver Tabla 22) en el que un 91% se manifiestan en contra, como en el cruce de las variables 20 y 23 (ver Tabla 20), aunque en este caso de manera menos taxativa (un 46%).

6.1.5 Definición de Diagnóstico social

En el marco teórico hemos reflejado diversas definiciones de diagnóstico social, partimos de las definiciones de Richmond (2008/1917) y se hace un recorrido por distintas definiciones, a la par que hemos visto como a lo largo de la historia de la profesión han surgido dudas en relación al uso del término “diagnóstico” y ha sido sustituido por distintas opciones: “interpretación de datos” (Colomer, 1979) o el término inglés *assessment* introducido por Siporin en 1970 (Turner, 2002).

Para la elaboración del cuestionario escogimos dos propuestas que, a nuestro entender, representaban opciones diferenciadas, puesto que una ponía el acento en el “juicio

profesional” (Cury y Arias, 2016, p. 19), mientras que la otra lo ponía en la dialogicidad del proceso (M. J. Aguilar, 2013, p. 296). Así pues, en el cuestionario se ofrecieron las dos definiciones de diagnóstico social de estas autoras y se pedía a las participantes que señalaran la que mejor se ajustase a su visión.

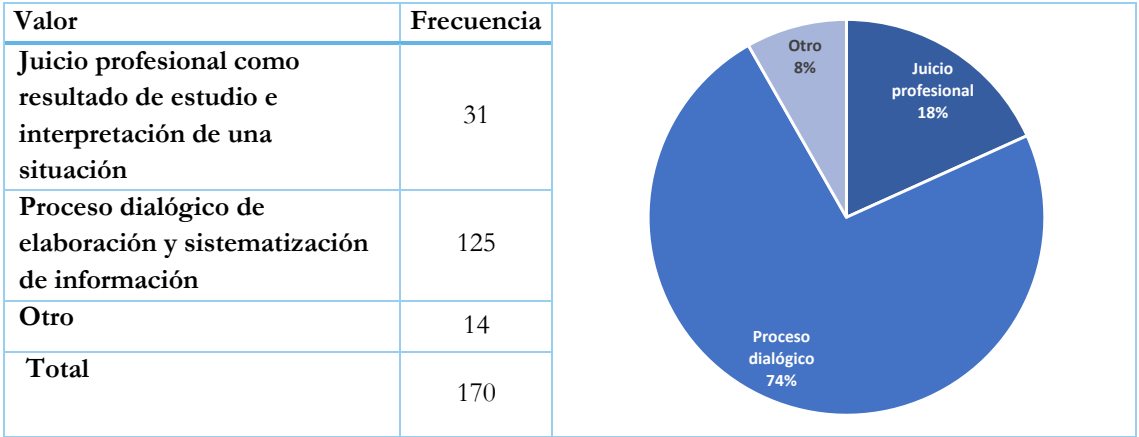
Las definiciones completas son las que aparecen a continuación, y se relacionan con la síntesis que aparece en la tabla de resultados.

TABLA 70. DEFINICIONES DE DIAGNÓSTICO SOCIAL Y CORRELACIÓN CON SÍNTESIS PARA TABLA DE RESULTADOS

Definición	Síntesis para Tabla 71 de resultados
El diagnóstico social es el juicio profesional que formula el trabajador social como resultado del estudio y de la interpretación de una situación social dada y que constituye el fundamento de la intervención social en dicha situación. La correcta formulación del diagnóstico social es responsabilidad y competencia del trabajador social, y deberá contemplar las dificultades y las fortalezas de la persona y de su situación individual, familiar, social e institucional. (Cury y Arias, 2016, p. 19)	Juicio profesional como resultado de estudio e interpretación de una situación
El diagnóstico social es un proceso dialógico de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores protectores y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y a la selección de estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto las potencialidades y medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas. (M. J. Aguilar, 2013, p. 296).	Proceso dialógico de elaboración y sistematización de información

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

TABLA 71. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO - FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Los resultados de la respuesta se decantan por la concepción propuesta por María José Aguilar (2013) que aboga por definir el diagnóstico social como un proceso dialógico de elaboración y sistematización de la información.

6.1.6 Elementos para la elaboración del diagnóstico social

El proceso de elaboración del diagnóstico social ha sido descrito, de manera más o menos general, por diversas autoras al referirse a la metodología de la intervención social (M. J. Aguilar, 2013; Conde, 1998; de Robertis, 2006).

La primera autora que hizo una detallada descripción de las acciones a llevar a cabo para la elaboración del diagnóstico fue Richmond (2008/1917); más recientemente M.J. Aguilar (2013) profundiza en las distintas tareas a desarrollar para realizar un diagnóstico social (M. J. Aguilar, 2013, p. 297 y ss) haciendo un recorrido desde tareas como la identificación de necesidades, problemas y/o situaciones de conflicto a la selección de la información que necesitamos o la identificación de potencialidades y centros de interés.

Partiendo de estos conceptos podemos analizar las respuestas que se plantearon a las 22 preguntas que conforman este bloque, en las que se pedía a las participantes que valorasen la importancia de distintos aspectos estructurados en tres temas: el proceso, la elaboración y la formulación del diagnóstico social. Los resultados los presentaremos agrupados por temas y, dado que se trata de variables ordinales, veremos la comparativa a partir de las medias y los estadísticos que nos muestran como se han comportado las preguntas.

6.1.6.1 EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL

Tal como apuntábamos, la descripción de las diversas actividades a llevar a cabo para la elaboración de un diagnóstico ha sido desarrollado por pocas autoras. Por una parte, Richmond (2008/1917), pionera en el abordaje metodológico del diagnóstico social dedica toda la segunda parte de su obra a “Los procesos que conducen al diagnóstico” (Richmond, 2008/1917, pp. 99-434) y en ella recoge actividades tales como la primera entrevista; fuentes externas diversas, que van desde las estadísticas a los parientes o la información en otros sistemas (sanidad, educación), entornos (laboral, vecindario) o actores (entidades sociales, cuerpos policiales, etc.); fuentes documentales, que incluyen documentos oficiales.

Por su parte, M.J. Aguilar (2013, pp. 297-336) incluye una amplia descripción de actividades y técnicas pero hemos de tener en cuenta que esta autora se refiere al diagnóstico social en

términos generales, no exclusivamente en el ámbito de la atención individual o familiar, por lo que sus propuestas también responden a esta concepción amplia.

Así pues, partiendo de las aportaciones de estas autoras, se diseñaron un conjunto de 8 actividades relacionadas con el proceso de elaboración del diagnóstico social y se pidió a las participantes que lo valorasen mediante una escala tipo Likert. Las actividades para valorar son las que se muestran a continuación con su código para tabla de frecuencias y estadísticos que se encuentra posteriormente.

- Recogida de documentación (Doc)
- Recogida información y datos personales (Info.)
- Recogida de datos de otros servicios (Serv.)
- Recogida de datos de otras personas (Pers.)
- Análisis e interpretación de los datos (Análisis)
- Análisis conjunto de la situación (con persona usuaria) (An. Conj.)
- Registro de tipología de Diagnóstico Social (Reg.)
- Elaboración del pronóstico (Pron.)

TABLA 72. FRECUENCIAS Y ESTADÍSTICOS DE LA VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE FORMAN PARTE DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO SOCIAL

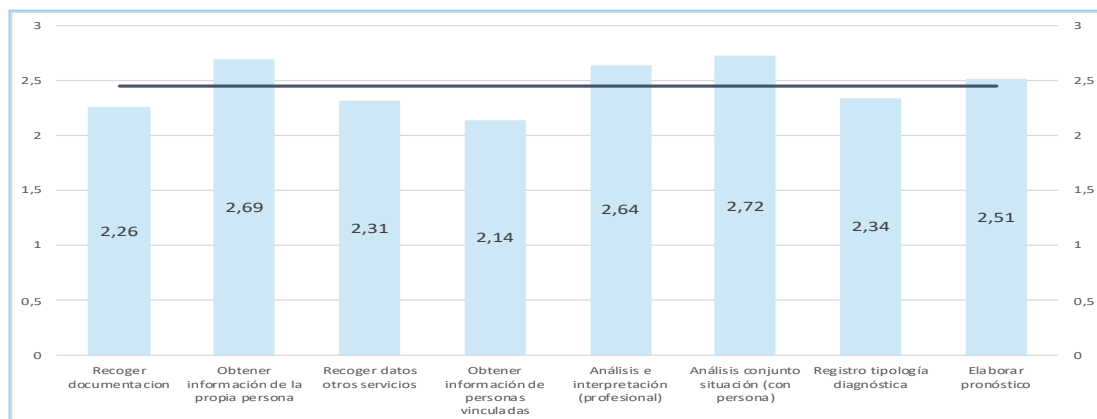
Valor		Doc.	Info.	Serv.	Pers.	Análisis	An. Conj.	Reg.	Pron
Valoració	Poco o nada importante	22	5	21	26	8	6	20	14
	Importante	82	43	75	94	45	35	72	55
	Muy importante	66	122	74	50	117	129	78	101
Estadísticos	Media	2,26	2,69	2,31	2,14	2,64	2,72	2,34	2,51
	Mediana	2	3	2	2	3	3	2	3
	Moda	2	3	2	2	3	3	3	3
	Desviación estándar	0,673	0,524	0,681	0,655	0,571	0,522	0,68	0,646
	Varianza	0,453	0,275	0,464	0,43	0,326	0,272	0,463	0,417

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N = 170.

Gráficamente se observa que el grado de valoración es muy similar, pero vamos a destacar la actividad *análisis conjunto de la situación (con la persona usuaria)* por ser la que obtiene una valoración más alta (2,72) y por lo que significa de construcción conjunta del diagnóstico social. Por otra parte, hay cuatro actividades que quedan por debajo de la media, la recogida de documentación (2,26), recoger datos de otros servicios (2,31), obtener información de personas vinculadas (2,14) y registro de la tipología de diagnóstico (2,34).

Los resultados de los estadísticos muestran que la mayoría de las variables presentan una distribución asimétrica (Recogida de información de la persona, recogida de información de otros servicios, análisis de datos por el profesional, análisis de datos conjunto, registro del diagnóstico y elaboración del pronóstico); mientras que las otras dos presentan una asimetría moderada.

ILUSTRACIÓN 25. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA VALORACIÓN MEDIA DE LOS ELEMENTOS PARA EL PROCESO DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA (NOTA: LA LÍNEA OSCURA REPRESENTA LA MEDIA)

Una pregunta complementaria daba la posibilidad de que las participantes hicieran aportaciones en relación con el tema y destaca que un 20% de las respuestas plantearon la necesidad de incluir la actividad *Valoración diagnóstica multidisciplinar (en equipo)*, elementos que será tenido en cuenta.

Las tres actividades que destacan en la valoración de las participantes en la encuesta son:

- Obtener información de la propia persona: el 72% del total de las respuestas consideran que es muy importante y una valoración media de 2,69.
- Análisis e interpretación de los datos por parte del profesional: el 69% del total de las respuestas consideran que es muy importante y una valoración media de 2,64.
- Análisis conjunto de la situación (con persona usuaria): el 76% del total de las respuestas consideran que es muy importante y una valoración media de 2,72.

6.1.6.2 LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Para la preparación de las opciones de este bloque de preguntas del cuestionario partimos de las aportaciones del enfoque orientado a fortalezas (Saleebey, 1997) y la importancia de centrarse en las habilidades y aprendizajes que han desarrollado las personas; en la misma

línea se tuvieron en cuenta las aportaciones de M.J Aguilar (2013, pp. 297 – 306) que pone el énfasis tanto en «la identificación de necesidades, problemas y situaciones de conflicto» (Ibíd., p. 297 y siguientes) como en las «potencialidades, centros de interés, necesidades de cambio y oportunidades de mejora» (Ibíd., p. 302 y siguientes). En este apartado se presentan los resultados referentes a las actividades que forman parte de la elaboración del diagnóstico, entendidas como las actividades que se llevan a cabo para la obtención de unas conclusiones en cuanto a la situación de malestar social de la persona.

Las variables que se van a valorar, y su codificación para identificarlos en la tabla de resultados, son:

- Identificar problemas de la persona implicada (Prob. Pers.)
- Identificar problemas en la red primaria (Prob. Red)
- Identificar fortalezas y capacidades de la persona implicada (Fort. Pers.)
- Identificar fortalezas y capacidades de red primaria (Fort. Red)
- Identificar estrategias de la persona implicada (Estrat.)
- Identificar resultados de las estrategias (Resul)

De la misma forma que en el bloque anterior, en este caso se preguntaba a las personas participantes por su valoración de la importancia de cada uno de estos elementos. Los resultados en frecuencias y estadísticos pueden verse en la tabla que hay a continuación.

TABLA 73. FRECUENCIAS Y ESTADÍSTICOS DE LA VALORACIÓN DE LOS ELEMENTOS A VALORAR EN LA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SOCIAL

Valor		Prob. Pers.	Prob. red	Fort. Pers.	Fort. Red	Estrat.	Resul.
Valoración	Poco o nada importante	2	3	1	3	1	2
	Importante	32	68	20	64	23	40
	Muy importante	136	99	149	103	146	128
Estadísticos	Media	2,79	2,56	2,87	2,59	2,85	2,74
	Mediana	3	3	3	3	3	3
	Moda	3	3	3	3	3	3
	Desviación estándar	0,438	0,532	0,354	0,528	0,371	0,465
	Varianza	0,192	0,283	0,125	0,279	0,138	0,217

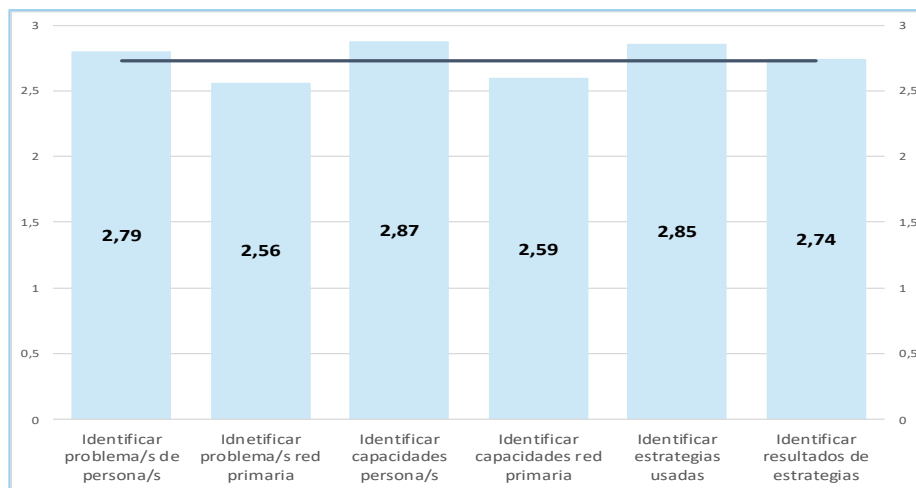
FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N= 170

En este bloque de actividades destacan las altas valoraciones centradas en la persona directamente afectada, tanto la identificación de problemas como las fortalezas y las

estrategias desarrolladas y se le da menor valor a la participación de la red primaria (unidad de convivencia, familia).

Observamos en la gráfica que se muestra en la Ilustración 26 que son precisamente las actividades relacionadas con la red primaria de la persona las que quedan por debajo de la media.

ILUSTRACIÓN 26. VALORACIÓN DE LOS ELEMENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.1.6.3 LA FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Uno de los aspectos que teníamos presente desde la propia concepción de la investigación es el papel del lenguaje en el ámbito de la intervención social; hemos partido de la propuesta constructorista que entiende el lenguaje como una forma de acción social dado que «hablar equivale a construir el mundo» (Burr, 1997, p. 18) y en la medida que las explicaciones y descripciones se formulan a través del lenguaje; además recogíamos también las aportaciones de Derrida (1967, citado por Healy, 2001, p. 60) en relación con los dualismos y su efecto limitador sobre el conocimiento puesto que su construcción sobre conceptos duales opuestos obvia la diversidad que puede darse dentro de una categoría y, además, otorga un mayor valor al primer término respecto del segundo.

Así pues, partiendo de esta concepción se elaboran unas preguntas que valoran los aspectos formales que se requieren para la descripción y formalización del diagnóstico social. Este es uno de los bloques más relevantes por cuanto tiene relación directa con los objetivos de la tesis: la propuesta de un instrumento de sistematización.

Los elementos que se plantearon para la valoración por parte de las participantes en la encuesta fueron:

- Lenguaje homogéneo
- Lenguaje adaptado a las personas
- Categorías diagnósticas absolutas
- Graduación progresiva en las categorías diagnósticas
- Indicadores para cada categoría diagnóstica

TABLA 74. FRECUENCIAS Y ESTADÍSTICOS DE LA VALORACIÓN DE LOS ELEMENTOS EN LA FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO SOCIAL

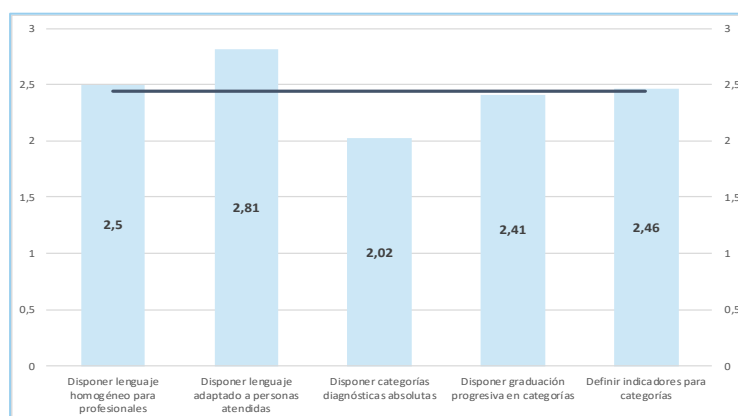
Valor		Lenguaje homogéneo	Lenguaje adaptado	Categorías absolutas.	Graduación progresiva	Indicadores en cada categoría
Valoración	Poco o nada importante	14	4	52	17	16
	Importante	57	25	63	67	59
	Muy importante	89	141	55	86	95
Estadísticos	Media	2,5	2,81	2,02	2,41	2,46
	Mediana	3	3	2	3	3
	Moda	3	3	2	3	3
	Desviación estándar	0,646	0,452	0,769	0,666	0,663
	Varianza	0,417	0,205	0,633	0,444	0,44

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N= 170

En este bloque hay un elemento que destaca del conjunto y es la baja valoración que recibió el elemento “Categorías diagnósticas absolutas”, con un porcentaje significativo (prácticamente un tercio de las respuestas) considerando que era “poco o nada importante”.

En el otro extremo destaca el elemento “Disponer de un lenguaje adaptado a las personas”, que consigue que el 83% de las respuestas lo valoren como muy importante.

ILUSTRACIÓN 27. VALORACIÓN MEDIA DE LOS ELEMENTOS PARA LA FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. NOTA: LA LÍNEA OSCURA ES LA MEDIA (2,44)

Vemos que las opciones “Disponer lenguaje homogéneo” “Definir indicadores para cada categoría diagnóstica” y “Disponer de graduación progresiva en las categorías” se quedan en la media y son elementos importantes para el desarrollo de la propuesta que forma parte de esta investigación y serán temas que abordar en la segunda fase de la recogida de datos (grupos de discusión).

En relación con la opción “Disponer de un lenguaje adaptado a las personas atendidas” debemos señalar, como se puso de manifiesto en los grupos de discusión, que, para disponer de un lenguaje adaptado, deberíamos partir de un “Lenguaje homogéneo”, que sería la base para dicha adaptación.

Por otra parte, las variables relacionadas con la tipología de categorías (definir categorías diagnósticas absolutas, disponer de graduación progresiva dentro de un ámbito o categoría y definir indicadores para cada categoría) se correlacionan con variables que se abordarán en el bloque de *Herramientas para el diagnóstico*, que se presenta a continuación y que, por tanto, recuperaremos para poder valorar el grado de correlación frente a las hipótesis que hemos elaborado.

6.1.7 Herramientas para el diagnóstico

Hemos dedicado dos apartados en el capítulo 4 (apartados 4.5 y 4.6) a la descripción de los instrumentos de diagnóstico, pero nos hemos centrado en instrumentos y modelos globales para el diagnóstico social; sin embargo, existen múltiples instrumentos que abordan aspectos parciales de la vida de las personas; para el desarrollo del Trabajo Social disponemos de un amplio abanico de instrumentos específicos que pueden contribuir a sistematizar la información: desde la valoración de las actividades de la vida diaria con las escalas de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) y de Lawton y Brody (1969) de amplio uso en el ámbito de la atención a las personas en situación de discapacidad y/o dependencia; hasta los baremos de resultado integrado incluidos en algunas normativas, como la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia (España, 2006).

Partiendo de la existencia de esta diversidad de instrumentos, en este bloque de variables se pedía a las participantes que valorasen la utilidad de distintos tipos de herramientas para la elaboración y sistematización del diagnóstico social agrupados según su funcionalidad principal.

En concreto se les pidió que valorasen la utilidad de los siguientes instrumentos o características de instrumentos:

- Escalas de valoración de aspectos específicos (por ejemplo, Escala Gijón de valoración sociofamiliar, Escala de valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, Escala de Parentalidad positiva)
- Indicadores de detección/medición de situaciones concretas (por ejemplo: maltrato infantil, violencia de género)
- Índice sintético de los indicadores: que el instrumento disponga de un resultado global (por ejemplo: Baremo de la dependencia)
- Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados
- Listado de problemáticas en categorías únicas y cerradas

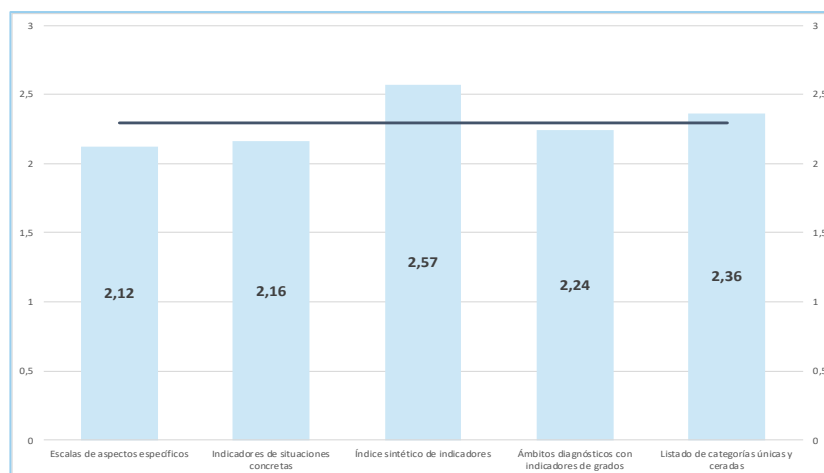
TABLA 75. FRECUENCIAS Y ESTADÍSTICOS DE LA VALORACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS PARA LA ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO SOCIAL

	Valor	Escala específica	Indicadores detección	Índice sintético	Indicadores con grados	Categorías únicas y cerradas
Valoración	Sin respuesta	3	0	0	0	0
	Poco o nada importante	33	33	11	29	15
	Importante	75	76	51	71	79
	Muy importante	59	61	108	70	76
Estadísticos	Media	2,12	2,16	2,57	2,24	2,36
	Mediana	2	2	3	2	2
	Moda	2	2	3	2	2
	Desviación estándar	0,776	0,727	0,614	0,726	0,639
	Varianza	0,601	0,529	0,377	0,527	0,409

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N= 170

La opción que consigue una mayor aprobación es la que plantea un *instrumento que contenga un índice sintético como resultado*, debemos tener en cuenta que un índice sintético debe fundamentarse en un conjunto de indicadores, tal como vimos en el instrumento de diagnóstico social de Euskadi (Euskadi, 2013; Ovejas y Gabantxo, 2006, 2009). Mientras que el otro valor que está ligeramente por encima de la media es el del *listado de categorías únicas y cerradas*, que no podemos olvidar es el que está presente en las aplicaciones utilizadas por la mayoría de las profesionales para el registro de expedientes sociales.

ILUSTRACIÓN 28. VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DE DIVERSOS INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO SOCIAL



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Avanzábamos en el apartado anterior que las variables de este bloque se relacionaban con las variables incluidas en el bloque de formulación del diagnóstico. Para determinar si existía la correlación se formularon varias hipótesis que son las que se quieren validar:

- Variable «Valorar la importancia de la actividad *Disponer de categorías diagnósticas absolutas (existe o no existe la situación identificada)* para la formulación del diagnóstico social» (variable 44) en relación con la variable «Valorar la utilidad de la herramienta *Listado de problemáticas en categorías únicas y cerradas* para la elaboración del diagnóstico social» (variable 75).
- Variable «Importancia de “*Disponer de una graduación progresiva dentro de un ámbito o categoría determinada que permitan identificar en qué punto se encuentra la persona o personas para la elaboración del diagnóstico social*» (variable 45) en relación con la Variable «Valorar la utilidad de la Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados para la elaboración del diagnóstico social» (variable 74)
- Variable «Valorar la importancia de la actividad *Definir indicadores sobre cada categoría diagnóstica* para la formulación del diagnóstico social (variable 46) en relación con la Variable «Valorar la utilidad de la Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados para la elaboración del diagnóstico social (variable 74).

6.1.7.1 ANÁLISIS CRUZADO DE VARIABLES SOBRE CATEGORÍAS ABSOLUTAS

En este apartado se van a analizar conjuntamente los resultados de dos variables *Disponer de categorías absolutas* (v. 44) y *Listado de problemáticas en categorías únicas y cerradas* (v. 75) que aparecen en distintos momentos del cuestionario y que versan sobre el mismo tema: la

existencia o disponibilidad de categorías diagnósticas absolutas (categorías únicas y cerradas que se responden de forma binaria: existe o no existe la situación). En el caso de la variable 44 (Disponer de categorías absolutas) se refiere al contenido del diagnóstico y en la variable 75 (Listado de problemáticas en categorías únicas y cerradas) se refiere a las funcionalidades que debería tener una herramienta para realizar el diagnóstico social.

El análisis cruzado de las variables nos permite identificar cuantas personas han respondido con la misma valoración a ambas variables. En un apartado anterior (ver 6.1.6.3 , página 345) se mostraba que el resultado de la valoración de la opción “Disponer de categorías absolutas” en la variable 44 era el más bajo de las distintas opciones; en el análisis cruzado de estas dos variables podemos observar que casi una cuarta parte de las respuestas (el 24%) consideran en ambas opciones la valoración muy importante.

TABLA 76. TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE LAS VARIABLES *CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS ABSOLUTAS* Y *LISTADO DE PROBLEMÁTICAS EN CATEGORÍAS ÚNICAS*

		Listado de problemáticas en categorías únicas y cerradas (v 75)			Total
		Poca o ninguna	Importante	Muy importante	
Disponer de categorías diagnósticas absolutas (v 44)	Poca o ninguna importancia	12	25	15	52
	Importante	3	40	20	63
	Muy importante	0	14	41	55
Total		15	79	76	170

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Las pruebas estadísticas de valoración de la asociación (Chi cuadrado de Pearson) entre ambas variables ofrecen resultados con una significación estadística inferior a 0,001 y, por tanto, se considera que ambas variables están asociadas.

Las pruebas estadísticas de correlación (R de Pearson y Correlación de Spearman) dan una significación estadística 0,000, en ambos casos) lo que confirma la hipótesis de correlación que habíamos formulado.

6.1.7.2 ANÁLISIS CRUZADO DE VARIABLES SOBRE GRADUACIÓN DE LAS CATEGORÍAS

En este apartado vamos a analizar conjuntamente las variables que, en distintos momentos del cuestionario, plantean la valoración la importancia de disponer de un instrumento con categorías que incorporen una gradación de las posibles situaciones mediante indicadores. Se

trata de la variable 45, *Disponer de una graduación progresiva dentro de un ámbito o categoría determinada que permitan identificar en qué punto se encuentra la persona o personas para la elaboración del diagnóstico social*, que se encuentra en el bloque de contenidos del diagnóstico y la variable 74, *Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados*, se refiere a las funcionalidades de una herramienta para el diagnóstico social.

El análisis cruzado de las variables nos permite identificar cuantas personas han respondido con la misma valoración a ambas variables. En este caso, el porcentaje de respuestas que han valorado ambas opciones como muy importantes supone prácticamente un tercio de las respuestas (31,2%).

TABLA 77. TABLA DE DATOS CRUZADOS ENTRE LAS VARIABLES SOBRE INSTRUMENTOS GRADUABLES

		Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados (v 74)			Total
		Poca o ninguna	Importante o bastante	Muy importante	
Disponer de una graduación progresiva dentro de un ámbito o categoría (V. 45)	Poca o ninguna importancia	8	6	3	17
	Importante	14	39	14	67
	Muy importante	7	26	53	86
Total		29	71	70	170

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N=170

Las pruebas estadísticas de valoración de la asociación (Chi cuadrado de Pearson) entre ambas variables ofrecen resultados con una significación estadística inferior a 0,001 y, por tanto, se considera que ambas variables están asociadas.

Las pruebas estadísticas de correlación (R de Pearson y Correlación de Spearman) ofrecen resultados con una significación estadística de 0,000, en ambos casos, lo que confirma la hipótesis de correlación que habíamos formulado.

6.1.7.3 ANÁLISIS CRUZADO DE LAS VARIABLES SOBRE INCLUSIÓN DE INDICADORES

En este apartado se analizan dos variables que se centran en el mismo tema: valorar la importancia de disponer indicadores para la elaboración del diagnóstico social; se trata de la variable 46, *Definir indicadores sobre cada categoría diagnóstica*, se ubica en el bloque de contenidos del diagnóstico y la variable 74, *Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados*, se refiere a las funcionalidades de una herramienta para el diagnóstico social.

TABLA 78. TABLA DE DATOS CRUZADOS ENTRE LAS VARIABLES SOBRE INSTRUMENTOS CON INDICADORES

		Valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados (V74)			Total
		Poca o ninguna	Importante	Muy importante	
Definir indicadores sobre cada categoría diagnóstica” (V. 46)	Poca o ninguna importancia	8	8	0	16
	Importante	13	36	10	59
	Muy importante	8	27	60	95
Total		29	71	70	170

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N=170.

El análisis cruzado de las variables nos permite identificar cuantas personas han respondido con la misma valoración a ambas variables. En este caso, el porcentaje de respuestas que han valorado ambas opciones como muy importantes supera el tercio de las respuestas (35%).

Las pruebas estadísticas de valoración de la asociación (Chi cuadrado de Pearson) entre ambas variables ofrecen resultados con una significación estadística inferior a 0,001 y, por tanto, se considera que ambas variables están asociadas.

Las pruebas estadísticas de correlación (R de Pearson y Correlación de Spearman) ofrecen resultados con una significación estadística de 0,000, en ambos casos, lo que confirma la hipótesis de correlación que habíamos formulado.

6.1.7.4 SÍNTESIS DEL ANÁLISIS CRUZADO DE VARIABLES

En este apartado hemos analizado conjuntamente tres pares de variables que responden a tres opciones de instrumentos: categorías únicas y absolutas, incorporación de graduación en las situaciones dentro de una categoría dada y la incorporación de indicadores en las categorías diagnósticas.

Hemos podido observar que la opción que menos apoyos recoge es la de las categorías únicas y absolutas, modelo que, por otra parte, es el que está presente en los instrumentos proporcionados por las administraciones públicas, tal como hemos visto en los apartados que describen SIUSS (apartado 4.5.1, página 183) y Hestia (apartado 4.5.4, página 199), dependientes, respectivamente, del Ministerio y de la Generalitat de Catalunya y con una importante implantación en el territorio.

Por su parte, las opciones de incorporar una graduación en las categorías y de incorporar indicadores graduados, opciones que son compatibles entre ellas, recaban un mayor número de apoyos, ya que, si sumamos todas las respuestas que consideran “muy importante” e “importante” a las variables sobre indicadores que incluyan la graduación, responden 4 de cada 5 personas.

6.1.8 Ámbitos del diagnóstico social

En el capítulo 1 hemos podido observar que las elaboraciones teóricas sobre el diagnóstico no han desarrollado los contenidos o una estructura de contenidos; así pues, para elaborar esta pregunta hemos tenido que recurrir a los instrumentos y modelos existentes con la finalidad de identificar los ámbitos sobre los que se podría estructurar el diagnóstico social. Así, por ejemplo, uno de los instrumentos con mayor elaboración teórica de fondo, el Diagnóstico Social – Euskadi, incluye cinco ámbitos vitales (Euskadi, 2013) que, a su vez, se desarrollan en 17 dimensiones. Por su parte, Hèstia clasifica las problemáticas en nueve categorías (IMSST (AOC), 2017). Otro instrumento, DS-DIBA, parte de las tres categorías de necesidades establecidas en el Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya (2010-2013) (Maluquer et al., 2010) y lo desarrolla en siete entornos (Manzano et al., 2019). En la misma línea las distintas versiones de Self-Sufficiency Matrix (DTASiF, 2019; Lauriks, Buster, de Wit, Weerd, y Theunissen, 2013; Self-Sufficiency Taskforce, 2010) incluyen ámbitos o dimensiones para clasificar la información.

Partiendo de la amplia variedad de opciones para la estructuración de los ámbitos del diagnóstico, se construyó una propuesta en la que se solicitaba a las personas encuestadas que valorasen cuáles de ellos deberían incluirse en un instrumento de sistematización del diagnóstico social. Los ámbitos sometidos a valoración fueron los siguientes, que se codifican para una mejor comprensión de las tablas de resultados.

TABLA 79. LISTADO DE ÁMBITOS Y CODIFICACIÓN

Ámbito	Codificación
Autonomía personal - dependencia funcional	DF
Relaciones familiares y de convivencia	RFC
Relaciones sociales	RS
Participación social	PS
Economía (suficiencia de medios)	E-SM
Economía (capacidad de gestión)	E-CG
Vivienda (acceso y disfrute)	V-A
Vivienda (cuidado y mantenimiento)	V-C
Ocupación / situación laboral	O-SL

Ámbito	Codificación
Salud	S
Otros	O

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

La valoración de cada uno de estos ámbitos se hizo mediante una escala tipo Likert que, para facilitar la lectura, se agrupó en tres niveles: poco o nada importante, importante y muy importante. Al ser una valoración ordinal se han podido calcular la media e identificar la moda y la mediana, así como la dispersión.

Entre los ámbitos con una mayor valoración, que superan la media de todos los ámbitos (situada en un 2,61) se identifican ordenadas según la media individual: *Relaciones familiares y de convivencia* *Autonomía personal – dependencia funcional*, *Salud*, *Economía – Capacidad de Gestión y Vivienda – Acceso*. En el extremo contrario, el ámbito que recibe una menor valoración es la *Participación Social*, este ámbito que no suele estar presente en los instrumentos nacionales, pero está muy presente en todos los instrumentos internacionales, se incluyó en coherencia con la definición del objeto del Trabajo Social que hace referencia a la relación de la persona y su entorno (M. J. Aguilar, 2013; Zamanillo, 2018).

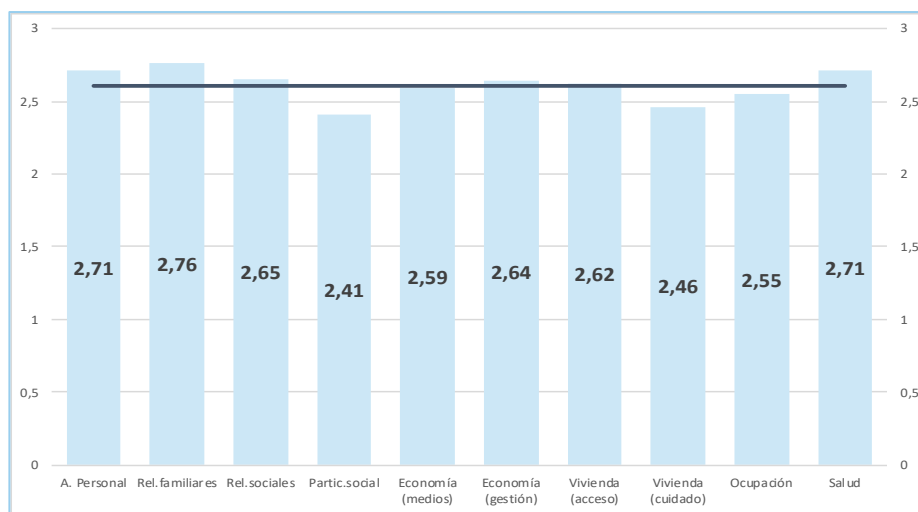
TABLA 80. VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE ÁMBITOS A INCLUIR EN UNA HERRAMIENTA DE SISTEMATIZACIÓN DIAGNÓSTICA

Valor		DF	RFC	RS	PS	E-SM	E-CG	V-A	V-C	O-SL	S
Valoración	Poco o nada importante	4	1	4	11	8	5	3	7	6	3
	Importante	41	39	52	79	54	52	59	77	65	44
	Muy importante	125	130	114	80	108	113	108	86	99	123
Estadísticos	Media	2,71	2,76	2,65	2,41	2,59	2,64	2,62	2,46	2,55	2,71
	Mediana	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3
	Moda	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Desviación estándar	0,504	0,443	0,528	0,611	0,582	0,541	0,523	0,577	0,566	0,494
	Varianza	0,254	0,196	0,277	0,373	0,292	0,292	0,273	0,333	0,32	0,244

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N=170

Aún así debemos observar que la distancia entre el valor medio más alto y el más bajo es apenas de 0,35 (sobre 3), lo que significa una desviación estándar de 0,10564, lo que, en definitiva, muestra unos resultados muy homogéneos, tal como se puede ver en la representación gráfica (ver Ilustración 29, en página 355).

ILUSTRACIÓN 29. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA VALORACIÓN DE LOS ÁMBITOS PARA EL DIAGNÓSTICO



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En la opción abierta, *Otros*, se recogieron un total de 19 respuestas (de 170 cuestionarios) y después de analizarlas y agruparlas, se observó que prácticamente la mitad de las propuestas proponían incorporar el ámbito *Educación/Formación*.

6.1.9 El Pronóstico

Diversas autoras han abordado el tema del pronóstico, pero destacamos, especialmente, las aportaciones de M.J.Aguilar (2013) y de Conde (1998) puesto han tratado el tema con bastante profundidad y nos permiten orientar las preguntas de este bloque. Hemos de tener en cuenta que el pronóstico ha de permitir «prever cuál será el futuro si se mantienen iguales o modificados algunos de los parámetros definitorios de la situación» (M. J. Aguilar, 2013, p. 311) y este debe expresarse «mediante la construcción de escenarios futuros» (Ibíd., p. 312) pero esta concepción está más orientada a intervenciones de carácter macro o meso social que no a nivel micro social (atención individual o familiar) ya que no disponemos de elementos que nos ayuden a identificar tendencias y escenarios, como sí sucede en ámbitos más generales.

Por su parte Conde (1998) plantea que el objetivo de lo que ella denomina el *estudio prospectivo* es «hacer comprensibles las necesidades completas de cambio situacional en relación el: a) su orden de prioridad y b) la naturaleza de los sistemas técnicos de intervención». (Conde, 1998, p. 351) y para ello define unas categorías en las que se valoran las facultades racionales de las personas implicadas, las necesidades esenciales de actuación profesional, las políticas e instituciones sociales implicadas y el rol profesional (Ibíd., pp. 373 – 375).

Este bloque incluye 12 variables que podemos estructurar en tres temas:

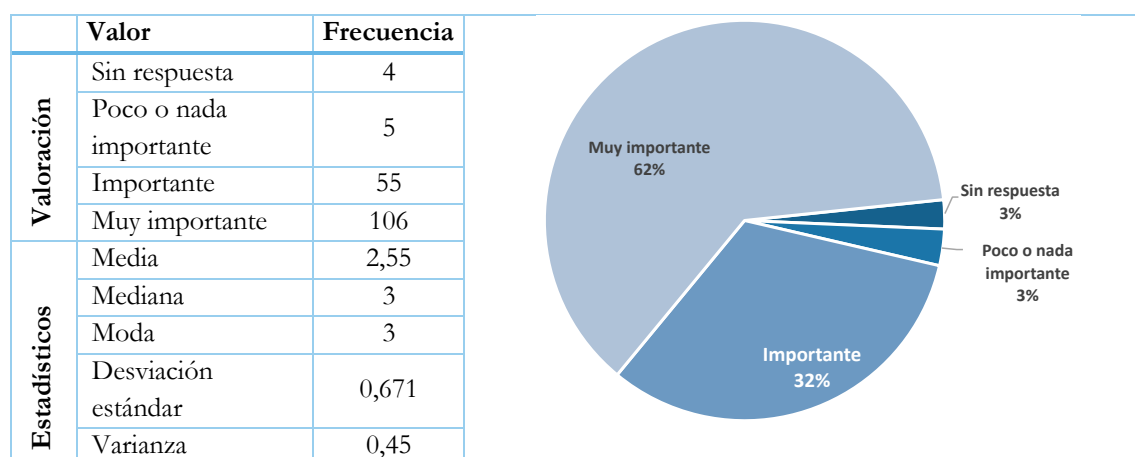
- Aspectos generales del pronóstico: en este tema se pedía la valoración de la importancia de la elaboración del pronóstico, y las situaciones en las que debería realizarse y formalizarse el pronóstico.
- Utilidad en el pronóstico: en este bloque de preguntas se pedía la valoración, mediante escala de Likert, de la utilidad para cumplir diversos objetivos vinculados al pronóstico.
- Factores de influencia en el pronóstico: en este último bloque se planteaba la valoración de ciertos factores que pueden influir en la elaboración del pronóstico.

6.1.9.1 ASPECTOS GENERALES

En este bloque se muestran los resultados de dos variables: *valoración de la importancia del pronóstico en el proceso de intervención social* y *en qué situaciones debe formalizarse el pronóstico en el proceso de intervención social*. La primera es una variable de tipo ordinal que utiliza una escala de Likert para las respuestas y la segunda es nominal no dicotómica, en concreto se ofrecían tres posibles respuestas.

Veamos los resultados de la primera variable *valoración de la importancia del pronóstico en el proceso de intervención social*

TABLA 81. VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL PRONÓSTICO - FRECUENCIAS, ESTADÍSTICOS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA

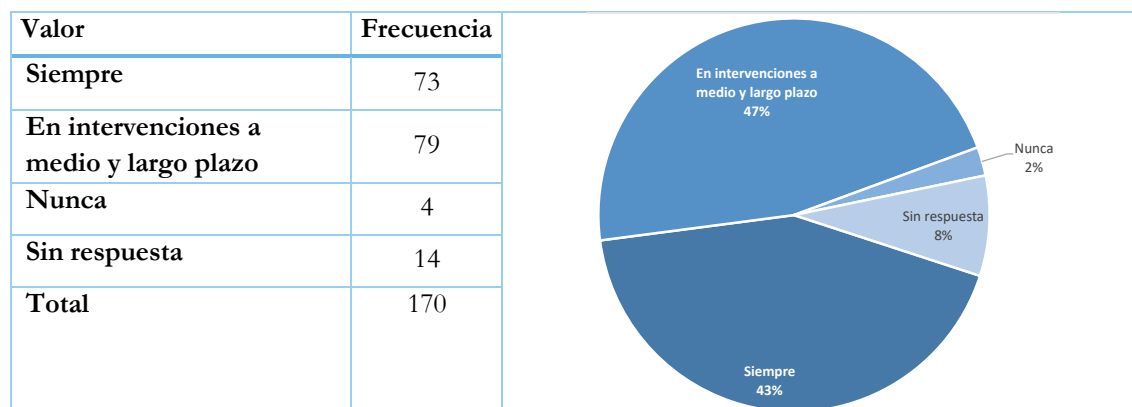


FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Observamos que prácticamente dos tercios de las respuestas consideran que el pronóstico es muy importante y, en todo caso, lo más relevante es la baja incidencia de las respuestas que consideran que el pronóstico es poco o nada importante.

Veamos ahora los resultados para la segunda variable, *en qué situaciones debe formalizarse el pronóstico en el proceso de intervención social*. En este caso se ofrecían tres opciones: siempre, en intervenciones a medio y largo plazo y nunca. Las respuestas que ofrecieron las personas participantes en el cuestionario fueron las que se pueden ver en la tabla que hay a continuación (Tabla 82).

TABLA 82. SITUACIONES EN LAS QUE DEBE FORMALIZARSE UN PRONÓSTICO EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN SOCIAL – FRECUENCIAS Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Los resultados de esta variable muestran prácticamente un empate entre dos opciones; las personas que opinan que *siempre* debe formalizarse un pronóstico en el proceso de intervención social y las que consideran que solo debería hacerse en *intervenciones a medio y largo plazo*.

6.1.9.2 UTILIDAD DEL PRONÓSTICO

Apuntábamos, en el inicio de este apartado, que el pronóstico es una previsión de «cuál será el futuro si se mantienen iguales o modificados algunos de los parámetros definitorios de la situación» (M.J. Aguilar, 2013, p. 311) y se encamina a escoger las estrategias más adecuadas para la intervención; la autora también recordaba que el pronóstico es clave en intervenciones a nivel macrosocial. Por otra parte, Rosario Conde (1998) vinculaba su fase prospectiva a la identificación de las necesidades de cambio situacional (Ibíd., p. 351) y lo vinculaba a las competencias y habilidades tanto de la persona atendida como de la profesional, así como factores de contexto.

Sobre estas bases, teniendo en cuenta las limitaciones del pronóstico en el ámbito de la intervención microsocia, se ofrecía a las participantes una serie de objetivos o finalidades relacionados con el pronóstico y se les solicitaba que valorasen su utilidad. En concreto se

sometieron a valoración tres elementos: definición de escenarios de futuro, definición de estrategias para la intervención y definición de prestaciones adecuadas.

Los resultados obtenidos, mediante una escala de Likert, son los que se pueden ver en la tabla que aparece a continuación (ver Tabla 83).

TABLA 83. VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA UTILIDAD DEL PRONÓSTICO

Valor		Escenarios de futuro	Estrategias para intervención	Prestaciones adecuadas
Valora	Poco o nada importante	22	9	24
	Importante	59	39	65
	Muy importante	89	122	81
Estadísticos	Media	2,39	2,66	2,34
	Mediana	3	3	2
	Moda	3	3	3
	Desviación estándar	0,708	0,575	0,713
	Varianza	0,501	0,331	0,508

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N=170

Los resultados muestran que la finalidad con una mejor valoración es *Definición de estrategias para la intervención* que podría coincidir con las «necesidades esenciales de actuación profesional» como las denomina Conde (1998, p. 373).

6.1.10 Factores que influyen en la elaboración del pronóstico

La elaboración del pronóstico es un proceso complejo, especialmente en un ámbito como la intervención social a nivel micro, en el que no existen modelos predictivos ni se dispone de datos para elaborar estas predicciones puesto que se trata de situaciones particulares en las que cada uno de los actores influye y está influido a su vez por los otros actores, por el contexto institucional y por un amplio abanico de circunstancias.

En este bloque de preguntas se planteaban situaciones o elementos que pueden influir en el proceso de elaboración del pronóstico. En concreto se sometieron a valoración los siguientes elementos:

- Percepción de la situación por parte de la profesional
- Análisis sistemático de fortalezas y oportunidades de mejora
- Análisis consensuado de la situación con la persona usuaria
- Pre-juicios sobre situaciones - problema
- Pre-juicios sobre formas de relacionarse la persona usuaria con la profesional

Debemos señalar que en la encuesta se clarificó que el término “pre-juicio” (escrito como una palabra compuesta) era una manera para referirnos al conocimiento proveniente de la experiencia anterior, lo que, por ejemplo Cristina de Robertis, define como «impresiones indefinibles y de “olfato profesional”» (de Robertis, 2006, p. 171).

Veamos los resultados de forma conjunta para poder analizar a qué aspectos se le da una mayor o menor importancia.

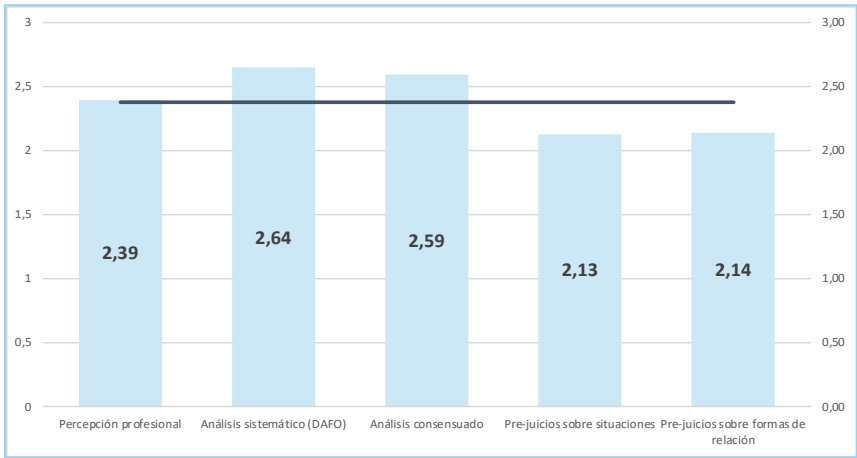
TABLA 84. FRECUENCIAS Y ESTADÍSTICOS DE LA VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LOS ELEMENTOS O FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELABORACIÓN DEL PRONÓSTICO

	Valor	Percepción profesional	Análisis sistemático	Análisis consensuado	Pre-juicios situaciones	Pre-juicios relaciones
Valoraci	Poco o nada importante	14	4	9	43	43
	Importante	75	53	52	62	60
	Muy importante	81	113	109	65	67
Estadísticos	Media	2,39	2,64	2,59	2,13	2,14
	Mediana	2	3	3	2	2
	Moda	3	3	3	3	3
	Desviación estándar	0,637	0,528	0,592	0,789	0,794
	Varianza	0,406	0,279	0,35	0,622	0,631

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA. N= 170

En la gráfica (ver Ilustración 30) se puede ver la media de puntuación de cada uno de los elementos y su comparativa con la media general (línea oscura). Observamos que los elementos con una valoración más positiva son los que se refieren al análisis de la situación: el análisis sistemático de fortalezas y oportunidades de mejora y el análisis consensuado con la persona usuaria.

ILUSTRACIÓN 30. VALORACIÓN DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELABORACIÓN DEL PRONÓSTICO



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Se le reconoce, también, un valor relativamente alto (en la media) a la percepción profesional en términos generales pero, en cambio, cuando se cambia el texto de la pregunta y se utiliza el concepto pre-juicio, pese a la explicación que hemos apuntado anteriormente y que constaba en las preguntas, y se vincula a hechos concretos (situaciones – problema y formas de relacionarse la persona usuaria con la profesional) la puntuación baja considerablemente y, además, muestra unos resultados casi idénticos, destacando el 25% de las respuestas que consideran que tiene poca o ninguna importancia.

6.1.11 A modo de resumen

Presentamos en este apartado los resultados más significativos de la encuesta:

- El diagnóstico social es valorado como **muy importante** en el proceso de intervención social (2,87²⁵⁰).
- Se entiende como un **proceso abierto** que se alimenta y transforma a lo largo de la intervención social (91%).
- Las personas encuestadas valoran **muy importante** disponer de **dos niveles** de diagnóstico: **criba** (2,7) y **en profundidad** (2,8)
- Los niveles se ubican en fases distintas del proceso de intervención:
 - Criba – Acogida
 - En profundidad – Tratamiento
- En relación con la formulación del diagnóstico se destacan como elementos más valorados:
 - Disponer de un **lenguaje adaptado** a las personas atendidas (2,81)
 - Disponer de un **lenguaje homogéneo** para profesionales (2,5)
- En relación con la elaboración del diagnóstico, los elementos que se valoran como más importantes son:
 - Identificar **capacidades** en la persona o personas implicadas
 - Identificar **estrategias** utilizadas para afrontar la situación

²⁵⁰ Todas las puntuaciones que aparecen en este apartado se refieren a una puntuación máxima de 3.

- Identificar **problema/s** de la persona o personas implicadas
- En relación con los roles de los actores (profesional y persona usuaria):
- La combinación de **roles de profesional y persona usuaria participativos** es la opción más valorada (70%) como práctica de la intervención social.
 - **Rechazo** a la combinación de roles de **profesional activo y persona usuaria pasiva**: preferido solo por el 17%.
- Respecto con la definición de diagnóstico social:
- La definición escogida por la mayoría es la de María José Aguilar (2013): el **diagnóstico como proceso dialógico** de elaboración y sistematización de información.
 - Una mayoría de respuestas coinciden en **escoger el rol activo** de profesional y persona usuaria **y la definición de diagnóstico como proceso dialógico** (67%).
- En relación con el proceso para la elaboración del diagnóstico, destacan las actividades siguientes:
- **Análisis conjunto** de la situación con la persona usuaria
 - Obtención de **información y datos** de la propia persona
 - **Análisis e interpretación** por parte de la profesional
- Entre las características de las herramientas para el diagnóstico destaca aquella que presente un **índice sintético** de los indicadores en forma de resultado global.
- Respecto de los ámbitos que deben formar parte de un instrumento de sistematización del diagnóstico, destacan:
- Relaciones familiares y de convivencia (2,76)
 - Autonomía personal – dependencia física (2,71)
 - Salud (2,71)

6.2 Aportaciones a los elementos clave: los grupos de discusión y las entrevistas

En la planificación de esta investigación se previó una segunda fase de la recogida de datos de carácter cualitativo. A partir de los resultados de la encuesta se planteó que esta fase se realizase mediante dos técnicas distintas: los grupos de discusión y entrevistas.

Los objetivos de cada una de las técnicas, como se ha hecho constar en el capítulo de metodología (ver Capítulo 5, página 271).

La realización de la primera fase de la recogida de datos, mediante la encuesta, aportó algunos aspectos que se consideró que era interesante someter a debate mediante los grupos de discusión y en entrevistas.

Los grupos de discusión se centraron en el debate sobre tres temas:

- Uso del lenguaje
- Identificación de estrategias
- Roles

Las entrevistas se centraron en los temas siguientes:

- El rol del diagnóstico social en el proceso de intervención social.
- Aportaciones de la sistematización del diagnóstico social.
- Papel del sector profesional en relación con el diagnóstico social.

6.2.1 Grupos de discusión

La configuración de los temas a abordar en los grupos de discusión se construyó a partir de los resultados de la encuesta, identificando aquellos elementos que valoramos que los resultados cuantitativos eran insuficientes para abordar unas propuestas complejas; así surgieron tres temas: el uso del lenguaje, la identificación de las estrategias y los roles.

El uso del lenguaje tiene una especial importancia en una práctica profesional basada en la relación que, necesariamente, se vehicula a través del lenguaje (Gergen, 1996) y en los resultados de la encuesta aparecía como un tema valorado como muy importante, pero pensamos que era importante someter a debate qué se entendía por lenguaje homogéneo y por lenguaje adaptado a la persona y la interrelación entre ambos.

Por otra parte, en el enfoque basado en fortalezas (Saleebey, 1997) y en las propuesta dialógicas (M. J. Aguilar, 2013; Serradell y Munté, 2010) se orientan a identificar las estrategias que las personas han desarrollado y los aprendizajes que han obtenido; se valoró que era interesante debatir con profesionales la posibilidad de sistematizar estas estrategias y sus resultados para disponer de una información que contribuya a la elaboración del pronóstico.

Finalmente, el tema de los roles, especialmente vinculados a las funciones que desarrolla el Trabajo Social, tal como lo define Whittington (2007) y que los resultados del cuestionario no mostraban una diferenciación clara, valoramos que era interesante de someter a debate, para ver si nos ofrecían unos resultados distintos.

Así pues, finalmente, los grupos de discusión se orientaron sobre cuatro temas²⁵¹:

- Lenguaje homogéneo de profesionales
- Lenguaje adaptado a las personas atendidas
- Identificación de estrategias de las personas y sus resultados
- Rol participativo de profesional y persona usuaria

Tal como se explicó en el capítulo de metodología (ver Capítulo 5, página 271), se llevaron a cabo siete grupos de discusión, de los que cuatro se desarrollaron en Catalunya y el resto en diversas localizaciones del Estado español. Para el proceso de sistematización de la información y, especialmente, para la inclusión de las citas se ha asignado a cada uno de los grupos de discusión un identificador, que puede verse en la tabla que hay a continuación.

TABLA 85. IDENTIFICADORES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

Grupo de discusión	Identificador
Barcelona (Catalunya)	GD-BCN
Tarragona (Catalunya)	GD-TAR
Girona (Catalunya)	GD-GIR
Lleida	GD-LLe
Madrid²⁵²	GD-MAD
Almería (Andalucía)	GD-ALM
España (mixto)	GD-MIX

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Para presentar los resultados de los grupos de discusión, se ha partido de las preguntas que se prepararon para desarrollar los temas y se han creado códigos o categorías²⁵³ para gestionar mejor la información.

Así pues, la presentación se realizará en base a estos códigos identificando en cada caso el grupo de discusión que hizo la aportación, de acuerdo con el identificador que aparece en la Tabla 85. En caso de que de un mismo grupo haya aportaciones distintas, o complementarias

²⁵¹ Recordemos que la guía de los grupos de discusión se encuentra en el Anexo 2.

²⁵² En Madrid se produjo un problema logístico con la convocatoria y falló buena parte de las personas convocadas, por consideración a las personas que acudieron se ha incorporado al análisis de los grupos.

²⁵³ En este entorno nos referimos a “códigos” en el sentido que lo utiliza la aplicación Atlas.ti, que es la que hemos utilizado para sistematizar la información y que equivale a una etiqueta o categoría.

de diversos miembros del grupo, se identificarán mediante la letra P (participante) y un número correlativo (por ejemplo, P1, P2, etc.).

A continuación, presentamos el esquema de estructuración de la información.

TABLA 86. DESARROLLO DE TEMAS Y CODIFICACIÓN

Tema	Preguntas (subtema)	Códigos/categorías asociadas
Lenguaje homogéneo de profesionales	Concepto de lenguaje homogéneo	Denominación común
		Alcance
		Utilidades
	Indicadores	Diseño
		Uso
		Utilidades
		Riesgos
Lenguaje adaptado a las personas atendidas	Ventajas e inconvenientes	Participación de la persona
		Rol profesional
		Adaptación
Identificación de estrategias de las personas y sus resultados	Posibilidades	Identificación estrategias
		Utilidad
		Metodología y habilidades
Rol participativo de profesional y persona usuaria	Rol profesional y rol persona usuaria	Contexto institucional
		Contexto situacional
		Adaptación de rol según función (TS)
		Justificación de participación
		Abordaje de usos y prácticas
		Formación y bagaje
		Reconocimiento profesional
		Toma de consciencia
		Situaciones de protección

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

6.2.1.1 LENGUAJE HOMOGÉNEO

El lenguaje es, desde la perspectiva construccionista, un elemento clave en la medida que se considera que es constitutivo del conocimiento puesto que las explicaciones y las descripciones de la realidad se realizan mediante el lenguaje (Gergen, 1996); pero, además, otros autores (Derrida (1967), Austin (1962) y Butler (2007), entre otros, citados en Boccardi, 2010) le han reconocido un carácter performativo, es decir que el lenguaje puede trascender de los propios significados y crear nuevos significados. Sin olvidar las aportaciones de Burr (1997, p. 18) que le otorga función de acción social en la medida que «hablar equivale a construir el mundo, y hacer uso del lenguaje puede considerarse, consecuentemente, como una forma de acción»

Por otra parte, en los resultados de la encuesta referidos los elementos necesarios para la formulación del diagnóstico social se destacan dos aspectos por encima de la media: disponer un lenguaje adaptado para las personas atendidas (2,81) y disponer de un lenguaje homogéneo para profesionales (2,5). Partiendo de estos resultados, entre otros, se plantearon las primeras preguntas en los grupos de discusión.

En este bloque abordaremos las primeras preguntas que se planteaban: ¿Qué entendemos por lenguaje homogéneo para los profesionales? ¿Tener una denominación común? ¿Disponer de indicadores comunes? Las aportaciones las hemos clasificado en 3 etiquetas o códigos que hemos llamado: denominación, alcance y utilidades. En el tema *denominación* hemos incluido todas las aportaciones sobre el concepto y lo que las participantes entendían por lenguaje homogéneo, así como la valoración que hacen de este elemento para el diagnóstico. En el tema *alcance* se recoge el debate sobre si el lenguaje debe estar vinculado a la profesión, de forma general, o bien debe estar vinculado al sistema, al ámbito de trabajo. Finalmente, en el tema *utilidades* se resumen las aportaciones sobre los posibles usos y, en su caso, ventajas de la utilización de este lenguaje homogéneo.

Destaca un elemento previo, que aparece en varios grupos, pero que queda muy bien recogido en esta aportación, que tiene que ver con la toma de consciencia de la necesidad de hacer diagnóstico social:

«No sé, però penso que el llenguatge que sigui homogeni és molt interessant i és molt important, però d'entrada ja ens hauríem de posar d'acord en la necessitat de fer un diagnòstic. Perquè si hi ha alguna cosa que hem anat veient quan hem estat treballant amb les companyes en l'àmbit de la cronicitat, moltes vegades no estan ni enregistrats aquests diagnòstics en els expedients²⁵⁴» (GD-LLE).

Partiendo de esta premisa, reconocer la importancia de realizar el diagnóstico social, uno de los primeros temas que se abordaba en los grupos era dar una definición al concepto **denominación común**.

²⁵⁴ «No sé, pero pienso que el lenguaje que sea homogéneo es muy interesante e importante, pero de entrada nos tendríamos que poner de acuerdo en la necesidad de hacer un diagnóstico. Porque si hay una cosa que hemos ido viendo cuando hemos estado trabajando con las compañeras en el ámbito de la cronicidad, es que muchas veces no están ni registrados los diagnósticos en los expedientes.» (GD-LLE).

«Un lenguaje común sería un lenguaje en el que consensuáramos el significado de las palabras que utilizamos habitualmente en el trabajo. Eso es fundamental, el consenso» (P1, GD-MIX)

«Que todas las personas entendamos lo mismo cuando decimos un término concreto. Ya hay diccionarios específicos de trabajo social y de trabajo social en determinado ámbito, de familia y género, por ejemplo» (P2, GD-MIX).

«Com una síntesi i un llenguatge comú. És a dir, que quan es diu “vulnerabilitat”, tu i jo i l’altre, dintre d’un marc i uns paràmetres, entenguem més o menys el mateix. Perquè sinó era un embolic. Perquè sinó veia que tothom utilitzava... O sigui, de llenguatge n’hi ha poc, s’utilitzen les mateixes paraules per dir coses diferents. I jo em trobava que quan parlava amb companys, que no estàvem dient el mateix però utilitzàvem les mateixes paraules²⁵⁵» (P1, GD-GIR).

«Y sí que habría que tener una categorización, una clasificación de términos básicos, porque hay muchos autores que explican determinados fenómenos, según determinadas corrientes, según sus estudios, sus investigaciones, es decir, exclusión social, no sé qué, puede haber muchas definiciones. Entonces, sí que sería interesante llegar a un mínimo consenso o tener una descripción, un manual o un soporte descriptivo, que tú sepas que cuando hablas de una vivienda en tales condiciones, se refiere a eso, en concreto» (P3, GD-MIX).

«Yo pienso que es importante que sea homogéneo, porque muchas veces ese diagnóstico lo tienen que ver diferentes profesionales, incluso teniendo en cuenta que te lo puede pedir el usuario» (GD-MAD).

«Propiciaria arribar a aquesta denominació comuna entre professionals per tenir un llenguatge més homogeni sense que això, i aquí comparteixo el que ella deia, que no fos vinculant. És a dir, que això, directament, no hagi de sortir una categoria²⁵⁶» (P1, GD-BCN).

²⁵⁵ Trad. «Como una síntesis y un lenguaje común. Es decir, que cuando se dice “vulnerabilidad”, tu y yo y el otro, en un marco y unos parámetros, entendamos más o menos lo mismo. Porque sino era un lío. Porque sino veía que todo el mundo utilizaba... O sea, lenguaje hay poco, se usan las mismas palabras para decir cosas diferentes. Y yo me encontraba que cuando hablaba con colegas, que no estábamos diciendo lo mismo, pero usábamos las mismas palabras» (P1, GD-GIR)

²⁵⁶ Trad. «Propiciaría llegar a esta denominación común entre los profesionales para tener un lenguaje más homogéneo sin que esto, y aquí comparto lo que ella dijo, sea vinculante. En otras palabras, que esto, directamente, no tiene que salir en una categoría» (P1, GD-BCN).

«Crec que és important un llenguatge comú compartit. De cara a al tracte als usuaris i les usuàries, de cara realment a poder treballar, poder elaborar el diagnòstic d'una forma molt integral, de poder veure tots els àmbits d'aquella persona. Personal, relacional, laboral, econòmic... Tots. Per tenir una visió també multidisciplinària i que l'hem de tenir incorporat, perquè sinó penso que cada professional amb la seva motxilla i el que ens passa és que hi ha molts canvis de professionals i els usuaris passen per molts canvis de professionals i el llenguatge que utilitzem és diferent i el diagnòstic que fem és diferent²⁵⁷» (GD-TAR).

Otras aportaciones consideraban que este lenguaje ya existía, que proviene de la formación básica que se recibe para la obtención de la titulación.

«Estava parlant del tema del llenguatge, en què és molt més fàcil compartir aquell llenguatge, perquè és un llenguatge que ja el portem de formació²⁵⁸» (P2, GD-BCN).

«Llavors, jo penso que sí que alguna vegada que has parlat i que utilitzen el nostre llenguatge, sí que reconeixen que tenim una certa especialitat que els altres no utilitzen. Utilitzen més el que veuen i el que ells entenen per treball social, que ens vinculen o a la qüestió econòmica²⁵⁹» (P2, GD-GIR)

En relación con el **lenguaje homogéneo** podemos concluir, de las aportaciones de los grupos de discusión, que se define mediante las siguientes características:

- Es fruto del consenso.
- Permite y facilita la comprensión mutua y la comunicación entre personas.
- Implica disponer de un marco y unos parámetros comunes.
- Supone el uso de una determinada terminología.
- Constituye un elemento definitorio de la profesión.

²⁵⁷ «Creo que es importante un lenguaje común compartido. De cara a al trato a los usuarios y las usuarias, de cara realmente poder trabajar, poder elaborar el diagnóstico de una forma muy integral, de poder ver todos los ámbitos de esa persona. Personal, relacional, laboral, económico ... Todos. Para tener una visión también multidisciplinar y que debemos tener incorporado, porque sino pienso que cada profesional con su mochila y lo que nos pasa es que hay muchos cambios de profesionales y los usuarios pasan por muchos cambios de profesionales y el lenguaje que utilizamos es diferente y el diagnóstico que hacemos es diferente» (P1, GD-TAR).

²⁵⁸ Trad. «Estaba hablando del tema del lenguaje, en qué es mucho más fácil compartir aquel lenguaje, porque es un lenguaje que llevamos desde la formación» (P2, GD-BCN)

²⁵⁹ «Entonces, pienso que sí que alguna vez que has hablado y que usamos nuestro lenguaje, sí que reconocemos que tenemos una cierta especialidad que los otros no utilizan. Utilizan más lo que ven y lo que ellos entienden por trabajo social, que nos vinculen o a la cuestión económica» (P2, GD-GIR)

El segundo gran tema que se planteó, en el marco de la definición del lenguaje homogéneo era si este lenguaje común debía tener **alcance a nivel profesional o a nivel de ámbitos de trabajo** (políticas sectoriales). En relación con este tema las aportaciones, en general, abogan por un lenguaje profesional de uso general en todos los ámbitos de trabajo que pueda verse complementado por especificidades de cada ámbito.

«Entonces, yo creo que en diagnóstico nos falta eso, ya no solo hablar el lenguaje común en todo el territorio, sino entre los distintos ámbitos. Tú que antes decías que en la educación se habla mucho con siglas, pero en otros sitios también, en varios ámbitos se habla con siglas y muchas veces significan diferentes cosas» (P4, GD-MIX).

«Yo encontré que, en los diferentes sistemas, medían también de diferentes formas, tenían parámetros distintos dentro de cada categoría, entonces, así es muy difícil consensuar» (P1, GD-MIX).

Un ejemplo de la necesidad del uso transversal se mostró en este grupo:

«Que ayer comentaba X en un caso, que ella había detectado una situación de violencia y cuando llama al punto, le dicen “no, yo la tengo que valorar, porque soy el servicio específico y tengo unos criterios”, no desde el mal hacer de la otra, sino desde, “yo tengo que utilizar mi protocolo, porque el tuyo de los servicios sociales no me sirve”, es violencia de género y, además, es así» (P4, GD-MIX).

Ante esta situación se plantea que, si hay un diagnóstico basado en indicadores comunes, entonces:

«si tú derivas u orientas a determinado servicio, no tendrían por qué pasar personas por esa victimización institucional o esa doble victimización, que es que te vuelvan a contar la misma situación a varias personas» (P3, GD-MIX).

«Es el cómo y el desde dónde, es decir, sí que valoramos los diferentes ámbitos, pero hay algo que falla, porque las derivaciones, o cuando trabajamos cuatro o cinco profesionales, casi todos empezamos desde el principio» (P4, GD-MIX).

En otros casos lo plantean como un elemento de base profesional, desde el cual se puede construir un lenguaje para los diversos sistemas:

«Jo crec que la base és prèvia, que no ens hem de... Jo crec que com a col·lectiu s'ha de posar una base i a partir d'aquí... Perquè és la nostra base²⁶⁰» (GD-BCN).

Se plantea también que el lenguaje común y homogéneo puede ser una herramienta para delimitar el ámbito de actuación de la profesión

«El lenguaje homogéneo, los indicadores... va muy bien sobre todo para acotar lo que es nuestro trabajo y poderlo defender delante de otras instancias, sobre todo las judiciales, porque estamos hartos últimamente de tener que hacer informes, etc. El otro día tuve la maravillosa experiencia de hablar con un abogado de oficio y me decía “¡y encima qué sabes que es vulnerable!”. Y yo le decía: por esto, por esto, por esto y además por esto y por esto» (GD-BCN).

En relación con el **alcance** del lenguaje homogéneo se reflexiona si este debe ser profesional o sectorial (política social); uno de los elementos a tener en cuenta es que la configuración de los sistemas de protección social se prevé multidisciplinaria y que la riqueza de esta configuración reside en la suma de los conocimientos de cada una de las disciplinas implicadas. Se valora que el lenguaje debe ser propio de la profesión en la medida que representa el conocimiento que la disciplina aporta al conjunto, sin un lenguaje propio de la profesión este conocimiento se difumina. Hay una última reflexión sobre la necesidad de un lenguaje homogéneo a nivel profesional y tiene que ver con la finalidad de la profesión: un lenguaje común contribuiría a ofrecer una atención de mayor calidad a las personas y evitar la revictimización de las personas, que se ven abocadas a repetir su situación ante distintos profesionales de la misma disciplina debido al uso de lenguajes e instrumentos distintos. En síntesis, se considera que el lenguaje homogéneo debe ser profesional porque es, a la par que todos los argumentos esgrimidos, una forma de fortalecer la disciplina.

Otros de los temas planteados en varios grupos fue la utilidad de un lenguaje común profesional como base para **facilitar la comunicación con otros profesionales**, no solo con los que se comparte disciplina, sino, también, de otras disciplinas y también con las personas con las que se trabaja, tema que analizaremos con más profundidad posteriormente.

«Y qué mejor que poner, pues no sé qué tipo de denominación, algo que sea entendible para personas que no tengan formación específica, o sea, como decía XX, fuera de

²⁶⁰ «Creo que la base es previa, que no nos hemos de ... creo que como colectivo se ha de poner una base y desde aquí.. porque es nuestra base» (P1, GD-BCN)

terminología de tecnicismo, claro, sobre todo porque también ese diagnóstico va para la persona» (P1, GD-MAD).

«Yo creo que es el lenguaje homogéneo, pero homogéneo a todos, es decir, me entiendes tú como trabajadora social, lo entiendes tú como licenciada en derecho, lo entiende la señora que es la que al final se está repercutiendo, lo que tú estás escribiendo en este papel y lo entiende el médico de centro de salud cuando se lo llevas.» (P2, GD – MAD).

En síntesis, las aportaciones de los grupos destacan que, en este contexto, se apunta un elemento previo: la necesidad de acordar la importancia de realizar diagnóstico social y de registrarlo, porque se valora que si disponemos de un lenguaje común pero no lo utilizamos, no se van a ver los efectos en la atención a las personas. Respecto a la importancia del diagnóstico recordemos las aportaciones teóricas sobre la metodología de intervención que consideran que, aún no siendo definitivo (como bien señalaban Richmond (2008/1917) y Hamilton (1940)), son un punto de partida para la intervención social; además, el diagnóstico social materializaría en la práctica el objeto del Trabajo Social (ver debate sobre este tema en el apartado 2.2, página 58), puesto que el diagnóstico versa sobre la materia de conocimiento de la disciplina (Ituarte, 1990; Zamanillo, 1999).

En síntesis, respecto del debate sobre el lenguaje homogéneo los grupos de discusión destacan:

- Se utilizan los mismos términos, las mismas palabras, pero se les da un significado distinto según el profesional, el servicio, el ámbito de intervención.
- Se adapta el lenguaje a las expectativas sobre el Trabajo Social o el Sistema en el que se está trabajando, no se mantiene un lenguaje estándar.

El lenguaje homogéneo debe ser:

- Un lenguaje en el que las y los profesionales consensuemos el significado de los conceptos mediante definiciones precisas.
- Ha de ser comprensible y común para todos los profesionales.
- Debemos partir del lenguaje que recibimos a lo largo de la formación básica (estudios de grado).

Se destaca también la importancia de disponer de un lenguaje homogéneo:

- A nivel de profesión, de disciplina, que pueda ampliarse y profundizarse para ámbitos específicos de intervención sin que eso suponga reiniciar los procesos de diagnóstico en caso de participación de varios servicios o sistemas.
- Que sirva para determinar el ámbito de intervención de la profesión, marcar los límites.
- Que pueda ser conocido por otros profesionales y otras personas para que se entienda y se mejore la comunicación.

6.2.1.2 EL USO DE INDICADORES

Abordando el tema del lenguaje homogéneo se planteaba si éste debía consistir en la descripción de indicadores comunes, sobre este tema se debatió en los grupos con profundidad y en este apartado vamos a recoger las principales aportaciones.

El uso de indicadores fue un tema que obtuvo unas valoraciones altas en las distintas variables que se introdujeron en el cuestionario. El uso de indicadores permite la concreción y precisión del lenguaje (M. J. Aguilar, 2013; Regalado, 2017), a la vez que permiten introducir elementos de gradualidad en las situaciones alejándonos del binarismo (Conde, 1998; Healy, 2001), permitiendo, además, generar algoritmos que faciliten la obtención de síntesis de resultados (Euskadi, 2013; Ovejas y Gabantxo, 2006, 2009).

Uno de los primeros temas que se planteó en diversos grupos fue el del **diseño de los indicadores**, puesto que se valoraba que su uso y utilidad dependerían en gran medida de esta fase de diseño. Es relevante recordar que en el Estado español la elaboración de instrumentos ha sido liderada y dirigida por las administraciones públicas y que, a menudo, no ha sido posible identificar las bases teóricas ni la participación de las organizaciones profesionales en su elaboración.

«Sí que es necesario, que se tiene previstos un montón de indicadores y un montón de cosas que tienen que dar, está todo muy medido y esto es muy útil para ser objetivo y para situarnos todos» (P4, GD-MIX).

«Yo creo que el quid está en la ponderación de esos indicadores» (P3, GD-MIX).

«Yo creo que hay unos lineamientos que interactúan un poco. Creo que es súper interesante tener una escala de mínimo o agenda de mínimo, es decir, tener ese marco, que luego, si no cumple los diez criterios o diez ítems indicadores que hemos

establecido para definir lo que es una infravivienda, ¿cuántos cumple?, ¿tres, cuatro? Entonces consideramos. Pero, sí creo que tiene que haber esa agenda mínimos o ese manual de mínimos, pero luego eso va a interactuar con otras variables que son: la frecuencia, la intensidad, la gravedad» (P3, GD-MIX).

«I aquí és on sí que penso que en fa falta el tenir aquests indicadors més objectius, perquè sempre “anem així i xerrem”[lo dice bajando la voz]²⁶¹» (P1, GD-LLE).

«La diferència, jo entenc, que si tu ho fas per blocs, bé, doncs llavors tindràs com una foto, no? De dir, bé, doncs he de potenciar això, aquí hi ha aquestes fortaleces i aquí no, no?²⁶²» (P2. GD-LLE).

«Passa que això és inviable a nivell de temps, però seria interessant potser que als apartats no hi hagués tant una creueta de “grave, intermedio o leve”, sinó poder dir, doncs això: conflicte familiar, en què consisteix. Una mica una petita foto... O sigui, una petita foto... Una pinzellada per ajudar a fer el quadre. És a dir, de tot el quadre, una pinzellada aquí, amb la d'aquí, la d'allà i la d'allà, al final potser faríem una imatge. Però clar, tenint en compte el temps que tenim per atendre a cada persona, el tipus de programes que es fan anar i tot, penso que es complica tot moltíssim a nivell de filar prim²⁶³» (P1, GD-LLE).

Destacaban también quién debía ser el responsable de elaborar estos indicadores y, en este sentido se hicieron aportaciones sobre el papel de los y las profesionales, que deben aportar su conocimiento porque los indicadores no se construyen solos y tampoco explican la realidad por sí sola; nos remitiremos, de nuevo, a la vinculación entre el diagnóstico social y el objeto del Trabajo Social, en la medida que ambos se centran en la materia de conocimiento propia de la disciplina (Ituarte, 1990; Zamanillo, 1999).

«Jo em situo en la disciplina i com a disciplina som nosaltres els que tenim el coneixement. Quan tu estàs fent un buidatge, estàs fent un buidatge del teu

²⁶¹ Trad. «Y aquí es donde sí que pienso que hace falta tener estos indicadores más objetivos, porque siempre “vamos así y hablamos” [lo dice en voz baja]» (GD-LLE)

²⁶² Trad. «La diferencia, entiendo que, si lo haces por bloques, bien, entonces tendrás como una foto, ¿no? Para decir, bien, entonces he de potenciar esto, aquí hay estas fortalezas y aquí no, ¿no?» (P2. GD-LLE)

²⁶³ Trad. «Pasa que esto es inviable a nivel de tiempo, pero sería interesante quizás que en los apartados no haya tanto una crucecita de “grave, intermedio o leve”, sino poder decir, pues esto: conflicto familiar, en qué consiste. Un poco, una pequeña foto... O sea, una pequeña foto... Una pincelada para ayudar a hacer el cuadro. Es decir, de todo el cuadro, una pincelada aquí, con la de aquí, la de allá y la de allá, al final quizás haríamos una imagen. Pero claro, teniendo en cuenta el tiempo que tenemos para atender a cada persona, el tipo de programas que se implementan y todo, pienso que se complica todo muchísimo a nivel de hilar fino» (P1, GD-LLE)

coneixement. Si està ben sistematitzat, i aquella eina s'ha fet a través del coneixement dels professionals²⁶⁴.» (P1, GD – BCN)

«Jo penso que allò que deies abans del saber que ja està fet, que ja està construït, això s'ha d'aprofitar. Nosaltres tenim un saber que hi ha respecte, per exemple, la infància en risc hi ha molt desenvolupat a nivell de diagnòstic i a efectes d'indicadors, hi ha molt de violència de gènere... Vull dir que jo penso que no partim de zero i que hem d'aprofitar tot aquest saber que altra gent ha fet feina abans que nosaltres²⁶⁵.» (P2, GD-BCN)

«Jo el que vull dir és que una cosa és que el sistema en el que treballem que ens porta cap a un cantó o un altre i una altra cosa és la professió. I jo ho sento molt, però soc molt crítica amb la professió. Però soc molt crítica en aquest sentit. Per què no som capaços...? Si en sabem... Si és que... el nivell de coneixement que tenim del que passa a la societat no el té ningú altre²⁶⁶.» (P1, GD-BCN)

Uno de los problemas que se planteaba era el **alcance de los indicadores**, el impacto que puede tener un desarrollo excesivo de los indicadores (el riesgo se podría aplicar, en sentido contrario, si los indicadores fuesen excesivamente generales). En este punto pensamos que es importante situar los instrumentos en el rol que deben desarrollar, un instrumento es una «cosa o persona de que alguien se sirve para hacer algo o conseguir un fin» (RAE, 2014), por lo tanto, un instrumento no sustituye en ningún caso la actividad de la profesional que tiene la misión de interrelacionar los conceptos. Por otra parte, la complejidad de la realidad (Morin, 2009) no permite aprehenderla con un conjunto de indicadores manejable.

«Cuando se puso que todos los profesionales de todos los centros sociales de todos los municipios de la comunidad de Madrid, queríamos que aparecieran todos los detalles de las personas y entonces pusimos tantas variables, que después eso era poco

²⁶⁴ Trad. «Jo me situo en la disciplina y como disciplina somos nosotros quienes tenemos el conocimiento. Cuando estás haciendo un vaciado, estás haciendo un vaciado de tu conocimiento. Si está bien sistematizado, y aquella herramienta se ha hecho a través del conocimiento de los profesionales.» (GD – BCN)

²⁶⁵ Trad. «Pienso que lo que decías antes del saber que ya está hecho, que ya está construido, esto se ha de aprovechar. Tenemos un saber que hay respeto, por ejemplo, la infancia en riesgo hay mucho desarrollado a nivel de diagnóstico y a efecto de indicadores, hay mucho de violencia de género... Quiero decir que pienso que no partimos de 0 y que hemos de aprovechar todo este saber que otra gente ha trabajado antes que nosotras.» (P2, GD-BCN)

²⁶⁶ Trad. «Lo que quiero decir es que una cosa es que el sistema en el que trabajamos, que nos lleva a un lado o a otro, y otra cosa es la profesión. I lo siento mucho, pero soy muy crítica con la profesión. Pero soy muy crítica en este sentido. ¿Por qué no somos capaces...? Si sabemos... Si es que... el nivel de conocimiento que tenemos de lo que pasa en la sociedad no lo tiene nadie más.» (P1, GD-BCN)

útil a la hora de elegir, de todos, la valoración que correspondía al señor que teníamos delante» (P4, GD-MIX).

«Es imposible ajustar esos indicadores a la multitud de realidades con las que nosotros, mejor dicho, con las que la gente vive. Entonces, va a haber un momento en el que no vas a poder describir la situación que estamos viendo o que estamos viviendo, de manera exacta. Ahí hay un espacio que tiene que ver con la valoración profesional, que no vamos a poder obviar. Intentaremos que ese espacio subjetivo, será el menor posible» (GD-MIX).

Además de la complejidad que significa el consenso del lenguaje en un sistema que tenga muchos niveles de desarrollo.

«Todos esos criterios tendrían subindicadores. Cada uno entenderíamos una cosa de esos criterios. [...] A lo mejor esto es infinito, porque de cada subindicador, tendríamos que a su vez hacer un consenso de qué entendemos y llegar a un consenso en el que se diga, ya no lo vamos a desmenuzar más» (P4, GD-MIX).

Además, se pone de relieve que, aún con un buen diseño de indicadores, puede haber una interpretación subjetiva de los mismos.

«[se refiere a la escala de valoración de riesgo de violencia de género de Castilla La Mancha] es un trabajo que está muy elaborado, y está muy validado ese documento. Pero, seguimos trabajando un poco también desde nuestra propia subjetividad. ¿Es un arma un cuchillo?, pues, para quien está todo el día cortando habichuelas, es una herramienta de trabajo. ¿Un destornillador es un arma?» (P3, GD-MIX).

Uno de los temas que más se abordó fue la **utilidad de disponer de estos indicadores que configurasen un lenguaje común** y las aportaciones en los grupos de discusión fueron diversas para encontrar utilidades en distintos ámbitos: desde la perspectiva de la construcción de ese lenguaje común, a la contribución a la objetivación de las situaciones o para la comunicación. Veamos las aportaciones en este sentido.

En primer lugar, los indicadores como elemento de base para la construcción de un lenguaje común, porque contribuyen a acotar situaciones y facilitan la denominación común. Se trata de alcanzar consensos a partir de “desmenuzar” las situaciones y abordar aspectos concretos.

«Podríem arribar a dir que és exclusió, vulnerabilitat o que no hi ha risc, diguéssim, i llavors, en aquests tres àmbits era molt complicat. És impossible perquè hi ha massa

paràmetres, hi ha massa variables i sobretot són massa canviants. Llavors, era molt difícil. Però sí que almenys el que sí que s'ha pogut definir és què entenem per risc d'exclusió econòmica i quines són les variables que, combinades, podem dir que això és risc d'exclusió econòmica²⁶⁷» (P1, GD-GIR).

«I llavors, s'ha d'identificar que hi ha altres quès. Primària no només treballa la inclusió i l'exclusió, sinó que a vegades ha de fer una mirada especialitzada en alguna cosa concreta. Llavors, per exemple, quina és l'altra funció de primària? És detectar risc de desprotecció. Per valorar risc de desprotecció, tu no pots fer només aquesta mirada, tot i que, per exemple, nosaltres els hi diem si una persona està i té indicadors de risc en l'àmbit relacional... no una família, una persona, té indicadors de risc en l'àmbit relacional, pot ser que, depèn de quina sigui la combinació, ja et pots començar a mirar si té risc de desprotecció²⁶⁸» (P2, GD-GIR).

«Jo crec que seria important tenir aquest registre, perquè tenim diferents barems, diferents eines diagnòstiques que ens poden fer una guia, però no tenim el llenguatge com a tal²⁶⁹» (GD-BCN).

Otro de los elementos que se apuntaban como utilidad del desarrollo de indicadores, como parte de este lenguaje común, tiene que ver con la **necesidad de contrarrestar la subjetividad de las valoraciones**, incorporar elementos de objetivación que permitan orientar las observaciones en una misma dirección. En este tema aparece un debate que se remonta a los paradigmas de las ciencias sociales: la subjetividad versus la objetividad. Desde una perspectiva construccionista se defiende que la objetividad estricta (sin comillas, como la denomina Maturana (1997)) no existe en la medida que no existe separación entre el observador y lo observado. Aún así, el ámbito oficial, el de las administraciones públicas y del marco legal, tiene un fuerte componente positivista por el que se exige que haya

²⁶⁷ Trad. «Incluso podríamos decir qué es exclusión, vulnerabilidad o que no hay riesgo, por ejemplo, y luego, en estas tres áreas era muy complicado. Es imposible porque hay demasiados parámetros, hay demasiadas variables y sobre todo son demasiado cambiantes. Entonces, fue muy difícil. Pero al menos lo que se ha definido es lo que queremos decir con riesgo de exclusión económica y cuáles son las variables que, combinadas, podemos decir que se trata de un riesgo de exclusión económica». (P1, GD-GIR)

²⁶⁸ Trad. «Y entonces, hay que identificar que hay otros quès. Primaria no sólo trabaja la inclusión y la exclusión, sino que, a veces, se debe dar una mirada especializado a algo concreto. Así, por ejemplo, ¿cuál es la otra función de Primaria? Es detectar el riesgo de desprotección. Para evaluar el riesgo de desprotección, no sólo se puede hacer esta mirada, aunque, por ejemplo, te decimos si una persona es y tiene indicadores de riesgo en el campo relacional... No una familia, una persona, tiene indicadores de riesgo en el campo relacional, puede ser que, dependiendo de la combinación, se puede empezar a ver si usted tiene riesgo de desprotección.» (P2, GD-GIR)

²⁶⁹ Trad. «Creo que sería importante tener este registro, porque tenemos diferentes barems, diferentes herramientas diagnósticas que nos pueden servir de guía, pero no tenemos el lenguaje como tal» (GD-BCN).

objetividad en el sentido de “capacidad de demostrar” aquello que se afirma. Aunque pueda parecer un contrasentido, debemos recordar que la subjetividad propuesta por el construccionismo parte de la construcción por consensos, así pues, el uso de indicadores puede contribuir a la construcción de estos consensos, a la par que fijar las bases para la demostración o comprobación formal de los hechos, tal como se exige en los marcos normativos y administrativos.

«Pero en la medida que vamos teniendo documentos y herramientas que nos ayudan a verificar la subjetividad, las vivencias, e influirían también por igual, en esa medida vamos aprendiendo a ver lo que es mío y lo que es no» (P2, GD-MIX).

«Es que es importantísimo que tengamos un documento, al que podamos ir para poder manejar mínimamente y hacer un diagnóstico con un mínimo de objetividad, sabiendo que nos situamos en todos esos contextos, que lógicamente nos están influyendo» (P4, GD-MIX).

«Yo había pasado una *eina* [herramienta] y yo le estaba hablando muy objetivamente y muy rigurosamente y esto tiene una cosa buena y es eso: que somos muy rigurosos y, de alguna manera, sabemos de qué estamos hablando. Otra cosa es que tú no estés de acuerdo. Pero yo le decía: “tú puedes estar de acuerdo o no, pero de trabajo social no tienes ni idea”» (P1, GD-BCN).

Los indicadores, tal como hemos venido afirmando, son una guía para el desarrollo del diagnóstico, pero aún podemos ir más allá y considerarlos como una herramienta para el desarrollo de la actividad profesional en la medida que sirven para el seguimiento de la evolución de la situación, en el sentido del método encabalgado y retroactivo que propone M-J. Aguilar (2013).

«Per mi és més important el fet que hakis de pensar amb indicadors molt concrets i molt descriptius de cada bloc. Penso que a nivell professional i de cara a la intervenció és millor això, el fet d’haver-ho de recollir, de “reflexar” i de “destripar” una mica cada un²⁷⁰» (P1, GD-LLE).

«El que passa és que aquest tipus d’escales, que tu dius són més de fase diagnòstica, són també d’intervenció. Totes aquestes escales són útils per treballar directament amb

²⁷⁰ Trad. «Para mi es más importante el hecho que tengas que pensar con indicadores muy concretos i muy descriptivos de cada bloque. Pienso que, a nivel profesional y de cara a la intervención es mejor esto, el hecho de tener que recogerlo, de “reflejar” y de “destripar” un poco cada uno » (P1, GD-LLE)

la família i per treballar aspectes. És que a vegades, el diagnòstic i la intervenció no està separat, es va fent... I és un procés i es va treballant a la par. Llavors, clar, per mi és molt significatiu el paper que té la persona en aquesta... en les escales²⁷¹» (GD-GIR).

«Hi ha un mapa de les situacions que més dificultats presenta aquella persona i, a partir d'allí també és una forma, una base que tu tens perquè tinc el mapa, vaig a començar a construir per on he de començar a treballar que és lo que tenim que anar millorant, si es una situació de vulnerabilitat o de risc, és a dir, també és una eina que t'ajuda a poder elaborar tot el tema d'intervenció, faràs un mapa dels punts de risc, de dificultat i els punts forts per disminuir el risc²⁷²» (P1, GD-TAR).

«[habla de los distintos servicios] que tots tinguin com una mateixa idea de quines són les problemàtiques principals, de quins són els indicadors que nosaltres hem de tractar i que tots unifiquem una miqueta la intervenció, que anem una mica en la mateixa direcció.... Si jo no ho anoto i no ho reflecteixo d'aquella manera en el llenguatge correcte, si passa alguna cosa, els de serveis d'emergències, que la companya pugui a partir d'allí treballar; si jo no ho he explicat bé o no ho he especificat bé o no s'ha reflectit bé, doncs ja anirem coixos.»²⁷³» (P2, GD-TAR).

«Sempre he estat molt escèptica amb el tema aquest de les eines diagnòstiques i tinc que reconèixer que van bé. Tot i que jo prefereixo l'autodiagnòstic i prefereixo el diagnòstic aquest narratiu, prefereixo més, això que no pot substituir mai les habilitats comunicacionals²⁷⁴» (P2, GD-BCN).

«Pero sí, creo que hay ítems, que pueden ayudar a dar mucha información en el sentido dé... ¿Quién ha provocado la crisis para llegar hasta aquí? ¿Quién ha movilizado a la

²⁷¹ Trad. «Lo que pasa es que este tipo de escalas que tú dices son más de fase diagnóstica, son también de intervención. Todas estas escalas son útiles para trabajar directamente con la familia y para trabajar aspectos. Es que a veces, el diagnóstico y la intervención no está separado, se va haciendo ... Y es un proceso y se va trabajando a la par. Entonces, claro, para mí es muy significativo el papel que tiene la persona en esta ... en las escalas» (GD-GIR).

²⁷² Trad. «Hay un mapa de las situaciones que más dificultades presenta esa persona y, a partir de allí también es una forma, una base que tú tienes porque tengo el mapa, voy a empezar a construir por donde tengo que empezar a trabajar, qué es lo que tenemos que ir mejorando, si es una situación de vulnerabilidad o de riesgo, es decir, también es una herramienta que te ayuda a poder elaborar todo el tema de intervención, harás un mapa de los puntos de riesgo, de dificultad y los puntos fuertes para disminuir el riesgo» (GD-TAR).

²⁷³ Trad. «Que todos tengan una misma idea de cuáles son las problemáticas principales, de cuáles son los indicadores que nosotros tenemos que tratar y que todos unificamos un poquito la intervención, que vayamos un poco en la misma dirección. Si yo no lo anoto y no lo reflejo de aquella manera en el lenguaje correcto, si pasa algo, los de servicios de emergencias, que la compañera pueda a partir de allí trabajar; si yo no lo he explicado bien o no lo he especificado bien o no se ha reflejado bien, pues ya iremos cojos» (P2, GD-TAR).

²⁷⁴ Trad. «Siempre he sido muy escéptica con este tema de las herramientas diagnósticas y he de reconocer que van bien. Aunque yo prefiero el autodiagnóstico y prefiero el diagnóstico este narrativo, prefiero más, esto que no puede sustituir nunca las habilidades comunicacionales» (P2, GD-BCN).

persona? ¿Si la movilización ha sido propia? ¿Si ha sido dentro del ámbito familiar? ¿Cuál ha sido el incidente que ha provocado que lleguen hasta aquí? Esos datos, yo creo que son relevantes, pero tanto como establecer la estrategia» (GD-AND).

Una de las opciones que se planteaba era la validez, o no, de un índice sintético, a modo de conclusión. En este sentido, se han tomado como referencia los instrumentos que proponen este tipo de índice (Diagnóstico Social-Euskadi y DS-DIBA), así como los instrumentos derivados de la aplicación normativa (Ley 39/2006, de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia).

«A mí lo que me interesa y por lo que yo creo firmemente en el trabajo social es porque hay que trabajar con la persona, a mí no me sirve decir: situación de vulnerabilidad, “uy, anda entre Pinto y Valdemoro”, o sea, no, ¿por qué ha llegado ahí? ¿Qué puedo hacer para que no pase a exclusión? ¿Y qué puedo hacer para que pase a la zona de inclusión?» (P2, GD-MAD).

«Hi hauria d’haver un requadre on sintetitzéssim la situació i l’anéssim actualitzant quan fes falta. Igual que el curs clínic, perquè sinó doncs per saber què va dir el psicòleg que l’està atenent, que no hagi d’anar quatre pantalles enrera, perquè entre mig l’ha vist el neuròleg....²⁷⁵» (GD-BCN).

[en referencia a las categorías inclusión, vulnerabilidad y exclusión] «això ajuda a quan tu crees l’indicador sintètic orientes l’exploració cap aquí. És que potser la clau és que han d’existir els indicadors sintètics²⁷⁶» (GD-GIR).

En cuanto a la utilidad de un modelo de diagnóstico basado en indicadores se destaca la necesidad que tenga un **soporte integrado en los sistemas de gestión de expedientes sociales** para que sea práctico tanto para su uso individual como para la explotación de datos.

“Llavors, si poguéssim homogeneïtzar i validar, perquè lo important sembla ser que es validar, i que això estigui dintre del programa informàtic, doncs seria una altra cosa, però si tu aquest indicador l’has de tenir fora, com fèiem amb el paper que vam dir, i

²⁷⁵ Trad. «Debería haber un recuadro donde sintetizásemos la situación y la fuéramos actualizando cuando hiciera falta. Al igual que el curso clínico, porque sino pues para saber qué dijo el psicólogo que lo está atendiendo, que no tenga que ir cuatro pantallas atrás, porque entre medio la ha visto el neurólogo» (GD-BCN)

²⁷⁶ Trad. «Esto ayuda a cuando tú creas el indicador sintético orientas la exploración hacia aquí. Es que tal vez la clave es que deben existir los indicadores sintéticos.» (GD-GIR)

després passar-ho a l'ordinador, arriba un moment en tampoc te sents [còmode]²⁷⁷» (GD-LLEI).

«Ara bé, sí que hi ha un element que pot ser canalitzador d'aquesta homogeneització que pot ser l'eina Hèstia, que, d'alguna manera, a través de les seves caselles, et marquen indicadors, et marquen categories, et marca processos, d'alguna manera, que poden servir-te²⁷⁸» (P3, GD-TAR).

Un aspecto interesante que se apuntó fue el de considerar que el diagnóstico en forma de concepto único, la “etiqueta” fuese un elemento para comunicarse, no para relacionarse con la persona usuaria o para elaborar el plan de intervención y lo expresaban de la siguiente manera. En este sentido se pronunció Turner (2002) advirtiéndolo que el etiquetaje no es un diagnóstico, que no se debe confundir una actividad con la otra.

«Es más, la etiqueta es para afuera, la etiqueta no es tanto para nuestro ámbito de intervención, porque para nuestro ámbito de intervención lo importante es lo de atrás. Esa etiqueta es para afuera principalmente, es porque nos las está pidiendo la empresa de agua, la empresa de luz, de vivienda, para tener subvenciones de no sé qué, el otro organismo que tiene la subvención de empleo, para poder meterlo en unos planes de empleo. Yo creo que esa etiqueta no es tanto para el ámbito del trabajo social, sino, como para relacionarnos con los otros ámbitos» (P5, GD-MIX).

Lo que también implica tener confianza en la valoración que otros profesionales realizan, contribuyendo, también, a aportar seguridad y criterio a profesionales con menos experiencia.

«Pero es verdad que, si partimos de que todos vamos a tener un criterio similar para valorar casos, pues tenemos que tener un cierto acto de fe» (P3, GD-MIX).

«Al que tiene menos experiencia, esto le aporta seguridad» (P3, GD-MIX).

²⁷⁷ Trad. "Entonces, si pudiéramos homogeneizar y validar, porque lo importante parece ser que es validar, y que esto esté dentro del programa informático, pues sería otra cosa, pero si tú este indicador debes tenerlo fuera, como hacíamos con el papel que dijimos, y luego pasarlo al ordenador, llega un momento en tampoco te sientes [cómodo]» (GD-LLEI).

²⁷⁸ Trad. «Ahora bien, sí hay un elemento que puede ser canalizador de esta homogeneización que puede ser la herramienta Hestia, que, de alguna manera, a través de sus casillas, te marcan indicadores, te marcan categorías, te marca procesos, de alguna manera, que pueden servirte» (P3, GD-TAR).

«I jo soc una inexperta fent diagnòstics, aquesta la primera, però potser si tenim unes eines que sí que ens ajuden, aquest diagnòstic sí que és més fàcil²⁷⁹» (GD-LLE).

«Yo creo que hay necesidad de tener algo, algo que sea clave, para que se pierda, o sea, para que esos prejuicios y estereotipos que tengas, tengas un poco más de cuidado» (P1, GD-MAD).

Por último, también se abordaron los **límites y los riesgos a los sistemas de indicadores** como base del lenguaje común. Algunos de estos límites señalados tienen que ver con la alta variabilidad de los diagnósticos sociales y el hecho que los sistemas han de permitir la adaptación a las nuevas situaciones que van surgiendo, pero también surgen dudas respecto a los usos que se puedan hacer. Se apuntan dos riesgos principales: el etiquetaje y el automatismo. Respecto al etiquetaje ya hemos comentado las aportaciones de Turner (2002) que afirma con rotundidad que un “diagnóstico no es un etiquetaje”; siguiendo con las orientaciones metodológicas de Hamilton (1940) el diagnóstico es un proceso complejo que requiere de tres fases (descriptiva, analítica y evaluativa), el etiquetaje no responde a este proceso, puede a lo sumo ser una síntesis, pero no puede en ningún caso substituir el proceso. El segundo riesgo es el del automatismo, es decir, la posibilidad que se caiga en la tentación de simplificar los procesos y de vincular los diagnósticos con un tratamiento estandarizado; respecto a este tema nos advierte Amaya Ituarte (2017, p. 98) y considera que el automatismo no es factible por dos motivos: que el diagnóstico es un proceso conjunto entre dos partes (profesional y persona atendida) y la singularidad de la situación y de la relación entre ambos hace imposible el establecimiento de automatismos.

«Claro, si tú te pones a reconocer situaciones concretas al final estás etiquetando» (P2, GD-MAD).

«Pero, no un cuadradito dónde, te ponga, resultado final, igual a las sumas. Exclusión social y de turno, hasta luego. Pero, yo creo que es eso, porque, cómo no se hace realmente trabajo social, tú necesitas algo para fijarte en la persona. Y al final, la terminas etiquetando. Pero, por eso, porque, no hay tiempo de hacer una, no hay tiempo o ganas, no sé, cómo va a ser aquí» (P2, GD-MAD).

²⁷⁹ Trad. «I jo soy una inexperta haciendo diagnósticos, esta la primera, pero quizás si tenemos unas herramientas que sí que nos ayuden, este diagnóstico sí que es más fácil» (GD-LLE).

«A mí me gusta esto de los sistemas, pero me gusta, como ya habíamos dicho en otra... que habían dicho otras compañeras mías, como una cosa orientativa. Aquí veo un riesgo brutal de que se convierta en una biblia y diga blanco y en botella, punto: desamparo. O esto, esto y esto, da lugar a esto, sumo esto y esto. ¿Por qué? Porque es bastante más cómodo y bastante más rápido. La cual cosa desvirtúa todo lo que puede llegar a ser el profesional, porque al fin y al cabo eso lo hace una administrativa, no nos engañemos, porque para este viaje no hace falta alforjas» (P1, GD-BCN).

«De la mateixa manera, em diuen “ja t’he fet el diagnòstic social”. “Perquè t’estic dient que aquesta família té una inestabilitat econòmica”. I li dic “no, t’ho estàs mirant com un indicador”. I, per tant, per mi, els títols aquests són indicadors que s’han d’estructurar amb alguna cosa més. S’ha de fer tot un treball d’estructurar què representa per la vida d’aquesta persona o per les circumstàncies que t’està plantejant²⁸⁰» (GD-GIR).

En síntesis, en relación con los indicadores las principales aportaciones de los grupos de discusión son las siguientes:

— En relación con el diseño de los indicadores

- Es necesario encontrar el equilibrio entre la precisión de los indicadores para describir situaciones reales y la usabilidad de estos indicadores en cuanto a su número y variedad.
- Los indicadores deben estructurarse por bloques o ámbitos para garantizar la precisión de los resultados.
- Los indicadores deben ser descriptivos y graduados según distintas situaciones en un mismo ámbito.
- Deben ponderarse los indicadores y los ámbitos en un marco global.
- El liderazgo en el diseño y elaboración de indicadores debe partir de las disciplinas, contando con todos sus ámbitos (profesional, académico, investigador), aportando su conocimiento y el saber ya construido. Los sistemas de protección social (políticas sectoriales) deben participar, pero sin tomar el papel de liderazgo puesto que se trata de un conocimiento profesional, no de sistema.

²⁸⁰ Trad. «Del mismo modo, me dicen" ya te he hecho el diagnóstico social". "Porque te estoy diciendo que esta familia tiene una inestabilidad económica". Y le digo "no, te lo estás mirando como un indicador". Y, por tanto, para mí, los títulos estos son indicadores que deben estructurarse con algo más. Hay que hacer todo un trabajo de estructurar que representa para la vida de esta persona o por las circunstancias que te está planteando» (GD-GIR).

- En relación con las utilidades del uso de indicadores en el proceso de construcción del lenguaje homogéneo
 - Construir lenguaje común y homogéneo sobre la base de indicadores descriptivos.
 - Contrarrestar la subjetividad de las valoraciones.
 - Homogeneizar criterios de valoración.
 - Orientar hacia un proceso metodológico y de reflexión y valoración profesional.
 - Los indicadores pueden usarse tanto en el momento diagnóstico como durante la intervención, para identificar nuevas situaciones y cambios en las situaciones diagnosticadas.
 - Identificar fortalezas y debilidades en la medida que los indicadores gradúan diversas situaciones.
 - Sistematizar el registro de los diagnósticos sociales.
 - Compartir la información con otros profesionales de la misma disciplina, con profesionales de otras disciplinas y con las personas a las que se atiende.
 - Un sistema de diagnóstico basado en indicadores puede ser de gran ayuda para profesionales que inician su actividad profesional, tanto de manera general como en ámbitos concretos de trabajo.
 - La disponibilidad de un índice sintético, a modo de conclusión diagnóstica, suscita posiciones contradictorias; desde reconocer la utilidad para la comunicación exterior (con otros sistemas o profesionales) a considerar que no es útil a efectos de elaboración de planes de intervención ni en la interlocución con las personas atendidas.
- En relación con el uso que se debería dar a un sistema basado en indicadores:
 - Son un instrumento para la valoración profesional, la complementan, no la substituyen.
 - Deben integrarse en los sistemas de gestión de expedientes sociales para ser útiles.
 - El contexto institucional marca la orientación de la intervención social y limita aquellos procesos que puedan suponer la dedicación de tiempo a unos límites que pueden dificultar implementar modelos basados en indicadores.
- En los grupos se alerta de un posible riesgo: la simplificación del proceso de elaboración de diagnóstico a la recogida de indicadores sin incluir el proceso valorativo e, incluso, que pueda verse anulada la valoración diagnóstica, tanto la profesional como la participación de la persona usuaria.

6.2.1.3 LENGUAJE ADAPTADO A LA PERSONA

Disponer de un lenguaje adaptado a las personas, es decir, un lenguaje sencillo sin tecnicismos fue una de las opciones que mayor puntuación obtuvo en el cuestionario cuando se preguntaba sobre elementos necesarios para la formulación del diagnóstico.

En los grupos de discusión, para presentar este bloque de preguntas, se tomó como referencia el instrumento Outcome StarTM (ver el apartado 4.6.4., pág. 260), presentándolo como un ejemplo de instrumento totalmente escrito desde la perspectiva de las personas atendidas y no desde la perspectiva profesional.

El instrumento Outcome StarTM, o mejor dicho, el conjunto de instrumentos se fundamenta en los principios del empoderamiento, la colaboración y la integración (MacKeith, 2011, p. 100) y se fundamenta en el modelo de atención centrado en la persona y el enfoque basado en fortalezas y el de coproducción (Triangle Consulting, 2020b).

A partir de este ejemplo concreto se abordaron diversos temas: la participación de la persona, el rol profesional y las adaptaciones necesarias para el trabajo profesional.

El instrumento presentado llevó a participantes provenientes del ámbito de la salud a hacer una comparación con una escala bastante utilizada en el ámbito sanitario que es la escala de valoración del dolor (Carvajal et al., 2013) que precisamente valora la percepción subjetiva de la persona en relación con diversos síntomas que siente²⁸¹. La subjetividad, entendida como vivencia, está presente en las definiciones del objeto del Trabajo Social que hacen distintas autoras (Conde, 1998; Zamanillo, 2018) que, precisamente, ponen el acento en la percepción que las personas tienen de su situación.

«Según lo decías, me recordaba este baremo del dolor, que yo algunas veces lo he pensado, en el ámbito sanitario. Ese dolor es subjetivo, entonces, tienes esta escala, hasta dónde tú consideras que tienes dolor y hasta dónde consideras que es importante medicarte, para paliar ese dolor, con estas otras consecuencias que puede tener o que no» (P1, GD-MAD).

La participación de las personas en su proceso es uno de los elementos claves en un instrumento de este estilo. De nuevo, en este punto, aparece el tema de los roles en el que ya

²⁸¹ La escala Edmonton recoge determinadas circunstancias (dolor, cansancio, náusea, inapetencia, etc.) y le pide a la persona que valore de 0 a 10 como se siente; por ejemplo: 0 es nada de dolor y 10 el peor dolor que pueda imaginar. Se trata de una escala de valoración subjetiva de la persona. (Carvajal et al., 2013)

hemos destacado las aportaciones de Whittington (2007), especialmente su definición de modelos de relación en torno a la elaboración del diagnóstico social, identificando distintos liderazgos y participaciones que pueden venir determinados por la función a desarrollar o la situación (ver Ilustración 5 en página 178).

«Como que es un baremo que la propia persona del otro lado tiene que plantear hasta dónde, para ella, ese problema está generando un conflicto y quiere plantearse estrategias para resolverse. Identificándolo un poco con el baremo del dolor, que en algunos casos se han hecho estudios de ansiedad y tal, y hay unas escalas ahí» (P1, GD-MIX).

«Es que yo no lo veo como un cuestionario diferente, yo lo veo, desde que el diagnóstico social es una valoración y un trabajo conjunto con la persona y que vas a ir construyendo. Es un poco esa traducción, pero, que entienda con este valor que no es algo inalcanzable» (P2, GD-MIX).

«Més que tenir a veure amb el llenguatge, té a veure amb la percepció i les expectatives de l'anàlisi que fa la persona atesa del seu problema i l'anàlisi que podem fer nosaltres²⁸²» (P1, GD-GIR).

«Jo crec que aquest instrument està molt bé i pot ajudar molt a les famílies, però jo ja no sé si és pel perfil d'usuaris que atenem que, quan plantejes treballar segons quins aspectes, es tanquen. Venen a resoldre la demanda i...[Están aquí. Están en *estancado*]. I llavors dius, doncs va, anem a fer alguna cosa, per canviar... porta una llista del que a tu et preocupi, no del que a mi... I ja no continuem. I per això jo el veig una mica complicat. Què seria ideal? Sí.²⁸³» (GD-LLE).

Se plantea, también, en los grupos de discusión el contexto y que significa el lenguaje de las personas; en algunos casos se pone de relieve el aspecto relacional como base para esta comunicación, mientras en otros se considera que para dar voz a las personas no se necesitan instrumentos específicos.

²⁸² Trad. «Más que tener que ver con el lenguaje, tiene que ver con la percepción y las expectativas del análisis que hace la persona usuaria de su problema y el análisis que podemos hacer nosotros.» (P1, GD-GIR)

²⁸³ Trad. «Yo creo que este instrumento está muy bien y puede ayudar mucho a las familias, pero yo ya no sé si es por el perfil de usuarios que atendemos que, cuando planteas trabajar según qué aspectos, se cierran. Vienen a resolver la demanda y ... [Están aquí. Están en *estancado*]. Y entonces dices, pues, vamos a hacer algo, para cambiar ... lleva una lista de lo que a ti te preocupe, no de lo que a mí ... Y ya no seguimos. Y por eso yo lo veo un poco complicado. ¿Que sería ideal? Sí» (GD-LLE).

«Yo aquí creo que el tema [es] relacional, a veces la pregunta de un trabajador social o de un educador la hace según quien y no molesta a la familia o a la persona y la hace según quien y sí [molesta]. Yo creo que todas estas herramientas se tienen que basar mucho en la relación, en saber cómo estás situado con esa familia» (P3, GD-BCN).

«Porque no será igual cómo pregunto yo en una mediación, si es que estoy haciendo una mediación, o en una escuela o en el despacho mío, por ejemplo. Quiero decir que el encuadre y el servicio en el cual trabajamos. El encuadre para mí es básico. En función de eso entiende la otra persona las preguntas y la relación porque estás haciendo estas preguntas y explorando esta situación» (P4, GD-BCN).

«Però és que jo em fa pensar molt en quan hi ha hagut un enfocament en el que s'ha treballat molt professionalment des de fora i dir doncs a aquesta persona li passa això, això i això, i ara fer lo que calgui, sempre des de fora, amb diagnòstics que no reflecteixen ni agafen a la pròpia persona. I, llavors, es passen al costat contrari. Per mi treballar amb el llenguatge de la persona no és això. Perquè la persona ja parla i ja té veu i, per tant, si estic fent un diagnòstic ja té veu en aquest diagnòstic, perquè l'estem... Tota l'estona passa de tu a mi. No és un partit de tenis, però estem tota l'estona... Aquell dia m'estaves dient això, no? I, llavors, per mi és utilitzar les seves paraules, de tant en tant, o les coses que hem anat parlant i tornar-les a posar sobre la taula per tornar-li a donar veu.²⁸⁴» (GD-GIR).

En relación con este lenguaje adaptado a las personas se planteaba, entonces, la necesidad de disponer de dos lenguajes: uno adaptado a las personas y otro técnico para el ámbito oficial. Nos planteamos en este punto que, más allá de la visión constructorista del lenguaje, de entenderlo como constitutivo del conocimiento, es también, y por encima de todo el vehículo para la interacción entre las personas, que son, precisamente, las que generan el conocimiento (Gergen, 1996). Las participantes hicieron hincapié en el hecho que habitualmente debían realizar tareas de “traducción” de documentos con las personas a las que atendían y que, por

²⁸⁴ Trad. «Pero es que a mí me hace pensar mucho en cuando ha habido un enfoque en el que se ha trabajado mucho profesionalmente desde fuera y decir, pues a esta persona le pasa esto, esto y esto, y ahora hacer lo que sea necesario, siempre desde fuera, con diagnósticos que no reflejan ni captan a la propia persona. Y, entonces, se pasan al lado contrario. Para mí trabajar con el lenguaje de la persona no es eso. Para que la persona ya habla y ya tiene voz y, por tanto, si estoy haciendo un diagnóstico ya tiene voz en este diagnóstico, porque la estamos ... Todo el tiempo pasa de ti a mí. No es un partido de tenis, pero estamos todo el rato ... Ese día me estabas diciendo eso, ¿no? Y, entonces, para mí es utilizar sus palabras, de vez en cuando, o las cosas que hemos ido hablando y volverlas a poner sobre la mesa para volverle a dar voz.» (GD-GIR)

tanto, no debería ser un inconveniente o, incluso, adaptaciones del lenguaje para otros profesionales o sistemas.

«Hi havia casos que deia “quan rebis aquesta carta, si vols la llegim junts”. Vine perquè sinó ja sé que s’enfadarien, “rebràs una carta una mica estranya, de la Generalitat, vine i la llegim junts.” I era una manera de que no arribessin enfadats. Clar, llegien: “desemparo”. “¿Yo, desemparado?”. Clar potser el llenguatge de la relació és molt adaptable, ens adaptem bé a aquest llenguatge²⁸⁵» (GD-TAR).

«Yo eso lo veo como una adaptación del lenguaje y no deja de decir algo diferente, que lo que recoge por ejemplo el indicador de desprotección de la salud o la adherencia al tratamiento. ¿Cómo le dices? ¿Usted tiene adherencia al tratamiento? No va a saber qué es adherencia al tratamiento. ¿Qué ítems me dices si tú estás...? Lo estoy construyendo contigo en el diagnóstico y a mí me va a dar ese resultado, al final, también que sirve para traducir y para hacer la devolución a esa persona, si lo hemos construido en conjunto, no te tiene porque extrañar, porque ya lo hemos ido trabajando. No es pasar nada independiente, o yo lo entiendo así. Es un poco esa traducción de decir, esto significa esto, ¿cuántas pastillas te tomas? Tienes este problema de salud y resulta que no tomaste en toda la semana nada, entonces, ¿tú consideras que estás siguiendo el tratamiento? O sea, es trabajoso para el tiempo que tenemos, que muchas veces es limitado» (P2, GD-MIX).

«Claro, pero cuando tú, ya tienes un informe construido, aunque sea, en lenguaje de calle, tú ya lo tienes hecho, o sea, pasarlo al otro lenguaje, no te tiene que suponer sí, tienes los conceptos claros, evidentemente, porque, tú, ya lo más difícil lo tienes hecho, que es construir ese informe. Lo más gordo es construirlo, luego tienes que ir palabras a una pequeña forma de expresarte o de escribirlo de sintetizar matices, pero, lo más gordo, qué es lo que más trabajo mental te lleva es, elaborar eso» (P2, GD-MAD).

«Quin significat té per cada servei el que hagi dit. Per un mestre, per un treballador social de la DGAIA, per un no sé... no? Cadascú tindrà un significat diferent. Llavors

²⁸⁵ «Había casos que decía “cuando recibas esta carta, si quieres la leemos juntos”. Ven porque sino ya sé que enfadarían, “recibirás una carta un poco extraña, de la Generalitat, ven y la leemos juntos”. Y era una manera de que no llegaran enfadados. Claro, leían: "desemparo". "¿Yo, desamparado?". Claro, quizás el lenguaje de la relación es muy adaptable, nos adaptamos bien a este lenguaje.» (GD-TAR)

tenim que traduir amb què detecta cada servei i quines àrees d'intervenció²⁸⁶» (P1, GD-TAR).

«Sí que és cert que si fas un informe social a petició de l'usuari el fas d'una manera i si és a petició d'un altre company o d'una altra administració el fas d'una altra. [P1]

Jo penso que sí que fem anar un doble llenguatge. Potser el que no està és estipulat, però se fa. [...] I quina informació poses i... [P2] La qualitat i la manera. I el que dius. [P3] Sí, sí. La informació que dones i la manera d'explicar-la. [P2]²⁸⁷» (P1, P2 i P3, GD-LLE).

En síntesis, en relación con el lenguaje adaptado a las personas, podemos obtener las siguientes conclusiones:

- Conceptualmente se trata de una apuesta interesante, el uso de instrumentos que recojan la percepción de las personas en primera persona, porque se trata de incorporar la visión subjetiva de las propias personas sin traducción profesional, se destaca la similitud con las escalas de dolor o de sintomatología usadas en el ámbito sanitario.
- Desde la perspectiva de la participación de las personas se destaca, por encima n los siguientes elementos:
 - Un instrumento orientado desde la perspectiva de la persona usuaria ayuda a la reflexión de la propia persona en relación con su situación, identificar su malestar, identificar las acciones que ha emprendido y sus resultados, etc.
 - Supone un modelo de trabajo de construcción conjunta entre profesional y persona usuaria.

6.2.1.4 SISTEMATIZAR ESTRATEGIAS Y RESULTADOS

El cuarto bloque que se abordó en los grupos de discusión fue el de la sistematización de estrategias y resultados. Entendemos por sistematizar «organizar algo según un sistema» (RAE, 2014), lo que implica una clasificación. Reconociendo las dificultades de sistematizar las situaciones de malestar social y/o situaciones-problema que conformarían una parte del

²⁸⁶ Trad. «¿Qué significado tiene para cada servicio lo dicho? Para un maestro, por un trabajador social de la DGAIA, por un no sé ... ¿no? Cada uno tendrá un significado diferente. Entonces hemos de traducir con lo que detecta cada servicio y qué áreas de intervención» (P1, GD-TAR)

²⁸⁷ «Sí que es cierto que si haces un informe social a petición del usuario lo haces de una manera y si es a petición de otro compañero o de otra administración lo haces de otra. [P1] Yo pienso que sí usamos un doble lenguaje. Quizás lo que pasa es que no está estipulado, pero se hace. [...] I qué informació pones y ... [P2] La qualitat i el modo. Y lo que dices. [P3] Sí, sí. La información que mujeres y la manera de contarla [P2]».

diagnóstico social, también aparecía la necesidad de identificar las fortalezas, las estrategias utilizadas por las personas y los resultados obtenidos.

Se valoraba si, más allá de algunas actitudes y aptitudes que podían ser catalogadas era posible sistematizar las estrategias desarrolladas por las personas y los resultados, de manera que se pudiesen incorporar en un instrumento estandarizado de diagnóstico social. Hemos visto que algunos instrumentos (por ejemplo, DS-DIBA (Manzano et al., 2019)) han clasificado algunos de estos elementos como factores de protección y factores de riesgo.

En los grupos se reconocía la dificultad de esta sistematización, por la diversidad de situaciones y estrategias, a la par que su utilidad en un futuro, si se pudiese trabajar en esta sistematización, para orientar planes de intervención y evaluar estrategias.

Uno de los temas que se plantearon es este bloque fue la utilidad de la sistematización y se vinculaba con los factores de protección y la posibilidad de recoger y sistematizar información que ahora se comparte de manera informal; también se abordó qué estrategias debían sistematizarse, las profesionales o las de la persona, por que, aunque en fases distintas, se planteó la recogida sistemática de ambas.

«Pero sí, creo que hay ítems, que pueden ayudar a dar mucha información en el sentido de ¿Quién ha provocado la crisis para llegar hasta aquí? ¿Quién ha movilizado a la persona? ¿Si ha sido por iniciativa propia? ¿Si ha sido dentro del ámbito familiar? ¿Cuál ha sido el incidente que ha provocado que lleguen hasta aquí? Esos datos, yo creo que son relevantes, pero tanto como establecer la estrategia» (P1, GD-AND).

«Claro, es que eso se llama, tipo de trabajo, con la familia, para saber puntos en común. Porque, muchas veces, es verdad que te pasa algo, no lo ves claro, otra persona externa te dice, pues prueba con esto y nunca te hubieras imaginado que eso va al día, y te vale» (P1, GD-MAD).

«El PACT²⁸⁸ es la búsqueda de un modelo nuevo de intervención, desde las actitudes, desde lo positivo de los usuarios. Es algo que se ha trabajado mucho en el PACT. Las potencialidades y las estrategias que el propio usuario ha estado desarrollando o poniendo en práctica, para intentar salir de su situación» (P2, GD-MIX).

²⁸⁸ PACT es el acrónimo inglés de “Modelo proactivo orientado a la gestión de caso” (Pro Active Case-based Targeted model), se trata de un proyecto de innovación social financiado por la Unión Europea y desarrollado, entre otros sitios, en Castilla – León. (PACT, 2017)

«Sí, perquè està lligat amb els factors de protecció de les persones, la part positiva de les problemàtiques i tot això que hem dit. Si les persones tenen estratègies, els funcionen o no els funcionen, però almenys les tenen, i tenen capacitat d'anar modificant-les, aquests factors de protecció, que aniria molt bé per ficar el focus cap allà i anar... Jo crec que sí. Ara, ho veig una mica difícil²⁸⁹» (P1, GD-TAR).

«Jo ho veig una mica com el que dèiem dels indicadors. Tindre com un mapa una mica, perquè quan ho explicaves pensava que ahir a a la tarda es vam sentar tres companyes al despatx i una companya ens va explicar una situació i cadascuna li va dir una cosa diferent. I me'n recordo de dir-li: "a mi això amb una usuària em va anar bé, fes-ho d'aquesta manera perquè a mi em va anar bé". Però clar, tampoc no és la veritat absoluta, però bé, hi ha d'haver com una pauta, un camí, una cosa que vaig provar jo i em va servir. Llavors va dir "bé, doncs recollim-ho". O el que deies tu, recollir-ho-ho d'alguna manera, perquè si algun altre company té algun dubte en un moment determinat. Què vau fer vosaltres? I ho diem en veu alta. Ah, doncs vam fer això i allò. Doncs reproduïm-ho. Doncs sí que seria bo, però hauria de ser un document una mica àgil, una mica...²⁹⁰» (P2, GD-TAR).

«I, a més a més, clar, estic d'acord amb la importància de sistematitzar les estratègies de les persones, però també sistematitzar les estratègies dels professionals²⁹¹» (GD-LLE).

Otro tema que se planteó fue la metodología para llevar a cabo esta recogida sistemática y qué estrategias debían sistematizarse, si cualquiera o solo aquellas que tienen un impacto positivo en la situación. Se tiene en cuenta para valorar esta posibilidad la complejidad de las situaciones individuales y el hecho, como señala Amaya Ituarte (2017) que en la relación de

²⁸⁹ Trad. «Sí, porque está ligado con los factores de protección de las personas, la parte positiva de las problemáticas y todo lo dicho. Si las personas tienen estrategias, les funcionan o no les funcionan, pero al menos las tienen, y tienen capacidad de ir modificándolas, estos factores de protección, que iría muy bien para meter el foco hacia allí e ir ... Yo creo que sí. Eso sí, lo veo un poco difícil.» (P1, GD-TAR).

²⁹⁰ Trad. «Yo lo veo un poco como lo que decíamos de los indicadores. Tener como un mapa un poco, porque cuando lo contabas pensaba que ayer por la tarde nos sentamos tres compañeras en el despacho y una compañera nos explicó una situación y cada una le dijo algo diferente. Y me acuerdo de decirle: "a mí esto con una usuaria me fue bien, hazlo de esta manera porque a mí me fue bien". Pero claro, tampoco es la verdad absoluta, pero bueno, debe haber como una pauta, un camino, algo que probé yo y me sirvió. Entonces dijo "bien, pues recogemos hacerlo". O lo que decías tú, recogerlo de alguna manera, porque si algún otro compañero tiene alguna duda en un momento determinado. ¿Qué hicisteis vosotros? Y lo decimos en voz alta. Ah, pues hicimos esto y aquello. Pues lo reproducimos. Pues sí sería bueno, pero debería ser un documento un poco ágil, algo ...» (P2, GD-TAR)

²⁹¹ Trad. «Y, además, claro, estoy de acuerdo con la importancia de sistematizar las estrategias de las personas, pero también sistematizar las estrategias de los profesionales.» (GD-LLE)

atención participan dos personas y el mero cambio de una de ellas, ante una situación teóricamente igual, puede modificar todo el contexto.

«Hay problemas que nosotros, con el tema que te comentaba antes [...] Está en la fase, pero también depende de la estrategia que traiga presente va a ser según la fase que tenga el problema. Sí tiene en el primer, que no tiene ganas, pero es la solución a su problema, pues fácil va a venir y te va a devolver esa, una historia que es negativo, ¿pero sí no? Pero, es que es muy difícil. O sea, no es difícil, es fácil, es que depende de lo que estemos tocando del problema, ¿no?» (P2, GD-AND).

«Cuando yo estoy buscando trabajo intensamente, resulta que me levanto a las 11:00, luego, bueno, salgo me tomo un café y ... El problema no tiene nada que ver con la estrategia que me está planteando. (P3, GD-AND).

La metodología y las habilidades para recoger la información fueron otro de los elementos que se abordaron en los grupos. Se destacaba que las habilidades de los profesionales podían influir en el funcionamiento, o no, de determinadas estrategias y que ello debía tenerse en cuenta. No hemos identificado, en nuestro contextos geográfico, referencias bibliográficas sobre sistematización de estrategias y respuestas; hemos visto, por otra parte, que en los últimos tiempos se han producido algunos debates públicos sobre el uso de tecnologías, como el Big data, en aplicación a los servicios sociales, pero se trata de debates aún teóricos más centrados en las posibilidades que en experiencias reales (Fantova, 2020; VVAA, 2020).

«Pues, eso dependerá de cómo tú seas, de las habilidades que tú tengas, de la familia cómo sea, te puede funcionar con una familia esto, lo otro no» (P1, GD-MAD).

«¿Y con el análisis DAFO?» (P2, GD-AND).

«Nosaltres ho estem treballant. Perquè el que fem és l'anàlisi històric de les problemàtiques que hi ha hagut en aquella situació o en aquell cas, i aleshores analitzem quines s'han resolt i com s'han resolt. Si ha sigut per una bona pràctica del professional d'aquell moment, que ha fet no sé què... O perquè la família va fer no sé què, millor, o va decidir no sé què, no? I clar, llavors, això et permet identificar quines són aquestes estratègies que han servit i les que no han servit i que podem rescatar en el moment actual.²⁹²» (P5, GD-LLE).

²⁹² Trad. «Nosotros lo estamos trabajando. Porque lo que hacemos es el análisis histórico de las problemáticas que ha habido en esa situación o en ese caso, y entonces analizamos cuáles han resuelto y como se han resuelto. Si ha sido por una buena

«Per exemple, el que serveix molt és contrarestar la opinió de la família de la situació i de com ha anat la intervenció, que també se li pregunta. Llavors, quan concorden les dos... quan concorda tot, llavors tens ja un bon indicador de què és el que ha funcionat. Perquè moltes vegades ho identifiquen ells. Per tant, és necessari sistematitzar i revisar, i llavors a partir d'aquí anar revisant, anar veient, anar registrant què s'ha fet servir, quin resultat ha obtingut i, a partir d'aquí, anar sistematitzant i potser algun dia es podran agrupar, no?»²⁹³ (P5, GD-LLE)

«Tenim la possibilitat de que les noves tecnologies ens ajudin tant, que si tenim una bona base de dades, després es puguin creuar dades i es puguin treure conclusions»²⁹⁴ (P3, GD-BCN).

En síntesis, las aportaciones en relación con la sistematización de estrategias se pueden concretar en:

- Existen elementos en el proceso de intervención social que pueden ser significativos porque ofrecen información relevante sobre el curso de los acontecimientos y deberían sistematizarse.
- Es necesario seleccionar, con fines de sistematización, las estrategias que den resultados positivos.
- Se valora la necesidad de sistematizar tanto las estrategias de las personas atendidas, en la medida que representan factores de protección, como de profesionales en la medida que se vinculan a buenas prácticas.
- La sistematización de las estrategias profesionales puede contribuir a mejorar la práctica profesional y ayudar en los procesos de apoyo *peer-to-peer*²⁹⁵.

práctica del profesional de aquel momento, que ha hecho no sé qué ... O por que la familia hizo no sé qué mejor, o decidió no sé qué, ¿no? Y claro, entonces, eso te permite identificar cuáles son estas estrategias que han servido y las que no han servido y qué podemos rescatar en el momento actual» (P5, GD-LLE).

²⁹³ Trad. «Por ejemplo, lo que sirve mucho es contrarestar la opinión de la familia de la situación y de cómo ha ido la intervención, que también se le pregunta. Entonces, cuando concuerdan las dos ... cuando concuerda todo, entonces tienes ya un buen indicador de qué es lo que ha funcionado. Porque muchas veces lo identifican ellos. Por lo tanto, es necesario sistematizar y revisar, y entonces, a partir de ahí, ir revisando, ir viendo, ir registrando que se ha utilizado, qué resultado ha obtenido y, a partir de ahí, ir sistematizando y quizás algún día se podrán agruparse, ¿no?» (P5, GD-LLE).

²⁹⁴ Trad. «Tenemos la posibilidad de que las nuevas tecnologías nos ayuden tanto que, si tenemos una buena base de datos, luego se puedan cruzar datos y se puedan sacar conclusiones.» (P3, GD-BAR)

²⁹⁵ Este concepto aparece en el ámbito sanitario como para designar el apoyo que personas con experiencia en un determinado campo proveen a otras personas con dificultades en este mismo campo, pero desde un plano de igualdad. El ejemplo más conocido de esta práctica es el modelo de trabajo de la entidad “Alcohólicos Anónimos” (Repper y Carter, 2010); en este caso se trata de la colaboración entre profesionales del mismo sector, disciplina, ámbito.

- Existen prácticas de sistematización mediante el análisis histórico de expedientes sociales; por ejemplo, en Lleida (Catalunya) se está realizando.
- Se reconoce la dificultad de la sistematización de estrategias y se apuntan dos instrumentos que pueden ayudar: por una parte, el uso de una matriz tipo DAFO²⁹⁶ para identificarlas y, por otra, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para explotar los datos.

6.2.1.5 ROLES DE LOS ACTORES: ROL PROFESIONAL Y ROL PERSONA USUARIA

Los roles de los actores, profesional y persona usuaria, en el proceso de diagnóstico social es un tema que se debate tanto desde de la propia concepción del diagnóstico como desde la perspectiva metodológica. Señalábamos que Cristina de Robertis (2006) se refería, al hablar de metodología de la intervención en trabajo social, a dos modelos opuestos que ella denominaba *modelo médico* y *modelo de intervención* (de Robertis, 2006, p. 112).

En el primer modelo, destacaba la autora, más allá de las fases del proceso metodológico, se establecen unos roles muy definidos, al trabajador social se le asigna la función «de “tratar” una “enfermedad social”. Él es quien puede aportar respuestas o soluciones, “remedios”» (Ibíd., p. 113); se trata, pues, de un modelo que se basa en una relación desigual entre el profesional y la persona a la que se atiende, en la que el profesional es el experto que ofrece soluciones que la persona a la que atiende debe seguir para conseguir la “curación de la enfermedad social”.

Por otra parte, el *modelo de intervención social* se fundamenta en una distribución de roles distintas, se concibe el rol del trabajador social como como "agente de cambio" (cambios personales o individuales, cambios familiares, cambios sociales)» (de Robertis, 2006, p. 114). En este modelo el trabajador social se configura como uno de los actores pero se reconoce a la persona un espacio para el desarrollo de su situación, tiene un rol menos directivo pero eso no le quita la voluntad de introducir modificaciones, porque tiene «voluntad consciente de modificar, por su acción, la situación del usuario» (de Robertis, 2006, p. 114).

También se tuvieron en cuenta las aportaciones de Whittington (2007) que relaciona los roles con las finalidades de la intervención del Trabajo Social; en este caso, tuvimos en cuenta el

²⁹⁶ Matriz DAFO: es una herramienta de análisis estratégico, es un acrónimo de las 4 dimensiones que se valoran: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades. Fue desarrollado en los años 70 en la Harvard Business School. (Navajo Gómez, 2012)

rol de asesor de riesgos orientado a la protección, el rol tradicional para la atención a necesidades y el rol defensor para la representación de los intereses de la persona.

Partiendo de estos dos modelos, en el cuestionario se introdujeron varias preguntas para identificar la postura de las participantes en relación con estos dos modelos de roles, apareciendo, como hemos señalado, una clara tendencia al *modelo de intervención*. En los grupos de discusión se planteó el tema con la finalidad de profundizar en qué significaba el diagnóstico participativo y qué condiciones o requerimientos podían ser necesarios para que fuese efectivo.

Uno de los primeros aspectos que se abordó fue el contexto institucional y de la situación específica como un factor de influencia del modelo de relación entre profesional y persona usuaria.

«También, tenemos que tener, en qué estructura, en qué contexto trabajamos, con qué tipo de problemática, porque no todos los contextos te van a permitir participar un 50 y 50» (P2, GD-AND).

«Además, de que en la administración no te permite hacer un diagnóstico colaborativo, con un perfil determinado» (P1, GD-AND).

«Sí, totalmente de acuerdo, estamos insertos en la administración, en instituciones, que evalúan los resultados y lo que se pide, no es cuestiones de este tipo» (P2, GD-AND).

«Per què ho hauríem de tramitar? perquè hem de fer d'administratives. Això és una altra²⁹⁷» (P1, GD-LLE).

«Però és que, a més a més, és això, et treu temps i tens la sensació de dir "on està la intervenció social pròpiament?". El treball social aquí, on queda? Moltes vegades et passes la vida fent papers²⁹⁸» (P2, GDF-LLE).

«I el que hem viscut és un treball social sobre la marcha. Apagar focs i anar corre-corre i la teoria te la menges²⁹⁹» (P3, GD-LLE).

²⁹⁷ Trad. «¿Por qué deberíamos tramitar? porque tenemos que hacer de administrativas. Esto es otra». (P1, GD-LLE)

²⁹⁸ Trad. «Pero es que, además, es eso, te quita tiempo y tienes la sensación de decir "¿dónde está la intervención social propiamente?". El trabajo social aquí, ¿dónde queda? Muchas veces te pasas la vida haciendo papeles.» (P2, GD-LLE)

²⁹⁹ Trad. «Y lo que hemos vivido es un trabajo social sobre la marcha. Apagar fuegos e ir corre-corre y la teoría te la comes.» (P3, GD-LLE)

En relación con lo apuntado en el contexto se plantea el tema de las distintas funciones que pueden desarrollar los profesionales de la intervención social y la manera en que esas funciones condicionan el rol; así, por ejemplo, se distingue entre el rol de acompañamiento que permitiría un mayor grado de participación y el rol de protección de las personas que puede limitar la participación, como mínimo a alguna de las personas implicadas. Estos roles podrían entenderse en el marco de los roles definidos por Whittington (2007), especialmente en el rol de asesor de riesgos/defensor vinculado a la protección de las personas y el rol tradicional para el acompañamiento.

«Me preocupaba sí se puede hacer un diagnóstico participativo, o alguna otra especie de control, algún tipo de protección como tu lo llamabas, esa situación, se nos da mucho sobre todo en [municipio] con equipos de tratamiento familiar. En el que se supone que los trabajadores sociales son mecanismos que controlan, al servicio de la protección de menores en mecanismos intermedios, son niños que están en posición severa, moderada, en riesgo» (P3, GD-AND).

«Esos son los contextos que se transmiten, pero es verdad, que cuando la gente pide actuación, aunque sea obligatoria, la gente quiere satisfacer esa acción voluntariamente al final, para que tú veas que yo me presto también voluntariamente hacerlo. Porque hay unas cuantas mujeres que están, creo yo, que van al tratamiento porque los niños están en protección de menores y van incondicional. Y no hay ningún problema a la hora del control, es más, se extreman en ese control. Para que tú no puedas opinar nunca negativamente, que ese control que hay y que ha existido y que puede, en algún momento de su vida, han bajado de nivel, defendió a su familia del maltrato, de lo que sea. Esa queremos demostrar que yo sí lo considero activo, por lo participativo por parte de esa persona, o de esa familia, o de esa pareja, ¿entienden?» (P1, GD-AND).

«Se puede elaborar un diagnóstico, pero de la parte profesional y cuando ya se haya creado un vínculo, en dónde haya una conciencia de que existe un problema, elaborar un diagnóstico conjunto, en otro momento. El diagnóstico evoluciona» (P2, GD-AND).

«Yo no sería capaz de elaborar un diagnóstico colaborativo porque se están vulnerando ciertos derechos lo que ha sido, y existe riesgo que la integridad de personas vulnerables. [...] En esa historia, pues resulta que tú tienes que intervenir que, a lo

mejor, te toca intervenir en una fase estupenda, porque, ya ha pasado todo, pero claro, los niveles de intervención que nos ayudamos en cada fase» (P3, GD-AND).

«Diguéssim, en funció de como jo entenc el rol que té cadascú i el paper que ha de tenir l'acompanyament o no acompanyament o de no sé què, o sigui, cadascú, veus que les dades o aquelles coses que haves de mirar o observar tenen un pes o en tenen un altre³⁰⁰» (P1, GD-GIR).

La participación de la persona usuaria (o personas, familias, grupos) es necesaria y se identifican dos motivos básicos: por una parte, el reconocimiento del otro, de su realidad, de su papel protagonista en su propia vida, y, por la otra, porque significa una toma de consciencia. El reconocimiento del otro, de sus saberes y conocimientos es un principio presente en el enfoque teórico del Trabajo Social Crítico (Healy, 2001; Payne, 2014) y, también, en el enfoque basado en fortalezas (Saleebey, 1997).

«yo creo que a veces sí que hay que contar con la participación de las personas y desde el principio, no al final» (P2, GD-MIX).

«[...] que el diagnostico social es una valoración y un trabajo conjunto con la persona y que vas a ir construyendo» (P3, GD-MIX).

«Entonces, sí que es importante las dos cosas, que las personas sean partícipes y que sean conscientes de en qué momento están, en qué punto están, con esos instrumentos, para que las personas mismas vayan valorando su evolución» (P1, GD-MIX).

«Que ella se vaya dando cuenta. Yo creo que poner a la otra persona en un lugar de saber y del saber de su propia vida, es primordial. Entonces, ella sabe, ella ha hecho y ha vivido, y desde ahí, igual tenemos que esperar a ver ella qué diga, qué podemos o qué quiere» (P1, GD-MIX).

«Molt més particip del procés. De que ell mateix es pugui auto diagnosticar, de que no t'ho diguin des de fora el que es veu, el que veuen de tu, no que estiguis tu mateix, que puguis adonar-te'n³⁰¹» (P1, GD-GIR).

³⁰⁰ Trad. «Digamos, en función de como yo entiendo el rol que tiene cada uno y el papel que debe tener el acompañamiento o no acompañamiento o de no sé qué, o sea, cada uno, ves que los datos o aquellas cosas que tenías que mirar o observar tienen un peso o tienen otro. » (P1, GD-GIR)

³⁰¹ Trad. «Mucho más participe del proceso. De que él mismo se pueda auto diagnosticar, de que no te lo digan desde fuera lo que se ve, lo que ven de ti, no estés tú mismo, que puedas darte cuenta. » (P1, GD-GIR)

Uno de los aspectos que suscitó debate en los grupos fue el rol de los profesionales y que necesitarían estos profesionales para poder desarrollar un rol participativo. Se abordó en primer lugar, como afrontar las costumbres arraigadas propiciadas, o no, por el contexto.

«Tú puedes entender poco a poco entonces, yo no estoy acostumbrada a que participen de la manera en que se exige, pudiendo ser colaborativo y, cambiar de perspectiva desde la perspectiva de la observadora. Entonces, hay que hacer un ejercicio profundo para interiorizarlo» (P1, GD-AND).

«Es que el profesional de centros sociales, perdonad lo que voy a decir, nos creemos dios en la tierra, porque, como, evidentemente todo lo pasamos por nuestra mente, por nuestros cuerpos, nuestra alma y nuestra vivencia, lo hacemos de forma inconsciente y, ojo, y conscientes a veces. Eso es maldad. Digo que es de forma inconsciente, porque no tenemos supervisión, no hacemos ningún tipo de introspección, por ejemplo, si voy a trabajar con niños maltratados y tu infancia no ha sido la más agradable, sin llegar al maltrato, pues habrá que hacer un poco de terapia y limpiar todo eso. Pero, por salud mental» (P3, GD-MIX).

«També el tema de model dels professionals. Si tu optes per un model més centrat en la persona, està clar que tu et situes al costat de la persona i que, evidentment, li dones tota la seva... La poses en valor, la legitimes perquè sigui ella la que participi. No només que participi, sinó que et digui ella cap a on vol anar. I en canvi, si el professional es situa en un rol més conductual, més funcionarista, més directiu... Ets tu l'expert, el que saps i tu [dius] "señora, lo que usted necesita es esto y no me venga con historias de participación, porque es esto lo que usted necesita". I hi ha professionals que es situen als dos extrems. I el fet de, a vegades, no és mala fe, eh. No trobo que sigui mala fe ni mala praxis, sinó que a vegades la mateixa inèrcia et porta a ser més directiu pel model que tenim de serveis socials i que hem anant també nosaltres creant, perquè, bé, no ens ha tocat una altra³⁰²» (P5, GD-LLE).

³⁰² Trad. «También el tema de modelo de los profesionales. Si optas por un modelo más centrado en la persona, está claro que tú te sitúas al lado de la persona y que, evidentemente, le das toda su ... La pones en valor, la legitimas para que sea ella la que participe. No sólo que participe, sino que te diga hacia dónde quiere ir. Y en cambio, si el profesional se sitúa en un rol más conductual, más funcionarista, más directivo ... Eres tú el experto, lo que sabes y tu "señora, lo que usted necesita es esto y no me venga con historias de participación, Porque es esto lo que Usted necesita ". Y hay profesionales que se sitúan en los dos extremos. Y el hecho de, a veces, no es mala fe, eh. No encuentro que sea mala fe ni mala praxis, sino que a veces la misma inercia te lleva a ser más directivo por el modelo que tenemos de servicios sociales y que hemos ido también nosotros creando, porque, bueno, no nos ha tocado otra.» (P5, GD-LLE)

«Como que los tiempos nuestros debemos posibilitarlos y acompañarlos con la otra persona. Los tiempos de diagnóstico, los tiempos de saber. Que a veces veo que estamos mucho en saber lo que necesitas, en saber lo que te ira bien y, sobre todo, en un principio o durante el proceso, ir valorando durante el proceso» (P1, GD-MIX).

«Es que, luego es verdad que parece que estamos hablando de marcianos y marcianas, luego te pasan diferentes ciclos en tu vida que te ves en esa situación y te das cuenta de que a veces la empatía, que no tenemos, porque es como un mundo ideal o que imaginamos que en esa situación tenemos que sentir esto, la empatía, pero no sentimos verdaderamente lo que es estar en esa situación. Entonces, a veces, si de verdad nos pusiéramos en el otro lado, se nos facilitarían muchas cosas» (P2, GD-MIX).

«Claro, yo creo que preparas, o sea, yo creo que, crear un clima de confianza y decírselo incluso, abiertamente, que todo lo que ya sabemos ¿no? Que todo lo que se hable sea a nivel confidencial, confidencial, bueno, no porque, estamos aquí, no para juzgarlo. Bueno, no yo creo que también eso es importante y hay que decirlo, porque, nosotros pensamos que es algo confidencial y que tú lo vas a juzgar. Pero, qué te lo digan, pues no sé, te ayuda mucho ¿no? Y la mayoría del tiempo, porque, vivimos en el mundo en qué todo rápido, ¿no?» (P1, GD-MAD).

«Però és que jo em fa pensar molt amb quan hi ha hagut un enfocament en el que s'ha treballat molt professionalment des de fora i dir doncs a aquesta persona li passa això, això i això, i ha de fer el que calgui, sempre des de fora, amb diagnòstics que no reflecteixen ni agafen a la pròpia persona. I, llavors, es passen al costat contrari» (P5, GD-GIR).

Pero, además, se trataron temas como la formación o el bagaje de cada profesional para desarrollar de este rol participativo.

«Entonces claro, es la experiencia, es la formación, es la seguridad, es la formación que tú hayas hecho en el camino» (P1, GD-AND).

«La falta de práctica de la persona, la falta de práctica que requiere, más complejidad, más tiempo, más demora. Para captar habilidades importantes y aprender del desuso, incluso del aspecto económico que está haciendo un diagnóstico directivo o, un diagnóstico participativo» (P2, GD-AND).

«Y la gracia del profesional es saber cuándo aplicarla. Si la relación permite aplicar...» (P1, GD-BCN).

«El técnico tiene que dominar muy bien la herramienta para introducirla en esa relación del contexto de la entrevista para que fluya, porque es que sino... pero después de que haya un mínimo conocimiento» (P2, GD-BCN).

«y que tú no estás para escuchar, estas para escuchar, en la pugna explicativa, en la devolución de los problemas, en la resolución de conflictos, en párate, espérate, frénate y gestiona tu vida de otra manera» (P1, GD-AND).

«depende de tu historia vital, pues puedes tener una forma de escuchar o no escuchar o de reflejar las cosas y no reflejarlas» (P1, GD-MAD) .

«Defensava que en el camp social tots els professionals tenim la nostra caixa negra. I aquesta caixa negra és nostra, de cadascú, i llavors, bé, clar, és l'origen de la nostra intervenció i això és nostre. Ningú ens ha de venir a qüestionar la nostra caixa negra. Clar, això el que fa, en el fons, és posar el focus en la nostra formació. Però no només amb la nostra formació tècnica, sinó en la nostra competència personal. I, llavors, això el que fa quan estàs en un servei és que hauríem de ser molt més durs, molt més exigents i molt més curosos amb la selecció de personal. Perquè per mi el que acaba condicionant una intervenció d'algú és aquesta caixa negra³⁰³» (P6, GD-GIR).

Finalmente, al hablar del rol profesional se abordó en algunos grupos un tema importante: el reconocimiento profesional.

«Qué necesitamos sí, los profesionales, yo, creo que algo que necesitamos mucho, mucho, pero mucho, pero muy mucho, es que la gente sepa el trabajo que hacemos» (P2, GD-MAD).

«A mí me preocupa que no se reconozcan las funciones y la labor del trabajo social» (P2, Gd-MAD).

³⁰³ Trad. Defendía que en el campo social todos los profesionales tenemos nuestra caja negra. Y esta caja negra es nuestra, de cada uno, y entonces, bueno, claro, es el origen de nuestra intervención y esto es nuestro. Nadie nos tiene que venir a cuestionar nuestra caja negra. Claro, esto lo que hace, en el fondo, es poner el foco en nuestra formación. Pero no sólo con nuestra formación técnica, sino en nuestra competencia personal. Y, entonces, eso lo que hace cuando estás en un servicio es que deberíamos ser mucho más duros, mucho más exigentes y mucho más cuidadosos con la selección de personal. Porque para mí lo que acaba condicionando una intervención de alguien es esa caja negra.» (P6, GD-GIR)

«Jo crec que la base és prèvia, que no ens hem de... Jo crec que com a col·lectiu s'ha de posar una base i a partir d'aquí... Perquè és la nostra base» (P5, GD-BCN).

En síntesis, las aportaciones en este bloque temático fueron:

- La participación de la persona es vista como un reconocimiento de su saber sobre su propia vida y también como un proceso de toma de consciencia.
- El autoconocimiento del profesional es básico para facilitar un rol participativo.
- Facilitar un espacio participativo requiere de formación y también de ese autoconocimiento de cada profesional.
- Las instituciones y administraciones se orientan a la actividad (resultados) y no a la metodología, lo cual puede dificultar la implementación de determinados modelos profesionales.
- El contexto institucional, pero también el situacional, pueden condicionar un modelo de diagnóstico participativo.
- El rol institucional que se asigna al trabajo social desplaza la intervención social (diagnóstico social) en favor de la gestión de prestaciones (cumplimiento de requisitos).

6.2.1.6 OTRAS APORTACIONES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

A lo largo de las sesiones de los grupos de discusión aparecieron otros temas, laterales, a los centrales que se planteaban y algunas de las aportaciones, en la medida, que aportan información cualitativa complementaria a la encuesta, pensamos que es interesante incorporarlas.

Uno de los temas que más surgieron en los debates fue el de los requisitos para poder elaborar un diagnóstico social.

«Es verdad, que luego, eso tiene que ir acompañado de mucha formación, o de revalorar ese instrumento [...] Y es verdad, que insistir mucho para formación para esas cosas, que cada uno tiene su propia experiencia de vida, y compara con otras situaciones. Entendemos, depende de la cultura y la educación que tengas, cosas diferentes ante una misma situación» (P3, GD-MIX).

«Pero, fíjate qué curioso, que cuando hacemos proyectos o trabajos de investigación e intervención, se le pide a la gente que lo fundamente teóricamente, hay que construir un marco conceptual, para saber lo que hablamos. Entonces, conocemos el

diagnóstico, pero nos falta ese marco conceptual, para saber de lo que hablamos, porque no tenemos esa clarificación conceptual que luego la desmenuzas lo que quieras, la inter-cruzas con las variables que quieras y la revisas con el paso del tiempo. Porque evidentemente, la realidad social es cambiante y los fenómenos que están ocurriendo ahora no ocurrían en los ochenta, y probablemente dentro de veinte años, ocurrirán cosas nuevas» (P2, GD-MIX).

«Que és molt important i crec que el que falta a vegades és formació per poder-la fer. [...] Primer, que no tenim cos teòric. Bé, com a mínim no està reconegut. Jo soc de les que crec que hi ha cos teòric, que fa molts anys que estem treballant i tenim cos teòric. Tenim una part homogeneitzada, i hauríem de tenir, el que algú deia per aquí, que el teu sistema et permeti fer la tasca tècnica més enllà de l'encàrrec institucional. Perquè som els únics tècnics que tenim formació i, teòricament, hauríem d'estar capacitats per fer això, per fer una valoració de situació de risc, de situació de vulnerabilitat, o fins i tot de detectar quines són les fortaleces d'aquella família, d'aquell infant i d'aquell context escolar³⁰⁴» (P8, GD-BCN).

«Eso es una previa, porque si no tenemos consciencia de que somos trabajadoras sociales todas, independientemente de dónde estamos, no hacemos nada colectivamente, ni juntos, ni homogéneamente ni nada. Eso para empezar. Entonces, ya sea las de salud, las de justicia, las de básicos, las de no sé que. O sea, si nosotros no tenemos una consciencia mínima de que somos trabajadoras sociales y de que estamos en X servicios, con su especificidad o su especialidad, que es otra cosa diferente, si no tenemos eso, la base, ¿cómo narices estamos montando algo sobre una base que no hay manera?» (P2, GD-BCN).

«El diagnòstic, a més a més, ha de ser, la valoració, ha de ser de consciència compartida. Ha de ser interdisciplinar. Però aquí també és veritat que com tu saps els teus àmbits,

³⁰⁴ Trad. «Que es muy importante y creo que lo que falta a veces es formación para poderla hacer. [...] Primero, que no tenemos cuerpo teórico. Bueno, al menos no está reconocido. Yo soy de las que creo que hay cuerpo teórico, que hace muchos años que estamos trabajando y tenemos cuerpo teórico. Tenemos una parte homogeneizada, y deberíamos tener, lo que alguien decía por ahí, que tu sistema te permita hacer la tarea técnica más allá del encargo institucional. Porque somos los únicos técnicos que tenemos formación y, teóricamente, deberíamos estar capacitados para hacer esto, para hacer una valoración de situación de riesgo, de situación de vulnerabilidad, o incluso de detectar cuáles son las fortalezas de aquella familia, de aquel niño y de aquel contexto escolar» (P8, GD-BCN)

que no vol dir que l'altre també els detecti. Però lo interdisciplinar és que s'arriba a ratificar-los per diferents procediments³⁰⁵» (P3, GD-GIR).

Vemos, pues que en el debate surgen aspectos diversos que son entendidos como fundamentales para poder desarrollar el diagnóstico social:

- La formación de los profesionales, que habíamos visto en relación con aspectos concretos como la participación, se valora como necesario en la formación general de las profesionales.
- Debemos señalar que en todos los grupos se preguntó qué recordaban de su formación académica básica en relación con el diagnóstico social y la respuesta casi podríamos decir que fue unánime en reconocer que es un tema que prácticamente no se aborda en los estudios universitarios.
- La necesidad del reconocimiento de los marcos teóricos propios del Trabajo Social y del bagaje profesional para implementar las metodologías más allá de las instituciones y ámbitos en los que se trabaja; se planteaba que, igual que otras disciplinas, las profesiones de la intervención social, especialmente el Trabajo Social, han de ser las que marquen la línea y el ritmo de la intervención social.
- Finalmente, la necesidad de la interdisciplinariedad para poder hacer diagnósticos a situaciones complejas.

6.2.2 Las entrevistas

Las entrevistas son una técnica de investigación que se dirige a grupos específicos de personas de acuerdo con su conocimiento del objeto de estudio; tal como explicamos en el apartado de metodología (ver apartado 5.3.2.3. Entrevistas, página 306), hemos ubicado el uso de esta técnica en la parte final del trabajo de campo porque nuestra voluntad era completar y contrastar algunos de los resultados de las técnicas anteriores (encuesta y grupos de discusión).

Las entrevistas orientaron hacia tres grandes temas:

- El rol del diagnóstico social en el proceso de intervención social.
- Aportaciones de la sistematización del diagnóstico social.

³⁰⁵ Trad. «El diagnóstico, además, debe ser, la valoración, debe ser de conciencia compartida. Debe ser interdisciplinario. Pero aquí también es verdad que como tú sabes tus ámbitos, que no quiere decir que el otro también los detecte. Pero lo interdisciplinario es que se llega a ratificarlos por diferentes procedimientos» (P3, GD-GIR).

— Papel del sector profesional en relación con el diagnóstico social.

Se realizaron cuatro entrevistas a profesionales con una especial relación con el diagnóstico social, bien por su implicación en el desarrollo de instrumentos, bien por su implicación en formación específica sobre el diagnóstico o bien por el modelo teórico de su elección.

TABLA 87. CODIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Entrevista	Fecha de la entrevista
E1	7 de noviembre de 2019
E2	18 de diciembre de 2019
E3	2 de enero de 2020
E4	13 de enero de 2020

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Para presentar los resultados de las entrevistas se ha partido de las preguntas que se prepararon para desarrollar los temas (ver anexo 4) y se han creado códigos o categorías³⁰⁶ para gestionar mejor la información.

Así pues, la presentación se realizará en base a estos códigos identificando en cada caso la persona que hizo la aportación, de acuerdo con el identificador que aparece en la Tabla 40 (página anterior).

A continuación, presentamos el esquema de estructuración de la información.

TABLA 88. DESARROLLO DE TEMAS Y CODIFICACIÓN

Tema	Codificación
Presentación	Proceso personal, profesional e histórico
	Referentes en diagnóstico social y en Trabajo Social
El rol del diagnóstico social en el proceso de intervención social.	Conceptualización del diagnóstico social
	Concepción del diagnóstico social en la práctica
	Metodología diagnóstica
Aportaciones de la sistematización del diagnóstico social.	Metodología de sistematización
	Uso de instrumentos
	Experiencia de Euskadi
Papel del sector profesional en relación con el diagnóstico social.	Formación en Diagnóstico Social
	Rol institucional del Trabajo Social en relación con el diagnóstico

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

³⁰⁶ Recordamos aquí el apunte que hacíamos en la introducción a los grupos de discusión; utilizamos la palabra “código” porque es la terminología de la aplicación informática que hemos utilizado (Atlas.ti), pero en todo caso nos referimos a categorías de análisis.

6.2.2.1 PROCESO PROFESIONAL, PERSONAL E HISTÓRICO

Este primer bloque no forma parte, propiamente, de los temas de contenido sobre el diagnóstico social; sin embargo, valoramos la importancia de conocer el proceso que cada una de las personas entrevistadas ha seguido para involucrarse en el tema del diagnóstico social, así como su percepción sobre cuál es la situación del diagnóstico social en su ámbito de conocimiento (tanto desde la perspectiva teórica como desde la perspectiva territorial).

Observaremos una gran diferencia entre las distintas personas entrevistadas, mientras que dos de ellas parten de la formación básica, universitaria, como palanca para interesarse por el diagnóstico social, las otras dos se enfrentan al diagnóstico precisamente a causa de un cierto vacío en esa formación básica que los lleva a buscar modelos, referencias y conocimientos una vez son profesionales en práctica.

Hay dos aportaciones que parece que pueden ser contradictorias pero que, en realidad, si se leen conjuntamente, observamos que responden a un mismo análisis del proceso de construcción de los Servicios Sociales en España y, en especial de la implementación del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales a partir de 1988 (VVAA, 2006) que, fue diseñado bajo el paradigma dominante en aquella época formulado en el conocido libro *Introducción al Bienestar Social* (Heras y Cortajanera, 1979) que, como hemos citado en otro apartado definían así los servicios sociales: «*El campo de intervención profesional - Acción Social-; su objeto, las necesidades sociales en su relación con los recursos aplicados a las mismas; su objetivos - Bienestar Social -; su marco operativo - servicios sociales-*»³⁰⁷ (Heras y Cortajanera, 1979, p. 174). Esta definición del objeto fue conocida, y analizada posteriormente, como el “binomio necesidad-recuso” (ver apartado 2.2., pág. 58).

Así pues, para iniciar este apartado pensamos que reflejar la experiencia de profesionales que han vivido el proceso de construcción de los Servicios Sociales en España desde sus inicios, desde la promulgación de las primeras leyes y el nacimiento del Plan Concertado es una oportunidad para tener una visión desde su propia percepción de lo vivido, siempre orientado al tema central de la investigación: el diagnóstico social.

«Bueno, yo le llamo "la travesía del desierto". Esos años que pasaron hasta llegar a la tierra prometida, [hablamos metafóricamente], todos estos años que pasaron en los

³⁰⁷ La cursiva está en el texto original.

que el diagnóstico desapareció y, sobre todo, hablando en propiedad, desde el inicio del Plan Concertado, es decir, cuando de verdad se generan los Servicios Sociales en este país, que es el Plan Concertado, el diagnóstico no está. [..]

Para mí la mirada es la misma, exactamente la que te he dicho: travesía del desierto, decae, [el diagnóstico], ¿por qué? Porque el/la trabajador/a social no se siente cómodo, no sabe cómo razonar la afirmación de lo que quiere hacer. ¿Pero nos podemos quedar criticando a las pobres Trabajadoras Sociales?, no Yo voy más atrás, y digo ¿porqué? Porque quien le debía enseñar y quien le tenía que fortalecer, método, base y, sobre todo, proceso de trabajo que pasa por un diagnóstico, tampoco ... lo hizo.

El Plan Concertado, los Servicios Sociales están pensados como provisión de recursos en un país sin recursos» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

«Porque cómo llego yo al DS, porque desde el momento cero, en el que comienzo, hace 32 años empiezo a trabajar en los Servicios Sociales de un municipio de Tenerife, yo eso lo tenía muy claro y de hecho, entro en el Ayuntamiento con un proyecto en el que tenía que hacer un diagnóstico del municipio. Un diagnóstico social a nivel comunitario. Y luego cuando empiezo a trabajar en la asistencia, hacía mucho trabajo comunitario. Hablo del año 88. Yo monté los Servicios Sociales en el Ayuntamiento este, no había antes y monté el Plan Concertado y todo este tema. Entonces, en la atención, por eso empecé por uno comunitario.

Desde que empecé la atención individual, a parte de la comunitaria, vale, a mí me preocupaba hablar de manera diferente y para decir una cosa, es una siempre me fue esa marcha. Siempre tuve ese interés y claro lo primero que empezamos a ver en la profesión fue el libro del 88 de ficha social, que al final era un código que cosificábamos a la gente, era el libro verde del primer modelo de ficha social, que se pilota en todos los colegios del estado. Pues por lo que sea, nos invitan a ir a Madrid a conocer la versión del SIUSS de 1992» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Así pues, vemos que mientras que E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) se identifica ese período como una “travesía del desierto” en la medida que el Plan Concertado no incluye el diagnóstico en las funciones de los Servicios Sociales; E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) opta por actuar, desde su propia iniciativa, aunque implicando a diversos profesionales, en un proceso de sistematización a partir de los conceptos básicos y generales que plantea la “ficha social” (Ramírez, 1990) y que, en esencia, son los contenidos

actuales del Sistema Unificado de Información de Servicios Sociales (SIUSS) dependiente del Ministerio (ver apartado 4.5.1., página 183). Aunque pueda parecer contradictorio, en el fondo están reconociendo la misma situación, ni el sistema de Servicios Sociales ni la profesión toman la iniciativa para el desarrollo del diagnóstico social y son personas, individualmente, las que movilizan recursos y se implican en este desarrollo, del que no queda prácticamente ningún rastro escrito³⁰⁸.

Más allá del marco institucional, se reflexiona también sobre las dificultades para el desarrollo técnico y tecnológico³⁰⁹ del Trabajo Social y del Sistema de Servicios Sociales (como sistema en el que se da una mayor implantación de la profesión) y así E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) identifica tres obstáculos que son: la sanción social (lo que la sociedad espera de una profesión), el rol de las instituciones en relación al Trabajo Social (qué le piden estas instituciones al Trabajo Social o cómo entienden el Trabajo Social y los Servicios Sociales) y, finalmente, el reparto de roles entre las profesiones de los Servicios Sociales, en concreto, entre Trabajo Social y Educación Social³¹⁰.

«Una profesión es la sanción social, es la mirada de la sociedad hacia la profesión. Yo les digo, si nosotros preguntamos al conjunto social qué opinan ¿Qué hace un trabajador/a social? Yo no sé qué palabra exacta dirán, pero dirán alguna palabra, algún sinónimo, de actuar "hacen, tramitan, gestionan, ayudan"» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

«Yo creo que al Trabajo Social le ha hecho daño lo que te explicaba. Dos cosas: le ha hecho daño esta sanción social, es decir, el hecho de cómo la sociedad miraba a la asistenta “que me va a arreglar los papeles”, hemos caído en esta trampa, ha sido una trampa en la que hemos caído. Y la otra trampa en la que hemos caído es la de la institución, que la institución le era más cómodo tener un Trabajador Social que le atendiera a los cuatro que no sé qué o que repartía las becas comedor y que te saques de encima la población más frágil, en definitiva, y hemos caído, hemos sido rehenes de la sanción de sociedad y de la comodidad de una institución, un ayuntamiento o Caritas, es igual. Hemos caído en estas dos trampas, no hemos tenido suficiente fortaleza para

³⁰⁸ No se ha identificado ningún documento escrito (artículo, informe, estudio) sobre el desarrollo de indicadores en el período de formación y consolidación del Sistema de Servicios Sociales a partir del Plan Concertado.

³⁰⁹ En este caso nos referimos a las dos acepciones del término tecnológico: la aplicación práctica de las teorías y descubrimientos y el uso de sistemas tecnológicos (informatización).

³¹⁰ Este reparto de roles es especialmente relevante en Catalunya, donde las dos disciplinas tienen una amplia representación en los servicios sociales básicos, además de los servicios sociales especializados.

marcar metodología propia, profesión propia, hacer profesional propio frente a estos dos interlocutores: la ciudadanía que nos quería reducir a un “usted porque me pregunta todo esto, yo solo le he venido a pedir una beca” y el alcalde que te dice: “pues le das en ese este dinero y fuera”» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

«Y déjame decir algo que también creo nos ha hecho daño. Emergió la Educación Social que, para crear un perfil propio, para diferenciarse de otras profesiones del campo social, yo creo que empezó a decir como discurso que ellos se reservaban la parte más de intervención y de acompañamiento y el Trabajo Social se reservaba la parte de gestión y la parte de tramitación - recursos, demanda - recurso. Yo creo que esto en el escenario social se ha consolidado un poco, es un discurso simplista, banal y en el que no estoy nada de acuerdo, pero ha sido un poco, también, una profecía de autocumplimiento» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

Estas aportaciones son, como decíamos, una visión subjetiva de las participantes en las entrevistas que explican una evolución del trabajo social en nuestro contexto geográfico marcado por una diversidad de factores que influyen en su desarrollo: el marco institucional del Sistema de Servicios Sociales, de construcción del sistema, orientado por un modelo que hemos recordado y que abordamos ampliamente en el apartado correspondiente al objeto del Trabajo Social (ver apartado 2.2., pág. 58) y que se venía conociendo como el “binomio necesidad – recurso”, en este sentido recordamos las aportaciones de Amaya Ituarte (1990) sobre el proceso y las circunstancias en las que se construyen los modernos servicios sociales en España y la inspiración que supuso la obra de Cortajanera y Las Heras (1979) en este proceso. Y, también, el contexto social e institucional en relación con lo que se esperaba del Trabajo Social o el surgimiento de nuevas profesiones y la distribución de roles. Estas reflexiones contribuyen a situar el debate sobre el hecho que haya, aún hoy, un interés relativamente bajo por el desarrollo del diagnóstico social, aunque, como veremos, se reconoce que en los últimos años se ha producido un aumento considerable del interés y de la atención a este tema.

Una vez hemos descrito esta visión general de la situación del desarrollo de la profesión en España, veamos ahora el proceso personal/profesional de las personas entrevistadas. Queremos presentar en primer lugar la experiencia de E1 (comunicación personal, 7 de noviembre de 2019) que ha hecho su formación básica en otro país, con un plan de estudios

y una metodología muy distinta a la que percibe al llegar a España y en la que el diagnóstico social se constituye como la base sobre la que construir el proceso de intervención profesional. Sirva este testimonio como contraste a lo relatado por las dos profesionales que se formaron y desarrollaron en España.

«Mi formación sabes que es diferente porque yo me formé en XXX. Es una formación muy diferente en el sentido que es de... Es una perspectiva como mucho más interdisciplinaria. Con una fuerte base sociológica, política; con una orientación muy política en lo que es la práctica de trabajo.

Nosotros allí en la facultad tenemos muy, muy establecido todo el tema de las bases del método, ¿no? Entonces, en primer año tú haces diagnósticos, te dedicas al diagnóstico en comunidad. Te mandan a una comunidad, normalmente vas a una villa miseria, un barrio de chabolas y tienes que hacer el diagnóstico. Eso sí, el año haciendo el diagnóstico. Pero es el nivel de profundidad de lecturas de la estadística de la comunidad, de los líderes barriales, de entrevistas a todo el mundo, vas haciendo todo y llevas un diagnóstico de trabajo fin de primer año. Después, en segundo año tienes que hacer un proyecto con ese diagnóstico de que has partido, hacer un proyecto, entonces tú diseñas el proyecto y te enseñan a diseñar el proyecto. Y después aplicarlo. Primero a diseñarlo y después a aplicarlo en la comunidad. Y tienes que trabajar con los líderes barriales, siempre al amparo de una institución que ya esté trabajando allí y que te hace un poco la cobertura para que no se meta la pata. Claro, después en segundo, haces el proyecto, que haces el diseño en todo el año, del proyecto. Y en tercer año haces la aplicación del proyecto y luego ya en cuarto año, por lo general, empiezas el segundo. En primer año es más en aula, en quinto año tú vienes a hacer la sistematización de la práctica» (E1, comunicación personal, 7 de noviembre de 2019).

Este bagaje formativo y profesional le llevan a interiorizar una metodología de intervención social en la que el diagnóstico se constituye en la base de todo el proceso; siguiendo, por otra parte, toda la producción teórica sobre metodología de Trabajo Social (M. J. Aguilar, 2013; Aylwin et al., 1976; Colomer, 1979; Conde, 1998; de Robertis, 2006). Pero en la práctica en España se encuentra que la metodología es distinta, que no hay proceso metodológico profesional sino el seguimiento de determinadas pautas. Después veremos, al transcribir la experiencia de otras de las entrevistadas, una cierta explicación a este resultado que encontró esta entrevistada a su llegada a España y el porqué de las diferencias de orientación.

«Claro, yo me vine con todo ese bagaje, cuando llego aquí y veo que aquí uno no trabaja para nada así, que no hay ningún procedimiento crítico, que el planteamiento básico es: tengo que aplicar lo que me dicen las políticas» (E1, comunicación personal, 7 de noviembre de 2019).

Hemos visto un testimonio de una persona que, con una formación sólida en metodología de la intervención social, se encuentra ante un sistema que, como hemos comentado se construye bajo el modelo del binomio “necesidades-recursos”, y que refleja las características que ha apuntado E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020): la sanción social y la presión institucional.

En el próximo testimonio, el que corresponde a la entrevista E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) se nos relata un inicio desde un proceso formativo básico con una importante influencia del modelo reconceptualizador proveniente de América Latina y, por tanto, similar al de E1 (comunicación personal, 7 de noviembre de 2019), y cómo desde el marco comunitario se ve en la necesidad de profundizar en el diagnóstico y, especialmente, en la sistematización conceptual del diagnóstico, a partir de la constatación que había un uso muy diverso del lenguaje por parte de profesionales que coincide con los primeros intentos de sistematizar las herramientas básicas para los Servicios Sociales, la ficha social³¹¹.

«O sea, te quiero decir, que el Diagnóstico Social que habíamos tenido la formación, que yo creo, en mi caso, bastante buena, comparada con la que hoy imparten las universidades, donde teníamos que venía, que todo el mundo estaba en la práctica, salvo los psicólogos o de derecho, pero todas las de TS y teníamos a mucha gente eclesíastica, pero de una iglesia de pobres, más bien de la teología de la liberación... Entonces todo el tema, tuvimos esa impronta formativa, todo el tema de la comunidad, de movilizar, de que venía de la reconceptualización» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

«Desde que empecé la atención individual, a parte de la comunitaria, vale, a mí me preocupaba hablar de manera diferente y para decir una cosa, es una siempre me fue esa marcha. Siempre tuve ese interés y claro lo primero que empezamos a ver en la profesión fue el libro del 88 de ficha social, que al final era un código que cosificábamos a la gente, era el libro verde del primer modelo de ficha social, que se pilota en todos

³¹¹ Se puede ver una síntesis de la concepción de la Ficha Social en un artículo publicado en la *Revista Servicios Sociales y Política Social* de 1990 por José Manuel Ramírez (1990).

los colegios del estado. Pues por lo que sea, nos invitan a ir a Madrid a conocer la versión del SIUSS de 1992» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

A partir de esta primera sistematización, se plantea trabajar en homogeneizar la terminología en su ámbito de trabajo; tarea que desarrolla en servicios sociales municipales primero y, después, en los servicios especializados de atención al menor donde detecta, aún más si cabe, una gran divergencia en el uso del lenguaje y en la valoración de las situaciones (diagnóstico social). No es baladí la diferencia de momentos que nos relatan las personas entrevistadas, en el caso de la entrevista identificada como E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020), sus inicios coinciden con el proceso de construcción de los sistemas de Servicios Sociales autonómicos (pensemos que la denominada primera ola de leyes de servicios sociales se inicia con la aprobación de la primera ley 1982 y finaliza en 1993, cuando algunas comunidades ya empezaban a aprobar su segunda ley); esta época de construcción permitía una mayor creatividad ya que el factor “sanción social” del que hablaba la entrevistada E3 (comunicación personal, 2 enero 2020) no estaba consolidado y, más bien, se estaba viviendo un cierto tránsito desde la beneficencia a los servicios sociales.

«Pero yo empecé a trabajar siempre, no para valorar, sino en los informes sociales que para mi un informe social es por escrito el diagnóstico o la valoración social, ¿vale? Empezamos a escribir siempre con las mismas, con los mismos términos y me fui haciendo mis propios indicadores, con sus definiciones, partiendo de lo que venía en la ficha social, de algunas de las situaciones de la ficha social.

Me voy a menores, a la Comunidad Autónoma, a la Dirección General del Menor, que en XXXX lleva protección y reforma. Entonces ahí, es cuando descubro el gran desajuste existente, la vulneración y conculcación de los derechos en las personas menores de su familia en función de cómo se evaluaba si había desamparo. Si estaba definido para todos igual en el Código Civil, vale luego la ley 98 definió el riesgo, pero qué se entendía por falta de asistencia moral y material y por inadecuado cumplimiento, fíjate que aún lo tengo metido, pero había tantas situaciones y tantas peleas entre profesionales, y dependiendo de qué profesional valorase el caso en mi centro y dependiendo de qué profesional de qué ayuntamiento, porque había grandes diferencias, me llevó a una reflexión. [...] Entonces, ahí, y te estoy hablando del año 96, ahí empieza una obsesión, pero tremenda, una obsesión hacia un afán, aparte de haciendo investigaciones interesantísimas, con alumnos en prácticas de las dos

provincias, analizar todos los informes sociales de todos los desamparos que en un año se habían hecho, particulares del año 98. Todos los casos de justicia, todos los casos... bueno y empezar a analizar todo tipo de terminología y de criterios comunes que había en el estado español» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Destaca su concepción de la disciplina y profesión del Trabajo Social y del proceso para construir su marco teórico a partir de la sistematización de la práctica y lo aplica al diagnóstico social y a la necesidad de disponer de una terminología única. De hecho, su práctica para el desarrollo de la sistematización recuerda enormemente la metodología seguida por Mary Richmond (2008/1917), en *Diagnóstico Social*, que se elaboró a partir del estudio sistemático y profundo de miles de expedientes sociales.

«Si a esto lo unimos que, en esta profesión, me lo explicaron y me lo creí, que la teoría se hace a partir de la sistematización de la práctica profesional y de la reflexión de la práctica profesional, de la gente que está en la práctica, pues en infancia hicimos, el equipo de alumnos en práctica, un proceso de 3 años, una terminología común a base de sistematizar todo lo que en las denuncias venía.

Entonces, te quiero decir, que prácticamente, el tema, date cuenta de que me da igual el juicio diagnóstico al que se refiera, estoy hablando de otra de las partes de este poliedro del diagnóstico social que es tener una terminología y unos criterios comunes» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

El siguiente testimonio, el correspondiente a la entrevista E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020), nos aporta un proceso personal de especialización en el tema del diagnóstico social en este caso se inicia desde la función de supervisión y la necesidad de abordar un tema que parecía desaparecido de la práctica profesional.

«Y como siempre me he dedicado bastante a la supervisión, al acompañamiento o grupos de debate con profesionales, vi que era una carencia tremenda y pensé que me había de formar, que debía intentar buscar qué había sobre diagnóstico, porque si yo quería hablarles o generar reflexiones sobre lo que debería ser un diagnóstico en un planteamiento de intervención, o de acompañamiento individual y familiar, casi que introducirles la palabra era una novedad» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

El último testimonio corresponde a E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) cuyo recorrido se sitúa, de manera muy similar al resto de participantes, a partir de una

necesidad profesional, pero en este caso se centra en la necesidad de disponer de terminología que le permita definir situaciones de una manera profesional, científica, precisa; situación que vive tanto desde los servicios de atención primaria como en un servicio de carácter más especializado.

«Esto realmente comienza como una necesidad profesional, evidentemente, porque uno sale de la carrera sabiendo muy poco de lo que es ejercer. Acabo la carrera, empiezo a ejercer y empiezas a comparar la forma en como expresas tu opinión profesional, a compararla con otros informes o otros diagnósticos o evaluaciones de otros profesionales que tienen un arsenal técnico, una serie de conceptos científicos y empieza a notar que tienes deficiencia a la hora, sentía que no tenía suficiente terminología, empecé por ese asunto, no tengo terminología suficiente para poder expresar realmente lo que considero de este caso. Y no sé hacia donde orientar lo que sucede con esta situación concreta.

A partir de ahí pues yo salto a un recurso especializado, que es inclusión social dónde se exige ya un mayor, se exigen informar constantemente, porque de eso depende que cobren los SMI y hay que emitir informes que es preceptivo. Entonces en ese momento pues tengo que empezar a buscar instrumentos, escalas para medir la exclusión social y ya empiezo a dar con otro instrumento, en este caso de medición estandarizado» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

En síntesis, observamos un cierto hilo común en todas las aportaciones la necesidad de disponer de terminología adecuada para el desempeño profesional y un objetivo común: ser rigurosos en la aplicación de una metodología de intervención social. A partir de ahí, los caminos son variados, pero van confluyendo en referentes, en métodos, en concepciones que veremos en los siguientes apartados.

Querríamos señalar que, en la práctica profesional, especialmente en el ámbito de la administración pública, se podría entender que se produce una cierta contradicción entre el desarrollo teórico posestructuralista y el funcionamiento positivista que caracteriza a la administración y al marco normativo. En el desarrollo de las funciones, marcadas por la “sanción social” tienen un fuerte peso las orientaciones normativas que, sin plantearse un marco teórico, tienen una clara orientación positivista, que busca la capacidad de demostrar los hechos que forman parte del proceso. Sin embargo, podría llegarse al mismo resultado a

partir de posiciones posestructuralistas, puesto que lo que varía es la forma de construir el conocimiento, pero no el conocimiento mismo y su validez.

6.2.2.2 REFERENTES DEL TRABAJO SOCIAL Y DEL DIAGNÓSTICO

En paralelo a este proceso personal y profesional, las personas entrevistadas nos relatan quienes han sido sus referentes en el desarrollo del conocimiento sobre el Trabajo Social, la intervención social y, en concreto, el diagnóstico social.

Una primera reflexión viene en relación con el grado de difusión que han tenido las teorías críticas, tanto del Trabajo Social, como desde una perspectiva sociológica.

«No sé si por el período franquista o por qué, no se ha llegado a establecer una teoría más crítica del trabajo social, o de la base más de Foucault, de Bourdieu, o sea, una base más de lo que es la teoría de los años sesenta, setenta, crítica de la sociedad» (E1, comunicación personal, 7 de noviembre de 2019).

Destaca, también, las aportaciones de Berger y Luckmann (1968) en un marco teórico general para el análisis social.

«Berger y Luckmann del Proceso Social de la Realidad. Me parece básico para el trabajador social, saber si las cosas no son construidas si no que se construyen» (E1, comunicación personal, 7 de noviembre de 2019).

Para llegar finalmente a un enfoque o modelo teórico del Trabajo Social que es con el que se siente identificada, la práctica narrativa, que forma parte de los modelos teóricos que Payne (2014) define como “orientados al futuro” en contraposición a los enfoques centrados en la resolución de problemas; esta práctica se fundamenta en las teorías postmodernistas sobre el uso del lenguaje, de manera sintética podríamos decir que rechazan el uso de “etiquetas” en el proceso diagnóstico y apuestan por poner el acento en el hecho que las personas expliquen (se expliquen) su propia historia, en este marco los problemas humanos se ven como una consecuencia de historias de opresión que dominan la vida de las personas y que producen desajustes con las experiencias vividas (Carr, 1998). Se trata de un marco que se focaliza en las competencias de la persona, que evita la categorización y patologización de las situaciones, se centra en el comportamiento más que en las emociones y es respetuoso con lo que las personas quieren compartir, respetando los tiempos de cada persona (Payne, 2014). En esta corriente, el rol del profesional es claro: es un acompañante, es el experto en técnicas y procesos pero no ofrece soluciones al problema (Payne, 2014).

«Me ha pasado a mí con el... con la narrativa, con Michael White, porque yo decía, si no encuentro un... modelo, un no sé qué, y cuando lo leí, dije, “madre mía, es que esto es lo que yo siempre he pensado, lo que siempre he estado haciendo”. Y no me refiero a lo que él desarrolla después, que son todas las técnicas y toda la metodología que es súper creativa, sino a lo que es la base, ¿no?, el posicionamiento como profesional. Esta función de ser más acompañante que otra cosa y colaborar para construir procesos conectivos. Eso para mí es el trabajo social» (E1, comunicación personal, 7 de noviembre de 2019).

La entrevista E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) relata su proceso de búsqueda de referentes que resulta complicada porque muchas de las referencias son extremadamente ambiguas hasta que encuentra un modelo que, como veremos, es común con otros dos entrevistados (E2 y E4) y que está en la base del modelo de diagnóstico social de Euskadi, se trata de las aportaciones de Maite Martín (ver las referencias en el apartado 4.5.3 sobre el modelo de Euskadi, página 193).

«Encontré dos cosas, cosas teóricas que me parecieron absolutamente denostadas, cosas que no me servían para nada. [...]. No encontraba nada que me pareciera que les pudiera decir, que me lo creyera real y profesionalmente, que yo pudiera decir a los profesionales. Hasta que encontré el manual de Maite Martín. La primera cosa que yo creo que se acerca mínimamente a lo que yo entendía que era un diagnóstico, que era una metodología, después ya veremos si nos gusta o no, pero al menos es una metodología, un método. No una palabra al aire» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

Por otra parte, a nivel metodológico, E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020), recurre a una autora clásica.

«A mí siempre me es muy útil la reflexión, que ya tiene muchos años, de Hamilton, aún hoy, en 2020, la diferenciación que hace Hamilton de diagnóstico descriptivo, diagnóstico causal y diagnóstico evaluativo. Me parece muy útil, muy útil. Porque nosotros tenemos que plantear una metodología diagnóstica acorde a los Servicios Sociales que tenemos» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

En relación a esta afirmación, querríamos señalar que Gordon Hamilton (1940) plantea el diagnóstico de una manera distinta a la que lo hace la persona entrevistada; Hamilton (1940) considera que un diagnóstico se configura por el conjunto de las tres fases (descriptiva,

analítica y evaluativa) y de hecho, llega a afirmar que la descripción sin el análisis y evaluación no es diagnóstico. En todo caso, es la utilización del marco teórico que hace la persona entrevistada para abordar las resistencias a la elaboración de diagnóstico que se encuentra en sus actividades formativas.

Como avanzábamos, E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) también encontró, en su búsqueda de referentes para la sistematización de indicadores para la elaboración de un diagnóstico social, las aportaciones de Maite Martín.

«Bueno y empezar a analizar todo tipo de terminología y de criterios comunes que había en el estado español vale y ahí es cuando detecto el modelo de Maite Martín Muñoz, que era el modelo de los tres colegios [profesionales del País Vasco], en el año 1996, que hicieron el diagnóstico social con 5 categorías diagnósticas» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Y también apunta a la construcción teórica que se hizo para sustentar el modelo de diagnóstico social de Euskadi.

«Al final, lo que tiene el modelo de Euskadi es que tiene una muy buena base teórica, que la hizo el equipo de Txaro Ovejas Lara. Es excelente» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

La entrevista E2 (comunicación persona, 18 de diciembre de 2019) coincide con las aportaciones anteriores en la búsqueda de referentes y la identificación del modelo de indicadores de Maite Martín como primer instrumento práctico que le permite descubrir una metodología sistematizada, pero veremos que amplió su búsqueda tanto en el ámbito teórico como en el práctico.

«Y no sé orientar hacia donde orientar lo que sucede con esta situación concreta. Entonces me pongo a buscar cosas por internet y doy a Maite Martín Muñoz, con la famosa batería de indicadores de Maite Martín Muñoz. Que buen trabajo hizo esa mujer. Ahí comienza un poco la primera toma de contacto con algún instrumento estandarizado de indicadores de Diagnóstico Social.

Estuve trabajando pues con el manual de Maite Martín Muñoz y luego recurro pues a la literatura básica, que no leí en la carrera: Diagnóstico social de Mary Richmond, Gordon Hamilton, toda la escuela de diagnóstico.

Entonces en ese momento pues tengo que empezar a buscar instrumentos, escalas para medir la exclusión social y ya empiezo a dar con otro instrumento, en este caso de medición estandarizado, cómo puede ser el cuestionario, la escala de Raya, Esther Raya Diez, de medición de la exclusión social y el sistema vasco de diagnóstico social, que estaba en sus inicios» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

Observamos, pues un punto en común en prácticamente todas las personas entrevistadas, que es el descubrimiento del modelo de indicadores de diagnóstico social de Maite Martín Muñoz (2005) en sus primeras versiones de finales de la década de 1990 y, también, en su adaptación al modelo propuesto por los tres colegios profesionales de Trabajo Social del País Vasco.

Más allá del punto de encuentro en la obra de Maite Martín, aparecen otros referentes teóricos, empezando por la obra considerada fundacional del Trabajo Social, *Diagnóstico Social* de Mary Richmond (2008) y destaca, entre las autoras clásicas, la obra de Gordon Hamilton (1940), *Theory and Practice of Social Case Work*.

Y, para finalizar, en esta revisión de los referentes nos parece relevante destacar las aportaciones de tipo más general que dan sentido y orientan el análisis de la realidad social que deben hacer los profesionales del Trabajo Social; y en este punto destacamos los teóricos posestructuralistas, en la línea del constructivismo, desde Michel Foucault (1926-1984) y Pierre Bourdieu (1930-2002) a Berger y Luckmann (1968), y los modelos teóricos para la intervención social como la práctica narrativa de Michael White (1948-2008).

6.2.2.3 CONCEPTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL

En el transcurso de las entrevistas algunas de las participantes nos explican como conciben el diagnóstico social y la relevancia que tiene en la práctica profesional.

En la entrevista E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) se nos proporciona una concepción de diagnóstico social que está en la base de su trabajo de desarrollo y sistematización:

«El tema del Diagnóstico Social, como otros, es un tema poliédrico, depende de la perspectiva desde la que lo analices es una cosa o es otra. Entonces, una cosa es el diagnóstico social como fase metodológica del Trabajo Social, ¿vale? Que fundamenta la intervención de la profesión del Trabajo Social y este es un elemento clave a la hora de considerar luego, a la hora de construir un diagnóstico.

Porque Diagnóstico Social es el juicio que hacemos de la situación de la persona para fundamentar una intervención, así de claro y así de sencillo.

El Diagnóstico Social es un acto intelectual, así de claro, un acto intelectual. Y cada profesional lo tiene acorde a su cuerpo de conocimiento, pero también acorde a su cuerpo de vivencias de su propia biografía, etc. Y tu enjuicias las situaciones de la persona a nivel global o a nivel parcial, las llamas de una manera o de otra, o te las quedas para ti, o le propones a la gente un proceso de acompañamiento en relación de ayuda; dependiendo de donde estés ejerciendo, de prescripción de recursos determinados.

Si el diagnóstico social es el acto intelectual y fase metodológica fundamentalmente interaccional, y es una investigación de la persona y su sistema, o de la persona y sus relaciones, dependiendo del modelo del Trabajo Social en el que te mueves, le llaman de una manera o de otra, pero en definitiva estamos hablando de lo mismo, como un elemento común.

¿Qué es lo que entiendo por diagnóstico? Pues todas estas cosas: es un acto intelectual, porque somos una profesión liberal y porque el contenido de una profesión liberal es fundamentalmente intelectual y para poder desarrollar actos intelectuales tenemos que utilizar el lenguaje, así de claro» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Nos parece destacable la característica principal que propone la entrevista E4: el diagnóstico social como acto intelectual en la medida que significa una huida de los procesos automatizados, tema que abordaremos cuando tratemos la metodología diagnóstica. Esta definición de “acto intelectual” nos lleva a la defensa que hacía Gordon Hamilton (1940, p. 165) del pensamiento reflexivo como elemento clave para la elaboración del diagnóstico y del resto de la actividad social; por otra parte, Amaya Ituarte (2017) plantea el tema del automatismo y considera que éste no es posible debido a dos factores: por una parte, se trata de un proceso en el que participan dos partes (profesional y persona o personas atendidas) y deben entenderse, lo que implica el uso del lenguaje y del pensamiento; y, por la otra, la relación entre ambas partes es singular y el mero hecho de un cambio en una de las partes puede modificar el conjunto de la situación,

E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) nos relata su experiencia en las actividades de formación y de supervisión cuando se le pide una justificación a la necesidad de realizar

un diagnóstico social; su planteamiento aborda distintos aspectos, unos de carácter metodológico y otros de carácter comunicativo.

«Es el eje. ¿Qué le digo yo cuando me preguntan los profesionales para que tengo que hacer un diagnóstico? Fíjate que la pregunta, que me la hacen. Ahora viene esta y me cuenta una cosa rarísima y resulta que ahora yo tengo que hacer esto. En este nivel de debate. ¿Porqué tengo que hacer un diagnóstico? Mi respuesta: para comunicar, para comunicar al usuario, para comunicar a la institución y para comunicarte, si me permites la licencia, a ti misma, ¿cuál es la mirada profesional sobre este grupo familiar? Por que esta mirada te la habrá dado el diagnóstico. Es decir, si no haces un diagnóstico, ¿cómo le comunicas al usuario qué es lo que tú profesionalmente consideras? No puedes hacerlo. ¿Cómo le comunicas a la institución que es lo que tú profesionalmente consideras? No puedes hacerlo. ¿Y como te explicas a ti misma qué es lo que tú, profesionalmente, consideras sobre este caso?» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

Esta aportación aborda un tema importante: el uso del lenguaje como forma de comunicación, pero también como forma de explicar e interpretar las situaciones o hechos; desde el construccionismo este es uno de los temas fundamentales tal y como destacan Gergen (1996) o Burr (1997) entre otros, que le reconocen un carácter constitutivo del conocimiento precisamente por que las explicaciones y descripciones se vehiculan mediante el lenguaje. Y, en una línea similar, en cuanto al carácter constitutivo, encontramos las aportaciones de Derrida (1967), Austin (1962) y Butler (2007) (citados todos ellos por Boocardi, 2010) en cuanto a la performatividad del lenguaje que significa trascender de los significados asignados y creación de nuevos significados.

Y añaden, tanto E3 como E4 que no podemos olvidar que el diagnóstico social es un derecho de las personas usuarias de los Servicios Sociales.

«La Ley de Servicios Sociales de 2007 dice que el usuario tiene derecho a la devolución por escrito y si es necesario de palabra de un diagnóstico social sobre su situación» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

«Luego, el diagnóstico, que este es otro elemento muy importante para el Sistema de Servicios Sociales, como identidad del sistema, es un derecho. [...] Es decir, tu te vas al decreto de cartera y te vas al artículo 18 (apúntatelo y luego lo buscas). Te vas al

decreto de Cartera, artículo 18³¹², para que la profesional diga a, b o c, que tiene que hacerlo en la valoración inicial» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Finalmente, en relación con la conceptualización del diagnóstico social, dos posiciones similares que se cuestionan el uso del diagnóstico o su relevancia. Así por ejemplo E1 (comunicación personal, 7 de noviembre de 2019) considera que, desde el enfoque narrativo, el diagnóstico puede ser un obstáculo para el proceso de intervención de la Trabajadora Social en la medida que la sitúa en un rol de “experta” y no de “acompañamiento” y puede limitar y condicionar el proceso explicativo que debe hacerse la propia persona.

Por otra parte, E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) se plantea la utilidad en cuanto a compartir el resultado del diagnóstico obtenido en un instrumento estandarizado.

«Actualmente, yo estoy en una etapa de dilema con respecto al diagnóstico social porque en mi práctica, que es fundamentalmente clínica, el diagnóstico social desde los modelos desde los que trabajo, que son post-constructivistas, posestructuralistas y más cercanos a lo posmoderno, el diagnóstico pierde relevancia incluso es inapropiado. Entonces, yo estoy ahora en un momento en el que considero diagnóstico útil en determinados contextos, sobre todo en contextos donde se nos exige que llevemos el traje del positivismo; en la administración pública se exige el positivismo, se exige que digamos la verdad, que digan, que describamos la realidad tal y como es y que opinemos cómo es la realidad para que pueda la persona que acceder a recursos. Entonces en este sentido, resulta útil. En ámbitos de justicia resulta útil también porque se nos exige como expertos que opinemos sobre una temática y incluso prescribamos un tratamiento determinado. Entonces ahora yo lo veo más como una herramienta, como un medio para conseguir determinados fines, pero no como una necesidad metodológica obligatoria del método básico. Considero ahora mismo qué es un paso que puede ser prescindible en determinados contextos de intervención, como puede ser el clínico. Dentro del clínico puede ser prescindible. En cuanto al diagnóstico, yo creo que lo más relevante es esto, ya en si cuando se considera pertinente al diagnóstico, como puede ser en un ámbito pericial o en un ámbito de la Administración Pública, considero que dentro de aquí lo más importante es tener claro que el

³¹² Se refiere al artículo 18 del Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema XXX de Servicios Sociales (2015) que regula como procedimiento de acceso la “Valoración y diagnóstico social, de atención primaria” y que establece tres posibles resultados de la valoración: no requiere intervención, necesidad que puede cubrirse mediante intervención puntual o intervención que requiere seguimiento.

Diagnóstico Social tiene que ser útil para la persona y para la intervención» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

En esta aportación, se plantea un tema significativo y que puede generar un dilema en la intervención social, especialmente desde la administración pública. La administración, sobre la base normativa que la conforma, tiene una orientación claramente positivista, en la que se persigue la *objetividad sin paréntesis* (como la denomina Maturana (1996)), esa objetividad que parte de la separación entre observador y observado y que sitúa al observador fuera del mundo observado. Este carácter positivista, a nuestro parecer y siguiendo las aportaciones de Kisnerman (1998), entre otros, no sería aplicable a las ciencias sociales y, por tanto, al Trabajo Social. Sin embargo, planteamos que es posible dar respuesta al marco normativo positivista desde posiciones construccionistas en la medida que se trata de modificar la forma en la que se crea el conocimiento y substituir la *objetividad sin paréntesis* por la *objetividad entre paréntesis* Maturana (1996) que implica que los conocimientos se construyen por consensos, con la participación de los distintos actores y en la interacción mediante el lenguaje.

En síntesis, las personas entrevistadas nos aportan algunas ideas básicas:

- El diagnóstico como un acto intelectual que requiere del uso del lenguaje.
- El diagnóstico social es el eje de la intervención del Trabajador Social en la medida que forma parte del proceso metodológico básico: conocer para actuar.
- La formulación del diagnóstico mediante instrumentos estandarizados o lenguajes específicos tiene elementos positivos (la comunicación entre las personas requiere de un lenguaje común) y elementos negativos (la limitación del uso del lenguaje técnico para realizar un acompañamiento en la intervención social); será necesario un buen equilibrio entre los diferentes elementos que constituyen el diagnóstico para evitar caer en modelos automatizados.

6.2.2.4 CONCEPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL EN LA PRÁCTICA

En este apartado hemos querido recoger algunas reflexiones y experiencias que surgieron en las entrevistas relacionadas con la percepción que las personas entrevistadas tienen de la situación del diagnóstico en la práctica profesional.

Por una parte, aparece el condicionamiento que provoca la institución, como nos habían señalado en la E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) con anterioridad, que establece unos criterios de actuación basados en el acceso a prestaciones y recursos, pero no

se plantea el acompañamiento profesional como una actividad básica del sistema de Servicios Sociales.

«Que el planteamiento básico es, tengo que aplicar lo que me dicen las políticas [referido a personas con capacidad de decisión]. No me las planteo. Binomio necesidad-recursos. Pero, además de todo, como muy... muy poco... con muy poca profundidad en el diagnóstico, porque esto no es una cuestión... hay un aspecto de superficialidad tan grande que yo no puedo pasar una persona y decirle, “a ver, ¿usted qué quiere?” “Donde yo vivo necesito ayuda domiciliaria”, “Venga, ayuda domiciliaria ...”. Le paso los baremos, le paso no sé qué y ya está hecha. Y a lo mejor esa persona, el problema que tiene no es ese, es otro» (E1, comunicación personal, 7 de noviembre de 2019).

Y reflexionaba E1 (comunicación personal, 7 de noviembre de 2019) si la oferta es la que determina la demanda y sobre qué sucedería si desde el Sistema de Servicios Sociales se ofreciesen otro tipo de prestaciones. El tema de la demanda apareció también en la entrevista E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) en la que destacaba la importancia de disponer de una metodología diagnóstica y de explicar a las personas usuarias cuál es el marco de intervención; plantea que la respuesta centrada en la demanda es una “trampa”, así la denomina, en la que si los profesionales caen, por presión institucional o por falta de instrumentos técnicos, será muy difícil poder realizar una intervención social de carácter profesional, más allá de la aplicación de recursos.

«El Trabajador Social se deja llevar por la demanda del usuario y el usuario quiere algo rápido; no quiere, de entrada, que le despliegues toda una batería de preguntas, que buscan la profundización en una serie de variables de su vida o de su ámbito de relaciones o sentimientos. Y si tú no has generado esta expectativa en el usuario y tu respondes a la demanda, que sólo te hace el usuario, ya no puedes explorar más allá. Y la otra parte es la institución; en el fondo la respuesta es la que te decía antes, si tú llegas a mi Centro de Servicios Sociales (tú, usuaria y yo, profesional) si yo no tengo muy claro que yo tengo en mi cajón una metodología diagnóstica que desde el principio pondré sobre la mesa y trabajaré contigo. Si yo entro en tu demanda y respondo sólo a la demanda, más adelante ya no la podré sacar del cajón. Si no la saco de entrada ya no la podré sacar, porque ya he caído en la trampa de tu demanda. En el juego de la demanda - respuesta y ya no entenderás, como usuaria, que saque del cajón una

metodología diagnóstica compleja, que pasa por hacerte determinadas preguntas, también de alta complejidad. Por lo tanto, volvemos al punto: ¿porque hacemos un diagnóstico? Porque si no la hacemos, si no la hacemos desde el principio, cuando llega la persona, ya no lo podremos hacer» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

Queríamos señalar que hemos identificado pocos estudios, en nuestro contexto cultural y geográfico, sobre la práctica metodológica del Trabajo Social; uno de los que hemos localizado lo llevó a cabo el Grup de Recerca i Innovació en Treball Social (GRITS) de la Universitat de Barcelona, *La intervenció amb les famílies des del treball social*, y entre los resultados destacamos la importancia que le dan al diagnóstico vinculándolo al plan de trabajo y la necesidad, apuntada en la entrevista, de implicar a la persona en el proceso metodológico: «un bon diagnòstic ajuda a construir el pla de treball i a avaluar la intervenció. Si bé es fa notòria la necessitat d'implicar les famílies en tot el procés metodològic³¹³» (Josefina Fernández et al., 2015, p. 240).

Se desprende de las entrevistas que hay aún una baja percepción, por parte de los profesionales y de las instituciones, de la necesidad de disponer de diagnósticos adecuados para fundamentar las intervenciones sociales, se ha producido un sesgo hacia el activismo que lleva a los profesionales, especialmente los que prestan sus servicios en el Sistema de Servicios Sociales, a entrar en una dinámica que se centra únicamente en responder a las demandas.

6.2.2.5 METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA

Nos planteamos si el hecho de la sistematización diagnóstica puede dar lugar a un cierto nivel de automatismo en los procesos diagnósticos; por ello abordamos el tema de la metodología con las distintas personas entrevistadas. En relación con los automatismos, recuperamos las reflexiones de Amaya Ituarte (2017) en cuanto a los riesgos que la categorización pudiera conllevar, no tanto por el hecho en sí de establecer categorías, sino por el riesgo de caer en la simplificación de un proceso complejo, como es el diagnóstico social. La autora apunta, incluso, a la intención de algunos de vincular categorización con estandarización de tratamientos y señala que este automatismo no es posible por dos motivos: en primer lugar, porque el diagnóstico implica a dos partes (profesional y persona o personas atendidas) en

³¹³ Trad. «un buen diagnóstico ayuda a construir el plan de trabajo y a evaluar la intervención. Si bien se hace notoria la necesidad de implicar a las familias en todo el proceso metodológico» (Josefina Fernández et al., 2015, p. 240)

un proceso conjunto y, en segundo lugar, porque esta interacción entre las dos partes es única, la modificación en una de las partes cambia la interacción y puede cambiar el contenido del diagnóstico (Ituarte, 2017, pp. 97-98).

Entendemos que la metodología diagnóstica es la respuesta a algunas expresiones que muestran la resistencia de algunos profesionales a realizar un diagnóstico social profesional, con instrumentos estandarizados o no, pero que sobrepase los márgenes de los baremos de adjudicación de servicios. En la entrevista mantenida con E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) se ponen de manifiesto tres justificaciones para resistirse a la elaboración de un diagnóstico de manera sistematizada y formal. La primera de todas es la *falta de tiempo*, esta situación se puso de manifiesto también los grupos de discusión; la segunda es que el diagnóstico se realiza *sobre la marcha*, de manera más o menos automática se van valorando los datos recabados; y, finalmente, el diagnóstico no se formaliza por escrito porque *ya lo tenemos en la cabeza*.

Ante estas resistencias buscamos en la metodología, junto con la finalidad y el concepto que hemos visto anteriormente, las estrategias y alternativas para poder desarrollar una función que consideramos clave en el proceso de intervención social.

Un primer abordaje para la realización del diagnóstico es partir de la base que se pueden hacer diversos niveles de diagnóstico, preliminar y en profundidad como nos propone E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020), que coincide con la propuesta que habíamos planteado en el cuestionario cuando solicitábamos la valoración de dos niveles diagnósticos que, en nuestro caso, denominábamos de cribado y en profundidad. Y, por otra parte, identificar las fases del diagnóstico que, según los autores, pueden ser dos o tres y que nos recuerdan en varias entrevistas.

En relación con los niveles de diagnóstico, E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) nos plantea que utiliza los conceptos de «diagnóstico preliminar y diagnóstico en profundidad» como propuesta para garantizar que los profesionales realicen el diagnóstico en las primeras fases de atención sin que les requiera un alto tiempo de dedicación. Y lo defiende de la manera siguiente:

«Entonces yo les digo, vale, ¿cómo intento combatir esto?, pues a partir de utilizar 2 palabritas: diagnóstico preliminar y diagnóstico en profundidad. Si tú me dices que no tienes tiempo de hacer un diagnóstico en profundidad, que es lo que yo creo que deberías hacer, haz un diagnóstico preliminar, pero no te lo saltes, no puentes y digas

no hago diagnóstico porque no tengo tiempo. Haz algo más sencillo y llámalo diagnóstico preliminar, pero hazlo. A mí me parece que este pequeño pasito, aunque sea muy pequeño, al menos hará que no volvamos a perder la palabra diagnóstico» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

Por otra parte, se plantea el uso de las distintas fases del diagnóstico como una manera de aproximarse a la metodología y de facilitar el proceso; en este sentido E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) recuerda las aportaciones de Gordon Hamilton «que diferencia «diagnóstico descriptivo, diagnóstico causal y diagnóstico evaluativo» y que considera que puede ser útil para introducir a los profesionales en el proceso diagnóstico paulatinamente; es decir, lo plantea como tres fases del proceso diagnóstico, cada una más compleja que la anterior, que pueden desarrollarse de manera independiente y ante la falta de experiencia y de conocimientos, iniciar el diagnóstico por la fase descriptiva puede ser una manera de incorporar el diagnóstico a la metodología de trabajo en los Servicios Sociales.

Hemos señalado con anterioridad que la propuesta de Hamilton (1940) se plantea de una manera distinta; la autora entiende que son tres fases indisolubles para la obtención de un diagnóstico; de hecho, afirma que la fase descriptiva (los hallazgos, los denomina) son «la materia prima del diagnóstico, pero no son diagnóstico» (Hamilton, 1940, p. 144). Aún así, entendemos que la lectura que hace la persona entrevistada tiene que ver con una estrategia para vencer las resistencias que se encuentra en las actividades formativas.

En cambio, en la entrevista E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) se plantea la necesidad de realizar dos fases en el diagnóstico: la descriptiva y la evaluativa; en la línea, simplificada en dos fases, apuntada por Hamilton (1940) o Conde (1998). En este caso lo plantea como fases necesariamente consecutivas que forman parte del diagnóstico y nos dice:

«De las principales deficiencias que se dan a la hora de escribir un diagnóstico que es: primero, se desconoce que en el diagnóstico hay dos partes diferenciadas; que una es describir lo que has visto, oído o leído, que es describir los hechos y la evidencia; y otra donde el profesional opina sobre esos hechos y evidencias. Vamos método científico como cualquier trabajo» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

Profundizando en este tema, la entrevista E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) señala que, a menudo, no hay diferenciación entre ambas fases y que se mezclan los contenidos y a esta confusión metodológica se le añade una falta de competencias, según su valoración, en la terminología adecuada en cada una de las fases:

«Pues el mayor de los errores es que donde se describe, se opina y donde se tiene que opinar, se continúa describiendo. En ocasiones no se opina, en muchas ocasiones ni siquiera hay opinión sino un resumen de lo descrito. [...] Califícala, juzga de alguna manera. Entonces de los principales errores, y esto es una competencia técnica avanzada. [...] Utilizar el lenguaje descriptivo y el lenguaje evaluativo es una de las competencias que son deficitarias» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

Observamos, pues que en este tema hay una cierta controversia, mientras que una aportación considera que las fases son separables unas de otras y que constituyen distintos niveles de complejidad, en la otra aportación se considera que el diagnóstico es juicio, valoración, calificación y sin ella no existe el diagnóstico. Tal y como hemos comentado con anterioridad, ante esta duda recurrimos a las fuentes primarias y concluimos que, de acuerdo con la propuesta de Gordon Hamilton (1940) se trata de tres fases no separables, sino que son necesarias para conformar el diagnóstico.

En la metodología para la elaboración de diagnósticos surge el uso de indicadores como una técnica para llevar a cabo esta elaboración y de nuevo obtenemos opiniones diversas pues, aún reconociendo su utilidad, se advierte sobre lo que puede significar de simplificación en el proceso diagnóstico. En este sentido en la entrevista E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) nos recuerda una tradición dentro del Trabajo Social que consideraba que éste era un arte y que la descripción y el desarrollo de indicadores era una práctica que se consideraba contraria a esta concepción del Trabajo Social como arte:

«Yo creo que nosotros caímos en otro error, que creímos que si nosotros, quiero decir el corpus profesional, nos negamos a hacer esto de la descripción y coger una variable y hacer indicadores, porque nos parecía que el Trabajo Social era un arte, es decir, el Trabajo Social es un arte. Yo estudié con ello, con esta premisa, el Trabajo Social era un arte. Entonces si tú no quieres entrar en esto, piensas que porque tú no entres no pasará. No, lo que pasó es que lo hicieron otros por nosotros, no es que no pasara, es que nosotros no participamos. Es muy diferente» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

Pero los indicadores no son la solución definitiva al diagnóstico, sino que son solo una técnica para ponerlo en práctica. En este sentido, en la entrevista E1 (comunicación personal, 7 de noviembre de 2019) se plantea: «Tú puedes ser muy buen registrador de indicadores,

pero eso no te hace un buen trabajador social.» en el sentido que el registro de indicadores no es suficiente para hacer el diagnóstico, que requiere la fase evaluativa. Esta afirmación trae al debate el concepto de “acto intelectual” que refiere la entrevista E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) en su definición de diagnóstico social, y también el concepto de “pensamiento reflexivo” de Gordon Hamilton (1940, p. 165), ambos equivalentes desde nuestra perspectiva, y que implican que los indicadores son un instrumento, entendido como aquello de lo que «alguien se sirve para hacer algo o conseguir un fin» (RAE, 2014), pero que, por sí solos no consiguen esa finalidad, para lo que es necesario que la profesional utilice sus conocimientos y su capacidad intelectual que le permite la valoración de los datos recogidos mediante indicadores.

Por otra parte, en la E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) se destaca también el hecho que los indicadores, por sí solos, no son suficientes, sino que necesitan un marco teórico para su interpretación, especificación de la terminología y criterios para su aplicación

«A mi la estructuración de 5 ámbitos, porque al final es un sistema de clasificar, donde tu extraes lo que te interesa y haces las interacciones según la teoría que hayas generado y que quieras, para comprobar tu hipótesis. Partes de esa estructura, la desarrollas, pero, sobre todo, lo que nosotros hemos desarrollado es el manual de terminología, donde se establecen criterios para explorar, aparte del criterio descriptivo que es importante, aparte de la definición que es importante para que todos entendamos lo último. Lo que es un criterio exploratorio: qué tengo qué y cómo tengo qué. Esto qué es, cuando formación básica para gente, no somos repetidores de lo que la gente dice, ni transcriptoras de una entrevista, no estamos transcribiendo una entrevista. Para darle valor a unos indicadores, hay que observarlo, contrastarlo con otras personas. Son las condiciones que deben tener los datos para darle valor al diagnóstico como criterio de exploración» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Los indicadores pueden servir para sistematizar el diagnóstico y clarificar las situaciones que deben ser objeto de intervención, pero como señalábamos, son un instrumento, no pueden substituir la actividad profesional, que analizará los datos a la luz de su concepción teórica; otro tema distinto es que existan experiencias que utilizan algoritmos que lleven a relacionar determinados resultados de indicadores dados de forma conjunta con un resultado global (sintético), pero, en todo caso, debería ser tomado únicamente como una referencia y no de manera taxativa, porque los algoritmos no puede valorar los matices que sí que puede hacer

la profesional en su práctica. En la entrevista E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) se destacaba que, a menudo, lo que se presenta como diagnóstico es más una biografía de la persona con los efectos negativos que puede tener:

«En ocasiones en el diagnóstico se intenta hacer una biografía de la persona, que intenta transmitir que sé mucho del caso y eso lo único que hace, en ocasiones, es restar claridad a ese diagnóstico y reducir la precisión de los factores que están influyendo en la situación. Se ven diagnósticos de situaciones desprotección en los que la parte descriptiva del diagnóstico son 20 folios y luego, en la parte donde ya toca opinar, ya son 8 folios y es imposible planificar una intervención con tal cantidad de información. Por lo tanto, son diagnósticos poco claros y precisos. Por lo tanto, y respondiendo a tu pregunta, considero que lo más importante dentro de la fase diagnóstica, además evidentemente de tener una rigurosidad en la metodología, es que sea útil para la intervención, que es realmente para lo que se hace un diagnóstico, para que sea útil para poder planificar una intervención eficaz con la situación» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

Podemos concluir que las aportaciones en relación con la metodología se pueden sintetizar en:

- Existen diversos niveles de diagnóstico, preliminar o de cribado y en profundidad, que mantienen la metodología diagnóstica y garantizan, si se realizan adecuadamente, el desempeño profesional. Estos niveles distintos han sido descritos por diversos autores (de Robertis, 2006; García-Herrero, 2008) y se utilizan en otros sistemas (Cerdá et al., 2006) ofreciendo resultados positivos en relación a la atención de las personas
- El diagnóstico tiene, como mínimo³¹⁴, dos fases: una descriptiva y una evaluativa, ambas fases deben completarse para disponer de un diagnóstico social.
- Los indicadores son una técnica para desarrollar las variables que describen una situación determinada, pero, en todo caso, requieren del proceso profesional interpretativo (evaluativo) para convertirse en un diagnóstico social, el “pensamiento reflexivo” que apunta Gordon Hamilton (1940).
- El uso de indicadores debe ir acompañado de un marco conceptual y teórico que guíe cómo deben realizarse la interrelaciones entre los indicadores, así como el desarrollo de

³¹⁴ Decimos “como mínimo” porque hemos visto que tanto las aportaciones de Gordon Hamilton (1940) como las de Rosario Conde (1998) incluyen tres fases.

criterios para su aplicación y una adecuada descripción que precise el alcance terminológico del indicador.

6.2.2.6 METODOLOGÍA PARA LA SISTEMATIZACIÓN

El proceso de sistematización de los diagnósticos sociales mediante el desarrollo de instrumentos conformados por distintos elementos (indicadores, algoritmos, etc.) se ha realizado de formas diversas, pero entre las personas entrevistadas se seleccionó a una profesional que ha desarrollado una actividad significativa en este ámbito y nos hace interesantes aportaciones sobre la metodología para la sistematización.

La metodología que están poniendo en práctica consiste en partir del conocimiento que tienen las profesionales de base, las profesionales que están realizando la atención directa y, partiendo de esta materia prima, se crean categorías, se comprueban y se le da forma para validarlo.

«¿Que es lo que hacemos nosotras? Trabajar con las TS en la base o trabajar con las TS en su lugar de trabajo y desarrollar, leer cómo escriben y expresan ellas con sus palabras qué es diagnóstico, el diagnóstico, ir haciendo categorías, a base de hacer hipótesis, comprobarlas, darle forma matemática, hacer sistemas de cálculo, informatizarlo, validarlo, dependiendo de lo que la gente quiera tener.

Nosotras sistematizamos la práctica y la experiencia. Hacemos grupos de debate, hacemos lectura libre donde todas nuestras compañeras se expresan, con su terminología y sus criterios. Entonces... analizamos todo, porque en un mail puede ir la mayor carga diagnóstica que te puedes echar a la cara.

Luego grupos de discusión, grupos de alto rendimiento como les llamamos, de la gente más potente y entonces lo que hacemos es partimos de la base de que es sistematizar. El *abc* de la sistematización de Trabajo Social: recoges en la práctica, contrastas con teorías existentes, tratas de formularlo, de darle forma, lo pruebas, porque claro es la manera de hacer indicadores y criterios» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Como ejemplo nos relata la metodología para construir la categoría “exclusión” en la que destaca la necesidad de separar la construcción del concepto de la práctica institucional y permitir el desarrollo del conocimiento profesional. Esta metodología nos recuerda la que describe Richmond (2008/1917) para la elaboración de su obra *Diagnóstico Social*, que se basó

en el estudio de miles de expedientes sociales de diversas ciudades y supuso la realización de casi 11.000 consultas (Richmond, 2008, p. 571).

«Cómo hicimos eso, la construcción del concepto “exclusión” como categoría diagnóstica, fue lo más magnífico. Empezamos con entrevistas con trabajadores sociales, de muchos, no solamente de los ayuntamientos grandes, sino también de comarcas, 113 trabajadores sociales en 3 grupos, debatiendo qué es exclusión para ti. Y a partir del debate de qué es exclusión para ti, y no que supusiera que se le tenía que atender, que es cuando te liberas, y nuestras colegas decían, no hay recursos, pero es: esto, esto, esto, esto, esto. No hay porque nadie les quiere atender, porque es ta, ta, ta, ta» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Esta metodología parte del trabajo desarrollado en la práctica para construir un modelo sistematizado y consensado, significa hacer un proceso inverso: deconstrucción–construcción.

«Con la metodología que te estoy explicando es distinto, primero hay que decodificar para después codificar. O primero extraes lo que las personas profesionales tienen en sus mapas cognitivos (construccionismo puro y duro), pero esta es la base para poder sistematizar, y emergen los criterios latentes y ocultos que realmente se están siguiendo para opinar sobre situaciones globales o parciales de la persona, o no se puede hacer nada» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Destaca la importancia de fundamentar y sistematizar los criterios valorativos y de crear un sistema que se base en investigaciones sociales, en la normativa, que no sea sólo un acuerdo entre las partes. Las investigaciones sociales, la normativa, pueden tener distintos objetivos o, incluso, marcos paradigmáticos, pero, en todo caso, entendemos que la propuesta que hace la entrevistada consiste en ampliar la mirada, en buscar referencias más allá de la práctica particular, en recurrir a la interdisciplinariedad para la construcción de los conceptos, en la línea apuntada desde el construccionismo (Kisnerman, 1998).

«Lo más importante de cada indicador son los criterios y el más importante es el criterio valorativo, eso sí que lo has visto, es el semáforo. Ahí es donde, detrás de cada indicador hay investigaciones sociales, de diferentes ámbitos, hay normativa, hay reflexión, hay sistematización. Ahí es donde está. Para decir que esto es lo adecuado, esto lo deficitario y esto es lo carencial, ahí está el núcleo duro. De cada indicador...

Esa es la base de este trabajo, se va retroalimentando constantemente» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Este sistema permite, además, un desarrollo hasta los niveles que se deseen y la validación se realiza a partir de la práctica, en un enfoque construccionista que considera que la validación del conocimiento depende del proceso social (Gergen, 1996).

«Tiene posibilidades de ampliarse, montones. O sea, es infinito. Entonces, al final esto es como quien dice un gran almacén que se debe ir retroalimentando con el tiempo y luego están los sistemas de cálculo que vienen a reflejar criterios consensuados técnicamente, de manera común, y que en la medida en la que se aplican y se van validando» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

El modelo que están desarrollando se fundamenta en el enfoque a las competencias y las fortalezas, en la línea propuesta por Saleebey (1997), en vez de centrarse en las carencias que, como nos relatan en la entrevista es el modelo que se ha utilizado habitualmente.

«Porque al final, lo que tu tienes son unidades, que son cada indicador, que es una categoría diagnóstica, subcategoría diagnóstica, que siempre te valora lo positivo y eso es un elemento clave. Y te valora lo positivo que es una de las cosas más innovadoras de este modelo, respecto de todos los anteriores de la ficha social, SIUSS y el sursuncorda, que todos eran catálogos de déficits... Esto es totalmente innovador» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

En cuanto al uso de la sistematización diagnóstica para determinar intervenciones sociales mediante el diseño de algoritmos, la persona entrevistada se muestra muy crítica y alerta de los objetivos reales de este tipo de definiciones.

«Yo lo que te decía es porque has nombrado el tema de los algoritmos. Todo este tema es un tema muy peligroso, porque al final, tu lo que consigues con ese tipo de proceso metodológico es lo que el poder quiere. ¿me entiendes? O sea, lo que institucionalmente quiere. Y como a veces, además, no cuentan con la gente que sabe cómo funcionan las personas socialmente, con nuestro cuerpo de conocimiento» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Finalmente, apunta a la necesidad de una actualización y retroalimentación constante porque la realidad social es cambiante y como profesionales debemos acompañar esa realidad social y lo ejemplifica con la necesidad de estudiar el impacto de las interacciones en Internet como

parte de las interacciones sociales. En este punto, volvemos a ver el marco construccionista que entiende que el conocimiento se enmarca en un contexto determinado por el momento histórico, social y cultural (Gergen, 1996) y que, por tanto, es necesario actualizar para que siga siendo un conocimiento válido.

«Ahora la gente, ya mismo, mucha gente profesional está desbordada con una realidad que es clara, que tiene que ver con el malestar que generan las interacciones en internet. Claro tendré que diagnosticarlo, tendré que investigar, explorar, etc. Lo que la gente pone en sus redes, comparte, o sea, los valores, etc. Porque si no nos quedamos obsoletas» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

Sintetizando, la metodología para la sistematización que se propone en la entrevista E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) se fundamentaría en los pasos siguientes:

- El punto de partida de la sistematización debe ser el lenguaje que utilizan los profesionales de atención directa, en cualquiera de sus medios de registro o comunicación.
- El lenguaje utilizado en la práctica es analizado y sistematizado, agrupado creando categorías y desarrollado mediante indicadores descriptivos y valorativos.
- Se contrasta con teorías y con investigaciones sociales.
- Se debate y trabaja con grupos de discusión.
- Se elabora la propuesta final.

6.2.2.7 USO Y ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS

Uno de los motivos para realizar las entrevistas y para seleccionar a las personas que participaron fue, en algunos casos, el conocimiento que tenían sobre instrumentos diagnósticos específicos; así, por ejemplo, la persona que realizó la entrevista identificada como E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) utiliza habitualmente tres tipos de instrumentos distintos, mientras que la persona entrevistada identificada como E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) tiene un profundo conocimiento de un instrumento específico, así como su desarrollo y evolución.

En primer lugar, vamos a ver qué nos explican de cada uno de estos instrumentos, sus fortalezas y sus debilidades.

La entrevista identificada como E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) analiza tres instrumentos diagnósticos: la Escala General de Diagnósticos de Conde (1998), la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud-CIF- (OMS, 2001) y el Person-in-Environment (PIE) System (Karls y Wandrei, 1994).

Recogemos las valoraciones en una tabla que sistematiza las fortalezas y debilidades de cada uno de los instrumentos diagnósticos.

TABLA 89. ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO EN LA ENTREVISTA E2 (COMUNICACIÓN PERSONAL, 18/12/2019)

Instrumento	Fortalezas	Debilidades
Escala de Categorías Diagnósticas (Conde, 1998)	Su uso en contextos de servicios sociales e intervención en situaciones de pobreza y exclusión social: «Me parece relevante y especialmente útil en el contexto, fundamentalmente, de servicio sociales y cuando se interviene con poblaciones de pobreza y exclusión social. Conde Megías lo construyó en base a la experiencia de los casos que llegan a servicios sociales fundamentalmente o al sistema de protección social también salud³¹⁵»	Limitación de los contextos de aplicación; no es aplicable a situaciones vinculadas al ámbito relacional, solo a los contextos señalados (pobreza y exclusión): «Las categorías no permiten dar una explicación, no permite clasificar situaciones que tengan que ver con dinámicas interaccionales, relacionales o que tengan que ver también con perturbaciones subjetivas»
	Su fácil aplicación: «Es un sistema de clasificación que no se necesita una amplia formación, simplemente con una lectura, un par de horas de formación y rodar el sistema con cuatro o cinco diagnósticos, ya te quedas fácilmente con el uso y después ni siquiera tienes que recurrir al sistema para poder clasificar, sino que ya, las categorías andan en la cabeza de manera muy sencilla porque son 16 categorías, no hay más.»	Solo es aplicable para personas adultas.
Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud-CIF- (OMS, 2001)	Reconocimiento internacional: «Por ser de la Organización Mundial de la Salud»	Complejidad: «Hay unos 1.500 indicadores»
	Es un recurso en evaluaciones para entornos de carácter muy positivista y que requieran categorías lo más universales posible: «Entonces la CIF tiene rango internacional, tiene validez, está un alto nivel de validez, es transcultural,	Formación específica: «Es un manual complejo de utilizar, la codificación, el hecho de poner los códigos, es muy compleja; cualquier error lleva a que el código esté mal interpretado, en caso de que se

³¹⁵ Todas las frases entrecomilladas son transcripción literal de la entrevista de referencia.

Instrumento	Fortalezas	Debilidades
	entonces en caso de peritaje, en caso de reconocimiento de discapacidad o las revisiones de discapacidad del equipo de Valoración y Orientación, dónde se están poniendo un juego las prestaciones por la incapacidad o en caso de, también, peritaje de accidentes de tráfico, para medir el impacto en la calidad de vida que ha tenido el accidente, en todo esto que tiene que ver con sistemas judiciales o sistemas administrativos donde se pone algo importante un juego y dónde, también, quién va a evaluar esos informes pueden haber detrás equipos que tienen que ver con lo sociosanitario, que la cultura de la OMS es un impacto importante»	use un sistema informático para entrarlo, un punto ya desvirtúa el código. Y la clasificación son un montón de dimensiones, hay unos 1500 indicadores; entonces es muy complejo familiarizarse con ese sistema.»
	Sistema de clasificación	Dificultad técnica: «La limitación es la dificultad técnica a la hora de conocerlo y aplicarlo.»
	Tiene una versión para infancia y adolescencia.	
Person-in-Environment (PIE) System (Karls y Wandrei, 1994)	Su aplicación al ámbito de las relaciones de la persona con su ambiente: «Y las ventajas que le veo, donde lo aplico fundamentalmente es en la práctica clínica. Lo que tiene que ver ya con la intervención directa con situaciones con familias, caso, grupo o comunidades pero que tengan que ver con intervención directa y donde esté trabajando de manera seria la interrelación de la persona con su ambiente»	No permite clasificar dinámicas familiares: «Las limitaciones que se encuentra, no se puede, no permite clasificar dinámicas familiares, es decir no hay categoría para clasificar las dinámicas de la familia, decir desde enfoques sistémicos no permite hacer una clasificación, es cierto que hoy en día no existe ningún sistema de clasificación diagnóstica para clasificar interacciones familiares»
	Sistematiza el objeto del Trabajo Social: «Ha podido clasificar el objeto de la disciplina del TS, qué es la interacción entre la persona y su entorno, y esto se hace específicamente con los dos factores que tiene el PIE que mide específicamente y clasifica, que el funcionamiento social y el ambiente.»	
	Importancia que da a los roles y la definición de las interacciones: «La importancia que le da a los roles, cómo definen los roles, cómo define los tipos de problemas que se dan en esta interacción, eso es tan, tan, tan, meticoloso y suculto que permite	Solo se puede aplicar a personas adultas: «Otra de las limitaciones del PIE System es que no se puede aplicar infancia; no podemos clasificar situaciones de

Instrumento	Fortalezas	Debilidades
	clasificar la situación y entenderlas de una manera interaccional, no como en este caso, no recurrir a otro sistema, como el DSM-V para nosotros que estamos [los trabajadores sociales] usándolo en Estados Unidos.	infancia y adolescencia, solo adultos»
	Facilidad en el uso y manejo de los conceptos y términos «También que no requiere un alto nivel de entrenamiento, es más complejo que el de Conde Megías, pero no tan complejo como la CIF. Está ahí a caballo, entre medio, con a lo mejor con dos sesiones de formación de 8 horas, con 16 horas de formación, se puede tener un entrenamiento básico y luego, evidentemente pues practicar y practicar para poder ganar pericia»	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

La entrevista identificada como E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) se realiza con una persona experta en el modelo diagnóstico del Gobierno Vasco (Euskadi, 2013; Ovejas y Gabantxo, 2006, 2009). Sus aportaciones y análisis quedan resumidas en la tabla que se puede ver a continuación.

TABLA 90. ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO EN LA ENTREVISTA E4 (COMUNICACIÓN PERSONAL, 13/01/2020)

Fortalezas	Debilidades
Es un sistema de clasificación : «Lo que tu conoces del Gobierno Vasco es un sistema de clasificación diagnóstica ³¹⁶ ».	Dificultades para su aplicación derivadas de la configuración del sistema : «Ahora, no mezclamos lo que es una categorización, una sistematización, un sistema de clasificación diagnóstica, con que la gente en los Servicios Sociales de Base pueda aplicarlo y qué dificultades tienen para aplicarlo. Porque entonces vamos a hablar de otra cosa, deja el diagnóstico y vamos a hablar de carga de trabajo, de tiempo de atención, pues entonces el diagnóstico no se puede aplicar, pero, no es un problema del sistema de clasificación».
Buena base teórica : «Lo que tiene el modelo de Euskadi es que tiene una muy buena base teórica, que la hizo el equipo de Txaro Ovejas Lara. Es excelente».	
La estructura de la clasificación :	Dificultades en la aplicación del modelo oficial (aprobado en el decreto)

³¹⁶ Todas las frases entrecomilladas son transcripción literal de la entrevista de referencia.

Fortalezas	Debilidades
«La estructura de clasificación no va a cambiar, es como los 4 ejes del DSM. E que está muy bien estructurado y no lo hicimos nosotros, no tiene que nada que ver; cómo estructura de clasificación que tiene que irse enriqueciéndose a base de la dinámica de la realidad social y en base de su aplicación al trabajo social en diferentes ámbitos».	«Con los indicadores que el instrumento desarrollado, aplicado, nada que ver con lo que era oficial y está publicado en internet, sino tras haberlo aplicado y tener 1000 contradicciones».
Ha permitido el desarrollo y adaptación según las necesidades identificadas «Bilbao quería tener una visión holística de la persona, quería tener evaluado lo que la gente tiene cubierto, porque es la base para la intervención, porque ideológicamente en su modelo de Servicios Sociales. Lo que tu conociste en el congreso ³¹⁷ , es porque hay unas indicaciones, porque Bilbao tiene un equipo de TS con su cabeza de dirección que sabe lo que quiere».	Clarificar el objetivo de su uso: «Con respecto al tema de las mejoras, de estructura lo que tiene que mejorarse es el encargo, es el para qué. El para qué se quiere utilizar. Y todo lo que tiene que ver con la agenda oculta que hay por detrás».
Permite establecer agrupaciones diagnósticas y ponderar la complejidad: «Porque trabajamos la clasificación de las personas usuarias, por grupos de diagnóstico, como hace sanidad. Claro tu vas a decir, porque yo tengo una profesional que tiene 20 casos, que tiene una suma de problemáticas de los indicadores, que puede llegar a 1000 puntos, imagínate. Una tiene 50 casos y llega a 1000 puntos y tengo a otra que tiene 200 casos, pero no pasa de 300 puntos, ¿qué pasa? Que como no hay un elemento diagnóstico, ni la gente tiene diagnósticos para distribuir, porque al final estamos hablando del número de horas que tú le tienes que dar dedicar a un caso o a otro; entonces qué pasa, que aquí todo el mundo distribuye el trabajo por número de personas; entonces nosotras, como profesión, una persona puede darte más trabajo que 10, dependiendo de las situaciones que tenga, de la falta o	No incluía elementos básicos como tener en cuenta las interacciones de las personas tanto <i>on-line</i> como <i>off-line</i> . «Otra de las grandes mejoras, que tenía déficit, porque era un modelo de 2012, y ya tenía algunos elementos, pero ahora ha entrado con mucha fortaleza. Las interacciones de la persona on-line, ahora diferenciamos las interacciones off-line y interacciones on-line. Y mucho más, porque la gente está teniendo de protección y factores de apoyo y de interacciones y de relación en internet, pero también está teniendo factores de riesgo, de desprotección, etc.».

³¹⁷ Se refiere a la presentación de una comunicación en el XXII Congreso Estatal y I Congreso Iberoamericano de Trabajo Social. La presentación se puede encontrar en Ormaetxea Cazalis, I., Brunet Pintado, M. Á., Arrieta Echeita, G., Olaso Ayesta, R., y Ibaibarriaga Zubikarai, L. (2017). Modelo de diagnóstico social polivalente. En Consejo General del Trabajo Social (Ed.), *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social [XXII Congreso estatal y I Congreso Iberoamericano de Trabajo Social]* (pp. 903-913).

Fortalezas	Debilidades
ausencias, también hay que tener en cuenta que hay gente que no tiene potenciales»	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Para finalizar este apartado nos parecen muy relevantes las reflexiones surgidas en la entrevista identificada como E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) en relación con el uso de los instrumentos y, en especial, a la selección de un único instrumento. En la entrevista se pone de manifiesto que limitar el uso de instrumentos diagnósticos a uno solo, sea el que sea, puede dificultar la realización del diagnóstico social que necesitamos. La entrevista E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019) ha identificado las fortalezas y debilidades de distintos instrumentos y ha mostrado que ninguno de ellos, ni siquiera el que tiene el reconocimiento internacional, es suficiente para la descripción de las situaciones que son objeto de intervención por parte del Trabajo Social, tanto desde los servicios sociales como desde otros ámbitos. Y, en este sentido, reflexiona:

«Bueno yo no soy partidario de un instrumento único, ya el hecho de tener instrumento de clasificación y codificación de la realidad social supone normativizar realidades plurales y heterogéneas con las que nos encontramos. Esto evidentemente genera un efecto. Me refiero, a mí me interesa mucho el impacto, la subjetividad humana. De hecho, yo no transmito el diagnóstico, raramente vez comparto lo que dice el sistema de clasificación con los usuarios, a no ser que lo pidan, para evitar este etiquetaje y encorsetarlos en una categoría que, al fin y al cabo, es un discurso científico que poco interesa a la vida cotidiana. Entonces yo creo que ya el hecho de tener diversos, o sea tener sistemas donde se clasifique las realidades heterogéneas y dinámicas de la realidad social, tiene unos riesgos importantes cuanto más que fuese un único instrumento, como sucede con el DSM-V o el CIE-10³¹⁸» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

Valora cuáles serían los riesgos según su conocimiento y práctica y considera que el principal riesgo de utilizar un único instrumento es que este difícilmente podría responder a la diversidad existente en la sociedad; de alguna manera obligaría a ver todas las situaciones desde un mismo prisma.

³¹⁸ Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10. (OMS, 2018)

«Considero que los riesgos serían mayores porque la rigidez con la que se está clasificando va a ser mucho mayor, porque todo el mundo tiene que entrar en ese traje: vengas de donde vengas, tengas la etnia que tengas, la nacionalidad, subcultura, diversidad sexual o estilo de vida, tienes que entrar en una de esas categorías. Por lo tanto, considero, esto ya desde un enfoque más posmoderno y político, que no procede un único manual de clasificación diagnóstico. Me parece más útil tener diferentes trajes donde podamos utilizarlo en función de la utilidad.» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

En relación con estas reflexiones, hemos señalado la importancia del uso de instrumentos teniendo en cuenta su naturaleza, es de decir, servir para la consecución de un fin y, por lo tanto, no otorgarles capacidad para substituir el análisis profesional. Además, como todas las herramientas, cada una sirve para una finalidad, ante la complejidad de la realidad social (Morin, 2009) es difícil pensar que un único instrumento será capaz de abarcar todos los aspectos de esta realidad; entendemos que es conveniente disponer de instrumentos de diagnóstico de base para recurrir, después, a otros más especializados o específicos que permitan la valoración de situaciones concretas.

6.2.2.8 PAPEL DEL SECTOR PROFESIONAL EN DIAGNÓSTICO SOCIAL

El papel del sector profesional en relación con el diagnóstico social se aborda en dos temas clave: la formación en la materia y el rol que el Trabajo Social, mediante sus instituciones u organizaciones, debería desempeñar en relación con el mismo.

Con anterioridad, cuando las personas entrevistadas relataban su proceso profesional de inmersión en el tema del diagnóstico social (ver apartado 6.2.2.1 , página 403), algunos de ellas reflexionaban sobre la falta de formación específica en el tema del diagnóstico social en los estudios universitarios, más bien destacaban una formación metodológica pero no específica.

Reflexionábamos en la entrevista E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) sobre la seguridad de los profesionales en el proceso de elaboración del diagnóstico y señalaba la persona entrevistada:

«¿Porqué el profesional no se siente seguro? Paso atrás, porque en la formación que recibió no le dieron esta seguridad. [...] Porqué quien debía enseñarle, quien le debía

fortalecer el método y la base y, sobretudo, el proceso de trabajo que pasa por un diagnóstico, tampoco lo hizo).

En la formación del trabajador social, en general, no hemos sabido transmitir la importancia del diagnóstico y la metodología diagnóstica que le da confianza al técnico, al profesional» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

A este déficit detectado en la formación básica, que puede ser distinto en otros lugares y momentos, pues veíamos que tanto las entrevistas E1 (comunicación personal, 7 de noviembre de 2019) como E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) manifestaban satisfacción por la formación recibida, se le añade la falta de especialización que se pone de manifiesto en la entrevista E2 (comunicación personal, 18 de diciembre de 2019):

«Yo considero que en Trabajo Social en España ha faltado la especialidad, como cualquier disciplina necesitamos especializarnos. Nosotros nos quedamos luchando por la licenciatura tanto tiempo, que eso nos impidió progresar al nivel de especialidad, pero creo pertinente, yo soy de esa idea, de que para poder ejercer se debería ser como mínimo tener una especialidad. esto significa por lo menos hacer un máster posterior a la diplomatura, a la licenciatura, al grado para poder ejercer. Yo creo que este máster debería estar orientado a la intervención en Trabajo Social, un máster en Trabajo Social. Donde realmente se prepare en competencia maduras para poder hacer intervención con personas, que requiere de una especialidad, que no es sencillo y no se puede, considero que no se puede hacer de una manera rigurosa únicamente con un título de grado» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

En resumen, se detecta un déficit de formación en materia de diagnóstico social, este hecho surgió también en los grupos de discusión; en todos ellos se preguntó a las personas participantes qué recordaban de su formación universitaria en materia de diagnóstico social y las respuestas fueron muy similares a las planteadas en la entrevista E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020). Por otra parte, se constata fácilmente la falta de formación de postgrado orientada a la práctica profesional, en la oferta de las universidades españolas sólo existe un máster oficial de Trabajo Social³¹⁹.

³¹⁹ Para más información sobre este tema, se puede consultar el artículo aparecido en la Revista de Treball Social número 213: Fustier, N. (2018). Quina formació per a quines competències? Reflexions sobre la formació de les treballadores socials. *Revista de Treball Social*, (213), 11-24.

El otro tema por abordar en este apartado es el rol que debería desempeñar la profesión del Trabajo Social, mediante sus instituciones u organizaciones, para impulsar el diagnóstico social como el eje central de la práctica profesional.

Una primera medida apuntada en las entrevistas sería la reflexión sobre el diagnóstico social, aún reconociendo que en los últimos tiempos ha cobrado una importancia considerable, en la medida que se ha impulsado formación y debate desde el Consejo General del Trabajo Social, por ejemplo, no debemos perder de vista lo que en la E3 (comunicación personal, 2 de enero de 2020) se denominaba «la travesía del desierto» y que ha sido puesto de manifiesto también por algunas autoras como la paradoja del Trabajo Social, una disciplina que cuenta con un primer texto teórico, un texto cuasi fundacional, centrado en el diagnóstico social y que no se desarrolla a lo largo de varias décadas. María José Aguilar (2013) reflexionaba sobre este mismo tema:

El primer libro metodológico de trabajo social publicado en la historia tiene el título de *Social Diagnosis* y fue escrito por Mary E. Richmond en 1917, como saben todos los profesionales y estudiantes de trabajo social. Esta circunstancia podría hacernos creer que la teoría y la práctica del diagnóstico social han tenido un gran desarrollo metodológico durante la historia de nuestra profesión. Sin embargo, al realizar una comparación entre lo que se ha venido escribiendo sobre diagnóstico social y otros métodos y técnicas de intervención profesional (investigación, planificación y programación, evaluación e intervención propiamente dicha, por ejemplo), encontramos un déficit significativo y paradójico» (M. J. Aguilar, 2013, p. 291).

En este sentido hubo diversas aportaciones sobre que sería necesario hacer para tomar el timón en el desarrollo del diagnóstico social desde la profesión del Trabajo Social.

«Yo creo que la profesión debe hablar de diagnóstico, debe hablar, debe reflexionar. Y es desde el genérico, desde el constructo genérico como profesión que hagas, que podrás bajar al detalle de diferentes diagnósticos según ámbitos, según instituciones. Creo que el debate en el corpus profesional es lo más importante» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

Y se plantea la necesidad que este debate, esta reflexión sea liderada desde las organizaciones profesionales existentes, en concreto, desde los colegios profesionales y desde el Consejo General de Trabajo Social.

«Este debate debe dirigirlo el colegio. En el corpus profesional, según las leyes de este país quien tiene la potestad de hablar en nombre de la profesión y de generar

conocimiento desde la profesión es el colegio. Porque, ¿quién está tomando la iniciativa? Las instituciones. Llevamos así desde el Plan Concertado» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

Y lo consideran una responsabilidad profesional porque del desarrollo teórico – práctico de la profesión dependerá su propia supervivencia.

«El diagnóstico, al fin y al cabo, no creo que tenga utilidad para la gente, para nuestros usuarios; tiene utilidad en el mundo profesional y científico, para el avance científico, para la investigación y para la intercomunicación entre profesionales para poder entendernos. A ese nivel necesitamos recuperar esa habilidad y esa competencia y creo que es un debate serio» (E2, comunicación personal, 18 de diciembre de 2019).

«Para mí es tan evidente que deberíamos estar diciendo todos. Es decir, señores y señoras trabajadores sociales: o nos ponemos las pilas o todo esto que está haciendo aquí nada lo hará una máquina» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

«Que tenemos un serio problema de esta profesión nuestra. Es que no tenemos una fuente que gestione el conocimiento. Entonces, este es un déficit claramente que hay en la profesión.

En una profesión científica, vale, como creemos algunas que es la nuestra, no es que creemos, es que lo es, y que tratamos de darle cuerpo a esa profesión, un elemento fundamental es el cómo hablamos de las situaciones de las personas y cómo, qué tenemos en cuenta para hablar de las situaciones de las personas, entre otras cosas porque es la base para poder investigar.

O tenemos la capacidad de poder hacer investigaciones en base a los diagnósticos del Trabajo Social o desaparecemos del mapa» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

De estas reflexiones finales queremos destacar la vinculación del diagnóstico social con el objeto de la disciplina, del Trabajo Social; hemos venido señalando esta interrelación cuando decíamos que el diagnóstico social representa el objeto en la práctica profesional, lo que lo convierte en el núcleo de la disciplina, en la medida que versa sobre el “conocimiento” de esta (Ituarte, 1990) y, como apuntaba Zamanillo (1999, 2018) es la base para la investigación que, a su vez, constituye el fundamento de una disciplina científica. Deberíamos, también, tener en cuenta que el Trabajo Social se desempeña en el marco de las políticas sociales,

definidas como multidisciplinarias y que el fortalecimiento de su conocimiento sería el único camino para consolidar su posición en relación con otras disciplinas con las que confluye en las políticas sectoriales e intersectoriales.

En síntesis, se constata un periodo de intensa actividad en materia de diagnóstico social, pero a menudo liderada desde las administraciones públicas, y se reconoce que la profesión, mediante sus organizaciones (los colegios profesionales y el Consejo General) deben asumir el liderazgo de impulsar la investigación, la reflexión e, incluso, la formación en materia de diagnóstico social, como una especialización necesaria para el ejercicio profesional.

CAPÍTULO 7 ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

Este capítulo se estructura teniendo como guía los objetivos generales y específicos de esta investigación que, recordemos, pretende que finalice con la elaboración de dos propuestas: una de carácter metodológico para orientar la elaboración del diagnóstico social y otra, de carácter operativo, que articule una propuesta de categorías diagnósticas en el marco de la intervención desarrollada por el Trabajo Social.

En este capítulo orienta al análisis de los instrumentos diagnósticos existentes que contribuya a definir una propuesta de categorías diagnósticas y su desarrollo, determinando qué ámbitos y que elementos debería incluir.

7.1 Introducción al análisis de los instrumentos diagnósticos

En este apartado vamos a analizar los instrumentos diagnósticos que hemos visto en el Capítulo 4 (apartados 4.5 y 4.6³²⁰) y lo vamos a hacer a partir de una serie de indicadores o conceptos básicos, que serán analizados en todos y cada uno de los instrumentos, para posteriormente poder realizar un análisis de conjunto y extraer aquellos aspectos más relevantes, de acuerdo con el marco teórico y las aportaciones de la recogida de datos, que nos orienten en el proceso de elaboración de la propuesta de sistematización diagnóstica.

Queremos recordar, como se ha visto en el Capítulo 4, que no todos los instrumentos incluidos en este análisis son instrumentos diagnósticos específicos, sino que hemos incluido aplicaciones informáticas de gestión de expedientes que, por su implantación y por su estructura, condicionan la práctica profesional, llegando a ocupar el espacio de los verdaderos instrumentos diagnósticos.

Los criterios de análisis son los siguientes:

- Marco teórico
 - Explícito: coherencia con el marco teórico establecido como referencia
 - Implícito: justificación de la asignación del marco teórico.
- Contenido:
 - Categorías: tipos de categorías, denominación, ámbitos.
 - Tipo de datos que recoge el instrumento: datos binarios, datos agregables.

³²⁰ Apartado 4.5, a partir de la página 182 y Apartado 4.6., a partir de la página 223.

- Inclusión de elementos de interseccionalidad: factores personales de discriminación.
- Desarrollo del instrumento
 - Indicadores o criterios diagnósticos: identificación, formulación.
 - Índice sintético: existencia (o no) de un resultado sintético, tipo de resultado.
 - Visión gráfica: ¿el instrumento puede representarse gráficamente?, finalidad de la representación, destinatario.
- Capacidad para registrar (medir) los cambios en el diagnóstico:
 - Gradualidad de los indicadores
 - Coherencia interna de los indicadores
 - Otros criterios diagnósticos: funcionamiento.
- Rol de los actores (profesional y persona usuaria)
 - Lenguaje (accesibilidad)
 - Punto de vista
- Soporte del instrumento:
 - Aplicación o plataforma informática
 - Otros soportes

Los criterios de análisis surgen de dos fuentes principalmente:

- Aportaciones teóricas y metodológicas que se han reflejado en el Capítulo 1; especialmente todos los aspectos referentes a los enfoques o modelos teóricos, al proceso metodológico básico, al uso del lenguaje como elemento constitutivo de la realidad, a la incorporación de los ejes de discriminación en el análisis de la situación (interseccionalidad) y el uso de indicadores y gradualidad de estos.
- Aportaciones de los grupos de discusión y las entrevistas: mediante estas estrategias de investigación se obtuvo información relevante para incorporar aspectos como la importancia de los índices sintéticos y las visiones gráficas, el funcionamiento de los instrumentos, los roles de los actores y el soporte del instrumento.

7.2 Análisis sistemático de los instrumentos

Para el análisis sistemático de los instrumentos seguiremos el orden que utilizamos en su presentación (apartados 4.5 y 4.6.), pero introduciremos variaciones que nos permitan

analizar instrumentos similares de forma comparativa, especialmente en el caso de las tres versiones del instrumento Self-Sufficiency Matrix (USA, NL y CAT).

7.2.1 Análisis del instrumento SIUSS

SIUSS es un instrumento desarrollado en el marco de los Servicios Sociales, como ya relatábamos en el apartado 4.5.1. (página 183) que surge bajo el paraguas del Plan Concertado para el Desarrollo Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. Se trata de un instrumento informatizado que adapta la “ficha social” creada en 1986, tal como nos explicaba José Manuel Ramírez (1990).

Una comparativa entre el contenido de la “ficha social” mostrada en el artículo de Ramírez (1990) y las categorías incluidas actualmente bajo el epígrafe “Valoración” en el último manual del SIUSS (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2019) nos permite observar que los grupos y tipos se mantienen constantes desde la ficha inicial y las valoraciones presentan un alto grado de similitud, lo que incluye, entre otros, el léxico utilizado en el instrumento.

SIUSS se presenta como una herramienta informática que, aparentemente, no responde a ningún modelo teórico; un análisis de la configuración de los distintos componentes nos lleva a identificar un modelo implícito; tal y como apuntábamos en el apartado de descripción, la recogida de datos estructura la intervención profesional a través de los elementos seleccionados que son: «usuario/s, valoración/es, demanda/s, recurso/s idóneo/s y recurso/s aplicado/s» (García-Longoria y Esteban, 2016, p. 278). Observamos la correlación valoración → demanda → recurso idóneo → recurso aplicado que nos lleva a recordar el modelo bajo el que se diseñó el sistema de Servicios Sociales: el basado en la propuesta que consideraba que el objeto era «las necesidades sociales en su relación con los recursos aplicados a las mismas» (Heras y Cortajanera, 1979, p. 174), el conocido “binomio necesidad-recurso” que ha sido analizado por diversas autoras y del que ya dimos cuenta cuando abordamos el tema del objeto del Trabajo Social puesto que en la definición de Las Heras y Cortajanera (1979) se entremezclaba la profesión y el sistema y esta mezcla da como resultado un instrumento que se orienta al Trabajo Social y no tiene en cuenta la realidad multidisciplinaria del Sistema de Servicios Sociales.

En cuanto a los contenidos, es decir, al tipo de categorías, su estructuración y el tipo de datos que recoge, como señalábamos en la descripción, el instrumento está organizado en tres niveles: el primero es una agrupación general en 4 categorías:

- Necesidad relacionada con una adecuada información sobre el acceso a los recursos.
- Necesidad relacionada con una adecuada convivencia personal-familiar.
- Necesidad relacionada con una adecuada convivencia e integración social.
- Necesidad relacionada con la falta de medios para la cobertura de necesidades.

Cada una de estas categorías se subdivide en tipos que, al final, se concreta en valoraciones. En relación con los tipos y las valoraciones se pueden observar las siguientes características:

- Son valoraciones, o categorías, de tipo absoluto: se basan en una concepción dualista de la realidad: las situaciones existen o no existen, no hay opción para matices ni para posiciones intermedias.
- Las valoraciones están centradas en identificar déficits y, por tanto, todas las situaciones que identifican tienen un sentido negativo; en ningún caso se recoge la capacidad o las potencialidades de las personas.
- El primer grupo, el relacionado con la información sobre acceso a recursos, es de carácter generalista y podría ser realizado por cualquier perfil profesional, aunque el Manual especifique que está pensado para ser usado por el profesional del Trabajo Social. Su construcción parece convertir al Sistema de Servicios Sociales en el servicio de información general de los diversos sistemas de protección social.
- Los otros tres grupos de valoraciones se acercarían al objeto de intervención de los Servicios Sociales, pero la configuración de las valoraciones finales presenta dificultades importantes para conformar un sistema de información y comunicación y destacamos las principales a continuación:
 - El léxico está absolutamente desactualizado y, desde la perspectiva del marco teórico que hemos escogido, algunos de los enunciados plantean prejuicios importantes; recordemos que partimos de entender que el lenguaje construye la realidad. Vemos un ejemplo de esta desactualización: en el tipo de valoración “Desajustes convivenciales” aparecen, entre otras, las valoraciones “2.01.05. Soltera gestante” y “2.01.06. Madre/padre soltero/a”; desde un análisis feminista, crítico y anti-opresivo,

consideramos que una situación vinculada al estado civil³²¹, ya que el adjetivo que utiliza para calificar el sustantivo es precisamente un estado civil, supone un prejuicio y una valoración discriminatoria respecto a otros estados civiles, independientemente de la realidad que pueda estar viviendo la persona.

- El manual del instrumento no incluye las definiciones de las valoraciones lo que, unido al uso de términos ambiguos o que muestran una clara preferencia por un único modelo de familia y de relación social, puede convertir situaciones no problemáticas en situaciones-problema. Además del ejemplo puesto anteriormente en el que se entremezclan conceptos jurídicos con valoraciones sociales; encontramos otras valoraciones que adolecen de precisión; por ejemplo: la valoración “3.01.05. Forma de vida marginal” incluye un término genérico, sin definición alguna, que puede ser aplicado en función de criterios absolutamente dispares.
- Finalmente, entre las valoraciones se han incluido colectivos, de forma genérica, sin ningún tipo de concreción sobre los elementos de esa generalidad que pueden llevar al “tipo”. Posiblemente se entenderá mejor esta afirmación mediante un ejemplo: en el tipo “3.03. Dificultades de inserción social” se incluyen en denominación genérica situaciones tan dispares como: “3.03.01. Discapacitados: físicos, psíquicos y sensoriales”, “3.03.02. Reclusos y exreclusos” o “3.03.12. Enfermos terminales”. Estas valoraciones llevan a la pérdida de la identidad, como apuntaba García Roca (2007) porque generalizan a partir de una definición muy amplia pero, sin duda, lo más importante a los efectos de nuestra investigación, es que no aportan información relevante, precisa, rigurosa para hacer un diagnóstico social.

El instrumento tiene un desarrollo limitado por las categorías absolutas; aunque está estructurado en forma de árbol, no incluye ningún tipo de indicador porque, como acabamos de comentar, de hecho, no incluye ni una definición que pueda servir de guía.

Se trata de un instrumento pensado para uso de la administración, adopta el punto de vista del profesional, como el propio manual señala, está concebido para ser usado por las profesionales de las Unidades de Trabajo Social, en concreto, por las trabajadoras sociales. Insistiendo en el tema del léxico utilizado, se configura como un instrumento que entiende

³²¹ El estado civil son situaciones que «se califican como de pertenencia a una comunidad, o sea, ya a una comunidad estatal (nacionalidad: el antiguo *status civitatis*), ya a una familiar (matrimonio y filiación: *status familiae*)» (Lacruz et al., 1983, p. 25). Los estados civiles se pueden adquirir y modificar y pueden introducir modificaciones en la capacidad de obrar de la persona, según la regulación civil correspondiente.

el rol profesional como el rol experto, el “modelo médico” como lo llamaba de Robertis (2006).

Es importante señalar que estos sesgos que estamos poniendo de relieve (por el tipo de lenguaje, por la construcción de las valoraciones, etc.) son achacables al instrumento, no implica que las personas profesionales que lo usan compartan estas orientaciones; pero, en todo caso, los análisis que se puedan derivar de estas valoraciones sí que, en nuestra opinión, estarán marcadas por el sesgo que el lenguaje del instrumento impone. Pero, aunque las profesionales no utilicen este lenguaje, el hecho que quede registrado de esta manera supone que el acceso de la persona a su información, a los datos de su expediente (a los que hemos visto que tiene derecho en virtud de diversa normativa vigente, desde las leyes sectoriales de servicios sociales a la de protección de datos) se produce mediante este lenguaje que, por su desactualización, muestra prejuicios y elementos claramente discriminatorios.

SIUSS es un instrumento que, a efectos de agregación de datos, cuenta con cinco niveles, como veíamos en el apartado 4.5.1.1. (página 185) que permiten la explotación de los datos según estos niveles: Unidad de Trabajo Social, Centro de Servicios Sociales, Mancomunidad o provincia, Comunidad Autónoma o Estado, pero pese a esas posibilidades, en las memorias que se hacen públicas³²² el nivel de explotación es mínimo, quedándose en un recuento en el nivel de “tipo”, sin ningún otro tipo de explotación o desagregación.

Vamos a sintetizar los puntos fuertes y las debilidades del instrumento SIUSS en un cuadro que presentamos a continuación y que se construye a partir de los criterios de análisis y las conclusiones extraídas.³²³

TABLA 91. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE SIUSS

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Marco teórico		Modelo orientado a la distribución de recursos (binomio necesidad – recurso)
Contenido		Categorías absolutas: no permite registrar la diversidad de situaciones que se pueden dar entre los dos extremos (existe la situación o no existe) Orientación a déficits: identificación de carencias

³²² Nos referimos tanto a las memoria del Plan Concertado (la referencia de la última disponible es Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2014); como a las memorias del SIUSS. (VVAA, 2019)

³²³ Las tablas incluyen las fortalezas y debilidades agrupadas según los criterios generales para el análisis que se den en cada instrumento (ver apartado 7.1., pág. 442)

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Desarrollo del instrumento		Lenguaje desactualizado y con valoraciones implícitas sobre elementos no problemáticos <i>per se</i> (como, por ejemplo, opciones de vida o de convivencia)
		Lenguaje poco preciso: no se incluyen ni definiciones ni indicadores que permitan identificar el alcance de las categorías.
Soporte	Dispone de soporte informático (plataforma propia, de titularidad pública)	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

7.2.2 Análisis de la propuesta de Diagnósticos de Conde (1998)

El instrumento que vamos a analizar a continuación, Escala General de Diagnósticos, es una propuesta surgida del ámbito académico y no tenemos constancia que se está utilizando en la práctica de manera institucional, aunque sí que tenemos información que forma parte de una propuesta formativa que organiza el actual Instituto Español de Trabajo Social Clínico y que ha impartido, mediante la colaboración de colegios profesionales de Trabajo Social³²⁴, más de 20 ediciones; una de las entrevistas realizadas (E2, comunicación personal de 18/12/2019) hizo referencia al uso de este instrumento.

La propuesta de la Escala General de Diagnósticos se enmarca en un modelo teórico, el *Trabajo Social Experimental*, que, en palabras de su autora es

[...] la rama científica del TS [Trabajo Social] que estudia la realización del ser humano como sujeto activo del bienestar social en su área particular de actividad y entorno habitual, y que tiene como campos de investigación específica las mencionadas SMS³²⁵ y los cambios situaciones que, inducidos y orientados por el profesional, es necesario producir para superarlas. (Conde, 1998, p. 23)

Debemos señalar que este enfoque teórico es el marco que se dota la propia autora a partir de un proceso de interacción entre la teoría y la práctica, especialmente, como soporte y orientación a las estudiantes de Trabajo Social en períodos de prácticas. Este enfoque teórico lleva a Rosario Conde (1998) a desarrollar una metodología y unos soportes prácticos para implementar su modelo de diagnóstico. La metodología diagnóstica se basa en el desarrollo

³²⁴ Se puede obtener más información en el siguiente vínculo: <https://www.trabajosocialclinico.com/copia-de-fundamentos-de-tsc-1>

³²⁵ SMS: “situaciones de malestar social”

de tres fases que, juntas, sirven para construir el diagnóstico: una fase descriptiva de explicación de los hechos, una fase diagnóstica en la que se clasifican y califican los hechos observados y una fase predictiva que vincula el análisis profesional con el plan de trabajo y que evalúa las facultades individuales y las del sistema para dar respuesta a la situación.

De acuerdo con el análisis que nos proporcionó la E2 (comunicación personal, 18/12/2019) se trata de un instrumento orientado a la práctica en el ámbito de los servicios sociales y en situaciones de pobreza y exclusión.

Conde (1998) rechaza lo que ella denomina «categorías bipolares (blanco/negro, bueno/malo, bienestar/adversidad) del TS tradicional» (Ibíd., p. 315) y propone un sistema de categorías generales que puedan ser aplicables en cualquier situación. De hecho, su Escala consta de 17 categorías diagnósticas estructuradas en tres núcleos básicos: insatisfacción de necesidades humanas, dependencia social y riesgo social. El primer núcleo, insatisfacción de necesidades humanas, recoge las categorías propuestas por Maslow, tal y como las recoge Ander-Egg en su diccionario de Trabajo Social (2009, p. 230), aunque la autora propone tomarlas de forma invertida, empezando por la realización y consecución de objetivos. El segundo núcleo, situaciones de dependencia social, se refiere a la interdependencia entre personas y la relación con el contexto en general. Finalmente, el tercer núcleo, se refiere a categorías de situaciones que conjugan las categorías incluidas en las dos anteriores pero valoradas de forma colectiva y, por tanto, relacionadas con el contexto.

Señalábamos que la autora rechazaba las categorías que ella denomina “bipolares”, pero si analizamos las 17 categorías observamos que se trata de categorías absolutas, que no incluyen, ni en la formulación, ni en la definición, que es muy breve, ningún tipo de indicador o graduación que permitan registrar esas posiciones intermedias.

Una de las principales innovaciones de este modelo o instrumento es que no sigue el patrón habitual de clasificar las categorías diagnósticas por ámbitos de la vida cotidiana (economía, relaciones, vivienda, trabajo, formación, et.), sino que Conde (1998) elabora una propuesta con categorías generales en las que relaciona las “situaciones de malestar social” con posibles orígenes y para ello utiliza un concepto que, como veremos, otros instrumentos también utilizan, el del funcionamiento social. En la entrevista E2 (comunicación personal, 18/02/19) se ponía de manifiesto la limitación para su utilización en el ámbito relacional, puesto que no está diseñado para explicar dinámicas de interacción entre personas y nos destacaba, también,

que está concebido para ser aplicado de manera preferente en la intervención con personas adultas.

Por otra parte, otro elemento innovador es que, mientras las categorías diagnósticas se centran en identificar los déficits, en esto no se diferencia mucho de otros instrumentos³²⁶; introduce, tanto en la primera fase como en la tercera elementos positivos. En la primera fase, la descriptiva, la información se recoge clasificada en bloques descriptivos y se diferencian factores negativos, factores positivos, datos neutros y vacíos informativos. Por otra parte, en la tercera fase, en la fase prospectiva, se incluyen lo que ella denomina «fuerzas motoras del cambio situacional» que recoge las capacidades, habilidades y recursos propios de las personas implicadas.

En este último ámbito, el de la fase (o tesis, como lo denomina la autora) prospectiva, introduce otro elemento interesante: la diferenciación de la intervención profesional en dos categorías: *intervención promocional* que tiene que ver con las capacidades de la persona para hacer frente al cambio situacional y la *intervención prestacional* que tiene que ver con la capacidad del sistema para proveer recursos o respuestas a las situaciones de malestar social.

Tal y como decíamos se trata de un instrumento que no incluye gradaciones preestablecidas y, por tanto, su capacidad para medir los cambios queda fuera del instrumento, en la interpretación y el uso que cada profesional haga.

Finalmente, el lenguaje que utiliza es muy genérico, lo que facilita su uso generalizado, pero, desde nuestra perspectiva, presenta un bajo nivel de precisión; entendemos que la formulación, tal y como está planteada, es útil como instrumento de clasificación desde la perspectiva de la profesional que lo utiliza como base para su diagnóstico social, pero se presenta una labor compleja convertir las categorías de clasificación en objetivos operativos en un plan de trabajo.

De hecho, en el texto que presenta el modelo, *Trabajo Social Experimental*, la explicación de las categorías se realiza mediante ejemplos prácticos, más que por la definición sistemática y general de las categorías. Veamos un ejemplo tomado del libro: para una situación descrita como “el hijo mayor no sabe leer ni escribir” es clasificada en tres categorías diagnósticas:

- SI 2. Insatisfacción de necesidades de realización creativa y autoexpresiva

³²⁶ Acabamos de verlo en el SIUSS, pero observaremos que aparece en otros instrumentos.

- SD11. Situación de dependencia cultural
- SR15. Situación de riesgo por falta de normalización sectorial. (Conde, 1998, p. 340)

Observamos que, cuando la autora plantea el informe de evaluación diagnóstica, utiliza las categorías diagnósticas de forma general y, para clarificar la situación, recurre a lo elaborado en la fase descriptiva; es decir, utiliza el sistema como forma de clasificación y para poder identificar, de manera relativamente ágil aquellos bloques descriptivos que concentran un mayor número de situaciones de malestar social puesto que facilitará su priorización para la intervención social.

En síntesis, se trata de un modelo completo en el sentido que incluye no solo una sistematización de categorías sino también un método para su utilización que guía al profesional en el proceso que comprende desde la recogida y sistematización de la información hasta la priorización y la identificación de las acciones profesionales a llevar a cabo. Aún así, presenta algunas dificultades de carácter práctico que sistematizaremos en la tabla de síntesis; este instrumento solo ha sido referido y referenciado por una fuente, en una de las entrevistas (E2, comunicación personal 18/12/2019).

TABLA 92. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE ESCALA GENERAL DE CONDE (1998)

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Marco teórico	Dispone de un modelo teórico de base: el Trabajo Social Experimental que define su objeto como «la realización del hombre como sujeto activo del bienestar social en su área particular de actividad y entorno o medio habitual»	Las categorías diagnósticas son útiles únicamente a efectos de clasificación puesto que son muy genéricas, no permiten comprender la situación sin la parte descriptiva.
Desarrollo del instrumento	Describe una metodología para llevar a cabo el diagnóstico social que incluye todas las fases necesarias: recogida y sistematización de la información (descriptiva), análisis y clasificación (diagnóstica), priorización de los cambios situacionales (prospectiva).	Se desconoce su grado de usabilidad en la práctica puesto que sólo ha sido utilizado en contexto académico o de prácticas curriculares.
Contenido	Categorías basadas en necesidades individuales y relacionadas con distintos ámbitos en los que se desarrolla la vida de las personas.	El modelo no contempla la graduación en diversos niveles posibles dentro de cada categoría
	Incluye tanto déficits como aspectos positivos, especialmente en la fase prospectiva.	Las categorías diagnósticas y prospectivas dependen de la descripción para ser comprensibles y operativas.

Criterio	Fortalezas	Debilidades
	Clasifica la actividad profesional en dos categorías: promocional, que identificaríamos con los procesos de acompañamiento social; y prestacional, que identificaríamos con el acceso a servicios y prestaciones.	El instrumento recoge el punto de vista del profesional
	Orientado a su uso en el ámbito de los servicios sociales	Limitación para ser aplicado en otros ámbitos de desempeño del Trabajo Social y, en especial, en el ámbito de las interacciones personales.
		Está diseñado principalmente para personas adultas.
Soporte	Sistema sencillo, con un número reducido de categorías diagnósticas, de fácil uso.	El soporte para el desarrollo es manual y, pese a la codificación, presentaría algunas dificultades para ser sometido a un proceso de informatización.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

7.2.3 Análisis del instrumento Diagnóstico Social – Euskadi

Este modelo diagnóstico se caracteriza por tener un origen mixto, puesto que se fundamenta en marcos teóricos del Trabajo Social y es diseñado por profesionales de esta misma disciplina, pero, finalmente, es aprobado e implementado mediante un instrumento normativo del Gobierno Vasco (Decreto 353/2013, de 28 de mayo). A ello se le debe sumar que los trabajos que condujeron a la aprobación de carácter normativo tienen su origen en un modelo conceptual y teórico elaborado de manera conjunta por los tres colegios profesionales de Trabajo Social de Euskadi y que, en este trabajo inicial, encontramos a una de las referentes de la sistematización diagnóstica: Maite Martín, citada en prácticamente todas las entrevistas³²⁷ como la persona que diseñó un instrumento para el diagnóstico social que difería sustancialmente del resto de los modelos y literatura sobre metodología de Trabajo Social.

Partiendo de estos antecedentes, observamos que este modelo de diagnóstico social incluye un marco teórico de referencia que se basa en tres enfoques teóricos de Trabajo Social: resolución de problemas, centrado en la tarea y sistémico (Ovejas y Gabantxo, 2006, p. 47).

³²⁷ Queremos reseñar que la doctoranda comparte con las personas entrevistadas la experiencia de tener como referente para el diagnóstico social el Manual de Indicadores de Maite Martín Muñoz (2005)

Este marco teórico es el que da fundamento a la estructura que se basa en cinco ámbitos vitales: económico, laboral y residencial, convivencial, personal, salud y social.

El instrumento Diagnóstico Social de Euskadi presenta innovaciones en cuanto a su desarrollo, como mínimo en relación con los instrumentos que se habían implementado en el Estado español hasta el momento³²⁸, pues incorpora indicadores para la descripción y valoración de las situaciones en las dimensiones definidas. Es decir, los cinco ámbitos vitales se ordenan en 17 dimensiones y estas, a su vez, se concretan mediante indicadores sobre un total de 172 variables. Dado que el modelo se construyó pensando en su utilización mediante plataforma informática, los indicadores están diseñados mediante opciones estandarizadas o, como se denominan en el ámbito informático, información estructurada, que es posible agregar y tratar mediante técnicas estadísticas.

Se puede pensar que un instrumento con 172 indicadores presenta complicaciones en su usabilidad, pero el Decreto prevé dos modelos: un diagnóstico inicial y un diagnóstico en profundidad. El diagnóstico inicial se basa en una selección de 33 indicadores y el diagnóstico en profundidad se realiza mediante el conjunto de los 172 indicadores.

Tal y como señalábamos, los indicadores se concretan en opciones estandarizadas que describen diversas posibles situaciones en relación con la variable (o indicador), iniciándose siempre con la situación más favorable, de mayor autonomía de las personas; de esta manera, se pueden registrar cambios en la situación en relación con una misma variable. El hecho de incorporar elementos positivos en los indicadores es una novedad en el ámbito del diagnóstico social en el Estado español; como se destacaba en la entrevista E4 (comunicación personal, 13/01/2020) lo más innovador de este instrumento es su orientación a los aspectos positivos y el hecho de no orientarse a los déficits, que es el modelo tradicional de diagnóstico desde el Trabajo Social; así pues, podemos relacionar este instrumento con las propuestas del enfoque basado en fortalezas (Saleebey, 1997).

El sistema basado en indicadores permite, como hemos destacado, su agrupación y tratamiento; en este caso, de su aplicación se obtiene un resultado sintético que aparece de forma gráfica mediante el uso de un código semafórico (colores rojo, naranja, verde y blanco); finalmente también presenta un resumen que sintetiza los resultados de los

³²⁸ Recordemos que, aunque el Decreto es de 2013; la versión elaborada por los Colegios Profesionales es de 1996, se realiza una primera versión por encargo del Gobierno Vasco en 2006 y se revisa en 2009, para finalmente aprobarse en 2013. En todo este proceso se han ido realizando pruebas y validaciones, se trata, pues de un proceso largo y ampliamente participado como se refleja en el apartado descriptivo (ver apartado 4.5.3., página 193)

indicadores por ámbitos vitales clasificados en tres niveles: inclusión, vulnerabilidad y privación, lo que permite tener una visión de conjunto.

En toda la documentación estudiada sobre este instrumento – Decreto 353/2013, de 28 de mayo y documentos sobre el instrumento (Ovejas y Gabantxo, 2006, 2009) – no se ha podido identificar si en la asignación del nivel de riesgo se tienen en cuenta las condiciones individuales de la persona, es decir, si se aplican criterios de análisis de la interseccionalidad que contemplan los distintos ejes de discriminación (sexo/género, origen, edad, estado de salud, etc.); presumimos que la falta de explicitación de la introducción de estos criterios significa que en la asignación del nivel de riesgo no se han tenido en cuenta.

El lenguaje en el que están diseñados los indicadores y sus contenidos estandarizados es de carácter profesional y, por tanto, no está orientado a las personas, a la posibilidad que pueda ser usado para el autodiagnóstico.

Se trata, pues de un instrumento muy completo pero que, en palabras de una profesional conocedora en profundidad de este (E4, comunicación personal, 13/01/2020), presenta dificultades de aplicación; en concreto destacaba dos; una relacionada con el contexto del Sistema de Servicios Sociales que está orientado a la gestión de prestaciones y no facilita el uso de un instrumento tan completo y complejo; y, por otra parte, en la práctica cotidiana se han enfrentado a contradicciones en el uso. Por otra parte, pese a estar regulado en un decreto, ha existido la flexibilidad suficiente para permitir la adaptación que facilite su uso en la práctica profesional.

TABLA 93. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE DIAGNÓSTICO SOCIAL - EUSKADI

Criterios	Fortalezas	Debilidades
Marco teórico	Dispone de un modelo teórico que fundamenta su desarrollo y este modelo está basado en enfoques teóricos del Trabajo Social: resolución de problemas, centrado en la tarea y sistémico.	El instrumento del diagnóstico en profundidad es muy largo y complejo, con una amplia variedad de indicadores cuyas opciones estandarizadas pueden desplegarse en diversos niveles.
Contenido	Estructura en ámbitos vitales clave que se mantienen de forma estable a lo largo de la evolución del instrumento.	No se incluyen criterios de interseccionalidad en la asignación de los niveles de riesgo.
Desarrollo del instrumento	Basado en dimensiones e indicadores.	
	Los indicadores incluyen descripción de situaciones graduales: de más positiva a más negativa. La valoración aparece en forma	

Criterios	Fortalezas	Debilidades
	gráfica mediante un código semafórico (colores)	
	Dispone de un resumen de los resultados de los indicadores clasificados en tres niveles: inclusión, vulnerabilidad y privación.	
Soporte y otros	Dispone de plataforma informática de soporte.	No se ha definido claramente cual es el objetivo de su implementación: interés del sistema de servicios sociales por conocer y controlar el sistema de prestaciones o interés profesional por sistematizar.
	Incluye, en el mismo instrumento, dos aplicaciones: diagnóstico inicial y diagnóstico en profundidad, a partir de la selección de unos indicadores para el diagnóstico inicial.	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

7.2.4 Análisis del instrumento Hèstia

Este instrumento es el utilizado, en Catalunya, por un número importante de Áreas Básicas de Servicios Sociales para la gestión de los expedientes sociales (recordemos que, de acuerdo con los datos proporcionados por la AOC, lo utilizan un 80% del total de las ABSS). El instrumento se presenta como una solución informatizada para la gestión de los expedientes sociales sin referencias a modelos teóricos y metodológicos; recordemos que forma parte de los instrumentos informáticos no específicamente para el diagnóstico pero que, por su implantación, se utilizan sus categorizaciones como sustitución.

Pese a esa aparente neutralidad, hemos puesto de relieve en la parte descriptiva del instrumento (ver apartado 6.4.1 , página 444) que el modelo implícito que subyace es el que concibe los servicios sociales como un prescriptor de prestaciones y recursos. En este sentido, debemos recuperar lo que hemos analizado con respecto al SIUSS (ver apartado 6.4.1 , página 444) sobre la configuración del Sistema de Servicios Sociales y la influencia que la concepción definida por Las Heras y Cortajarena (1979) tuvo en su creación y que se mantiene subyacente aún en la actualidad, el modelo basado en el denominado “binomio necesidad–recurso”. En este caso, además, el diseño del instrumento soslaya el proceso metodológico básico, no solo el de la intervención social sino las bases de la metodología científica más elemental, puesto que prevé, como condición previa al registro de la información, una valoración del riesgo que solo puede ser el resultado del diagnóstico social (ver los datos requeridos para la creación de un expediente en el Manual de uso (AOC, 2017, p. 36)).

Partiendo de esta situación, que podríamos denominar anomalía metodológica, abordamos otro elemento en el análisis del instrumento Hèstia: el contenido. En primer lugar, debemos señalar que el instrumento sistematiza un bloque de datos bajo el título “Problemáticas” y que en la recogida de datos no se visibiliza el diagnóstico social (ver Ilustración 7, en página 201) por lo que, si entendemos el diagnóstico como “un acto intelectual fruto de un proceso dialógico de análisis y sistematización de información”, tal y como lo definimos (ver apartado 8.1.5, página 509) y consideramos que los Servicios Sociales se caracterizan, fundamentalmente, por atender necesidades mediante la atención profesional interdisciplinar, en este diseño esta intervención profesión queda oculta bajo una sistematización que no exige proceso de reflexión e interpretación alguno.

Asimismo, la categorización no prevé diferencias según las diversas disciplinas que conforman los Servicios Sociales Básicos en Catalunya; recordemos que, de acuerdo con la legislación vigente (Catalunya, 2007, 2010), los Equipos Básicos de Atención Social (EBAS), que conforman el núcleo de los Servicios Sociales Básicos están formados por profesionales del Trabajo Social y de la Educación Social³²⁹. Aún así, el instrumento no discrimina entre categorías propias de una u otra disciplina, no siendo posible identificar qué categorías serían propias de una u otra.

Sin embargo, más allá de estas consideraciones, Hèstia es un instrumento de amplia utilización en Catalunya y, por tanto, vamos a continuar con el análisis de las categorías, independientemente del nombre que reciban. Observamos que las “problemáticas”, un total de 57, se estructuran en 9 categorías: vivienda, económicas, laborales, salud y drogodependencias, discapacidades, aprendizaje, malos tratos familiares, carencias sociales y otros. Las categorías finales son del tipo absoluto, es decir, de carácter binario, en las que el profesional escoge si existen o no existen, sin más matices.

En relación con estas categorías finales debemos señalar algunos aspectos que nos parecen relevantes en cuanto a su utilización y validez como parte del diagnóstico social:

- En primer lugar, el Manual no incluye la definición y descripción de las categorías; en cambio se pueden encontrar en un menú contextual en la propia aplicación informática. Como ya comentamos en el apartado descriptivo, esto ha llevado a algunas

³²⁹ En concreto la participación de estos profesionales sigue una ratio poblacional de 1 TS por cada 5.000 habitantes y 1 ES por cada 7.500 habitantes.

organizaciones a generar documentos paralelos para facilitar el uso y la familiarización de los profesionales con la terminología (IMSST (AOC), 2017).

- Las agrupaciones por ámbitos incluyen categorías independientes, no se establecen relaciones de gradualidad ni de otro tipo, solo la simple suma de categorías. Pero, por otra parte, en algunos casos, parece que las categorías no son únicas, sino que pueden coexistir con otras del mismo ámbito, lo que dificulta la claridad y precisión en su uso porque no están vinculadas entre ellas.
- Las categorías son mayoritariamente descriptivas sin que permitan inferir cual es la necesidad que subyace o la “situación de malestar social”. Por ejemplo, la categoría “Enfermedad física crónica” por si sola no permite inferir qué tipo de necesidades se derivan o que tipo de malestares le provocan.
- El enunciado de las categorías es muy general y poco preciso, especialmente en algunos casos en los que se intentan sistematizar problemáticas relacionadas con otros ámbitos profesionales. Así, por ejemplo, se incluye una categoría denominada “Enfermedad de alto riesgo” si buscamos la definición encontramos lo siguiente: «contingencia desfavorable a la cual está expuesta una persona a causa de una enfermedad» (IMSST (AOC), 2017, p. 3). El concepto de “alto riesgo” relacionado con una enfermedad sin más aclaración no aporta información relevante y precisa para la elaboración del diagnóstico.
- Las categorías incluyen tanto elementos descriptivos como valoraciones que requieren un proceso diagnóstico previo; así, por ejemplo, se puede incluir en la misma agrupación una categoría como “En búsqueda de primer trabajo” que es una descripción objetiva, junto con “Inadaptación laboral” que debería responder a un diagnóstico previo y basarse en indicadores o hechos que no se definen.
- Algunas categorías están ubicadas en ámbitos genéricos, en vez de vincularse con su ámbito específico. Así, por ejemplo, existe un ámbito denominado “Salud y drogodependencias” pero la categoría “Indicios de trastornos mentales” está catalogada en el ámbito “Carencias sociales”.

Finalmente, el lenguaje que se utiliza está orientado únicamente al uso profesional, con las salvedades que hemos comentado, en cuanto a su falta de precisión y claridad, que dificultan su utilización.

Hèstia es, como hemos señalado, una aplicación informática que da cobertura a buena parte de las ABSS de Catalunya. La ventaja de contar con datos estructurados³³⁰ es la posibilidad de generar agregaciones y cruces de datos que permitan obtener información de calidad sobre la realidad atendida en los Servicios Sociales; esta utilidad no ha sido explotada y, tal como se puede ver en las memorias de explotación del Registro Unificado de Datos de las Entidades Locales (Gabinet Tècnic, 2019), se presenta resultados agregados por ámbitos y sin mas tratamiento que profundice en el conocimiento de la atención ofrecida por los Servicios Sociales Básicos.

TABLA 94. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE HÈSTIA

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Marco teórico		Modelo orientado a la distribución de recursos (binomio necesidad – recurso). Orientación a déficits: identificación de carencias
		El modelo metodológico subyacente no respecta los criterios básicos de un proceso metodológico: establece requisitos en un momento inicial que requerirían haber desarrollado el resto de las fases de sistematización y análisis de la información.
Contenido		Categorías absolutas: no permite registrar la diversidad de situaciones que se pueden dar entre los dos extremos (existe la situación o no existe) ni medir las modificaciones que se puedan dar a lo largo de la intervención social.
Desarrollo del instrumento		Lenguaje poco preciso: las definiciones constan en el aplicativo, pero no constan en el Manual por lo que trabajar sobre ellas se hace más difícil. Las definiciones son muy genéricas. Las categorías enmarcadas en un ámbito no tienen relación entre ellas, el lenguaje utilizado es ambiguo y hay categorías que podrían solaparse, sin que se establezcan criterios para determinar el tratamiento o la selección de los solapamientos
Soporte	Dispone de soporte informático (plataforma propia, de titularidad pública)	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

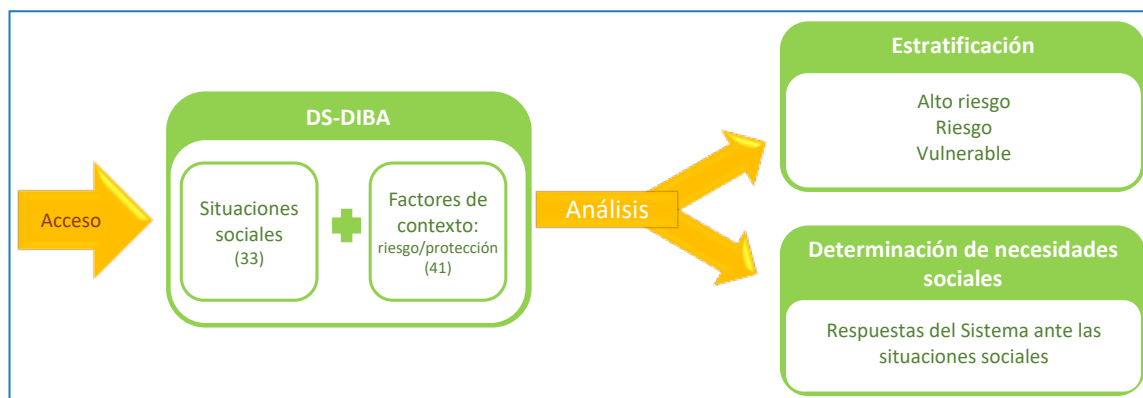
³³⁰ En lenguaje informático, datos estructurados se refiere a categorías estandarizadas que pueden ser tratadas de manera individual y conjunta (agregación), se diferencia de los campos de datos libres, en los que se puede introducir texto o números, pero la información contenida no puede ser tratada de manera sistemática y conjunta.

7.2.5 Análisis del instrumento DS-DIBA

DS-DIBA es el instrumento que ha desarrollado la Diputació de Barcelona en un proyecto que ha venido desarrollándose desde el año 2012. Este instrumento se plantea desde la perspectiva del Sistema de Servicios Sociales con la finalidad de aportar sistematización y estratificación a las situaciones sociales que permita la priorización y la determinación de la intensidad de la atención social.

Desde la perspectiva del marco teórico, en los documentos elaborados (Manzano, Pagès, y Solé, 2016, 2019) no se hace referencia alguna a enfoques teóricos de referencia, pero la síntesis del modelo que presentaron mediante un póster (Manzano et al, 2016) muestra el esquema siguiente que se puede ver en la Ilustración 8; este planteamiento, aunque incluye la funcionalidad de la estratificación, que es una novedad, tiene claras reminiscencias del modelo clásico del Sistema de Servicios Sociales en el Estado español, la vinculación entre necesidad y prestación.

ILUSTRACIÓN 31. SÍNTESIS DEL FUNCIONAMIENTO DEL INSTRUMENTO DS-DIBA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA ADAPTADO DE MANZANO ET AL., (2016)

Pero, profundicemos un poco más en la formulación conceptual de este instrumento y vemos que el instrumento DS-DIBA se plantea como una herramienta de sistema (Manzano et al., 2019), para ello reconocen el papel que ha tenido la metodología y las técnicas del Trabajo Social, pero consideran que no es suficiente puesto que presentan déficits «en el cribado de acceso a las prestaciones y los servicios del sistema» (Manzano et al., 2019, p. 176); volvemos, pues, de nuevo al esquema tradicional del binomio necesidad – recurso que planea sobre el Sistema de Servicios Sociales.

Por otra parte, en su justificación del diagnóstico social como herramienta del Sistema toman referencias del Trabajo Social y las aplican, directamente, al Sistema de Servicios Sociales³³¹. Este tema se abordará (ver apartado 8.1.4) cuando se plantee si los instrumentos diagnósticos debían ser una herramienta propia de la disciplina, que aporta su conocimiento, su marco teórico y sus técnicas para que, junto con otras disciplinas que aportan su propio bagaje, se construya un diagnóstico interdisciplinar para afrontar realidades complejas. En los grupos de discusión (ver, en concreto, las aportaciones en el apartado 6.2.1.1 página 364, en los que se valora la importancia de los instrumentos de diagnóstico como herramientas profesionales) y en las entrevistas (ver, en especial, las aportaciones de la entrevista codificada como E4, comunicación personal, 13/01/2020 que defiende el diagnóstico social como una actividad propia del Trabajo Social y que las instituciones deben adaptarse, tal como relata con la experiencia del País Vasco); la opinión sobre este tema era clara: los instrumentos de diagnóstico son herramientas profesionales, propias de una disciplina que conjuga conocimiento teórico y práctico (metodología y técnica) para contribuir a la definición y valoración de una determinada situación social, individual o colectiva.

Asimismo, si entendemos el Sistema de Servicios Sociales como un sistema en el que concurren diversas disciplinas que deben trabajar conjuntamente, premisa que comparten los promotores del instrumento, pues entiende que este contribuye a «disponer de un diagnóstico compartido entre profesionales» (Manzano et al., 2016) cabrá preguntarse qué distinto conocimiento aportan las distintas disciplinas si utilizan un mismo instrumento y unas categorías únicas.

En resumen, DS-DIBA es un instrumento para el que no se ha determinado un marco teórico explícitamente y para identificar el modelo que subyace debemos referirnos a las distintas referencias que toman y a los objetivos que se asocian con el instrumento y partiendo de estos elementos inferimos que el elemento más relevante es el proceso de asignación de recursos (segmentación, priorización, etc.) y uniformizar el diagnóstico en el Sistema de Servicios Sociales olvidando su carácter interdisciplinario.

A continuación vamos a analizar el contenido del instrumento; se estructura en 7 ámbitos de intervención que, a su vez, quedan agrupados en las tres categorías de necesidades sociales que se definieron en el marco del primer Plan Estratégico de Servicios Sociales de Catalunya

³³¹ Como ejemplo, toman la definición de diagnóstico en Trabajo Social que proponen Eduardo Díaz y Patricia Fernández (2013) y la convierten en diagnóstico social del Sistema. (ver Manzano et al. (2019, p. 179)).

(Maluquer et al., 2010); de cada uno de los ámbitos se describen una serie de “situaciones sociales” que son las categorías diagnósticas.

Las categorías diagnósticas están definidas mediante una formulación más o menos extensa, pero, en todo caso, acompañadas de una definición y descripción clarificadora. Aún así, se trata de categorías de carácter binario (de nuevo se produce la dualidad entre existe la situación o no existe, sin gradualidad intermedia) y orientadas a los déficits, puesto que todas las descripciones hacen referencia a carencias. Se trata, por otra parte, de categorías que tienen bastantes puntos en común con las llamadas “problemáticas” del instrumento Hèstia puesto que en cada ámbito se incluyen categorías que no están relacionadas internamente, sino que pueden coexistir. Es de esperar que en el proceso de trabajo que anuncian³³² que están llevando a cabo para determinar algoritmos de definición de los niveles de riesgo globales (no parciales como se presentan en el momento de la redacción de esta investigación) se puedan tener en cuenta estos efectos sumatorios.

La principal innovación que aporta este instrumento, especialmente en comparación con otros del mismo origen institucional que hemos visto hasta ahora (SIUSS y Hèstia), es que se matiza la situación social mediante el uso de dos criterios: gravedad y frecuencia; la combinación de estos criterios da como resultado una valoración del riesgo que tiene como finalidad la estratificación, pero también la orientación sobre las prioridades. Como veíamos en la Ilustración 31 (página 459), la valoración del riesgo se estratifica en tres niveles: alto riesgo, riesgo y vulnerable. Observamos que, a diferencia del modelo *Diagnóstico Social-Euskadi*, no se incluye la opción “inclusión” o “sin riesgo”, lo que redundaría en la valoración que hacíamos de que se trata de un instrumento orientado a déficits más que a fortalezas.

Finalmente, la asignación del riesgo está vinculada a las situaciones de necesidad social y no se contempla en ningún momento la manera como afectan los ejes de discriminación (una visión interseccional) a los distintos grados de riesgo; puesto que, de acuerdo con la conceptualización de la interseccionalidad, los efectos de una determinada situación difieren cuando en la misma persona confluyen diversos ejes de discriminación.

³³² Ver página 187 del artículo Manzano, M. Á., Pagés, É., y Solé, M. (2019). La DS-DIBA: Experiencia de la elaboración de una herramienta de valoración social y segmentación para los servicios sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1), 177-189. <https://doi.org/10.5209/cuts.58061>

TABLA 95. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE DS-DIBA

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Marco teórico		Modelo orientado a la distribución de recursos (binomio necesidad – recurso). Orientación a déficits: identificación de carencias
Contenido	Valoración del riesgo permite medir los cambios en el grado de riesgo.	Categorías absolutas: no permite registrar la diversidad de situaciones que se pueden dar entre los dos extremos (existe la situación o no existe)
Desarrollo del instrumento	Incorpora los criterios gravedad y frecuencia para matizar categorías absolutas, lo que permite suavizar el carácter binario de las mismas, sin perder por ello esta característica de forma plena.	No incluye indicadores para configurar las categorías.
		Modelo conceptual que mezcla las actividades propias de las disciplinas con el marco en el que se desarrolla la actividad (Sistema de Servicios Sociales)
		No diferencia las aportaciones de las distintas disciplinas al diagnóstico social
		No incluye en la valoración del riesgo criterios vinculados con los ejes de discriminación (interseccionalidad).
Soporte	Dispone de soporte informático	El soporte informático actualmente no integrado en ninguna plataforma o aplicación de gestión de expedientes

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

7.2.6 Análisis los instrumentos Self-Sufficiency Matrix

El instrumento Self-Sufficiency Matrix (o SSM) presenta, como explicamos en los apartados descriptivos³³³, diversas versiones originarias de contextos diversos, tanto en el plano organizativos como en el geográfico y cultural; en concreto de este instrumento se han descrito tres versiones: una de los Estados Unidos de América³³⁴ (Condado de Snohomish, Washington), la adaptación realizada por el Servicio de Salud Pública de Ámsterdam (Países Bajos) y la adaptación realizada por la Generalitat de Catalunya, sobre esta última. Aunque en el apartado descriptivo se presentaron de forma separada, entendemos que, para el análisis, es más adecuado presentarlas de manera conjunta, puesto que nos permitirá identificar las diferencias y similitudes entre las diversas versiones.

³³³ Ver apartado 4.5.6 para SSM-Catalunya, apartado 4.6.2 para SSM-USA y 4.6.3 para SSM-D

³³⁴ Es en los Estados Unidos de América donde surge el uso de este tipo de instrumento como desarrollo de una herramienta de carácter económico denominada Self Sufficiency Standard, tal como se explicó en el apartado 4.6.2., página 228 y es donde se han desarrollado más instrumentos.

Antes de entrar en el análisis de los diversos conceptos, querríamos destacar el hecho del diferente origen que tienen los instrumentos en cuanto al contexto institucional y del ámbito de intervención. El instrumento del Snohomish County (SSM-USA) surge de la colaboración de diversos servicios y agencias que intervienen en el ámbito de los servicios sociales y comunitarios que incluyen servicios tan diversos como centros comunitarios de salud, atención domiciliaria, servicios de vivienda social, albergues para mujeres, servicios para personas refugiadas, servicios para infancia, atención de larga duración para personas mayores, etc. Por su parte, el instrumento SSM-D surge del Servicio de Salud Pública de la ciudad de Ámsterdam, sin que conste que los Servicios Sociales de la misma ciudad hayan participado en el proceso. Finalmente, la adaptación catalana, SSM-C, es impulsada desde diversas instituciones en el ámbito de los Servicios Sociales y, en concreto, por el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, máximo responsable de las políticas de Servicios Sociales y del Sistema Catalán de Servicios Sociales.

Señalamos estas diferencias porque observaremos que, pese a que los tres instrumentos tienen un origen común y presentan similitudes y diferencias entre todos ellos, queremos señalar que las diferencias entre las versiones europeas con respecto a la versión americana son más significativas y, por tanto, para facilitar la lectura nos referiremos a “versiones europeas” cuando coincidan la versión neerlandesa (SSM-D) y la catalana (SSM-C).

En relación con el marco teórico, o conceptual, de las tres versiones se observa que, como no podría ser de otra manera, es compartido y se fundamenta en el concepto de la autosuficiencia definida como la capacidad de hacer frente a todas sus necesidades, materiales y no materiales. El concepto de autosuficiencia parte de planteamientos teóricos enmarcados en la visión del empoderamiento y, en este caso, se enmarcan en el enfoque teórico de orientación a resultados, dentro del grupo de teorías que Payne (2014) denomina “Fortalezas, narrativa y solución”.

Vamos a seguir este análisis por el contenido del instrumento, que presenta mayores similitudes para después proceder con el desarrollo de estos, es decir, la definición de los indicadores, que es donde se dan las mayores diferencias.

En cuanto a la estructura de las tres versiones del SSM hay claras similitudes, aunque destacaremos también algunas diferencias. La estructura básica del SSM se basa en la graduación de las situaciones, mediante el uso de indicadores, en 5 niveles que miden el grado de autosuficiencia, cuya denominación varía ligeramente (como se puede ver en la Tabla 96

(página 464) y, aunque el significado es muy similar, identificamos una diferencia relevante en el nivel intermedio; mientras que el nivel 3 en el instrumento SSM-USA recibe la denominación de “Seguro” y, como veremos a continuación, está incluido por encima de la línea de prevención, en los modelos neerlandés y catalán se le denomina “Poco autosuficiente” (*barely*, en la versión inglesa del modelo neerlandés) que, a simple vista, nos muestra un lenguaje más negativo que la versión americana.

Además, en la versión americana se sitúa, entre el nivel de 3 (Seguro) y el nivel 4 (Vulnerable), lo que denominan la “Línea de prevención” que en su propia definición significa que «los indicadores por encima de esta línea se consideran habitualmente como muestras de independencia o fortalezas» (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. Instructions 1) como se puede apreciar en Ilustración 14 (página 251).

TABLA 96. COMPARACIÓN DE LA DENOMINACIÓN DE LOS NIVELES EN LA GRADUACIÓN DE LOS DIVERSOS INSTRUMENTOS SSM

SSM-USA	Satisfactorio	Estable	Seguro	Vulnerable	En crisis
SSM-NL y SSM-C	Completamente autosuficiente	Adecuadamente autosuficiente	Poco autosuficiente	No autosuficiente	Situación crítica

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DTASIF (2018); LAURIKS ET AL. (2013); SELF-SUFFICIENCY TASKFORCE (2010)

Todos los instrumentos, en sus manuales o en las indicaciones que los acompañan, establecen que la metodología adecuada para aplicarlo es evaluar desde los indicadores que valoran el máximo grado de autosuficiencia y, en caso de que la situación no concuerde, ir bajando de nivel hasta encontrar los indicadores que se ajusten a la situación planteada. Pero, más allá de las instrucciones coincidentes, se produce una diferencia entre el modelo americano y los dos modelos europeos que, aparentemente, presenta una cierta contradicción con la metodología planteada.

El instrumento SSM-USA, de acuerdo con su metodología, diseña la tabla de indicadores y niveles empezando, en el sentido de la lectura, por la situación más positiva (satisfactorio) y va evolucionando hacia la situación crítica estableciendo, como señalábamos, la línea de protección entre los niveles 3 y 4. Por su parte, las versiones europeas diseñan la tabla de indicadores empezando, en el sentido de la lectura (de izquierda a derecha), por el nivel más desfavorable e indican que el instrumento debe iniciarse por la situación más favorable, lo que implica utilizar la tabla en sentido contrario al de lectura (de derecha a izquierda).

Sin un análisis en profundidad de los mecanismos de lectura, puesto que es un tema que excedería el objeto de este análisis, es fácil imaginar que las personas tendemos a leer los textos en el sentido habitual de la lectura; en nuestro contexto cultural, la lectura se realiza de izquierda a derecha. Por lo tanto, el diseño de un instrumento que promueve centrarse en las fortalezas (los indicadores más favorables, en este caso) debería situar estos elementos en la ubicación que, a la práctica, por nuestro aprendizaje del mecanismo de la lectura nos lleva en primer lugar: la izquierda (o en la parte superior, como es el caso del modelo americano), cualquier otro recurso es forzar una práctica que las personas llevamos interiorizada desde nuestra más tierna infancia.

En relación con los contenidos, es decir, el número y tipo de categorías, es donde encontramos las mayores diferencias entre las distintas versiones: tanto por el número como por la conceptualización general de las categorías. Respecto al número, podemos observar que hay diferencias muy significativas que vamos a describir, en primer lugar, y a analizar con posterioridad.

En primer lugar, vemos que el instrumento SSM-USA presenta un total de 25 escalas y no establece distinciones en cuanto a su uso (para personas adultas con o sin menores a cargo, por ejemplo, como hacen las versiones europeas), sino que se ponen a disposición de los profesionales en su conjunto y se recomienda la selección de las escalas según el objetivo del programa desde el que se esté utilizando, incidiendo en que el número aconsejable está en un rango de 3 a 5 (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. Instructions 5). Observamos, además que las escalas abordan temas muy específicos (por ejemplo, para el ámbito laboral se disponen dos escalas distintas: una para la trayectoria laboral y otra para la estabilidad en el empleo) lo que, a priori, nos induciría a pensar que permite medir de manera más precisa la situación en la que se encuentra la persona, tanto sea la situación de partida como la situación después de la intervención social (evaluación).

Por otra parte, las versiones europeas presentan un número muy inferior de dominios o dimensiones (que es el nombre que se les asigna, respectivamente, en cada uno), pues son 11 en el caso neerlandés y 13 en el catalán y ambos coinciden en añadir 4 categorías extras destinadas a evaluar las situaciones en la que haya menores a cargo de adultos.

En la tabla que se ve a continuación (Tabla 97) hemos establecido una comparativa y correlación entre las categorías de las tres versiones del instrumento, con la finalidad de identificar qué aspectos diferentes se contemplan en cada versión.

TABLA 97. COMPARATIVA Y CORRELACIÓN DE LAS DIMENSIONES EN LAS TRES VERSIONES DEL INSTRUMENTO SSM

SSM-USA	SSM-D	SSM-C
Ingresos (SS Standard)	Economía	Economía
Ingresos (Ingresos medios del Área)		
Ingresos (Umbral Federal de Pobreza)		
Habilidades básicas (asuntos financieros)		
Continuidad trayectoria laboral - capacitación	Actividades diarias	Trabajo y formación
Formación / Educación		Uso del tiempo
Estabilidad en el empleo		
Vivienda	Vivienda	Alojamiento
Habilidades básicas (Relaciones personales)	Relaciones de convivencia	Relaciones de la unidad convivencia
Seguridad		
Salud Mental	Salud mental	Salud mental
Salud física	Salud física	Salud física
Adicciones	Adicciones	Consumo de drogas
Capacidad funcional	Actividades de la vida diaria	Actividades básicas de la vida diaria
		Actividades instrumentales de la vida diaria
Habilidades básicas (Organización del hogar)		
Comida		
Vestido		
Red de apoyo	Red social	Relaciones sociales
	Participación comunitaria	Participación en la comunidad
Legal	Judicial	Aspectos judiciales y de orden público
Acceso a servicios		
Habilidad con el idioma (inglés)		
Habilidades básicas (Fijar metas y recursos)		
Cuidado de las niñas y los niños	Cuidado físico (niños)	Atención física (niños)
Parentalidad	Apoyo social y emocional (niños)	Apoyo socioemocional (niños)
	Escolarización	Escolarización
	Atención diurna (escuela infantil, etc.)	Atención diaria (cuando no está con padres/escuela)

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Un ejemplo de la diferencia lo encontramos en la primera categoría que incluyen las versiones europeas³³⁵, que es “Economía”, y observamos que en la versión SSM-USA disponen 4 categorías distintas: 3 de ellas valoran objetivamente el nivel de ingresos a partir de la comparativa con diversos índices públicos y una cuarta valora la capacidad de las personas para gestionar los asuntos económicos.

Otra diferencia importante es la manera como la versión SSM-USA evalúa las capacidades de las personas en las actividades cotidianas (organización del hogar, comida, vestido) de manera individual y diferenciada de la capacidad funcional para realizar estas actividades, mientras que la versión neerlandesa lo engloba todo en una única categoría y la versión catalana lo subdivide actividades básicas e instrumentales³³⁶, un tema que abordaremos específicamente más adelante.

Además, observamos diferencias significativas en el ámbito de las relaciones personales o de convivencia; mientras que en las versiones europeas se concentra en una categoría (“Relaciones de convivencia” y “Relaciones de la unidad de convivencia”), en el modelo americano se evalúan, por separado, las habilidades para las relaciones personales y los aspectos relacionados con la seguridad en las relaciones (situaciones de violencia y peligro), donde también se incluye la relación con el contexto (seguridad en la comunidad).

Finalmente, el modelo americano incluye diversas escalas que contemplan elementos que no aparecen reflejados en las versiones europeas y algunos de ellos nos parecen significativos: acceso a servicios, habilidad con el idioma (inglés) y habilidades para fijar metas y recursos.

- Hemos visto como el *acceso a los servicios* era uno de los elementos que se incluían en otros instrumentos (por ejemplo, SIUSS, Escala General de Diagnósticos de Conde y, parcialmente, Diagnóstico Social – Euskadi), mientras que en otros casos se incluye como factor de protección o de riesgo (DS-DIBA incluye como factor de protección la actitud proactiva para acceder a sistemas y redes de protección y como factor de riesgo su carencia); en todo caso, se trata de evaluar la capacidad para acceder pero, también, el acceso efectivo a los servicios necesarios.

³³⁵ Recordemos que el listado de escalas del instrumento americano, SSM-USA, estaba ordenado alfabéticamente en el idioma original, mientras que los modelos SSM-D y SSM-C no siguen este criterio, sino que son ordenados según lo han decidido los autores que han hecho la adaptación.

³³⁶ No especifica el tipo de Actividades Básicas de la Vida Diaria ni las Instrumentales pero, por los indicadores se puede deducir que se refieren a las que se contemplan en las escalas estandarizadas Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965) y Escala de Lawton-Brody (Lawton y Brody, 1969).

- La segunda escala que no está contemplada en las versiones europeas es la *habilidad con el idioma (inglés)*: este es un elemento que aparece, por ejemplo, en el Diagnóstico Social – Euskadi (con respecto tanto al castellano como al euskara) y que el aplicativo Hèstia contempla, no en el marco de las “Problemáticas”, pero sí en las características que se recogen en la ficha personal (en concreto se recoge lengua materna y habilidad comunicativa para diversos idiomas (AOC, 2017, p. 35). En contextos globalizados con importantes flujos de personas migrantes parece que la valoración del conocimiento de la lengua o lenguas básicas de comunicación debería formar parte del proceso diagnóstico, en la medida que se trata de una habilidad y capacidad que es modificable a lo largo del tiempo. En la versión neerlandesa, se incluye como un factor de ponderación.
- Finalmente, la escala *Habilidad personal para fijar metas y recursos* tiene una importante relación con los factores de riesgo y protección, elemento clave para definir un plan de intervención.

Tal como anunciábamos anteriormente, para acabar este bloque de análisis nos parece que merece un comentario específico una diferencia de la versión catalana con respecto a las otras versiones porque entendemos que afecta al criterio básico del instrumento: tomar como meta de cada escala o dimensión la autosuficiencia en esa área determinada. En los instrumentos americano y neerlandés existe una categoría que recibe distinta denominación, – “Capacidad funcional” (SSM-USA) y “Actividades de la vida diaria” (SSM-D) – pero que responde al mismo contenido; en el caso del instrumento SSM-C esta categoría se ha subdividido en dos: actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria; tal como decíamos, si el objetivo del instrumento es la valoración de la autosuficiencia, entendemos que esta se produce, en el ámbito funcional, cuando la persona es capaz de realizar autónomamente tanto las actividades básicas como las instrumentales, puesto que la realización de actividades básicas, en un contexto de autonomía funcional, refleja un nivel muy simple³³⁷ que no permite valorar la autosuficiencia global de la persona. A ello hemos de añadir que para la valoración de estos aspectos existen escalas estandarizadas validadas y de uso generalizado en diversos contextos y ámbitos, por lo que entendemos que esta división no respondería al objeto central del instrumento: la medición del grado de autosuficiencia.

³³⁷ Recordemos que las actividades básicas son alimentarse, lavarse, vestirse, asearse, control de deposiciones y micción, uso del retrete, traslado sillón – cama y deambulación (se considera independiente si puede andar 50 metros)

En síntesis, observamos que, en el análisis comparativo del contenido, que las versiones europeas (SSM-D y SSM-C) han reducido de manera importante el número de categorías, sumando en algunos casos en una sola categoría diversos aspectos y han optado por el uso sistemático de todas ellas en todas las situaciones. Por su parte, la versión americana dispone de más categorías (escalas) pero, a su vez, la metodología es más flexible en cuanto a la selección de escalas, no se plantea el uso de todas las dimensiones a la vez, sino que orienta a seleccionar un número razonable de ámbitos a trabajar según el programa desde donde se esté aplicando.

A continuación, vamos a analizar las diferencias en el desarrollo de las categorías, que es donde las versiones presentan un mayor grado de variabilidad. Aunque todas presentan un sistema de indicadores graduados a lo largo de los 5 niveles, el nivel de desarrollo de los indicadores es muy distinto.

El instrumento SSM-USA establece indicadores a los que asigna una valoración de 0 a 10, que se reparten en los 5 niveles (ver apartado 4.6.2, página 234): nivel *Satisfactorio* responde a valoración 9 o 10, nivel *Estable* responde a una valoración de 7 u 8, nivel *Seguro* responde a una valoración de 5 o 6, nivel *Vulnerable* responde a una puntuación de 3 o 4, y, finalmente, el nivel *En crisis* responde a una valoración 0 a 2. Para desarrollar estas valoraciones, cada nivel dispone de indicadores a los que se asigna una valoración de referencia; dentro de cada nivel, los indicadores establecen una graduación siguiendo el mismo criterio que incluye desde la situación más favorable a la más desfavorable.

Por su parte, las versiones europeas presentan un desarrollo de los indicadores que no incluye el sistema de valoración interna de cada nivel, como pasa en la versión americana, y, además, en algunos casos, la precisión de los indicadores es menor, llegando a incluir en el mismo indicador conceptos distintos que pueden presentarse de forma separada; esta situación se produce especialmente en los ámbitos o dimensiones que son el resultado de una agregación de escalas³³⁸. Veamos un ejemplo de desarrollo de indicadores

³³⁸ Recordemos que la versión neerlandesa seleccionó los once dominios de entre el conjunto de dominios que aparecían en las versiones americanas (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd, y Theunissen, 2013, p. 9)

TABLA 98. COMPARATIVA DEL DESARROLLO DE LOS INDICADORES EN LA CATEGORÍA “ECONOMÍA” (SSM-D Y SSM-C) Y LA CATEGORÍA “INGRESOS” (UMBRAL FEDERAL DE POBREZA) – (SSM-USA)

Niveles	SSM - USA	SSM - D	SSM - C
Satisfactorio	Ingresos suficientes y estables, suficientes para el pago de facturas mensuales, y permite ahorros regulares y algunas compras no esenciales (ingresos 276% o más por encima del UFP, ajustados al tamaño de la familia). (10)	Ingresos suficientes y bien gestionados. Tiene capacidad de ahorro.	Fuente de ingresos procedentes del trabajo o de pensiones de la Seguridad Social o otras rentas privadas. Se dispone de dinero a final de mes No hay deudas
Estable	Los ingresos suficientes y estables, suficientes para el pago de facturas mensuales, permiten pequeños ahorros o compras no esenciales (ingresos entre el 251-275% del UFP, ajustados al tamaño de la familia). (8)	Puede cubrir necesidades básicas sin recibir prestaciones sociales. Gestiona las posibles deudas sin ayuda y se van reduciendo.	Ingresos procedentes del trabajo o pensiones de la Seguridad Social o otras rentas privadas para cubrir las necesidades básicas. Las posibles deudas están gestionadas autónomamente. Las posibles deudas se van reduciendo.
Seguro	Ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre el 201 y el 250% del UFP, ajustados al tamaño de la familia). (6)	Puede cubrir las necesidades básicas con los ingresos y/o gastos adecuados. Si hay deudas, son estables y/o controladas por alguien externo.	Ingresos procedentes de prestaciones o ayudas sociales para cubrir las necesidades básicas Gastos apropiados Las posibles deudas son al menos estables o los ingresos/deudas están controladas por otra persona.
Vulnerable	Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre 150-200% de UFP, ajustados al tamaño de la familia). (4) Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas (ingresos entre 100-149% de UFP, ajustados al tamaño de la familia). (3)	Ingresos inadecuados y/o gastos espontáneos o inadecuados. Deudas incrementándose.	Ingresos insuficientes para cubrir las necesidades básicas o gastos no planificados e inapropiados. Deudas crecientes
En crisis	Ingresos insuficientes para satisfacer las	Sin ingresos. Deudas altas e incrementándose.	Sin ingresos.

Niveles	SSM - USA	SSM - D	SSM - C
	necesidades básicas (ingresos entre el 50-100% del UFP, ajustados al tamaño de la familia). (2) Sin ingresos. Necesidades básicas no cubiertas (ingresos entre 0-49% de UFP, ajustados al tamaño de la familia). (0)		Deudas complejas y crecientes.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Observamos que, en el caso del instrumento americano (SSM-USA) los indicadores se han diseñado gradualmente en torno a la valoración de dos elementos intrínsecamente relacionados: el nivel de ingresos en relación con un indicador objetivo (en este caso, el umbral federal de pobreza³³⁹) y la capacidad de satisfacer las necesidades con estos ingresos (desde las necesidades básicas a capacidad de ahorro y realizar gastos no esenciales).

Por su parte, las versiones europeas presentan prácticamente la misma estructura y entremezclan dos conceptos: ingresos y capacidad de gestión. Los ingresos se valoran de manera genérica y sin referenciarse a ningún indicador objetivo, pero se incluye el origen de los mismo; en cambio la capacidad de gestión se deduce de los indicadores sobre el endeudamiento. La unificación de dos conceptos distintos, que pueden tener lógicas y funcionamientos diversos, comporta, desde nuestro punto de vista una falta de precisión y claridad en el uso de los indicadores.

En síntesis, el desarrollo de los indicadores que presenta la versión americana es más preciso y claro que el que presentan las versiones europeas; posiblemente la opción de reducir el número de ámbitos sea la causa de esta menor precisión. Y en este momento nos parece relevante recordar que la adaptación neerlandesa se realizó desde el ámbito de la Salud Pública y no desde el ámbito de los Servicios Sociales o del Trabajo Social; entendemos que los ámbitos e indicadores seleccionados en la versión SSM-D pueden ser útiles para el uso en este ámbito, los servicios de Salud Pública, pero es más difícil de ver su aplicación en el ámbito de la intervención social, que requiere un mayor grado de precisión y más variedad en la información que se recoge.

³³⁹ Este indicador existe en todos los países; en el caso español, el Instituto Nacional de Estadística establece para cada año el umbral de riesgo de pobreza que es el 60% de la mediana de los ingresos anuales por unidad de consumo (escala OCDE modificada). (<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9964 yL=0>)

Desde nuestra perspectiva, entendemos que los instrumentos sirven para sistematizar los datos que constituyen la base del diagnóstico social; estos instrumentos, las versiones del SSM, permiten una sistematización de los datos a la vez que les asigna una primera valoración en relación con el grado de autosuficiencia; pero tampoco debemos olvidar que el fin del diagnóstico social es la elaboración de un plan de intervención y, por tanto, aquellos ámbitos que sean susceptibles de ser abordados deberían formar parte del instrumento.

En cuanto al lenguaje; en general se trata de un lenguaje bastante técnico, por lo tanto un lenguaje orientado a los profesionales, aunque la versión americana se define como una herramienta de autodiagnóstico (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. ii).

Finalmente, querríamos señalar que este instrumento no ofrece un resultado sintético ni una representación gráfica (aunque en la infografía de presentación de la versión catalana se apuntaba esta posibilidad) sino que se ofrece como sistematización para el análisis, que puede ser conjunto con la persona usuaria, pero no incluye elementos que midan el impacto de los ejes de discriminación (interseccionalidad; aunque es de señalar que el manual del instrumento americano, SSM-USA, clarifica que la máxima valoración (10 o Satisfactorio) no debe ser considerado un objetivo para todas las personas o para todas las escalas, según la realidad de cada persona su máximo nivel de autosuficiencia puede estar situado en otro nivel; se trata de una manera de introducir el reconocimiento de las diferencias entre las personas.

TABLA 99. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE SSM

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Marco teórico	Se enfoca a la autosuficiencia de las personas, los enfoques teóricos implícitos son el empoderamiento y el de las fortalezas.	
Contenido	La versión SSM-USA dispone de escalas para la valoración de un amplio rango de ámbitos de la vida cotidiana y de relación con el contexto social.	Las versiones SSM-D y SSM-C presentan un número limitado de ámbitos de valoración.
	El instrumento permitiría seleccionar ámbitos para definir un instrumento de cribado o aproximación diagnóstica.	
	La versión SSM-USA presenta una metodología flexible que permite a los profesionales seleccionar los ámbitos de valoración	Las versiones SSM-D y SSM-C proponen una metodología que implica la valoración de todos los ámbitos propuestos

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Desarrollo del instrumento	Incluye un sistema de indicadores estructurados en 5 niveles que permite matizar las situaciones intermedias.	
	Los indicadores permiten medir las situaciones de partida y la evolución.	
	La versión SSM-USA desarrolla indicadores a partir de referencias objetivas y establece una gradación respecto a un criterio único	En las versiones SSM-D y SSM-C los indicadores son poco precisos y pueden inducir a confusión en la medida que incluyen diversos criterios.
	Permite la sistematización y agregación de información para análisis a nivel micro, meso y macrosocial.	No diferencia las aportaciones de las distintas disciplinas al diagnóstico social (esto es aplicable al SSM-C puesto que, en otras culturas, no existe la diversidad profesional que en los Servicios Sociales Básicos de Catalunya).
	La versión SSM-USA advierte que la valoración máxima no debería ser un objetivo para todas las personas ni para todas las escalas: un reconocimiento a las diferencias entre personas y situaciones.	No incluye criterios vinculados con los ejes de discriminación (interseccionalidad).
Soporte		Se desconoce la existencia de soporte informático; en el caso de Catalunya se está valorando su diseño.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

7.2.7 Análisis del instrumento Person – in – environment (PIE) System

El modelo PIE (Person-in-environment) System se caracteriza por ser un instrumento desarrollado desde el ámbito profesional del Trabajo Social y parte de la necesidad, detectada también a lo largo de nuestra investigación, de disponer de un lenguaje homogéneo y común.

El primer elemento que analizamos en todos los instrumentos es su marco teórico y, en este caso, como hicimos constar en el apartado descriptivo (ver apartado 4.6.1, página 224), en el proceso de elaboración se tomó la decisión de elaborar un instrumento que pudiese ser utilizado desde diversos enfoques teóricos. En todo caso, destacamos que, en la misma denominación del instrumento, se incluye una referencia clara al objeto del Trabajo Social: “persona en su contexto”, tal como ha venido definiéndose prácticamente desde las primeras propuestas de Mary E. Richmond (2008). En el marco teórico, el modelo incorpora otro concepto clave, el de *funcionamiento social*, que hemos visto que también era utilizada por Conde (1998), y que define como: «la habilidad del cliente para desarrollar las actividades

necesarias para la vida cotidiana (por ejemplo, obtener comida, alojamiento y transporte) y cumplir los principales roles sociales según lo establece la subcultura o comunidad del cliente» (Karls y Wandrei, 1994, Cap. Introduction). Podemos observar que esta definición presenta una gran semejanza con la que ofrecía el modelo Self-Sufficiency Matrix para la autosuficiencia. Nos encontramos pues, ante un instrumento que podría enmarcarse en un modelo amplio como el centrado en la persona.

En relación con el contenido, presenta una característica que le hace diferente de todo el resto de los instrumentos; por una parte, sistematiza la información por ejes (Factores), siguiendo el modelo del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), y el Factor I, que desde nuestra perspectiva es el más innovador, se refiere al *Rol Social*, mientras que el Factor II se centra en los problemas en el contexto, incluyendo 6 contextos: sistema económico/necesidades básicas, sistema educativo/formativo, sistema judicial y legal, sistema de salud, seguridad y servicios sociales, sistema de asociación voluntaria y sistema de apoyo afectivo; como podemos ver sigue un esquema más conocido y usado en otros instrumentos, tal como los ámbitos vitales del Diagnóstico Social – Euskadi, por ejemplo.

El instrumento introduce, también, un sistema de codificación que permitiría un proceso de informatización y de tratamiento agregado de los datos. El código se conforma a partir de la identificación del ámbito o categoría que presenta el problema, el tipo de problema y se matiza mediante tres criterios: gravedad, duración y capacidad de afrontar o resolver el problema.

Señalábamos que el elemento innovador de este instrumento se situaba, según nuestro análisis, en incorporar el *Rol Social* como base del diagnóstico; esta elección nos lleva a la reflexión, y a la constatación, que las personas desempeñamos roles diversos en nuestra vida cotidiana y la existencia de un problema en el desempeño de uno de los roles no significa que sea un problema que afecte a todas las esferas de nuestra vida; este planteamiento permite afrontar las situaciones-problema desde las fortalezas de la persona, se reconoce al individuo en su complejidad y, por tanto, se evita que la asignación del “problema” sea general a la persona, sino que se vincula al desempeño de un rol específico.

En este sentido, el instrumento hace un esfuerzo importante para definir una amplia variedad de roles familiares, sociales, laborales y en situaciones diversas. Por otra parte, si analizamos los problemas, observamos que sintetizan todos los posibles problemas en 9 conceptos que describen la clase de dificultad interaccional entre el cliente y otra persona; estos conceptos

son definidos de manera clara, precisa y que se acompañan de ejemplos para facilitar el proceso de aprendizaje. Esta versatilidad de los términos empleados para la definición de los tipos de problemas vinculados con los roles puede parecer extraña, pero, como decíamos, los ejemplos nos muestran de que manera un tipo de problema puede reflejar situaciones distintas; veamos los ejemplos que el manual utiliza para demostrar los usos del tipo de problema “Fuerza o autoridad” en distintos roles:

- La rabia y frustración de un padre ante el comportamiento rebelde de su hija adolescente se traduce en un comportamiento inadaptado e inapropiado (maltrato infantil). Las dificultades del padre, en su rol parental podrían ser clasificadas como Problema en el rol parental.
- Un marido que rechaza que su esposa trabaje fuera de casa. Se clasificaría como un problema del Rol Esposo/a.
- Un jefe autoritario que exige saber todo sobre la vida personal de sus empleados, se clasificaría como un problema del rol Trabajador en economía retribuida)
- Un hombre que golpea a un mecánico porque está insatisfecho con la reparación en su coche se clasificación como un problema en el rol Consumidor. (Karls y Wandrei, 1994, p. 17)

Observamos un amplio rango de situaciones que afectan a roles muy diversos, algunos de ellos, posiblemente, no entran dentro de nuestro esquema de intervención del Trabajo Social en nuestro contexto cultural, pero debemos señalar que en Estados Unidos esta práctica incluye ámbitos que aquí son aún muy novedosos (por ejemplo, el Trabajo Social Clínico).

Finalmente, en relación con este punto, el criterio de valoración o matización de la situación denominado “Capacidad para afrontar o resolver” hace referencia a las habilidades de la persona, pero no valora las actitudes, pensamos que tiene que ver con el hecho que parte del proceso de intervención social tiene que ver con el cambio de las actitudes mientras que las habilidades, aunque pueden adquirirse, dependen también de la capacidad natural de las personas.

Por otra parte, las situaciones que se recogen en el Factor II, al ser de contexto, no incluyen en la valoración la capacidad para afrontar o responder porque se considera que no pueden ser afrontados de manera individual, sino colectiva.

El desarrollo del instrumento es limitado en cuanto a la matización de la descripción; de hecho, prácticamente incluye criterios similares a los que vimos y analizamos en el DS-DIBA: gravedad y frecuencia; aunque, como hemos señalado, incluye la capacidad de afrontar/resolver la situación que en otros instrumentos se formula como factores de riesgo o de

protección. La capacidad de medición de las modificaciones en el estado es limitada a la variedad en los campos *Gravedad* y *Duración*. Es significativo que en la gradación de la gravedad se incluya un amplio abanico de 6 categorías que va desde “Sin problema” a “Catastrófico”, a diferencia del instrumento DS-DIBA, por tomar como referencia un instrumento que utiliza la misma categoría de “Gravedad” que establece una clasificación con un máximo de tres grados que van de “Baja” a “Alta”.

Nos parece especialmente interesante de este instrumento, la simplicidad de las categorías que clasifican las situaciones problema y la versatilidad de los conceptos para adaptarse, de forma rigurosa y precisa, a realidades complejas.

Entre los principales inconvenientes señalaríamos que está diseñada para ser utilizada solo con personas adultas y permite únicamente identificar las dinámicas interpersonales (rol a rol), pero no permite clasificar las dinámicas familiares, tal como se destacó en la entrevista codificada como E2 (comunicación personal, 18/12/2019).

TABLA 100. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE PIE SYSTEM

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Marco teórico	Se enfoca al funcionamiento social y, aunque rechaza vincularse con un enfoque teórico específico, subyace un modelo de Atención Centrada en la Persona y un enfoque orientado a las fortalezas.	Solo puede utilizarse con personas adultas (mayores de 18 años)
Contenido	Las categorías para definir los problemas son limitadas en número (9) pero versátiles para la definición de situaciones complejas.	
Desarrollo del instrumento	Incluye un sistema de codificación centrado en los roles (funcionamiento social).	No permite clasificar dinámicas familiares.
	Permite la matización o caracterización del problema mediante tres criterios complementarios: gravedad, duración y capacidad de afrontar/resolver la situación.	No incluye criterios vinculados con los ejes de discriminación (interseccionalidad).
Soporte	Propone un sistema de codificación que facilitaría un modelo informatizado que facilite la agregación y tratamiento de datos.	No se ha identificado aplicación informática que facilite el uso del instrumento; el uso de los códigos sin un soporte informático es muy complejo, aunque puede usarse sin la codificación.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

7.2.8 Análisis de los instrumentos Outcome Star™

El último instrumento que sometemos a análisis tiene su origen en el Reino Unido y, como señalábamos en el apartado descriptivo (ver apartado 4.6.4, página 260), se trata de una iniciativa que difiere sustancialmente del resto de instrumentos que hemos valorado. Outcome Star™ es una marca registrada (de ahí el símbolo ™ que acompaña al nombre) por parte de una empresa (Triangle Consulting Social Enterprise) que desarrolla y comercializa un conjunto de instrumentos destinados a la intervención social. El hecho que el liderazgo lo ostente una empresa privada no le ha restado la colaboración del sector público y de profesionales de atención directa. Se trata, pues, de una autoría mixta y que ellos mismos explican que han seguido una metodología de Investigación-Acción y de Investigación Acción Participativa (MacKeith, 2011, p. 100).

El enfoque teórico que ha guiado el diseño de estos instrumentos se basa en tres principios: empoderamiento, colaboración e integración; y toma como referencia el modelo de atención centrada en la persona y el enfoque teórico basado en las fortalezas y la coproducción.

El análisis de este instrumento diferirá ligeramente de los anteriores porque Outcome Star™ no es un instrumento único, sino que se trata de un conjunto de instrumentos que se diseñan específicamente para la valoración y atención de situaciones específicas; como ya apuntábamos en la descripción del instrumento, en la actualidad disponen de un total de 36 estrellas que evalúan situaciones relacionadas con 14 temáticas. Decíamos que sólo en el ámbito de la familia y la infancia se habían desarrollado hasta 9 estrellas distintas.

Cada estrella está estructurada sobre la base de un conjunto de escalas, variable, que incluye los ámbitos vitales que se han valorado como relevantes para la atención de la situación específica a la que se orienta la estrella; así, pues, las estrellas dedicadas a la parentalidad tienen un contenido distinto a aquellas orientadas a la atención de mujeres en situación de violencia machista o para personas sin hogar, porque entienden que las realidades de cada situación requieren poner el foco en aspectos distintos. Señalábamos en el análisis del instrumento Self-Sufficiency Matrix, la versión americana (SSM-USA) recomendaba la selección de un número limitado de escalas en función del objetivo del programa desde el que se aplica o de las principales necesidades en la atención individual y permitía una total flexibilidad para su selección. En cambio, el modelo Outcome Star™ opta por hacer la selección desde la propia elaboración de las estrellas, seleccionando aquellas escalas que se han contrastado con los equipos de trabajo de cada una de ellas.

Del estudio de este instrumento destacamos cuatro aspectos innovadores:

- Prioriza la orientación a la persona y para ello utiliza un lenguaje descriptivo en primera persona, poniendo la visión de la persona realmente en el centro. Este elemento fue analizado en los grupos de discusión puesto que el instrumento se usó como ejemplo de “lenguaje adaptado a la persona” y las participantes en los grupos de discusión valoraron que era un instrumento que podía ser útil para el trabajo conjunto con la persona y para ayudar a las personas a reconocer el momento en el que se encontraban, como punto de partida de la intervención social.
- Estructura las categorías (escalas) en cinco niveles que representan el “camino del cambio”. En la línea apuntada de la orientación a la persona y entendiendo que el objetivo de la intervención social es el cambio en las situaciones, el instrumento se estructura en fases que llevan desde la negación y falta de actuación hasta la máxima autonomía posible para cada persona. En este caso, el valor máximo, que también recibe el nombre de “autosuficiente”, se refiere al nivel de máxima autonomía de cada persona, según las características este nivel de autosuficiencia puede variar, lo que incluye la toma de consciencia de las realidades diversas en una sociedad compleja.
- Por otra parte, la metodología que acompaña el conjunto de instrumentos es muy abierta y flexible. Se basa en la narración que el profesional va conduciendo, es decir, no se trata de un cuestionario cerrado de preguntas, sino de un modelo basado en preguntas abiertas, orientativas, que permitan a la persona expresar cómo se siente, cómo vive una determinada situación. Entendemos que, si el objeto del Trabajo Social son las situaciones de malestar social y estas dependen de las vivencias, es decir, tienen un fuerte componente subjetivo, es interesante que un instrumento recoja esa percepción del malestar. En uno de los grupos de discusión, una de las participantes hizo referencia a un instrumento usado habitualmente en el ámbito sanitario que tiene esta misma finalidad: el baremo de dolor, y nos parece una buena referencia porque la vivencia de las situaciones es absolutamente personal y subjetiva y si apostamos por un modelo centrado en la persona, por una visión del empoderamiento, el primer paso sería dar la palabra a las personas.
- Finalmente, el último aspecto innovador es su forma de presentación. Hemos señalado que se trata de un instrumento que estructura los indicadores en cinco niveles que, a su vez, se subdividen cada uno en dos lo que permite la medición de la situación de partida y de la evolución durante el proceso de intervención. El elemento innovador es la

presentación de los resultados de esta valoración que es, precisamente, la que da nombre al instrumento “Star”, se trata de una presentación gráfica en la que las escalas forman las puntas de una estrella y que contienen la graduación en 10 niveles. Después del proceso de recogida de información, mediante la metodología descrita anteriormente, se trabaja conjuntamente para asignar un nivel para cada escala que queda registrado en el gráfico y sirve de base para establecer el plan de trabajo y para evaluar la evolución.

En síntesis, se trata de un instrumento innovador desde su concepción, orientado a las personas y fundamentado en un enfoque teórico y una metodología que facilita a las personas que se expliquen a sí mismas qué les pasa y cómo lo viven.

TABLA 101. ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE OUTCOME STAR™

Criterio	Fortalezas	Debilidades
Marco teórico	Se desarrolla desde la perspectiva del modelo de atención centrado en la persona y el enfoque de fortalezas y coproducción	La diversidad de los instrumentos, para diversas situaciones, puede comportar la necesidad de usar distintos instrumentos en la atención a una misma persona o familia.
	Da un papel principal a la persona usuaria, utilizando un lenguaje sencillo, en primera persona y centrado en la autopercepción y el autodescubrimiento.	Se centra tanto en la persona que prácticamente no da voz a los profesionales, es decir, la posición profesional queda implícita, se supone, en la concreción de los niveles en cada escala.
Contenido	Las categorías incluyen una gradación de las situaciones posibles, bajo el prisma de la orientación al cambio.	Es un instrumento de carácter comercial, por tanto, sujeto a licencia de uso (con coste económico)
Desarrollo del instrumento	La representación gráfica es un instrumento pedagógico útil para el proceso de intervención social	
Soporte	Dispone de plataforma informática de apoyo, incluida en el pago de la licencia.	El soporte informático es ajeno a cualquier sistema de gestión de expedientes sociales

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

7.3 Síntesis de las características del conjunto de instrumentos

En este apartado vamos a presentar una síntesis de las características de todos los instrumentos que permita una visión global conjunta y para ello tomaremos como base la síntesis de todos y cada uno de los instrumentos que hemos incluido en los apartados descriptivos (ver apartados 4.5. y 4.6.).

La información de los instrumentos se ha sintetizado en diez criterios:

- Autoría: se identifica quien, o quienes, son los autores del instrumento de manera general; es decir, desde una perspectiva institucional.
- Origen geográfico: se identifica el país o localización donde se origina el instrumento.
- Tipo de información: describe el tipo de datos, si se trata de categorías absolutas o de un sistema de indicadores.
- Estructura básica: describe la forma en que se presenta y sistematiza la información, agrupaciones, árbol de estructura, etc.
- Desarrollo del instrumento: informa sobre la forma en que se comporta el instrumento, la tipología de información que recoge y el soporte que lo acompaña para facilitar su uso.
- Capacidad para registrar los cambios en la situación: identifica el sistema que el instrumento prevé para el registro de la evolución de las situaciones.
- Síntesis de la información: se recoge si el sistema prevé un modelo de síntesis de la información recogida y su funcionamiento.
- Marco conceptual – teórico en el que se fundamenta: se identifica el modelo teórico, tanto si es explícito como implícito.
- Posición de los actores en el registro: informa sobre el trato que da el instrumento a los diversos participantes (profesional y persona usuaria).
- Soporte en el que se presenta el instrumento: se registra si dispone de soporte informático o no.

Los resultados se presentan en forma de tabla, en dos partes; en la Tabla 102 (página 481) se puede ver la comparativa de los instrumentos nacionales: SIUSS, Escala General (Conde Megías, 1998), Diagnóstico social-Euskadi, Hèstia y DS-DIBA. Por su parte, en la Tabla 103 (página 482) se recogen los instrumentos internacionales, junto con la adaptación catalana del Self-Sufficiency Matrix: SSM-C, PIE System, SSM-USA, SSM-D y Outcome StarTM.

TABLA 102. COMPARATIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO: SIUSS, ESCALA GENERAL (CONDE, 1998), DIAGNÓSTICO SOCIAL-EUSKADI, HÈSTIA Y DS-DIBA

Criterios	SIUSS	Escala General (Conde Megías, 1998)	Diagnóstico Social - Euskadi	Hèstia	DS-DIBA
Autoría	Administración pública	Académica (Universidad de Granada)	Mixta – Colegios Profesionales de Trabajo Social y Gobierno Vasco.	Administración pública	Administración pública
Origen geográfico	España	Andalucía (España)	Euskadi (España)	Catalunya	Catalunya
Tipo de información.	Categorías absolutas.	Categorías absolutas	Indicadores, datos agregados, estructurados y estratificados.	Categorías absolutas	Categorías absolutas matizadas por factores.
Estructura básica	4 grupos de Valoración, subdivididos en Tipos de Valoración (variable según el Grupo) y concretado en Valoraciones (variable según el Tipo).	3 núcleos diagnósticos y 17 categorías: 6 para situación de insatisfacción (SI), 6 para situaciones de dependencia social (SD) y 5 para situaciones de riesgo social (SR).	5 ámbitos vitales estructurados en 17 dimensiones más una dimensión transversal.	9 categorías y un número variable de problemáticas por categoría.	7 entornos, 31 situaciones sociales.
Desarrollo del instrumento	Valoración de carácter binario, no incluye indicadores ni definiciones.	Valoración de carácter binario, no incluye indicadores, incluye orientaciones para la asignación según definición.	Valoración mediante un conjunto de 172 indicadores. Selección de 33 indicadores para diagnóstico inicial.	Valoración de carácter binario, no incluye indicadores.	Definición de los distintos componentes.
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	No permite la medida de variaciones en la categoría.	No está previsto	El uso de indicadores permite medir los cambios. Sistema semafórico.	Permite registrar dato de inicio y de final.	No permite guardar evolución, requiere nuevo diagnóstico.
Síntesis de la información	Manual	Codificación, sistema manual.	Sistema automatizado.	Manual	Automatizado, índice o resultado sintético.
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Modelo “necesidades – recursos”.	Trabajo Social Experimental. Persona en su entorno y funcionalidad social.	Modelo de resolución de problemas, modelo centrado en la tarea y modelo sistémico.	Modelo “necesidades – recursos”.	Perspectiva de sistema: priorización, estratificación, segmentación.
Posición de los actores en el registro	Profesional actor principal.	Profesional activo y directivo.	Profesional activo y directivo.	Profesional es el actor principal.	Profesional es el actor principal.
Soporte en el que se presenta el instrumento	Plataforma informática.	Manual.	Plataforma informática.	Plataforma informática.	MS Excel con macros para automatizar procesos.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

TABLA 103. COMPARATIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO SSM-C, PIE SYSTEM, SSM-USA, SSM-D Y OUTCOME STAR™

Criterios	SSM - C	PIE System	SSM-USA	SSM-D	Outcome Star™
Autoría	Administración pública	Profesional (NASW)	Mixta: administración y organizaciones diversas.	Administración pública	Mixta. Colaboración privado - público
Origen geográfico	Cataluña	Estados Unidos de América	Estados Unidos de América	Países Bajos	Reino Unido
Tipo de información.	Indicadores, graduación en 5 niveles.	Categorías absolutas matizadas por factores.	Indicadores, graduación en 5 niveles.	Indicadores, graduación en 5 niveles, datos dinámicos.	Indicadores, graduación en 5 niveles, datos dinámicos.
Estructura básica	13 ámbitos (más 4 suplementarios para situaciones relacionadas con la Parentalidad)	Dos factores centrales más otros dos sobre salud (física y mental). El factor I: rol social y factor II: sistemas del contexto	25 ámbitos	11 ámbitos (más 4 suplementarios para situaciones relacionadas con la Parentalidad)	Cada "Estrella" tiene un número variable de escalas, según el grupo poblacional o la situación
Desarrollo del instrumento	Cada ámbito se desarrolla en 5 niveles que, a su vez se identifican mediante indicadores.	Definición precisa de las situaciones. Matiza mediante gravedad, duración y capacidad de resolver/afrontar están estratificados.	Cada ámbito se desarrolla en 5 niveles que, a su vez se identifican mediante indicadores específicos.	Cada ámbito se desarrolla en 5 niveles que, a su vez se identifican mediante indicadores.	Todas las escalas se desarrollan en 5 estadios que se subdividen en dos. Cada nivel tiene indicadores para orientar.
Capacidad para registrar los cambios en la situación:	La graduación de los niveles permite identificar con facilidad el cambio.	Cambio de la codificación, prevé codificación para situación sin problemas	La graduación de los niveles permite identificar con facilidad el cambio.	La graduación de los niveles permite identificar con facilidad el cambio.	La graduación de los niveles permite identificar con facilidad el cambio. Representación gráfica de las valoraciones y cambios.
Síntesis de la información	Semi-manual, no dispone de índice o resultado sintético	Las categorías están codificadas en código único por factor, sistema manual	Seminatural, no dispone de índice o resultado sintético	Seminatural, no dispone de índice o resultado sintético	Seminatural, no dispone de índice o resultado sintético
Marco conceptual-teórico en el que se fundamenta.	Modelo orientado a resultados	Opción "ateórica" por decisión explícita. Centrado en la persona.	Modelo orientado a resultados	Modelo orientado a resultados	Modelo centrado en la persona, orientado a fortalezas.
Posición de los actores en el registro	Flexible: pero profesional protagonista.	Profesional activo y directivo	Flexible: puede usarse desde perspectiva profesional y de la persona.	Flexible: pero profesional protagonista.	Persona atendida protagonista del instrumento
Soporte en el que se presenta el instrumento	Manual.	Manual	Manual (existen versiones informatizadas).	Manual.	Manual e informático (licencia de Triangle)

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

7.4 A modo de resumen

En este apartado sistematizaremos el análisis realizado de los distintos instrumentos, para ello identificaremos las principales fortalezas que presentan los diversos instrumentos, que serán elementos para tener en cuenta en el proceso de elaboración de nuestra propuesta, y también apuntaremos las principales debilidades como recordatorio y guía en el proceso de elaboración de la propuesta.

Los criterios que se han seguido para el análisis de fortalezas y debilidades son los siguientes:

- Orientación del instrumento: existencia de marco teórico explícito o implícito.
- Metodología: inclusión de metodología para el uso del instrumento en el proceso de diagnóstico social.
- Lenguaje utilizado: adaptación a la realidad, orientación del lenguaje, grado de precisión.
- Tipo de datos: valora la forma que presenta la información que conforma el instrumento.
- Descripción de las categorías: características de las definiciones, elementos que se incluyen.
- Descripción de indicadores: se evalúa la inclusión de elementos positivos, si los aspectos positivos se encuentran en primer lugar o al final, etc.
- Capacidad de medida: se valora si el instrumento permite recoger y sistematizar los cambios en las circunstancias.
- Visión interseccional: este criterio se aplica únicamente a aquellos instrumentos que ofrecen una valoración del riesgo y se valora si tienen en cuenta los distintos ejes de discriminación de las personas.
- Forma de uso: se valora si el instrumento dispone de una aplicación informática o es de uso manual.
- Otras aportaciones: elementos relevantes que no se encuadran en los otros criterios

TABLA 104. SÍNTESIS DE LAS FORTALEZAS DE LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS

Criterios	Descripción	Instrumentos
Orientación del instrumento	Modelo teórico explícito	Escala General de Diagnósticos (Conde Megías, 1998) Diagnóstico Social - Euskadi SSM (todas las versiones) Outcome Star™
	Basado en el funcionamiento social	Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998) SSM - USA PIE System

Criterios	Descripción	Instrumentos
	Específico para Servicios Sociales	Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998)
	Orientado a resultados, aspectos positivos	Diagnóstico Social - Euskadi
Metodología	Incluye metodología de aplicación	Escala General de Diagnósticos (Conde 1998) SSM Outcome Star™
Lenguaje utilizado	Orientado a las personas	Outcome Star™
Tipo de datos	Datos agregables (indicadores)	Diagnóstico Social - Euskadi SSM Outcome Star™
	Dos niveles de diagnóstico (inicial y en profundidad)	Diagnóstico Social - Euskadi
Descripción de categorías	Inclusión de aspectos positivos	Diagnóstico Social - Euskadi SSM Outcome Star™
	Incluye criterios de matización y factores de ponderación	DS-DIBA PIE System
	Simplicidad y versatilidad de las categorías	PIE System
	Inclusión del rol social en las categorías	PIE System
Descripción de indicadores	Descripción: de más favorable a menos favorable	Diagnóstico Social - Euskadi SSM - USA
Capacidad de medida	Dispone de indicadores y asignación de nivel de riesgo	Diagnóstico Social - Euskadi
	Código semafórico	Diagnóstico Social - Euskadi
	Medición por cambio en valoración final	DS-DIBA
	Gradación mediante indicadores precisos	SSM-USA
	Medición mediante gradación de indicadores	SSM-D y SSM-C Outcome Star™
Visión intersectorial	Reconocimiento de niveles máximos de valoración distintos según las personas y circunstancias	SSM-USA
Forma de uso	Dispone de plataforma pública	SIUSS Hèstia Diagnóstico Social - Euskadi DS-DIBA
Otras aportaciones	Clasifica la actividad profesional en dos categorías: promocional y prestacional	Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998)
	Sistema codificado	Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998) PIE System

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

TABLA 105. SÍNTESIS DE LAS DEBILIDADES DE LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO SOCIAL

Criterios	Descripción	Instrumentos
Orientación del instrumento	Distribución de recursos	SIUSS Hèstia DS-DIBA
	Orientación a déficits	SIUSS Hèstia DS-DIBA
Metodología	Falta de rigor metodológico	Hèstia
	Rigidez	SSM-D y SSM-C
Lenguaje utilizado	Desactualización	SIUSS
	Orientación exclusiva a profesionales	SIUSS Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998) Diagnóstico Social - Euskadi DS-DIBA
Tipo de datos	Categorías absolutas	SIUSS Hèstia DS-DIBA
Descripción de categorías	Definición genérica o inexistencia	SIUSS Hèstia
	Combinaciones fijas de escalas para situaciones diversas	Outcome Star™
Descripción indicadores	No dispone de indicadores	SIUSS Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998) Hèstia DS-DIBA
Capacidad de medida	No se prevé un sistema de medida de la evolución	SIUSS Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998) Hèstia
Visión intersectorial	No se incluye la interseccionalidad en la valoración automatizada del riesgo	Diagnóstico Social - Euskadi DS-DIBA SSM-D y SSM-C PIE System
Forma de uso	Manual sin elementos orientativos de gradación de riesgo	Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998)
Otras aportaciones	Válido solo para personas adultas	Escala General de Diagnósticos (Conde, 1998) PIE System
	Producto privado, con licencia de uso	Outcome Star™

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En síntesis, los elementos que hemos valorado como positivos y que, por tanto, habrán de guiar la elaboración de la propuesta son los siguientes:

- Disponer de un marco teórico explícito que guíe el diseño y uso del instrumento: los marcos teóricos, tanto genéricos como específicos, contribuyen a orientar el instrumento hacia los objetivos, finalidades y principios de la disciplina que lo debe utilizar; su

ausencia convierte la intervención profesional en mero activismo y desvirtúa la acción profesional.

- Debe incluir metodología para su aplicación: un instrumento para el diagnóstico social es una herramienta de apoyo y, por tanto, debe estar enmarcada en un proceso metodológico explícito que contemple todas las fases necesarias para su obtención.
- El lenguaje que se utilice en el diagnóstico debe ser preciso, claro y riguroso a la par que debería incluir definiciones que puedan ser comprensibles para personas no profesionales, especialmente para las personas atendidas, o, como mínimo, que las definiciones sean fácilmente adaptables a un lenguaje común.
- Los datos que conformen el instrumento deberían ser graduables para permitir identificar la diversidad de situaciones que se producen en el marco de una determinada categoría o dimensión.
- Las categorías que conformen un instrumento de diagnóstico social deberían sistematizar la información referente tanto al rol o a los roles sociales que desempeña la persona como a los elementos de contexto (ámbitos vitales).
- La definición y descripción de los indicadores, así como su disposición en el instrumento, deberían priorizar las fortalezas y habilidades de las personas lo que significa que, por una parte, deben incluirse las situaciones favorables y, por la otra, deberíamos partir siempre de la mejor situación posible para ir buscando aquellos elementos de malestar.
- La configuración de la gradación de los indicadores ha de permitir la medida de forma clara y concisa, atendiendo a criterios únicos que se desplieguen en distintos niveles, evitando introducir elementos que puedan ser contradictorios o que puedan presentarse de forma independiente.
- Una propuesta de instrumento para el diagnóstico social debe prever su utilización integrada en sistemas informáticos de gestión de expedientes sociales, lo que significa que la información debe estar estructurada y estandarizada.

CAPÍTULO 8 DISCUSIÓN DE RESULTADOS EN RELACIÓN CON LAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS

Este capítulo, siguiendo con los objetivos generales y específicos de esta investigación, se centra en el análisis, o discusión, de los resultados obtenidos en la recogida de datos y en el análisis de los instrumentos en relación con las aportaciones teóricas que hemos descrito en el capítulo 1.

En concreto, desarrollaremos los siguientes aspectos:

- El enfoque epistemológico: el construccionismo.
- Conceptos básicos de Trabajo Social: definición y objeto.
- Modelos o enfoques teóricos: identificaremos aquellos aspectos que han surgido en la recogida de datos, así como en el análisis de los instrumentos diagnósticos y defenderemos la toma de referentes teóricos más allá de los resultados.
- La discusión sobre la autoría y uso de los instrumentos diagnósticos: ¿deben ser instrumentos vinculados a la disciplina o, por el contrario, deben estar elaborados por el sistema de protección social?
- La definición de diagnóstico social.
- Y, finalmente, los elementos clave del diagnóstico social, poniendo énfasis en la definición de niveles diagnósticos, en los roles de los distintos actores, la importancia del lenguaje y la metodología para su realización.

Hemos visto en los capítulos anteriores las aportaciones resultado de las técnicas y estrategias de investigación y del análisis de los instrumentos, todos ellos nos aportan conocimientos y criterios para el desarrollo final de las propuestas; pero, tal y como hemos venido defendiendo, la intervención profesional, y el diagnóstico social como elemento clave de esta intervención, requiere un marco conceptual y teórico que ofrezca una guía para su desarrollo. En este último capítulo de esta parte de la investigación queremos establecer los vínculos entre los resultados y el marco teórico, poniendo las bases para la elaboración de las propuestas.

8.1 Análisis del marco conceptual y metodológico para el diagnóstico social

En este apartado vamos a presentar un análisis de los fundamentos teóricos que han de ser la base de la elaboración de la propuesta metodológica para la elaboración del diagnóstico social porque entendemos que la metodología no puede estar desligada de un marco teórico;

a la par contrastaremos con las aportaciones que se han dado en la recogida de datos que se presentan en el capítulo posterior (encuesta, grupos de discusión y entrevistas).

El apartado lo estructuraremos en subapartados que abordan los siguientes temas clave para la construcción de la propuesta metodológica:

- Marco teórico general: paradigma construccionista.
- Trabajo Social: definición y objeto.
- Modelos teóricos de referencia en Trabajo Social.
- Marco de la intervención social: herramientas profesionales vs. herramientas de sistema.
- El diagnóstico social: concepto y encuadre en la metodología de la intervención social.
- Los elementos clave del diagnóstico social: niveles, roles, lenguaje y método.

8.1.1 Enfoque epistemológico: construccionismo

El primer paso para la construcción de una propuesta metodológica nos lleva a la selección de un enfoque epistemológico en el que situarnos para desarrollarla; en el Capítulo 1 (apartado 1.3., página 45) presentamos los distintos paradigmas científicos y su relación con la intervención social en general, y la actuación profesional desde el Trabajo Social en particular. En este capítulo mostrábamos nuestra preferencia por el paradigma interpretativo y, en concreto, por el enfoque epistemológico construccionista como marco general para esta investigación. Veremos ahora cuáles son las características principales que destacábamos y que respuesta hemos obtenido en la recogida de datos sobre algunos de los temas planteados.

Entre los principios o fundamentos del construccionismo que nos llevaron a seleccionarlo como enfoque epistemológico en relación con la intervención desde el Trabajo Social, el primero es la concepción sobre **cómo se conforma el conocimiento** que, frente a la objetividad defendida desde el positivismo, considera que es subjetivo, es decir, que el observador forma parte de la realidad observada y la observación está mediatizada por sus propias características, como explicaba Maturana al referirse a la “objetividad entre paréntesis” (Maturana, 1996, p. 57). Por otra parte, derivada de esta subjetividad, el conocimiento se construye mediante convenciones, tal como señalaba Tomás Ibáñez (2001, p. 20).

En el proceso de la recogida de datos esta visión se ha visto confirmada en diversas afirmaciones. En el marco de la encuesta se pedía a las participantes que valorasen la importancia de los elementos que forman parte del proceso de diagnóstico; entre las diversas actividades se identificaba *Análisis conjunto de la situación (con la persona usuaria)* (ver Tabla 90,

página 342) y fue precisamente esta la actividad que obtuvo una media más alta (2,72 sobre 3 puntos) y un 76% de las respuestas considerando que esta actividad es “muy importante”. El análisis conjunto de la situación es una aplicación práctica, a nivel micro social, de la construcción subjetiva del conocimiento: no existe un “experto” que observa una realidad ajena, sino que los diversos actores forman parte de esa realidad y contribuyen a definir sus características y límites.

En la misma línea, en las preguntas de la encuesta sobre el rol del profesional y el rol de la persona usuaria se valora que ambos roles deben ser participativos, como se puede observar en el cruce de las variables 22 (Profesional realiza proceso y elaboración conjunta) y 24 (persona usuaria aporta documentación y participa) en las que un 72% de las respuestas apuestan porque esta combinación debe darse siempre (ver Tabla 69 en página 339).

En los grupos de discusión también apareció el tema del abordaje de la objetividad/subjetividad, especialmente en relación con el uso de indicadores al que se le reconocía una utilidad para “verificar la subjetividad” (P2, GD-MIX) y más adelante, cuando se debatía sobre el lenguaje adaptado a la persona a partir de la presentación del instrumento Outcome StarTM, hay aportaciones significativas en este sentido del conocimiento compartido, por una parte nos dicen «es distinta por que se ocupa de la persona en primera persona» (P2, GD-MAD) y otra «tiene que ver con la percepción y las expectativas del análisis que hace la persona usuaria de su problema y el análisis que podemos hacer nosotros» (P1, GD-GIR).

La influencia de nuestra propia realidad como profesionales, como observadores, se pone también de manifiesto en la aportación de la entrevista E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) al referirse al diagnóstico social cuando apunta: «El Diagnóstico Social es un acto intelectual, así de claro, un acto intelectual. Y cada profesional lo tiene acorde a su cuerpo de conocimiento, pero también acordé a su cuerpo de vivencias de su propia biografía, etc».

En resumen, las aportaciones de la recogida de datos confirman la opción de la elección del marco teórico en el paradigma construccionista en cuanto a la forma de creación de conocimiento, en la que el observador (profesional) forma parte de la realidad junto con lo observado (situación social de la persona usuaria) y para crear el conocimiento deben construirlo conjuntamente, descartando fórmulas en las que uno se sitúa fuera, como experto.

Asimismo, el paradigma construccionista plantea que el conocimiento se enmarca en contextos históricos y sociales y se construye mediante interacciones humanas mediante el lenguaje, como apunta Gergen (1996). El tema del uso del lenguaje ha sido abordado en diversas fases de la recogida de datos, tanto desde la perspectiva de la necesidad de un lenguaje propio y compartido de la profesión del Trabajo Social como su adaptación a las personas, pero quizás la aportación más global la encontramos en las entrevistas, en las que la entrevista E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020), al resumir su concepción del diagnóstico social, nos aporta una relación fundamental con el lenguaje:

«¿Qué es lo que entiendo por diagnóstico? Pues todas estas cosas: es un acto intelectual, porque somos una profesión liberal y porque el contenido de una profesión liberal es fundamentalmente intelectual y para poder desarrollar actos intelectuales tenemos que utilizar el lenguaje, así de claro» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

En esta reflexión, en la entrevista E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020), se hacía referencia al lenguaje propio de la profesión, en la medida que se refiere al acto de una profesión que cataloga como liberal, en el sentido que realiza actos intelectuales³⁴⁰, y, por tanto, la necesidad de disponer de ese lenguaje construido y compartido generará el conocimiento propio de la profesión.

Por otra parte, en la encuesta se abordó el tema del lenguaje como parte del proceso de formalización del diagnóstico social y se planteaban diversas opciones de las cuales dos eran genéricas (*lenguaje homogéneo* y *lenguaje adaptado a las personas atendidas*). En la Tabla 27 (pág. 346) se puede observar que entre las personas participantes en la encuesta, se otorga una mayor importancia al *lenguaje adaptado a las personas atendidas* (una media de valoración de 2,8 sobre 3) que al *lenguaje homogéneo* (una puntuación media de 2,5 sobre 3), pero debemos ser conscientes que un *lenguaje adaptado* requiere de un lenguaje básico para “adaptar”, como así se puso de manifiesto en los grupos de discusión, en los que, por ejemplo, se destacaba la actividad “traductora” de las profesionales del Trabajo Social (y de otras disciplinas de la intervención social) en referencia a los escritos de la administración pública o de la administración de justicia (ver aportación GD-TAR, traducción en nota a pie de página en la página 384).

³⁴⁰ El uso del término “profesión liberal” en el sentido de «profesión que consiste principalmente en una actividad intelectual y requiere de un título académico para su ejercicio» (RAE, 2014), que aparece en el Diccionario de la Real Lengua Española en la acepción séptima del término “liberal”.

En el marco del uso del lenguaje el paradigma construccionista recoge las aportaciones de Derrida (citado por Healy, 2001) en cuanto al rechazo del dualismo porque ignoran las diversidades que pueden darse en el seno de una misma categoría, porque son estructuras jerárquicas que priorizan y privilegian el primer término. Como se puede observar en el apartado 4.5. (ver página 182) algunos de los instrumentos utilizados para la sistematización de diagnósticos en España³⁴¹ se basan en categorías de tipo dual en las que, ante una categoría única, se determina su presencia o no en la situación concreta de la persona (o familia).

En el caso de las categorías utilizadas en estos instrumentos se añade un elemento relevante: son clasificaciones basadas en identificar los déficits, como bien se destaca en la entrevista E4 (comunicación personal, 13 de enero de 2020) en la que compara el instrumento de Diagnóstico Social del País Vasco con otros: «Y te valora lo positivo que es una de las cosas más innovadoras de este modelo, respecto de todos los anteriores de la ficha social, SIUSS y el sursuncorda, que todos eran catálogos de déficits... Esto es totalmente innovador».

En la encuesta se preguntó específicamente por el lenguaje en categorías absolutas (ver Tabla 27, pág. 346) entre las diversas opciones para la formulación del diagnóstico social y fue la opción que obtuvo una valoración media más baja (2 puntos sobre 3) y un mayor rechazo con prácticamente un tercio de las respuestas considerando que no era importante su uso³⁴². Como alternativa hay una valoración muy positiva al uso de indicadores que permitan graduar las situaciones en el marco de una categoría con una valoración media de 2,46 pero, sobretodo, con una valoración de “muy importante” superior al 55% de los participantes y un rechazo inferior al 10%.

En los grupos de discusión también se valoró en la misma línea la necesidad de superar las categorías absolutas, que son reflejo del dualismo, especialmente cuando se referían a la idoneidad de un índice que sintetice toda la situación en un solo término; se comentó, por ejemplo, del uso de categorías-resumen como “vulnerabilidad, riesgo y exclusión”, que ocultan demasiadas variables para ofrecer una imagen clara y precisa de la situación de la persona.

³⁴¹ En concreto nos referimos a SIUSS, apartado 4.5.1.; Hestia, apartado 4.5.4; y DS-DIBA, apartado 4.5.5.

³⁴² A destacar que este porcentaje dobla el porcentaje de respuestas en el grupo “poco o nada importante” del siguiente resultado en el conjunto de las preguntas que se formularon mediante escala de Likert, destacando claramente como la opción que genera más rechazo en el conjunto de las variables valoradas mediante esta fórmula.

Como señalábamos en los grupos de discusión se abrió un interesante debate sobre este tema y la importancia de disponer de un lenguaje homogéneo, común a todos los profesionales, que consensuase el significado de los términos que utilizamos habitualmente (aportaciones en el GD-MIX, GD- GIR, GD-MAD, GD-BCN y GD-TAR) y se apuntaba su necesidad basándose en diversos elementos entre los que vamos a destacar:

- Mejora de la comunicación: tanto entre profesionales de la misma disciplina que se desempeñan en el mismo o en otro ámbito de trabajo, como con profesionales de otras disciplinas e, incluso, con las propias personas atendidas. Sin olvidar la aportación de la entrevista E3 (comunicación personal, 02/01/2020) que apuntaba la comunicación con uno mismo, es decir el proceso de reflexión interna.
- Permite la investigación: como recordaba la entrevista E4 (comunicación personal, 13/01/2020) «en una profesión científica un elemento fundamental es el cómo hablamos de las situaciones de las personas y qué tenemos en cuenta para hablar de las situaciones de las personas, entre otras cosas por que es la base para poder investigar».
- La unión del lenguaje propio de la disciplina y del desarrollo de investigación constituyen la base del desarrollo de la profesión.

En el análisis de los instrumentos (Capítulo 7) dejábamos constancia del hecho que algunos de los instrumentos presentados no son realmente instrumentos diagnósticos, sino aplicaciones informáticas de gestión de expedientes, pero el lenguaje utilizado para estructurar la información condiciona la práctica profesional, delimita el tipo de información requerida según el interés del propietario del sistema informático.

En síntesis, el lenguaje se identifica como un elemento central tanto desde la perspectiva del desarrollo teórico y científico de la profesión (posicionamiento, investigación, etc.) como en la práctica, para la comunicación, para la interrelación con las personas atendidas y con el resto de los actores que pueden interactuar en una determinada situación.

Asimismo, el lenguaje debe acercarnos a la realidad y, por lo tanto, deberían rechazarse las clasificaciones dualistas que no permiten la incorporación de matices y que privilegian el término que se considera positivo (generalmente, en primer lugar) frente al otro término.

Finalmente, una última aportación del paradigma construccionista en el ámbito de la metodología que, de acuerdo con Gergen (1996), no tiene valor probatorio o justificatorio por si solo sino solo en relación con el proceso social que envuelve un determinado

conocimiento. En este sentido, queremos destacar las aportaciones en la entrevista identificada como E4 (comunicación personal, 13/01/2020):

«Trabajar con las TS en la base o trabajar con las TS en su lugar de trabajo y desarrollar, leer cómo escriben y expresan ellas con sus palabras qué es diagnóstico, el diagnóstico, ir haciendo categorías, a base de hacer hipótesis, comprobarlas, darle forma matemática, hacer sistemas de cálculo, informatizarlo, validarlo, dependiendo de lo que la gente quiera tener.

Nosotras sistematizamos la práctica y la experiencia. Hacemos grupos de debate, hacemos lectura libre donde todas nuestras compañeras se expresan, con su terminología y sus criterios. Entonces... analizamos todo, porque en un mail puede ir la mayor carga diagnóstica que te puedes echar a la cara.

Luego grupos de discusión, grupos de alto rendimiento como les llamamos, de la gente más potente y entonces lo que hacemos es partimos de la base de que es sistematizar. El *abc* de la sistematización de Trabajo Social: recoges en la práctica, contrastas con teorías existentes, tratas de formularlo, de darle forma, lo pruebas, porque claro es la manera de hacer indicadores y criterios» (E4, comunicación personal, 13 de enero de 2020).

En síntesis, observamos que el marco teórico escogido, el paradigma construccionista, es reconocido por las personas profesionales participantes en la recogida de datos, aunque no se refiriesen a él de manera directa en la medida que hay una aceptación de principios básicos vinculados a este paradigma que deberemos tener en cuenta en el momento de la elaboración de la propuesta metodológica:

- El conocimiento se construye de forma compartida y es subjetiva, todos los actores implicados en la situación influyen en su construcción; las posiciones de observador y observado se influyen mutuamente.
- El uso del lenguaje, de un lenguaje común y homogéneo, es básico en dos niveles distintos: por una parte, para la comunicación en todos los niveles, incluida la reflexión crítica que deben realizar los propios profesionales, y en todas las direcciones (intradisciplinar, interdisciplinar, intrasistema, intersistema, etc.); sin olvidar su capacidad performativa, de acción social, de construcción del mundo.
- La validación de las propuestas de generación de conocimiento debe tener en cuenta el contexto histórico, cultural y social; deben fundamentarse en el uso de este conocimiento y requieren de una continua retroalimentación para que se mantenga su vigencia y utilidad.

8.1.2 Trabajo Social: definición y objeto

El Trabajo Social, como disciplina y profesión, ha ido definiéndose a lo largo de su historia hasta que, recientemente, se pudo consensuar una definición global en el marco de la FITS; la definición de Trabajo Social no ha sido objeto de debate, pero la recuperamos porque constituye la base para el desarrollo posterior de otros elementos que sí han sido debatidos y que formaran parte de la propuesta metodológica para el diagnóstico social.

El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar. (FITS, 2014)

Señalábamos en el apartado 2.1 (ver pág.55) que esta definición global nos planteaba unos objetivos muy genéricos: «promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas» (FITS, 2014), pero también recogíamos las aportaciones de Malcolm Payne (2014) en las que definía tres grandes objetivos o visiones del Trabajo Social y las vinculaba con la orientación política más representativa; sin entrar a repetir lo que ya desarrollamos en el apartado correspondiente, queremos establecer relaciones entre las aportaciones de Payne (2014) y los roles en la intervención en el Trabajo Social tal y como los hemos abordado en la recogida de datos.

Payne (2014) proponía, como decíamos, tres objetivos vinculados a tres enfoques del Trabajo Social:

- Desde la visión del *empoderamiento* se busca el mayor bienestar posible para la sociedad, individual y colectivamente, mediante procesos de facilitación del crecimiento y la autorrealización; esta visión se vincula con la filosofía política de la socialdemocracia. El rol de los profesionales en este marco es un rol de facilitador y acompañamiento de las personas en sus procesos individuales y colectivos.
- Desde la visión del *cambio social* se busca, mediante la cooperación y el apoyo mutuo, que las personas en situación de desventaja social y en situaciones de opresión adquieran poder sobre sus vidas; la filosofía política que subyace es el socialismo. El rol de los profesionales es de colaboración y ayuda, en un plano igualitario.

- Finalmente, desde la visión de la *resolución de problemas* se plantea un Trabajo Social orientado a un sector de la población, aquellos que manifiestan problemas que son definidos como tales según los estándares sociales y las normas; esta visión se fundamenta en la filosofía política del neoliberalismo. El rol de los profesionales es un rol de experto, de prescribir soluciones y recursos a situaciones de necesidad sin entrar en el análisis de las causas.

Como señalábamos, estas visiones se relacionan con las funciones profesionales y sus roles derivados, tema que hemos abordado a lo largo de la recogida de datos, en todas las estrategias de investigación. Es significativo en cuanto a la capacidad y la actitud ante el diagnóstico social, como se señalaba en la entrevista E3 (comunicación personal, 2/01/2020), la actuación profesional depende de lo que la persona entrevistada llamaba la “sanción social”, es decir, lo que la sociedad espera de una determinada profesión o institución. En este caso, nos apuntaba:

«Una profesión es la sanción social, es la mirada de la sociedad hacia la profesión. Yo les digo, si nosotros preguntamos al conjunto social qué opinan ¿Qué hace un trabajador/a social? Yo no sé qué palabra exacta dirán, pero dirán alguna palabra, algún sinónimo, de actuar "hacen, tramitan, gestionan, ayudan"» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

En relación con la visión predominante en estos momentos en nuestro contexto es destacable la diferencia que presentan los resultados de la encuesta con las aportaciones que se producen en los grupos de discusión y en las entrevistas. En la encuesta hay unos resultados que se decantan claramente por un rol activo en los distintos actores participantes en la relación de intervención social (profesional y persona usuaria) y absolutamente en todos los casos, sin diferenciar funciones, tal y como podíamos ver en el apartado 6.1.4 (ver Tablas 67, 68 y 69, páginas 338 y 339) en el que destacaba el rechazo del profesional como único protagonista del proceso, en el rol que se le reservaría en la visión de “resolución de problemas”. La encuesta pedía a las participantes que opinasen sobre su visión de los distintos temas que se planteaban, no se pretendía contrastar esta visión con la realidad de la práctica cotidiana, aspecto que se reservó para los grupos de discusión.

Ahora bien, en el marco de los grupos de discusión surgió con fuerza el rol³⁴³ que la cotidianidad otorgaba a las profesionales: por una parte, la asignación de tareas vinculadas a

³⁴³ El tema del rol lo abordaremos en un apartado posterior. Ver apartado 8.1.6, página 513

la tramitación de prestaciones que requieren únicamente la comprobación del cumplimiento de unos requisitos objetivos fijados en algún tipo de norma y, por la otra, la diferenciación de funciones según la situación de las persona o personas atendidas que condiciona el grado de participación y el tipo de atención.

En cuanto a la asignación de tareas de tramitación destacamos dos comentarios surgidos en los grupos de discusión: «tienes la sensación de decir “¿dónde está la intervención social propiamente dicha? El trabajo social aquí, ¿dónde queda? Muchas veces te pasas la vida haciendo papeles» (P2, GD-LLE) y «Lo que hemos vivido es un trabajo social sobre la marcha. Apagar fuegos e ir corre-corre y la teoría te la comes» (P3, GD-LLE). Estos comentarios aparecen también en las entrevistas; por ejemplo, en la entrevista E1 (comunicación personal, 7/11/2019) se reflexiona: «no hay ningún procedimiento crítico, que el planteamiento básico es que tengo que aplicar lo que me dicen las políticas. Binomio necesidad – recurso. Pero, además... con muy poca profundidad» y en la entrevista E3 (comunicación personal, 2/01/2020) se reflexionaba como «el trabajo social se reservaba la parte de gestión y la parte de tramitación – recursos, demanda – recurso» y recordaba el «binomio necesidad – recurso» que inspiró la creación y desarrollo de los Servicios Sociales en España a partir del “libro de las casitas”, *Introducción al Bienestar Social* de Patrocinio de las Heras y Elvira Cortajarena (1979). Este modelo se enmarca claramente en la visión que Payne (2014) denomina “resolución de problemas” fruto de una filosofía política neoliberal, independientemente de la orientación política de quien lo esté impulsando, se trata de un modelo ampliamente extendido y, como veremos después, los instrumentos diseñados para la gestión de los expedientes sociales desde el Sistema de Servicios Sociales español siguen esta misma lógica. Esta es una realidad que debemos tener en cuenta, más que en el planteamiento de la propuesta metodológica, para el diseño de una implementación de esta propuesta, puesto que las instituciones son las que contratan a las profesionales y deben ser tenidas en cuenta, sin renunciar al desarrollo de la profesión, que no puede venir condicionado por las instituciones, deberemos ver la manera de encajar la metodología diagnóstica con la realidad de la práctica cotidiana.

De la definición del Trabajo Social debería surgir la definición del objeto, pero en la definición consensuada en la FITS (2014) este tema no queda claro. Definir el objeto de una disciplina es esencial para su desarrollo, tal como pone de relieve Ituarte (1990, p. 53) cuando destaca que es lo «que constituye su *materia de conocimiento* y *que requiere de un ejercicio sistematizado de las facultades mentales para alcanzar una finalidad determinada*» y que confirma Teresa Zamanillo

(1999, 2018) cuando apunta que el objeto serán los hechos o fenómenos en los que se centrará la investigación y añade que no se puede hablar de disciplina científica o académica si no se pueden desarrollar investigaciones que permitan su desarrollo.

En el apartado 2.2 (ver página 58) recurrimos a las aportaciones de Teresa Zamanillo (1999, 2018) y de María José Aguilar (2013) para estudiar la evolución de la definición del objeto de Trabajo Social y recogimos sus aportaciones, a las que añadimos la propuesta por Rosario Conde (1998); de las tres propuestas destacamos elementos de cada una de ellas con la intención de elaborar nuestra propia propuesta. Veamos, pues, los elementos destacables de cada una de las aportaciones:

- Teresa Zamanillo (1999, p. 29) define el objeto como «Todos los fenómenos relacionados con el malestar psicosocial de los individuos ordenados según su génesis socio-estructural y su vivencia personal»; en la que destacan dos conceptos: génesis socio-estructural y vivencia personal. La génesis socio-estructural tiene que ver con el contexto para el desarrollo de las personas y la vivencia personal con la subjetividad y el impacto de las perturbaciones.
- María José Aguilar (2013, p. 53) lo define como «La interacción entre el sujeto en situación de necesidad y/o en situación – problema y su entorno social.» poniendo de relieve el concepto de “sujeto-en-su situación” y el entorno como factores clave.
- Finalmente, Rosario Conde (1998, p. 23) lo define como «**situaciones de malestar social reales o potenciales**» (SMS en adelante).

Observamos una cierta coincidencia en las propuestas de las tres autoras, pero cada una, con su lenguaje y su formulación ponen en acento en un aspecto que nos parece relevante, así que vamos a proponer nuestra definición de objeto del Trabajo Social, lo que tiene relevancia porque, como se señalaba en la entrevista E4 (comunicación personal, 13/01/2020) «el objeto del Trabajo Social es el objeto del diagnóstico social».

Nuestra propuesta de ***definición del objeto*** del Trabajo Social es:

Situaciones de malestar social generadas en la interacción de la persona con su contexto; en las interacciones personales y en el marco de la estructura social (sistemas social, cultural, político y económico).

Entendemos que el concepto “malestar” recoge la visión subjetiva de las personas y que definimos los contextos en los que interacciona una persona: el resto de los seres humanos,

tomados individual o colectivamente, y con el sistema en el que se desarrolla, teniendo en cuenta la interseccionalidad como referencia para identificar los ejes de discriminación.

8.1.3 Modelos teóricos de referencia en Trabajo Social

Abordar los modelos teóricos de referencia en Trabajo Social es, como vimos en el apartado 2.4 (página 73), una tarea ardua que han tratado diversos autores, - entre los que destacamos Du Ranquet (1996), Viscarret (2007a), Aguilar (2013) y Payne (2014) - y cada uno de ellos ha identificado y agrupado los modelos teóricos según sus propios criterios. Optamos por seguir la clasificación de Payne (2014) por ser reciente e incorporar nuevas propuestas teóricas que están influyendo en el Trabajo Social recientemente.

Por otra parte, partiendo enfoque epistemológico construccionista, de las definiciones de Trabajo Social y del objeto del Trabajo Social que hemos compartido, seleccionamos cuatro orientaciones teóricas generales que aportan elementos para una práctica del Trabajo Social y que son las que tomaremos como referencia en la elaboración de la propuesta metodológica para el diagnóstico social: el Trabajo Social Crítico, las teorías feministas, los enfoques anti-opresivo y multicultural y el enfoque basado en fortalezas.

Queremos señalar que el marco teórico ha sido escogido por parte de la investigadora, de acuerdo con el enfoque epistemológico construccionista, entre las distintas opciones, siguiendo a Teresa Zamanillo (2018) cuando plantea que el modelo de referencia para la intervención social debe contener: creencias y presupuestos sobre la realidad de la intervención profesional (aspectos filosóficos, ideológicos, etc.) y la elección de perspectivas teóricas, entre otros elementos. Es decir, el marco para la intervención social, más allá del contexto derivado del campo de actuación, requiere de un proceso de selección del marco teórico y del enfoque epistemológico que la guíe.

En este sentido, el hecho que algunos de los enfoques no aparezcan en los resultados derivados de la fase de recogida de datos no es un obstáculo en la medida que el marco teórico nos sirve para el análisis de estos resultados, así como, especialmente, de los distintos instrumentos diagnósticos que han de ser referentes para la construcción de nuestra propuesta.

Como decíamos, en la recogida de datos no abordamos de forma directa los modelos teóricos, aunque surgió en algún momento de las entrevistas y de los grupos de discusión como un elemento de referencia que orienta en el análisis e interpretación de la situación,

pero sin profundizar en ningún modelo concreto; no obstante, algunos aspectos que nos aportan los enfoques teóricos que hemos seleccionado tienen relación directa con aspectos que si fueron sometidos a consideración en alguna de las fases de la recogida de datos y que iremos identificando en cada caso.

En el apartado 6.2.1.6 (página 399) se incluyen aquellos aspectos de carácter general que surgieron en los grupos de discusión, más allá de las preguntas planteadas, y que valoramos que eran relevantes para la investigación y se identificaron dos elementos clave: la formación y los marcos teóricos. Hay un reconocimiento explícito del bajo nivel de conocimiento y difusión de los marcos teóricos del Trabajo Social: «conocemos el diagnóstico, pero nos falta ese marco conceptual» (GD-MIX) o «[el cuerpo teórico] no está reconocido. [...] que hace muchos años que estamos trabajando y tenemos cuerpo teórico. Tenemos una parte homogeneizada y deberíamos tener, lo que alguien decía, que el sistema te permita hacer tarea técnica más allá del encargo institucional» (GD-BCN).

Pero, en el proceso de reflexión sobre el diagnóstico social y vinculándolo con el objeto del Trabajo Social, entendemos que para analizar la realidad tenemos un marco teórico de referencia, que se puede explicitar o no en la práctica cotidiana, pero que, en una investigación de estas características, este proceso de explicitación es imprescindible.

En este apartado vamos a ver las aportaciones de cada uno de estos enfoques teóricos en su aplicación para en el Trabajo Social y, en especial, en el desarrollo del diagnóstico social.

8.1.3.1 APORTACIONES DEL TRABAJO SOCIAL CRÍTICO

El primer marco teórico que vamos a tener en cuenta es el *Trabajo Social Crítico* y, de acuerdo con Payne (2014), podemos decir que orienta a las profesionales a no asumir que el orden establecido es correcto. Según Healy (2001) el Trabajo Social Crítico incluye diversos modelos teóricos, entre los que se encuentran las teorías feministas y los enfoques anti-opresivo y multicultural que veremos a continuación, y esta autora identifica como pilar de este enfoque la consideración que los problemas sociales tienen su enfoque en la estructura social y que es tarea de la práctica profesional no ser cómplice de las condiciones que generan opresión y desigualdad.

Las principales aportaciones del Trabajo Social Crítico para la práctica profesional se pueden sintetizar en los siguientes elementos:

- La *práctica dialógica* que se basa en el diálogo establecido en relaciones igualitarias

- La *revalorización de los conocimientos* de las personas participantes: el reconocimiento del otro y de sus saberes, que incluye el reconocimiento de la persona usuaria en un contexto de relaciones igualitarias.
- La *concientización* como proceso de toma de consciencia del funcionamiento de las estructuras sociales y paso a la acción para afrontar las situaciones de opresión y discriminación.
- La *praxis* como una interrelación entre la teoría y la práctica que tiene su expresión en la acción transformadora; y que, aplicado a la práctica profesional se traduce en establecer un vínculo entre teoría y práctica de carácter circular en el que ambos se retroalimenten.

Estos aspectos del enfoque teórico del Trabajo Social Crítico se abordaron en el cuestionario al tratar el tema del pronóstico, en la medida que es el momento en el que los conocimientos teóricos y prácticos cobran una relevancia en la medida que se trata de proyectar la evolución de una determinada situación en función de diversos escenarios posibles.

En esta línea se pidió a las personas participantes que valorasen, mediante una escala de Likert, distintos factores que pueden influir en la elaboración del pronóstico: la percepción de la situación por parte de la persona profesional, el análisis sistemático de fortalezas y oportunidades de mejora, el análisis consensuado de la situación con la persona usuaria, los pre-juicios sobre situaciones-problema y pre-juicios sobre formas de relacionarse la persona usuaria con la profesional. Señalamos que se utilizó el término “pre-juicio”, escrito como una palabra compuesta, para referirnos al conocimiento proveniente de la experiencia anterior y de los marcos teóricos de referencia y así se hizo constar en la propia encuesta puesto que queríamos desligarlo del sentido negativo que tiene la palabra prejuicio³⁴⁴.

Los resultados mostraron que las participantes en la encuesta valoraban muy positivamente los mecanismos técnicos para la elaboración del pronóstico: análisis sistemático de fortalezas y oportunidad de mejora y análisis consensuado con la persona usuaria, con una valoración de 2,64 y 2,59 (sobre la escala de 3 puntos), respectivamente. Por su parte la valoración de la influencia de los pre-juicios obtuvo las valoraciones más bajas (2,14 y 2,13 para los pre-juicios sobre formas de relacionarse y sobre situaciones-problema), presentando, además, el más alto nivel de rechazo, con una cuarta parte de las respuestas valorando que tenía poca o ninguna importancia.

³⁴⁴ La Real Academia de la Lengua (2014) da como definición de prejuicio: «opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal».

Por su parte, en los grupos de discusión, cuando se abordó el proceso de sistematización de estrategias y resultados, inicialmente pensado desde la perspectiva de la sistematización de la práctica de las personas usuarias, apareció la necesidad de sistematizar las estrategias y resultados de las profesionales con la finalidad de ayudar en el proceso de elaboración del plan de intervención y, por tanto, del pronóstico. Se reconocía en los grupos la práctica de apoyo profesional (*peer to peer*) pero sin ningún tipo de sistematización, para muestra el ejemplo que surge en el GD-TAR: «ayer por la tarde nos sentamos tres compañeras en el despacho y una nos explicó una situación y cada una le dijo una cosa diferente. Y recuerdo que le dije: “a mi esto con una usuaria me fue bien, hazlo de esta manera porque me a mi me fue bien”».

Este ejemplo tiene que ver con lo que en otro momento se definía como «el Trabajo social sobre la marcha» (GD-LLE) en el que el grado de reflexión y de conexión entre la teoría y la práctica es relativamente bajo y que concuerda con lo que comentábamos anteriormente, la necesidad de reforzar este conocimiento teórico y su reconocimiento por parte de las instituciones.

8.1.3.2 APORTACIONES DE LAS TEORÍAS FEMINISTAS

Las teorías feministas aportan al Trabajo Social un marco general de análisis, como explicábamos en el apartado 2.4.2 (página 78) en la medida que incorpora el rol de las mujeres en el análisis del funcionamiento social y pone de relieve el trabajo denominado reproductivo, de cuidado, de asistencia personal en el ámbito doméstico; pero, sobretudo, Dominelli y McLeod (1989) se refieren al papel de la práctica profesional del Trabajo social como refuerzo de este rol tradicional, doméstico, y la estigmatización cuando las mujeres no cumplen con este rol de cuidado.

Las autoras, Dominelli y MacLeod (1989), en su aplicación de las teorías feministas al Trabajo Social ponen en valor las tareas de cuidado e insisten en que su revalorización y solo puede venir acompañada del reconocimiento de la tarea social que realizan las mujeres. Otras autoras insisten en introducir el sesgo de género en los análisis de la realidad social como elemento básico para la transformación teórica y política (Sabsay, 2009).

En un trabajo posterior Dominelli (2002b) consideraba que las teorías feministas aplicadas al Trabajo Social parten del reconocimiento de la experiencia de las mujeres y su posición en la sociedad, lo que nos llevaría a buscar respuesta a sus necesidades específicas y no solo

vinculadas a situaciones concretas (por ejemplo, en situaciones de violencia de género) sino de forma global. Es decir, las teorías feministas nos ayudan a revisar la noción de sujeto, tanto desde la perspectiva de las personas atendidas como de las propias profesionales, puesto que no podemos olvidar que se trata de una profesión altamente feminizada³⁴⁵ y que, por tanto, buena parte de las tensiones a las que el sistema somete a las mujeres usuarias de los servicios profesionales son compartidas por las profesionales.

En cuanto a la aplicación práctica de las teorías feministas, vamos a destacar algunas aportaciones y en que parte de nuestra propuesta deberemos tenerlos presentes:

- Interseccionalidad: este concepto acuñado por Kimberle Crenshaw (1989) se refiere a los distintos ejes de discriminación que sufren las personas; ella lo describió inicialmente refiriéndose a las mujeres negras: discriminación por sexo, raza, origen, etc., pero el concepto es aplicable de forma generalizada y nos remite a la relación que existe entre las diversas dimensiones de la realidad social y la formación de la identidad del sujeto. Este concepto tiene un importante impacto en el proceso de análisis de la realidad de una persona (o grupo de personas), en la definición de las categorías diagnósticas, así como en los factores de protección.
- Interconexión: nos vincula con la interdependencia entre las personas que se construye sobre la base de la reciprocidad; todos los seres humanos dependemos, en un grado u otro, de otras personas para nuestro desarrollo.
- Ambigüedad: este concepto se refiere a la fluidez, al rechazo a los roles estereotipados, especialmente los vinculados al sexo y al reconocimiento que las personas pueden encontrarse en disyuntivas de difícil resolución y que no existen soluciones perfectas.

Tal y como señalábamos en el apartado 2.4.2 (pág.78) y como hemos visto en el análisis de alguno de los instrumentos³⁴⁶ hemos podido observar que se utilizan categorías generales que remiten a colectivos y que no reconocen las particularidades de los sujetos y, además, no se establecen interconexiones entre las distintas categorías.

³⁴⁵ Recordemos que en el apartado 5.3.2.1.3 (página 290) se recogían los datos de colegiación del Colegio Oficial de Trabajo Social de Catalunya que muestran que un 92% de las personas colegiadas son mujeres.

³⁴⁶ Un ejemplo es el SIUSS (apartado 4.5.1, página 176) en el que una de las categorías clasifica situaciones de carácter colectivo. Categoría 3.03. Dificultades de inserción social incorpora situaciones colectivas sin ningún tipo de distinción, por poner un ejemplo: discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, refugiados y exiliados, emigrantes, prostitución, etc. Se observa esta falta de reconocimiento del sujeto.

Las teorías feministas no aparecieron entre las mencionadas en entrevistas o grupos de discusión, aunque sí apareció el Trabajo Social Crítico que algunas autoras (Healy, 2002, entre ellas) consideran que las engloba. Se trata de una elección de la investigadora como base para construir la propuesta metodológica para la elaboración del diagnóstico, debemos tener presentes las aportaciones de estas teorías para evaluar las situaciones de las personas y su capacidad y manera de afrontarlas.

8.1.3.3 APORTACIONES DE LOS ENFOQUES ANTI-OPRESIVO Y MULTICULTURAL

Señalábamos con anterioridad como Healy (2001) consideraba que los enfoques anti-opresivo y multicultural forman parte del Trabajo Social Crítico; por su parte Payne (2014), aún reconociendo este vínculo, prefiere abordarlos de forma separada. Desde nuestra perspectiva valoramos que proporcionan aportaciones específicas que son dignas de destacar; todo ello aún cuando no han surgido en la fase de recogida de información.

Las principales aportaciones de estos enfoques tienen que ver, de forma similar a las de las teorías feministas, con los parámetros de análisis de la realidad social; en este caso, se trata de poner de relieve el papel que las barreras culturales y étnicas tienen en la conformación de la sociedad y en la definición de las relaciones de poder. Aunque no hayan aparecido en la recogida de datos, no es significativo, recordemos el estudio del GRITS (Josefina Fernández et al. (2016) sobre la intervención con familias desde el Trabajo Social que ponía de manifiesto el bajo conocimiento de los modelos teóricos por parte de las profesionales que se encuentran en la práctica de atención directa.

La principal aportación de estos enfoques es el concepto de identidad: «la idea que las personas se hacen sobre quiénes son y sobre lo que tiene sentido para ellas», en palabras de Giddens (2002, p. 60). La identidad se forma a partir de las interacciones entre las personas, según recoge Dominelli (2002a) y tiene que ver con el reconocimiento de la historia personal como nos dice García Roca (2007).

Este autor, García Roca (2007) pone de manifiesto cómo el uso de categorías generales, de “etiquetas”, despersonalizan a las personas, las convierten en seres anónimos y, por tanto, se contribuye a su opresión, en el sentido apuntado por Dominelli (2002a) en el que los grupos sociales se dividen en superiores y subordinados. En la medida que se invisibiliza la globalidad de una persona para identificarla con un solo término, que se le otorga desde un sistema, se contribuye a estas relaciones de opresión y subordinación.

Las aportaciones de estos enfoques tienen relevancia en el marco de las relaciones entre profesional y persona usuaria; en la manera en que se establecen, en el posicionamiento de uno y otro y en el reconocimiento mutuo.

8.1.3.4 APORTACIONES DEL ENFOQUE CENTRADO EN LAS FORTALEZAS

Este enfoque, desarrollado para el Trabajo Social por Dennis Saleebey(1997) propone que una orientación enfocada en ayudar a las personas a descubrir y aflorar sus conocimientos, habilidades y fortalezas adquiridos en la vida cotidiana.

El enfoque de las fortalezas se basa en conceptos que aparecen en algunos de los enfoques teóricos ya analizados: el empoderamiento como proceso de toma de decisiones y de toma del control de la propia vida; el sentimiento de pertenencia muy vinculado a la identidad; la resiliencia como la capacidad de superar situaciones adversas; la curación como regeneración del cuerpo y la mente, pero, también, como capacidad para establecer relaciones positivas; el diálogo y la colaboración como forma básica de relacionarse entre las personas y, también, en relaciones profesionales y, finalmente, al diálogo le debe acompañar un rechazo a la incredulidad, para que exista diálogo debe haber reconocimiento del otro, de la existencia de múltiples representaciones de la realidad.

Saleebey (1997, p. 85) define las fortalezas como aquello que las personas han aprendido, sobre sí mismas, sobre los otros y sobre su mundo a medida que se han enfrentado a todo tipo de situaciones y problemas e, incluso, a sus propias percepciones o autoengaños. Las personas aprenden mediante el tradicional método de ensayo–error y aprenden (aprendemos) no solo de los éxitos, sino también de las dificultades y las decepciones

Incorporamos este enfoque al marco teórico a partir del análisis de los instrumentos, puesto que observamos que algunos de ellos (especialmente la Self-Sufficiency Matrix en sus tres versiones) y el PIE-System) lo incorporan en su marco conceptual y, también en la entrevista codificada como E4 (comunicación personal 13/01/2020) se pone de manifiesto lo innovador del modelo del País Vasco precisamente por su orientación en positivo.

Este enfoque teórico nos aporta algunos principios que complementan las aportaciones de los enfoques teóricos crítico, feminista, anti-opresivo y multucultural, porque, de alguna manera, los recoge todos:

- Todas las personas, individual o colectivamente, tienen fortalezas: han aprendido estrategias, conocimientos, ideas, formas de relacionarse, recursos y como profesionales debemos reconocer y ayudar a aflorar y potenciar estas fortalezas.
- Los problemas pueden dañar, pero, a la vez, pueden ser oportunidades de crecimiento: si nos enfocamos a las fortalezas, bajo un modelo de retos, podemos ayudar a convertir las situaciones más negativas en aprendizajes positivos.
- Debemos asumir que no conocemos los límites de las capacidades de las personas y las comunidades: la capacidad de resiliencia puede superar todos las previsiones y pronósticos, una actitud consciente y abierta hacia esta posibilidad puede contribuir a que se desarrolle, recordemos el concepto de “profecía de autocumplimiento” de Merton (1948, 1968) que es válida tanto en sentido negativo como positivo.
- La colaboración es la mejor manera de atender a las personas: ofrecer apoyo y acompañamiento desde un plano de igualdad ofrecerá más posibilidades de generar vínculos profesionales que una posición de distancia y desigualdad.
- Valoremos el cuidado como una función esencial para el desarrollo de las personas: todas las personas cuidan y son cuidadas, en distintos momentos de la vida, y el cuidado debe ser valorado e introducido como un valor para la sociedad.

En síntesis, las metodologías no están desligadas de los marcos teóricos, necesitan de estos para que les doten de sentido; el lenguaje, el papel de los diversos actores, el marco de análisis difiere sustancialmente según partimos de un modelo u otro. Es necesario ser conscientes de esta vinculación y escoger aquellos marcos que sean coherentes con nuestra manera de interpretar el mundo y, en este caso, con los principios y valores de la profesión del Trabajo Social. Desde nuestra perspectiva optamos por un enfoque crítico, feminista, anti-opresivo, multicultural y enfocado a las fortalezas, a las capacidades de las personas.

8.1.4 Intervención social: herramientas profesionales vs. herramientas de sistema.

Intervención social es un concepto genérico, no vinculado específicamente a ninguna disciplina, como apuntábamos en el apartado 1.1³⁴⁷: «se refiere a toda la acción social que trata de transformar las condiciones existentes de las personas en situación de desventaja social o de exclusión» (Zamanillo, 2012, p. 105).

³⁴⁷ Ver apartado 1.1, página 36.

Con la pretensión de concretar más el concepto tomamos la definición de Fantova (2007, p. 186) que la caracterizaba como una actividad formal u organizada, orientada a responder a necesidades sociales, que incide en la interacción de las personas y que aspira a una legitimación pública o social. Más recientemente el mismo autor precisaba que para la intervención social es necesario el concurso de diversas disciplinas y profesiones y destacaba: «[...] del trabajo social, de la educación (y pedagogía social) y de la psicología de la intervención social» (Fantova, 2018, p. 81).

Teresa Zamanillo (2012) destaca la necesidad de disponer de un marco teórico de referencia que guíe la acción profesional y, aunque ella se refiera al Trabajo Social, esta afirmación es aplicable en general.

Uno de los debates que se han dado en los grupos de discusión, como ya hemos visto, fue precisamente cuál debería ser este marco teórico: si debía ser aportado desde las disciplinas o si el marco teórico tenía que venir impuesto desde el sistema (entendiendo como sistema la política social sectorial, tal y como la definimos en el apartado 3.2. (página 101).

En todos los grupos de discusión las aportaciones en relación con este tema fueron claras: es la disciplina la que debe desarrollar el marco teórico y los instrumentos de diagnóstico y ni uno ni otro deben depender de las instituciones. En concreto se hicieron estas aportaciones en relación con la situación de dependencia de las administraciones o instituciones en las que trabajan las profesionales:

- «Como colectivo hemos de poner una base [el lenguaje homogéneo], porque es nuestra base» (GD-BCN)
- «Me situó en la disciplina y como disciplina somos nosotras las que tenemos el conocimiento. Cuando haces un vaciado, estás haciendo un vaciado de tu conocimiento. Si está bien sistematizado y aquella herramienta se ha hecho a través del conocimiento de los profesionales» (GD-BCN)
- «Quiero decir que una cosa es el sistema en el que trabajamos que nos lleva hacia un lado u otro y otra cosa es la profesión. Lo siento, pero soy muy crítica con la profesión... ¿Porqué no somos capaces? porqué el nivel de conocimiento que tenemos de la sociedad no lo tiene nadie más» (GD-BCN).
- «Además, de que la administración no te permite hacer un diagnóstico colaborativo» (GD-AND)

- «Estamos insertos en la administración, en instituciones, que evalúan los resultados y lo que se pide no es cuestiones de este tipo [modelo de relación entre profesional y persona usuaria]» (GD-AND).

Una última aportación que es muy significativa porque resume perfectamente diversas aportaciones en relación con la necesidad de construir y defender un marco propio de la disciplina, que pueda especializarse por ámbitos, pero con una base propia y común:

- «Porque si no tenemos consciencia de que somos trabajadoras sociales, todas, independientemente de dónde estamos, no hacemos nada colectivamente, ni juntos ni homogéneamente, ni nada. Entonces, ya sea las de salud, las de justicia, las de básicos, las de no sé que. O sea, si nosotras no tenemos una consciencia mínima de que somos trabajadoras sociales y de que estamos en x servicios, con su especificidad o su especialidad, que es otra cosa diferente, sino tenemos eso, la base ¿cómo estamos montando algo sobre una base que no hay manera? (GD-BCN)

Se planteó, también, la comparativa con otras profesiones; se cuestionó qué sucedería si a los profesionales de la psicología se les exigiese en cada institución utilizar un determinado modelo diagnóstico, independientemente de los desarrollos científicos de la disciplina, y lo mismo se planteó con referencia a los profesionales de la medicina, que disponen de un sistema de clasificación diagnóstica internacional y que no dependen de cada institución.

Esto salía a colación porque los instrumentos de gestión de expedientes que incluyen categorías diagnósticas que tienen su origen en las instituciones públicas, que imponen un sistema que no tiene origen ni relación con las disciplinas; hemos visto este tema en el apartado 7.1 (página 442), y queremos señalarlo porque entendemos que si los sistemas de protección social, desde los que se puede desarrollar la intervención social, se definen como multidisciplinarios es porque la complejidad de la realidad social requiere de una intervención interdisciplinaria y, por tanto, que cada una de estas disciplinas aporte su propio conocimiento. A lo que debemos sumar que, desde las profesiones sociales, también existen enfoques metodológicos distintos, como hemos visto en el apartado anterior, y que todos ellos son perfectamente válidos.

En resumen, la metodología para el diagnóstico y las herramientas diagnósticas deben tener una base de carácter disciplinar y profesional y no estar condicionadas únicamente por el sistema en el que se desarrolle esta profesión, en todo caso, será conveniente desarrollar

niveles de especialización en función de los ámbitos o las acciones a desarrollar, pero partiendo siempre de una base común.

8.1.5 El diagnóstico social: concepto y encuadre en la metodología de la intervención social

Hasta ahora hemos tratado el marco conceptual, la definición de Trabajo Social, los modelos teóricos de referencia y el contexto en el que se desarrolla la intervención social. El último punto que vamos a abordar, y que nos aportará elementos clave para la elaboración de la propuesta metodológica, es el del diagnóstico social y su metodología.

Antes de abordar el tema del diagnóstico propiamente dicho vamos a enmarcarlo en la *metodología de la intervención* desde el Trabajo Social (intervención social). Hay una visión bastante generalizada entre las autoras que tratan el tema de la metodología del Trabajo Social por la que se considera que esta metodología no es lineal, sino que, en la práctica, presenta cambios continuos de fase; la definición que nos parece más acertada es la que nos propone María José Aguilar que define la metodología del Trabajo Social como «un proceso encabalgado y retroactivo, no fásico» (M. J. Aguilar, 2013, p. 276), como podría inducir a pensar su formulación. Por otra parte, «el proceso puede tener inicio en cualquiera de estos momentos, aunque deba volver sobre algunos pasos previos» (Ibíd., p.276).

A efectos pedagógicos, el método de intervención social suele representarse mediante distintos momentos o fases que, siguiendo con la denominación propuesta por Aguilar (2013), serían: estudio o investigación, diagnóstico, programación, ejecución o fase operativa y evaluación. Pero, como decíamos, en la práctica no se presentan en este orden sino que las distintas fases o momentos influyen en las otras; así, el estudio será la base del diagnóstico que, a su vez, será el fundamento de la programación y sobre ésta se desarrollará la ejecución, pero esta ejecución modificará la situación inicial, por lo que tendremos nuevos datos que modificarán el diagnóstico y, por tanto, se requerirá la adaptación de la programación, sin olvidar que la evaluación se va realizando a lo largo de todo el proceso.

En todo caso, sobre los métodos de intervención social queremos destacar que todos ellos coinciden con una fase diagnóstica; aunque no todas las autoras lo denominan con este término. Nuestra propuesta es defender el término diagnóstico que consideramos no es patrimonio de ninguna disciplina en particular y que da una idea precisa sobre esta fase: conocer a través de... datos, observaciones, etc., sin olvidar que este conocimiento tiene una

finalidad, como recordaba M.J. Aguilar (2013) el fundamento para la realización del diagnóstico es «conocer para actuar» (M.J. Aguilar, 2013, p. 291).

En cuanto al aspecto terminológico, debemos señalar que, a lo largo de todo la recogida de datos (encuesta, grupos de discusión y entrevistas), el uso del término diagnóstico no ha sido cuestionado en ningún momento; aspecto distinto de la puesta en práctica de esta parte del método de intervención social que, como hemos visto con anterioridad, plantea dificultades diversas (tiempo, organización, formación, etc.) para llevar a cabo un buen diagnóstico social, pero, en todo caso, de forma casi unánime³⁴⁸ se valora la necesidad de realizar un diagnóstico formalizado.

Partiendo de este consenso sobre el diagnóstico como fase del método de intervención social y la terminología, vamos a abordar un tema clave: la definición de diagnóstico social.

En relación con la ***definición de diagnóstico social*** en el apartado 4.1 (ver página 136) hemos realizado un recorrido por distintas definiciones que han ofrecido autoras y autores a lo largo de la historia del Trabajo Social y finalmente seleccionamos dos definiciones que, a nuestro criterio, respondían a dos concepciones diferentes del Trabajo Social y se incluyeron en la encuesta para recoger el grado de aceptación de cada una de ellas.

TABLA 106. DEFINICIONES DE DIAGNÓSTICO SOCIAL

Autoría	Definición
María José Aguilar (2013, p. 296)	El diagnóstico social es un proceso dialógico de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores protectores y de riesgo y sus tendencias previsibles.
Silvia Patricia Cury y Andrés Arias Astray (2016, p. 19)	El diagnóstico social es el juicio profesional que formula el trabajador social como resultado del estudio y de la interpretación de una situación social dada y que constituye el fundamento de la intervención social en dicha situación. La correcta formulación del diagnóstico social es responsabilidad y competencia del trabajador social, y deberá contemplar las dificultades y las fortalezas de la persona y de su situación individual, familiar, social e institucional.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE M.J. AGUILAR (2013) Y CURY Y ARIAS (2016)

Los resultados de la encuesta mostraron una preferencia por la definición elaborada por María José Aguilar (2013), con un 73% de los resultados. Desde nuestra perspectiva, la

³⁴⁸ Decimos casi unánime porque hubo una sola respuesta en la encuesta que valorase que el diagnóstico tenía poca o ninguna importancia para el proceso de intervención social. (Ver Tabla 75)

definición que ha obtenido un mayor grado de apoyo responde, además, a un modelo teórico orientado al empoderamiento y en el que se reconoce a las personas participantes (profesional y usuaria) un rol participativo.

Aunque la definición de Cury y Arias (2016) la hemos descartado, tanto desde la perspectiva de los participantes en la encuesta, como en nuestro proceso de reflexión, aparecen elementos que no podemos descartar de manera automática. Como ya sucedió cuando abordamos la definición del objeto del Trabajo Social, cada definición aporta elementos válidos que debemos tener en cuenta y, en este caso, destacamos dos: la responsabilidad profesional y el elemento intelectual (juicio profesional).

Veíamos que en las entrevistas se caracterizaba el diagnóstico como «un acto intelectual» (E4, comunicación personal, 13/01/2020); que entendemos que implica análisis y reflexión con relación a una situación que conocemos a partir de datos, observaciones, percepciones, etc. y que dará un resultado en función de nuestra propia historia, de nuestro conocimiento, de nuestros valores, etc.

Por otra parte, en la definición de Cury y Arias (2016) se destaca que es una responsabilidad profesional y parecería que esta afirmación es una contradicción con lo que Aguilar (2013) denomina “proceso dialógico”, pero este es el momento de recordar algunas aportaciones realizadas por autores y contrastarlo con las contribuciones que se produjeron en los grupos de discusión. Partiremos de la premisa que el diagnóstico social es lo que se podría denominar el núcleo duro, el *core*, del Trabajo Social en la medida que, como señalaba la persona de la entrevista E4 (comunicación persona, 13/01/2020) responde al objeto del Trabajo Social. Y desde esta premisa, recordamos las palabras de Josefa Fombuena que nos decía: «El Trabajo Social es una profesión de encuentro para quienes lo deseen» (Fombuena-Valero, 2012, p. 24) que podemos matizar con las aportaciones de Teresa Matus cuando apunta que: «Nadie llega “en su condición de persona natural” a un proceso de intervención social, sino que emerge al interior de una categoría analítica determinada» (Matus, 2017, p. 59).

Pero, aún hemos de añadir un elemento más: las funciones del Trabajo Social, en este sentido las aportaciones de Whittington (2007) aportan sistematización a lo que los profesionales en el proceso de recogida de datos reflexionaron; el autor diferencia cinco roles del Trabajo Social vinculados a acciones distintas que van desde la protección a la defensa de la persona (además de roles institucionales) y estos roles determinan diversos tipos de diagnóstico social, en los que el grado de conducción del profesional varía en función de la finalidad y las

circunstancias. En todo caso, debemos reconocer que quien tiene la responsabilidad profesional de realizar el diagnóstico social, independientemente de que este sea participativo o dirigido, es el profesional, puesto que forma parte de su desempeño y de la función social de la profesión.

En los grupos de discusión hubo un cierto debate sobre la concepción del diagnóstico más que a nivel teórico a nivel práctico, cuando se abordaba el tema de los roles profesionales. En concreto en el Grupo de Discusión de Andalucía se planteaba la reflexión sobre si era posible realmente hacer un diagnóstico participativo en situaciones en las que es necesario un cierto grado de control, situaciones en las que los profesionales del Trabajo Social son mecanismos que controlan situaciones de desprotección y se ponían como ejemplo las situaciones de protección de menores. Y, más adelante, en este mismo grupo, manifestaban que «no sería capaz de elaborar un diagnóstico colaborativo cuando se están vulnerado ciertos derechos y existe riesgo para la integridad de personas vulnerables». Pese a que, como señalábamos en los resultados de la encuesta (ver apartado 6.1.4 , página 336), la opción de roles participativos era generalizada y no se valoraban diferentes estrategias de participación en distintas situaciones³⁴⁹, en los grupos de discusión sí que se tenía en cuenta esta realidad que asigna a las profesionales distintas funciones y que, por lo tanto, implica el uso de distintas estrategias de abordaje del proceso diagnóstico.

En este sentido, en la entrevista codificada como E2 (18/12/2019), se plantea la necesidad de utilizar instrumentos de inspiración positivista en la actividad profesional relacionada con la administración y, especialmente, con la Administración de Justicia. Sin duda, este es uno de los elementos que surgen en el proceso de elaboración del diagnóstico y, sobretodo, en el diseño de instrumentos de diagnóstico, una voluntad o necesidad de “objetividad” que remite al paradigma positivista en el sentido que plantea una posición del Trabajo Social “desde fuera”, como “observador” no participante; deberemos tenerlo en cuenta al abordar los roles, pero, también, al abordar el diseño de las categorías y la metodología.

En resumen, partiendo de las aportaciones teóricas y de las reflexiones recogidas a lo largo de la recogida de datos, proponemos una definición de diagnóstico social que nos servirá de base para la definición de la propuesta metodológica.

³⁴⁹ En la encuesta se planteaban, entre las situaciones que podían generar una estrategia distinta, la vulneración de derechos a alguna persona o el deterioro cognitivo que supusiese la modificación de la capacidad de obrar de la persona.

El diagnóstico social es un acto intelectual fruto de un proceso dialógico de análisis y sistematización de información, que lidera el profesional en el marco de sus funciones y que contempla la situación de la persona (o grupo de personas) desde una visión interseccional; destacando las fortalezas, estrategias y habilidades desarrolladas y necesarias para afrontar la situación de malestar social generadas en la interacción de la persona con su contexto.

A esta definición le añadiremos una serie de características básicas que debe cumplir el diagnóstico:

- Complejidad: contiene información relevante y significativa
- Claridad: se realiza con un lenguaje claro, objetivo³⁵⁰ y sencillo, sin equívocos.
- Precisión: define y establece las dimensiones y factores que influyen en la situación
- Oportunidad: se realiza en el momento adecuado para el plan de intervención.
- Rigurosidad: se basa en información recogida y tratada adecuadamente.

8.1.6 Los elementos clave del diagnóstico social: niveles, roles, lenguaje y método.

Basándonos en esta definición de diagnóstico social vamos a abordar unos elementos que hemos identificado como claves tanto para el desarrollo de la propuesta metodológica como para la siguiente fase, de elaboración de propuesta de categorías diagnósticas.

Uno de los primeros elementos que se plantea es el de los *niveles de diagnóstico*; aunque se trata de un tema totalmente vinculado con la metodología, pensamos que es necesario abordarlo de forma independiente.

Cristina de Robertis (2006) recoge la posibilidad de diferenciar tres niveles de diagnóstico que ella denomina: evaluación³⁵¹ preliminar, evaluación operativa y evaluación de resultados. De acuerdo con su propuesta, la *evaluación preliminar* sería una primera apreciación, una primera respuesta que define como «necesariamente superficial y rápida, muy impregnada de impresiones indefinibles y de "olfato profesional"» (de Robertis, 2006, p. 171) y se orientaría, prácticamente, a identificar la adecuación de la situación presentada a los objetivos o ámbito de actuación de la institución en la que se desempeña el profesional. La *evaluación operativa* es

³⁵⁰ Entendemos la objetividad como decía Maturana (1996): “objetividad entre paréntesis”, en la que el observador es consciente de ser un sistema viviente y que su naturaleza interfiere en la realidad o, como apuntaba Ibáñez (2001): conceptos y categorías fruto de la convención, del acuerdo.

³⁵¹ Recordemos que Cristina de Robertis es de las autoras que no utiliza el término diagnóstico.

la que serviría de base para el plan de intervención y la *evaluación de resultados* valoraría las modificaciones que se producen fruto del plan de intervención. Podríamos decir que se trata de dos tipos de diagnóstico: el primero, inicial, superficial, orientado al triaje de las situaciones que pueden o deben ser atendidas por el profesional en el marco de una institución; y un segundo, más profundo, orientado a la intervención que pasa por distintos momentos, el inicial para la definición del plan de intervención y otro, que se va produciendo periódicamente, para valorar los efectos de este plan de intervención.

Por su parte Gustavo García-Herrero (2008) señalaba la diversidad de situaciones que se dan en la práctica profesional y que pueden requerir diversos niveles de profundización en el diagnóstico, en su caso diferencia entre “valoración” y “diagnóstico” (García-Herrero, 2008, p. 12) en función del tipo de intervención que se vaya a realizar: orientada a la gestión de prestaciones o de intervención social más general, de acompañamiento.

Finalmente, este doble nivel de diagnóstico es una práctica habitual en el sistema sanitario, en el que la propia OMS define el cribado como «una identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras técnicas susceptibles de aplicación rápida» (Cerdá et al., 2006, p. 9).

La principal diferencia entre el concepto planteado por de Robertis (2006) y por la OMS (Cerdá et al., 2006) es que, mientras en el ámbito sanitario, el diagnóstico inicial, “presuntivo”, se basa en pruebas o exámenes específicos, la propuesta hecha por de Robertis (2006) no parece mostrar esta base sistematizada, haciendo referencia incluso al “olfato profesional”. Entendemos que ese “olfato profesional” que, finalmente es conocimiento profesional, se puede desarrollar a lo largo de la carrera de cualquier disciplina mediante la práctica sistemática y evaluada, pero para ello es necesario disponer de instrumentos que faciliten la adquisición del conocimiento y que contribuyan a evitar errores de percepción.

Los dos niveles de diagnóstico fueron sometidos a valoración en la encuesta y los resultados fueron bastante claros; la utilidad del nivel de cribado o aproximación diagnóstica fue considerada como “muy importante” por el 72% de los participantes y obtuvo una valoración media de 2.66 (sobre 3 puntos); por su parte, el diagnóstico en profundidad tuvo mayores apoyos puesto que un 83% consideró que era muy importante y su valoración media subió hasta el 2,82 (sobre 3). Además, recordemos que el 80% de las respuestas consideró que el apareamiento entre tipo de diagnóstico y fase de la atención era el siguiente: diagnóstico de

cribado/fase de acogida y el diagnóstico en profundidad/fase de tratamiento (ver Tabla 65, pág. 335).

En las entrevistas también surgió esta diferenciación al abordar el diagnóstico social en la práctica; en concreto como una estrategia para hacer frente a uno de los recursos que la persona entrevistada manifestó que se encontraba cuando desarrollaba sesiones formativas para profesionales sobre diagnóstico social, la falta de tiempo como motivo para no llevar a cabo diagnóstico social. En este caso, en la E3 (comunicación personal, 02/01/2020) se planteaba lo siguiente:

«Entonces yo les digo, vale, ¿cómo intento combatir esto?, pues a partir de utilizar dos palabras: diagnóstico preliminar y diagnóstico en profundidad. Si tú me dices que no tienes tiempo de hacer un diagnóstico en profundidad, que es lo que yo creo que deberías hacer, haz un diagnóstico preliminar, pero no te lo saltes, no puentes y digas no hago diagnóstico porque no tengo tiempo. Haz algo más sencillo y llámalo diagnóstico preliminar, pero hazlo. A mí me parece que este pequeño pasito, aunque sea muy pequeño, al menos hará que no volvamos a perder la palabra diagnóstico» (E3, comunicación personal, 2 de enero de 2020).

En nuestra opinión, la diferenciación de dos niveles diagnósticos es útil, no solo a efectos de seleccionar aquellas situaciones que se ajustan al ámbito de trabajo propio o de la institución donde se desarrolla la actividad profesional, sino a efectos de valorar el grado de intervención social necesario, en el sentido que apuntaba Gustavo García-Herrero (2008), o, incluso, para determinar el grado de urgencia o el ámbito de atención prioritario, así como la asignación del profesional de referencia. Por tanto, no se trata solo de una acción rápida, superficial y basada en el conocimiento acumulado (el “olfato profesional” en palabras de Cristina De Robertis (2006)) sino de un nivel diagnóstico sistematizado, en el sentido que propone la OMS (Cerdá et al., 2006) adaptado al objeto del Trabajo Social.

Nuestra propuesta se traduciría, por una parte, en *incorporar el doble nivel en la propuesta metodológica* y, por otra, *diseñar una propuesta de instrumento que distinga entre los dos niveles*, seleccionando unos ámbitos clave en la fase de cribado y dejando el conjunto del instrumento para el diagnóstico en profundidad.

Retomando de nuevo la definición de diagnóstico social y, en concreto, la parte que lo define como “un acto intelectual” somos conscientes, como se señalaba en la entrevista E4 (comunicación personal, 13/01/2020) que «para poder desarrollar actos intelectuales tenemos que utilizar el lenguaje». Asimismo, el paradigma construccionista otorga al lenguaje

un papel clave en la creación del conocimiento al que reconoce un papel constitutivo en la medida que, como se expresaban en la entrevista citada, las explicaciones y formulaciones las realizamos mediante el lenguaje y, además, su uso puede conseguir que se trascienda de los significados atribuidos inicialmente a determinados términos. Más aún, si cabe, cuando nos referimos a la práctica de una disciplina que implica necesariamente interacción personal (profesional/persona usuaria) y que incide en el ámbito relacional de las personas.

A lo largo de las distintas fases de la recogida de datos se ha pedido a las personas participantes que valorasen distintos aspectos relacionados con el lenguaje; en primer lugar, la necesidad de contar con un lenguaje homogéneo propio de la disciplina y su contenido o alcance y, en segundo lugar, qué lenguaje es necesario para relacionarse con las personas a las que se atiende profesionalmente.

En relación con el lenguaje homogéneo el planteamiento de partida era la posibilidad de disponer de un vocabulario común y consensuado por el cuerpo profesional, a la manera de los lenguajes de especialidad³⁵². En la encuesta se pidió a las participantes que valorasen la importancia de disponer un lenguaje homogéneo y los resultados fueron positivos, aunque no de manera abrumadora, puesto que solo la mitad de las participantes consideraron que era muy importante disponer de este instrumento para formular el diagnóstico social (ver Tabla 74, pág. 346).

Por otra parte, en los grupos de discusión este tema fue ampliamente debatido y las aportaciones se pueden sintetizar en los siguientes enunciados:

- Es necesario disponer de un lenguaje propio de la disciplina, que pueda ampliarse en ámbitos específicos de intervención, que contribuya a delimitar el ámbito de acción de la profesión y disciplina.
- Un lenguaje común es la manera que una disciplina tiene para presentarse ante el mundo, ante el resto de las disciplinas y ante la población en general.
- Un lenguaje común servirá para relacionarse con otros profesionales, tanto de la misma disciplina como de otras, en un contexto formal.

³⁵² Se denominan lenguajes de especialidad a aquellos «registros funcionales [de la lengua] caracterizados por una temática específica, utilizados en situaciones de características pragmáticas precisas, determinadas por los interlocutores (básicamente el emisor), el tipo de situación en qué se produce, y los propósitos o intenciones que se propone la comunicación especializada» (Cabré, 1998, p. 174). (Nota: traducción propia del texto original en catalán).

- Se entiende por lenguaje homogéneo el consenso sobre los significados del vocabulario común.
- Con la finalidad que este lenguaje homogéneo sea lo más preciso posible se plantea la necesidad de incorporar un sistema de indicadores que contribuyan a la definición de las categorías; de esta manera, contribuimos a la mejora de la comunicación entre profesionales y, también, a una mejor atención a las personas puesto que no debemos reinterpretar o revalorar la tarea realizada por otras profesionales.

En las entrevistas se abordó la necesidad del lenguaje homogéneo como un punto de partida, como una herramienta de comunicación, pero, también, como la base para la investigación y el desarrollo de la disciplina; puesto que, como se señaló, sin investigación una disciplina acabará desapareciendo.

En definitiva, en lo referente al lenguaje en el ámbito del diagnóstico social, tanto desde una perspectiva teórica, desde las posiciones construccionistas que entienden el lenguaje como una forma de acción y le otorgan carácter constitutivo del conocimiento; como desde una perspectiva práctica, la necesidad de disponer de una herramienta para la comunicación en una disciplina que, además, se centra en las interacciones humanas, concluimos que es necesario desarrollar una propuesta metodológica que se vincule a un instrumento que proporcione las bases para el desarrollo de un lenguaje común que abarque tanto la definición de las categorías diagnósticas como su sistematización mediante indicadores que faciliten su uso. Este segundo tema lo abordaremos en el apartado siguiente, cuando tratemos los instrumentos, pero la base de este instrumento está en la necesidad de disponer de este lenguaje que facilite la comunicación.

Uno de los peligros, por llamarlo de alguna manera, que puede generar la construcción de un lenguaje homogéneo a nivel profesional es que pueda ser utilizado como un elemento de distancia con las personas atendidas y con el resto de la sociedad; es decir, que el lenguaje sea utilizado como una barrera para establecer diferencias y situar al profesional en un plano “experto” mientras que el desconocimiento del lenguaje situaría al resto de las personas en un rol “lego” y, por tanto, en una cierta situación de inferioridad; es decir, lo que de Robertis denominaba el “modelo médico”.

Se trata, pues, de conjugar las necesidades de la profesión de mejorar la comunicación intra e interdisciplinaria y de disponer de una base para la investigación, que redundaría en beneficio de todas las personas, en general, y de las personas atendidas en particular, con una

práctica dialógica que permita la participación de las personas reconociendo su conocimiento sobre su propia realidad.

Pero, además, no debemos olvidar los roles o funciones que se pueden desempeñar desde el Trabajo Social y cómo estos afectan al proceso de elaboración del diagnóstico. Hemos señalado que en los grupos de discusión se reflexionó sobre el grado de participación que debía haber en situaciones de vulneración de derechos, no tanto porque no se participe, sino sobre quien debe participar en estas situaciones. Por lo tanto, en una propuesta metodológica para la elaboración del diagnóstico deberemos incorporar las distintas funciones del Trabajo Social, de la misma manera que hemos incorporado los niveles, en la medida que nos ayuden a delimitar la intervención social más adecuada en cada situación.

En relación con los roles destacamos las aportaciones de Whittington (2007) que realiza dos propuestas en este tema; por una parte, identifica roles en relación con las finalidades y, por la otra, clasifica los roles en función de cuál de los actores (profesional o persona atendida) controla el proceso. Con respecto a los roles según finalidad, identifica cinco roles principales: asesor de riesgos para cumplir la finalidad de protección; profesional “tradicional” para la atención de necesidades del usuario y el cuidador; defensor para desarrollar la función de representación del usuario y el cuidador; representante institucional en funciones institucionales, políticas y de priorizaciones; y, finalmente, representante o delegado en las relaciones con otras profesiones o agencias (Whittington, 2007, pp. 25-26).

Con respecto al control del proceso de diagnóstico, el autor plantea también cinco posibilidades: «Diagnóstico controlado por el profesional/institución; diagnóstico dirigido por el usuario/cuidado, definido por el profesional/agencia; diagnóstico definido por el usuario/cuidador y dirigido por el profesional; diagnóstico realizado por el usuario/cuidador, auto-diagnóstico; diagnóstico colaborativo» (Whittington, 2007, p. 49).

El autor define un abanico de posibilidades que permite a las profesionales del Trabajo Social escoger en cada situación cuál debe ser el rol que se puede adoptar, teniendo en cuenta, no solo los marcos teóricos y conceptuales, sino, también, los marcos jurídicos e institucionales que pueden imponer formas de actuar.

Por otra parte, también en relación con los roles, Conde (1998) los vincula con las funciones y define dos para el Trabajo Social, en este caso no se trata tanto de la actitud y el control del proceso como del contenido de este mismo proceso; así plantea que el Trabajo Social desarrolla, o puede desarrollar, dos funciones: una promocional y otra prestacional (Conde,

1998, 373-374); la primera tiene que ver con los procesos de acompañamiento y la segunda con la facilitación del acceso a prestaciones; en cada caso el proceso de diagnóstico tendrá unos requisitos distintos.

Finalmente, antes de iniciar una propuesta metodológica es lógico revisar las aportaciones de otras autoras, así como las contribuciones que nos ha proporcionado la recogida de datos. De manera sintética podemos señalar que, entre todas las aportaciones, hemos identificado tres que, a nuestro juicio, han profundizado más en el proceso metodológico del diagnóstico en concreto, sin quitar valor a otras aportaciones a la metodología del Trabajo Social.

TABLA 107. FASES METODOLÓGICAS PARA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO SOCIAL SEGÚN DIVERSAS AUTORAS

Hamilton (1940)	Aylwin et al (1976)	Conde (1998)
Descriptiva	Descriptivo	Análisis descriptivo
Analítica (diagnóstica)	Clasificación	Análisis diagnóstico
Evaluativa	Explicación	Análisis prospectivo

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE HAMILTON (1940), AYLWIN ET AL. (1976) Y CONDE (1998)

Observamos que, más allá de las similitudes de los tres modelos en cuanto a estructura en fases y contenidos, las propuestas de Hamilton (1940) y de Conde (1998) tienen un alto grado de coincidencia en la definición de las fases más que en la denominación; por otra parte, el modelo de Aylwin et al (1976) y el de Conde (1998) presentan una importante coincidencia: la necesidad de establecer categorías para clasificar las situaciones; la principal diferencia estriba en que, mientras Aylwin et al (1976) consideraban que no era fácil disponer de categorías con amplio grado de aceptación, Conde (1998) opta por construir unas categorías que define como constantes en todas las situaciones.

Sin duda, lo más relevante de todas estas autoras, es la idea que un diagnóstico es el conjunto de las tres fases; Hamilton (1940, p. 144) lo explica de una manera muy directa: «los hallazgos son la materia prima para el diagnóstico, pero no son el diagnóstico»; es decir, la descripción es parte del diagnóstico, pero no es el diagnóstico».

En las entrevistas se plantearon dos versiones contrapuestas. Por una parte, en la entrevista E2 (comunicación personal, 18/12/2019) se hacía hincapié en la existencia de dos fases en el diagnóstico: descriptiva y valorativa y se consideraba que ambas son parte inherente al diagnóstico, que son dos caras de la misma moneda, tal como lo planteaba Hamilton (1940): la mera descripción no es un diagnóstico. Pero, por otra parte, en la entrevista E3 (comunicación personal, 2/01/2020), recurriendo también a Gordon Hamilton como referencia, entiende que esta autora propone tres tipos o niveles de diagnóstico («descriptivo,

causal y evaluativo») y que puede ser útil para introducir la práctica del diagnóstico iniciarse con el diagnóstico descriptivo e ir introduciendo elementos de complejidad con las otras fases diagnósticas conforme los profesionales se vayan sintiendo seguros.

Entendemos que esta, la estrategia planteada en la E3 (comunicación personal, 2/01/2020), no deja de ser una forma de vencer las resistencias que esta profesional se ha encontrado a lo largo de las actividades formativas dirigidas a profesionales, pero de acuerdo con las propuestas originales de los autores, coincidiríamos con lo expresado en la entrevista E2 (comunicación personal, 18/12/2019), que se trata de fases de un proceso que debemos llevar a cabo si, realmente, pretendemos hacer un diagnóstico social.

En este sentido, la propuesta de Conde (1998) que aúna la metodología con un sistema de categorías para cada una de las fases nos parece que es un modelo para seguir, sin que esto quiera decir que compartimos plenamente su modelo de categorías, pero sí que valoramos muy positivamente este vínculo que crea entre metodología e instrumento (escala de categorías).

8.1.7 A modo de resumen

En este apartado queremos sintetizar las reflexiones y análisis que hemos desarrollado a lo largo de este apartado, así como las propuestas concretas que hemos elaborado y constituirán el fundamento de la propuesta metodológica.

TABLA 108. SÍNTESIS DE LOS PRINCIPIOS Y ELEMENTOS PARA ELABORAR UNA PROPUESTA METODOLÓGICA DE DIAGNÓSTICO SOCIAL

Elemento	Síntesis o propuesta
Marco teórico general	— El conocimiento se construye de forma compartida y es subjetiva; las posiciones de observador y observado se influyen mutuamente. — El uso de un lenguaje común y homogéneo es la base para la comunicación y para la investigación y desarrollo de la disciplina. — La validación de las propuestas debe fundamentarse en el uso de los nuevos conocimientos y en su constante retroalimentación.
El objeto del Trabajo Social	La definición del objeto del Trabajo Social definirá el ámbito del diagnóstico social. Situaciones de malestar social generadas en la interacción de la persona con su contexto; en las interacciones personales y en el marco de la estructura social (sistemas social, cultural, político y económico).

Elemento	Síntesis o propuesta
Funciones y roles del Trabajo Social	El Trabajo Social desempeña diversas funciones (protección y acompañamiento) y a cada una de ellas puede corresponderle un rol distinto. La metodología del diagnóstico debe tener en cuenta estas funciones.
Marco teórico del Trabajo Social	Las metodologías no están desligadas de los marcos teóricos, pues necesitan que éstos les doten de sentido. Aportaciones del Trabajo Social Crítico: — Cuestionar la realidad y las estructuras establecidas. — Práctica dialógica — Revalorización de los conocimientos de los participantes — Concientización como proceso de toma de conciencia y acción — Praxis como interrelación entre la teoría y la práctica y su retroalimentación constante. Aportaciones de las teorías feministas — Análisis de la realidad desde una perspectiva no androcéntrica. — Interseccionalidad: reconocimiento de los distintos ejes de discriminación que sufren las personas — Interconexión: las personas somos interdependientes y nos relacionamos sobre la base de la reciprocidad. — Ambigüedad: fluidez, rechazo a los estereotipos y reconocimiento de la complejidad de tomar decisiones en determinadas disyuntivas Del enfoque anti-opresivo y multicultural — Identidad: reconocimiento del otro en su globalidad, sin fragmentación. Del enfoque orientado a las fortalezas: — Empoderamiento: proceso que ayuda a personas, grupos, familias y comunidades a descubrir y utilizar los recursos y herramientas propios y de su contexto. — Pertenencia: el reconocimiento de que todas las personas merecen dignidad, respeto y responsabilidad; se parte de algo, de una comunidad. — Resiliencia: la capacidad de superación de las personas ante situaciones graves, individual y colectivamente. — Diálogo y colaboración: el crecimiento de los seres humanos se produce en el marco de relaciones creativas con otros seres humanos.
El diagnóstico como herramienta profesional	El diagnóstico social y sus instrumentos diagnósticos son herramientas que deben surgir, desarrollarse e impulsarse desde las disciplinas profesionales, con la finalidad que cada una de las disciplinas aporte su

Elemento	Síntesis o propuesta
	conocimiento al conjunto de acción de los diferentes sistemas de protección social.
Definición de diagnóstico social	Partimos de la siguiente definición: El diagnóstico social es un acto intelectual fruto de un proceso dialógico de análisis y sistematización de información, que lidera el profesional en el marco de sus funciones y que contempla la situación de la persona (o grupo de personas) desde una visión interseccional; destacando las fortalezas, estrategias y habilidades desarrolladas y necesarias para afrontar la situación de malestar social generadas en la interacción de la persona con su contexto. Las características del diagnóstico son: — Complejidad: contiene información relevante y significativa — Claridad: se realiza con un lenguaje claro, objetivo y sencillo, sin equívocos. — Precisión: define y establece las dimensiones y factores que influyen en la situación — Oportunidad: se realiza en el momento adecuado para el plan de intervención. — Rigurosidad: se basa en información recogida y tratada adecuadamente.
Elementos del diagnóstico	Niveles diagnósticos: — Incorporar un doble nivel de diagnóstico: aproximación diagnóstica o cribado y diagnóstico en profundidad. — Diseñar un instrumento que contemple el doble nivel. Metodología diagnóstica: — El diagnóstico está conformado por tres acciones: descriptiva (datos), diagnóstica (análisis) y prospectiva (priorización). — Las tres acciones son necesarias para la elaboración de un diagnóstico útil para la intervención social y diseñar un instrumento que acompañe las tres fases es la estrategia para ofrecer una mayor usabilidad³⁵³.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

³⁵³ El término “usabilidad” no está recogido por la Real Academia de la Lengua Española (2014), se trata de un neologismo proveniente del inglés (usability) y es ampliamente usado en el ámbito de la tecnología y la informática para referirse a la facilidad de uso. El Centre de Terminologia de Catalunya (www.termcat.cat) lo ha incorporado en diversos diccionarios terminológicos (TERMCAT, 2003)

CUARTA PARTE.
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES
Y PROPUESTAS

CAPÍTULO 9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación planteaba dos objetivos generales: desarrollar una propuesta de metodología para el diagnóstico social que facilite la aplicación práctica de una clasificación de diagnósticos, que constituye el segundo objetivo, en la intervención social desde el Trabajo Social, poniendo especial énfasis en su aportación al Sistema de Servicios Sociales, como sistema principal donde se desarrolla la actividad profesional del Trabajo Social, pero pensando también en su uso en otros ámbitos, entendiendo que la disciplina no dependen del ámbito de trabajo, sino que, en todo caso, debe adaptar los instrumentos al ámbito de actuación. Los resultados obtenidos del análisis documental y del trabajo de campo se han presentado en los capítulos 6 y 7; así pues, en este capítulo presentaremos las conclusiones que servirán de base para la elaboración de las propuestas que constituyen el objetivo final de esta investigación y se presentarán en el capítulo siguiente.

Las conclusiones se presentan en dos apartados que den respuesta, por una parte, a cada uno de los objetivos generales y, por la otra, a cada una de las preguntas de investigación. El apartado 9.1 se dedicará a las conclusiones entorno a la propuesta de metodología que responde a la pregunta de investigación:

— ¿Cómo debería utilizarse una clasificación diagnóstica en la práctica de la intervención social?

Y el apartado 9.2 se destinará a las conclusiones sobre la propuesta de clasificación diagnóstica que responde a la pregunta de investigación:

— ¿Es posible desarrollar una clasificación de diagnósticos sociales orientada a la intervención individual/familiar y grupal que sea útil para homogeneizar el lenguaje y sirva de base para el desarrollo de un marco conceptual y teórico para la intervención social?

9.1 Hacia una propuesta metodológica para el diagnóstico social

El primero de los objetivos generales de esta investigación se plantea desarrollar una propuesta de metodología para el diagnóstico social que facilite la aplicación práctica de la clasificación de diagnósticos en la intervención social; este objetivo se concretaba en objetivos específicos que establecían características básicas que debía tener esta metodología: orientarse a la acción, definir el rol de los actores y la inclusión de factores de protección y de riesgo.

Todos estos objetivos pretendían dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cómo debería utilizarse una clasificación diagnóstica en la práctica de la intervención social?

Partimos de un análisis del marco teórico con el propósito de identificar propuestas metodológicas en torno al diagnóstico social y observamos que había una producción importante en materia de metodología de la intervención del Trabajo Social, pero, en cambio, el nivel de profundidad sobre el diagnóstico social era mucho menor. Coincidimos en este punto con la reflexión que hacía María José Aguilar (2013) sobre el impacto que podría haber tenido el hecho que el primer libro sobre metodología del Trabajo Social, escrito por Mary E. Richmond (1917) fuese precisamente dedicado al diagnóstico social; era previsible pensar que a lo largo de un siglo se habría profundizado y desarrollado esta actividad, pero una revisión de la bibliografía nos muestra que se ha escrito mucho más sobre metodología general y sobre modelos y teorías de Trabajo Social que sobre diagnóstico social; asimismo, se ha desarrollado poco la clasificación diagnóstica como instrumento práctico, habiendo detectado un cierto debate sobre la sistematización de categorías entre quienes defienden su uso como una contribución a la definición de conceptos que permitan el desarrollo de investigaciones y quienes lo vinculan con un proceso de etiquetaje.

Al analizar las propuestas sobre la metodología observamos que, aún coincidiendo en aspectos básicos, se presentan algunas diferencias vinculadas con el modelo de referencia de Trabajo Social escogido por las autoras. Detectar estas diferencias nos ha llevado a estudiar los distintos marcos teóricos y analizar su impacto en la práctica porque, como nos decía Teresa Zamanillo (2018), la teoría sin práctica sería generalizadora sin ningún tipo de concreción y la práctica sin la teoría llevaría a la intervención sin criterios, al activismo. Pero, para ello, también hemos de hacer frente a una realidad que recoge la misma autora, cuando señala que hay en España un «empeño en tener un perfil fundamentalmente práctico» (Zamanillo, 2018, p. 121) y reconocemos, con ella, que esta tendencia nos lleva por un camino que no permite el desarrollo profesional y disciplinario.

Así pues, hemos estudiado las distintas teorías para encontrar aquella o aquellas que se ajustasen a nuestros valores; nos situamos en el enfoque epistemológico del construccionismo que considera que el conocimiento se enmarca en contextos históricos y sociales y se construye mediante interacciones humanas mediante el lenguaje, como apunta Gergen (1996). El tema del lenguaje y su papel en la intervención social y en la creación del conocimiento es uno de los aspectos que hemos abordado en esta investigación; hemos

indagado sobre la necesidad de disponer, desde el Trabajo Social, de un lenguaje homogéneo propio y hemos vinculado el lenguaje tanto con la comunicación, base de la intervención práctica de la profesión, como con el desarrollo de la investigación, base del desarrollo teórico de ésta. Asimismo, el Trabajo Social como profesión de ayuda, centrada en la persona y su entorno, se fundamenta en la relación profesional/persona atendida y las interacciones humanas se basan en el lenguaje; si a éste le otorgamos, tal como proponen distintos autores del construccionismo, carácter constitutivo y performativo, se refuerza aún más la necesidad de un lenguaje para el Trabajo Social.

El construccionismo, además, nos aporta una visión de la construcción del conocimiento que se fundamenta en la subjetividad, en la implicación de las personas en el proceso de conocimiento y su mutua influencia, alejándonos de posiciones positivistas que sitúan al observador en un plano distinto al observado. Este cambio en la posición y relación de observador y observado es aplicable, desde nuestra perspectiva, también al proceso de conocimiento para la intervención social y nos dará respuesta sobre uno de los aspectos planteados en los objetivos específicos: los roles de los actores participantes en el diagnóstico social.

Finalmente, en este marco teórico general, el construccionismo apunta otro elemento que hemos considerado clave para el desarrollo de esta investigación y, especialmente, para un proceso posterior de validación y es que se propone que la validación se fundamente en el uso de los conocimientos y en un proceso constante de retroalimentación. En este sentido, entendemos que nuestras propuestas se plantean como un punto de partida en un proceso que debe ser dinámico, abierto y susceptible de ser actualizado; hemos observado como algunos de los instrumentos se mantenían sin modificaciones en el uso del lenguaje y de los conceptos a lo largo de décadas, mientras que, en estas mismas décadas, la sociedad ha evolucionado y cambiado; esto nos hace pensar en la cita que hace Teresa Zamanillo (2018, p. 53) parafraseando a Tony Judt: «cuando los hechos cambian, nuestras estrategias también han de cambiar», toda propuesta es un punto de partida que ha de servir de base para la evolución y no un punto final porque concebida así la propuesta perderá su vigencia.

Desde el planteamiento teórico general nos aproximamos al marco teórico específico del Trabajo Social y, en coherencia con el marco escogido, sumamos las aportaciones de diversos enfoques teóricos que deben ser el marco que contribuya al desarrollo y a la aplicación práctica de nuestra propuesta. Entendemos que una propuesta metodológica es una guía para

la actuación en la práctica, pero, a la vez, somos conscientes que la realidad puede superar las orientaciones metodológicas y, en esos momentos, el disponer de un marco teórico sólido contribuye a dar respuesta a esa nueva realidad.

En este sentido nos hemos decantado por las contribuciones del Trabajo Social Crítico, las teorías feministas, el enfoque anti-opresivo y multicultural y en enfoque basado en las fortalezas. El Trabajo Social Crítico nos aporta un análisis estructural que parte del reconocimiento de las personas, de sus conocimientos y saberes y de su capacidad de acción; este análisis se ve reforzado por las teorías feministas que incorporan una perspectiva no androcéntrica y ponen de relieve las múltiples discriminaciones y desigualdades que pueden vivir las personas (interseccionalidad), así como el rechazo a los patrones y estereotipos y el reconocimiento de la complejidad del proceso de toma de decisiones en situaciones críticas; el enfoque anti-opresivo y multicultural nos recuerda la importancia de la identidad de las personas, la necesidad de reconocer y contemplar al otro en su globalidad sin fragmentar; finalmente, el enfoque orientado a las fortalezas pone el foco en el empoderamiento como un proceso de crecimiento de las personas, proceso que se puede llevar a cabo solo mediante el diálogo y la colaboración y que lleva a poner de relieve la resiliencia de las personas.

La selección de estos marcos o enfoques teóricos no es una mera suma de diferentes opciones, sino que se trata de enfoques que comparten una base común y que aportan matices y especificidades. Algunos autores han considerado, por ejemplo, que el Trabajo Social Crítico³⁵⁴ incluye el Trabajo Social Feminista y el Trabajo Social Anti-opresivo y Multicultural; pensamos que diferenciar las aportaciones les da una mayor relevancia y reconocimiento, a la par que nos permite una mayor profundidad en su estudio y aplicación.

En resumen, entendemos un Trabajo Social que se posiciona *junto con las personas* con las que trabaja; que *reconoce sus experiencias y saberes* y la *posibilidad de aprendizaje y crecimiento* por ambas partes; que entiende que *las desigualdades tienen un origen estructural* y adquieren formas muy diversas provocando situaciones de opresión y que *las distintas desigualdades suman* cuando confluyen en las personas, por lo que deben abordarse de *forma global*; que utiliza *el diálogo y la colaboración* como base para la relación profesional que, mediante el *acompañamiento*, ha de contribuir a los procesos de *empoderamiento y al reconocimiento y apoyo en la resiliencia*; y, finalmente,

³⁵⁴ Por ejemplo, la 3ª edición de la obra de Malcolm Payne, publicada en España en 1995 bajo el título *Teorías contemporáneas sobre el Trabajo Social: una introducción crítica*, unificaba estos enfoques en un mismo apartado bajo el epígrafe “Enfoques radicales y marxistas” y, por otra parte, Karen Healy (2002), en su libro *Trabajo Social. Perspectivas contemporáneas* también los presenta de forma conjunta, en la medida que se complementan.

que *pone énfasis en los aspectos positivos*, en las fortalezas que todas las personas tienen, ayudando si es necesario, a identificarlas y ponerlas en valor.

En el proceso de intervención desde el Trabajo Social entendemos que el diagnóstico social constituye el eje, la piedra angular, en la medida que, por una parte, representa el punto de partida de cualquier intervención aún reconociendo su carácter no definitivo como veremos más adelante, y, por la otra, porque representa la concreción en la práctica del objeto de la disciplina, supone llevar a nivel micro el ámbito de acción del Trabajo Social.

Tras el análisis sobre las distintas propuestas de definición del objeto del Trabajo Social, que ha ido evolucionando a lo largo de la historia de la disciplina, finalmente nos centramos en el análisis de las propuestas de Teresa Zamanillo (1999, 2018), de María José Aguilar (2013) y de Rosario Conde (1998) y entendimos que había elementos en las propuestas de las tres autoras que se correspondían con el marco teórico que habíamos adoptado, por lo que optamos por formular una definición que aglutinase todos los aspectos y que fuese lo más sencilla posible porque pensamos que, sin perder profundidad y contenido, es necesario disponer de conceptos fácilmente comunicables y comprensibles; la propuesta ha quedado formulada de la siguiente manera:

Situaciones de malestar social generadas en la interacción de la persona con su contexto; en las interacciones personales y en el marco de la estructura social (sistemas social, cultural, político y económico).

Señalábamos que el diagnóstico es la piedra angular del proceso de intervención social; hemos defendido que este proceso es «encabalgado y retroactivo», utilizando la expresión de María José Aguilar (2013, p. 276), pero no podemos menos que reconocer que el diagnóstico social dará la clave para la intervención aunque tiene sus límites, como ya anunció Mary E. Richmond (2008/1917): «el diagnóstico completo no es posible». Estamos ante un proceso dinámico, que se retroalimenta continuamente por la propia relación entre los actores (profesional y persona atendida) y por la propia evolución de la situación y del contexto.

En relación con la conceptualización del diagnóstico social, que no con su desarrollo metodológico como hemos venido señalando, se ha escrito bastante a lo largo de la historia del Trabajo Social: el debate ha abarcado aspectos que van desde el propio uso del término “diagnóstico” hasta su definición y ubicación en la descripción de los métodos de Trabajo Social. Es en estas definiciones donde aparece más nítidamente el rol de los profesionales puesto que algunas de ellas lo conciben como una actividad exclusivamente del profesional,

olvidando la participación de la persona o personas sobre las que versa el diagnóstico y relegándolas a un mero papel de “observado”; otras, en cambio, sitúan a las personas en un lugar destacado, reconociéndoles su conocimiento sobre su propia situación y su capacidad de agencia, entendida como la capacidad para hacer que las cosas pasen (Bandura, 2001).

Siguiendo esta última línea, que se ajusta al marco teórico elegido, planteamos una formulación propia de la definición de diagnóstico social en la que tomamos como base la propuesta de María José Aguilar (2013, p. 296) para incorporar algunos de los elementos que los enfoques teóricos escogidos nos aportan, así como reflexiones tomadas del trabajo de campo:

El diagnóstico social es un acto intelectual fruto de un proceso dialógico de análisis y sistematización de información, que lidera el profesional en el marco de sus funciones y que contempla la situación de la persona (o grupo de personas) desde una visión interseccional; destacando las fortalezas, estrategias y habilidades desarrolladas y necesarias para afrontar la situación de malestar social generadas en la interacción de la persona con su contexto.

Es el momento de recordar que partíamos de una pregunta de investigación que se formulaba de la siguiente manera: ¿cómo debería utilizarse una clasificación diagnóstica en la práctica de la intervención social?; en el proceso de investigación hemos puesto de relieve que la utilización de una clasificación diagnóstica no es un tema que pueda abordarse de manera mecánica, desde la técnica, sino que requiere de un marco teórico completo que de sentido y guía la actividad profesional con dos finalidades: ofrecer a las personas la mejor atención posible evitando los automatismos que pueden llevar a la uniformidad más que a la igualdad y la equidad y, por otra parte, posibilitar el desarrollo de la profesión adaptándolo a nuevas realidades sociales. En el marco teórico que hemos escogido y que hemos sintetizado, conformado por diversos enfoques y aportaciones teóricas, porque ninguna teoría por sí sola nos ofrecía una interpretación de la realidad lo suficientemente amplia, se encuentran las respuestas a los objetivos específicos que nos planteamos en relación con el objetivo general de desarrollar una propuesta de metodología para el diagnóstico social; los objetivos específicos hacían referencia a tres aspectos: orientación a la acción, rol de los actores e inclusión de factores de protección y de riesgo.

Hasta este momento hemos abordado el rol de los actores, apostando por un Trabajo Social que se posiciona en funciones de acompañamiento, que utiliza el diálogo y la colaboración,

que opta por la “intervención con” en vez de la “intervención para o sobre”, que reconoce los saberes que las personas han acumulado a lo largo de su vida y se empeña en aflorar los aprendizajes y valorarlos como fortalezas y capacidades de las personas. Todo ello sin olvidar que, como se puso de manifiesto en los grupos de discusión, el Trabajo Social tiene también asignada una función de protección de personas vulnerables que puedan ver conculcados sus derechos y que esta función de protección puede suponer acciones directas en determinadas circunstancias. Nos parece importante reconocer esta doble función del Trabajo Social, de acompañamiento y de protección, porque en algunas ocasiones pueden aparecer como contradictorias y las decisiones, los métodos y las técnicas puede ser distintas según se esté ejerciendo una u otra función.

El marco teórico escogido nos orienta, también, sobre otro de los aspectos clave a desarrollar: la inclusión de factores de protección y de riesgo. Todos los enfoques teóricos elegidos contribuyen, de una manera u otra, a poner en valor los aspectos positivos que presentan las personas que se encuentran en *situaciones de malestar social* y, no solo eso, sino que nos aportan elementos para el análisis del impacto de los factores de desigualdad en la vida de las personas, contribuyendo a identificar los factores de riesgo más allá del ámbito individual e interno de la persona, poniendo el foco en los desajustes que se producen en el funcionamiento social derivados de las estructuras de poder; en este sentido el concepto de *interseccionalidad* entendemos que es una aportación muy útil tanto desde la perspectiva de la investigación del Trabajo Social como desde la práctica profesional.

Finalmente, en el contexto de este primer objetivo general, nos queda un punto para abordar que, a diferencia de los anteriores, tiene un mayor soporte en la práctica y, por tanto, en el trabajo de campo, que no en las aportaciones teóricas sobre metodología de la intervención; nos referimos a la orientación a la acción, a la toma de decisiones.

En relación con este aspecto debemos señalar que las aportaciones de la literatura son escasas y las existentes provienen de autores que reflexionan sobre la práctica profesional más que de autores de corte académico; la práctica cotidiana del Trabajo Social hace necesario establecer un doble nivel de diagnóstico social que permita la toma de decisiones a partir de una serie de informaciones que se consideran clave. En la encuesta se planteó la valoración de los dos niveles de diagnóstico (cribado o aproximación diagnóstica y en profundidad) y, ambos obtuvieron apoyos de la mayoría de los participantes, un 95% para el cribado y un 99% para el diagnóstico en profundidad; en las entrevistas se abordó también el tema y surgió

esa necesidad práctica de disponer de un doble nivel que permita determinar o anticipar aspectos tales como la idoneidad del servicio donde debe ser atendido o el tipo de atención que puede necesitar. Incluso un instrumento normativizado, como es el del País Vasco (Euskadi, 2013) prevé este doble nivel y adapta el instrumento a esa circunstancia.

En la literatura sobre metodología de Trabajo Social este diagnóstico preliminar se ha planteado desde una perspectiva muy basada en la práctica, Cristina de Robertis, una de las pocas autoras que incluye en la metodología esta fase previa, lo caracteriza como «impregnado de impresiones indefinibles y de “olfato profesional”» (de Robertis, 2006, p. 171). Por nuestra parte, pensamos que las aportaciones de otras disciplinas a la conceptualización de esta fase previa pueden ser útiles, así recuperamos las aportaciones de la OMS que define el cribado como «una identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras técnicas susceptibles de aplicación rápida» (Cerdá et al., 2006, p. 9). La ventaja de la propuesta de la OMS sobre la de Cristina de Robertis (2006) es que la primera se basa en instrumentos que ayudan a los profesionales a tomar la decisión, lo que facilita su realización por parte de cualquier profesional, independientemente de su nivel de experiencia, y contribuimos a homogeneizar los criterios mediante los cuales se toman las decisiones.

También en el marco de la orientación a la acción era necesario identificar qué actividades son necesarias para la elaboración de un diagnóstico social; en la encuesta se plantearon una serie de actividades sobre las que se pedía una valoración de su importancia y observamos que había tres actividades que destacaban por encima de todas las otras: recogida de información y datos personales, análisis e interpretación de datos y análisis conjunto de la situación (con la persona usuaria). Por otra parte, en las limitadas aportaciones teóricas sobre la metodología de elaboración del diagnóstico social se identificaban tres partes en este proceso: descriptiva, diagnóstica y prospectiva (Conde, 1998; Hamilton, 1940). Estas pocas aportaciones teóricas coinciden en insistir que es *necesario llevar a cabo las tres acciones para elaborar un diagnóstico social*; no existe diagnóstico solo con la fase descriptiva, sin análisis no hay diagnóstico. En línea con la conceptualización del diagnóstico social y con el proceso de intervención social como un proceso de continua interacción y respuesta entre los distintos elementos, entendemos que la metodología para la elaboración del diagnóstico social también debe seguir la misma lógica, en el que las partes se solapan e, incluso, se funden en la práctica;

por ello concebimos una propuesta en la que las distintas acciones conviven y se retroalimentan entre ellas para la elaboración del diagnóstico social.

En síntesis, a lo largo de la investigación, en relación con el primer objetivo general hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- Toda metodología debe estar amparada por un marco teórico que oriente y guíe su implantación en la práctica con la finalidad que ésta no derive en el activismo al que le llevaría la acción sin reflexión; además, los enfoques teóricos ofrecen referencias conceptuales que permiten la adaptación de la práctica a la dinámica de la realidad social.
- Los marcos teóricos se escogen en función de nuestros valores filosóficos, ideológicos y de los principios que rigen la acción humana; partiendo de esta elección hemos tomado como marco teórico general el construccionismo por sus aportaciones en relación con el rol del lenguaje, como constitutivo de la realidad; en relación con la posición de los actores en la construcción del conocimiento, entendiendo que todo conocimiento es subjetivo y está determinado por el momento y lugar en el que se produce; y, finalmente, en relación con la validación de los conocimientos generados, que debe producirse en la aplicación práctica mediante la retroalimentación.
- El Trabajo Social ha desarrollado enfoques teóricos propios al tiempo que ha incorporado teorías originadas en otras ciencias sociales o de carácter transversal. Pretendemos integrar las aportaciones del Trabajo Social Crítico, en especial su visión sobre las estructuras sociales y el reconocimiento de los saberes de todos los participantes en la relación profesional; las aportaciones de las teorías feministas, en especial el análisis no androcéntrico de la sociedad y la pluralidad de causas de discriminación u opresión que pueden confluir en una misma persona (interseccionalidad); las aportaciones del enfoque anti opresivo y multicultural, que ponen en acento en la identidad de las personas que les da integridad e integralidad; y, finalmente, del enfoque orientado a fortalezas que pone énfasis en los procesos de empoderamiento y en la resiliencia de las personas.
- Las aportaciones de estos enfoques teóricos nos llevan a concebir las relaciones profesionales (profesional-persona atendida) en un plano de igualdad, en la que cada actor aporta su conocimiento y su saber en relación con la situación de malestar social

que se quiere abordar, en la que el diálogo y la colaboración guían la función de acompañamiento, como función principal del Trabajo Social; todo ello sin olvidar que, cuando es necesario, el Trabajo Social ejerce una función de protección respecto de las personas más vulnerables que puede conducirlo a actuar de manera más unilateral con alguna de las partes implicadas.

- El diagnóstico social es el eje central de la intervención en Trabajo Social, es la piedra angular sobre la que se sustenta todo el proceso de intervención social; independientemente que el diagnóstico sea un proceso continuo, sin un final propiamente dicho, en constante dinamismo, son precisamente estas características, el dinamismo y la continuidad a lo largo de toda la intervención las que le dan el carácter central. Citando a Séneca: «Quien no sabe a qué puerto se dirige, ningún viento le es favorable» (Senecae, 1929/62-65 d.C., p. 53); el diagnóstico social es aquella parte del proceso que permite saber a qué puerto nos dirigimos en la intervención social.
- El diagnóstico social requiere de herramientas profesionales que contribuyan a la homogeneización del lenguaje con el fin de mejorar la comunicación con las personas a las que se atiende, en primer lugar, y con otros profesionales y sistemas. Los instrumentos para el diagnóstico social deben estar sometidos a una validación y actualización constante con la finalidad de no perder el ritmo de la dinámica de las sociedades.
- Realizar un diagnóstico social requiere de una metodología específica que debe aprenderse e interiorizarse para el ejercicio de la práctica profesional; la metodología puede adaptarse a distintos instrumentos, porque los procesos básicos que se requieren se mantendrán estables.
- En la práctica profesional es necesario disponer de niveles de diagnóstico que permitan valorar de forma ágil la pertinencia o no de la intervención social y, en su caso, el tipo más adecuado de la misma.

9.2 Hacia una propuesta de clasificación diagnóstica

El segundo objetivo general se formuló de la siguiente manera: “Elaborar una clasificación de diagnósticos para la intervención profesional desde el Trabajo Social, poniendo especial énfasis en su aportación al Sistema de Servicios Sociales, como sistema principal donde se

desarrolla la actividad profesional del Trabajo Social” y para su desarrollo se plantearon tres objetivos específicos: analizar las propuestas de categorización de distintos instrumentos, partir de la tipología de necesidades del Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2010-2013 (Maluquer et al., 2010) y, finalmente, incorporar la gradualidad de las situaciones mediante indicadores.

Todos estos objetivos pretendían dar respuesta a la pregunta de investigación: ¿es posible desarrollar una clasificación de diagnósticos sociales orientada a la intervención individual/familiar y grupal que sea útil para homogeneizar el lenguaje y sirva de base para el desarrollo de un marco conceptual y teórico para la intervención social?

Podríamos responder a esta pregunta, sin alargarnos mas, de forma afirmativa: es posible el desarrollo de una clasificación diagnóstica orientada a la intervención social en el ámbito individual, familiar y grupal, útil y que nos proporcione elementos para el desarrollo de investigaciones futuras que conduzcan a un mejor conocimiento de la realidad de la práctica del Trabajo Social y sean, por tanto, la base para la elaboración de nuevos enfoques teóricos, nuevas técnicas o, incluso, nuevas respuestas desde las políticas sociales.

La parte de la investigación llevada a cabo para dar respuesta a la pregunta y a los objetivos es, posiblemente, la que ha concentrado un mayor esfuerzo o dedicación en el marco del conjunto, aunque queremos señalar que la separación de ambas propuestas es, en si mismo, un reto, puesto que la metodología se desarrolla adaptada a la propuesta de clasificación y de los distintos elementos que la configuran en un proceso de retroalimentación, aún mantenido el objetivo que el marco básico metodológico sea aplicable en cualquier proceso diagnóstico. Aún así, debemos señalar que hemos hecho un esfuerzo significativo en el trabajo de campo por recabar la valoración de las profesionales con respecto al uso de instrumentos y de categorías diagnósticas dado que tanto la experiencia personal como las aportaciones de la literatura mostraban claras reticencias a este tipo de instrumentos.

Hemos encontrado un número no desdeñable de aportaciones en la literatura que vinculan el uso de instrumentos y categorías diagnósticas con el etiquetaje (*labelling*), incluso en algunas de ella se hacen eco de la resistencia de las profesionales del Trabajo Social a utilizarlas. Este tema se planteó en el marco de la encuesta y los resultados mostraron que lo que producía un mayor rechazo era el uso de categorías absolutas, de carácter binario, que no permiten introducir matices; en cambio, la opción de categorías con indicadores comunes presentaba

una mayor aceptación; de la misma manera que obtenía amplios apoyos la opción de un instrumento que concluyera con un índice sintético.

En los grupos de discusión se sometió a debate este tema desde dos perspectivas: el lenguaje homogéneo que se concretaría en un instrumento que incluyese categorías diagnósticas definidas mediante indicadores graduados y el mismo uso de los indicadores. En general las participantes eran muy receptivas al uso de un lenguaje homogéneo, valoraban la importancia para la práctica cotidiana, lo que podría suponer la posibilidad de disponer de un lenguaje homogéneo que facilite la comunicación, pero también se reivindicaba como señal de identidad y como forma de delimitar el ámbito de la intervención profesional.

En relación con los indicadores se plantearon diversas propuestas: la necesidad de un diseño que garantizase su usabilidad, su estructuración por bloques o ámbitos que contribuya a la precisión de los resultados, la graduación debe contemplar un abanico de situaciones en relación con un mismo aspecto. Es interesante destacar que hubo un amplio consenso en entender que los indicadores son *instrumentos que no suplen la actividad profesional*; en este caso, podría decirse que en los grupos de discusión se contradijo la preferencia mostrada en la encuesta por los índices sintéticos, puesto que se valoraba más el conocimiento de los detalles y la posibilidad de establecer análisis y valoraciones ad hoc en cada situación, más que fórmulas estandarizadas. En todo caso, a los índices sintéticos se les concede un valor orientativo, pero no vinculante.

Podría sorprender la distancia mostrada entre las aportaciones teóricas y la experiencia práctica obtenida en el trabajo de campo, pero es posible que este cambio sea debido al momento en el que se desarrolla este trabajo de campo; uno de los elementos que fue comentado en los grupos de discusión, aunque no le dimos gran relevancia en el apartado del análisis, es el hecho que prácticamente todos los profesionales (en el caso de los grupos de discusión, todos sin excepción) están utilizando aplicativos informáticos para el registro de los expedientes sociales y la informatización ha conllevado la implantación de un determinado lenguaje y unos conceptos concretos, como hemos visto al analizar los instrumentos.

Esta estructuración de la información, requisito imprescindible de los procesos de informatización, se han llevado a cabo sin la participación de las profesionales del Trabajo Social o, si la hubo, no se han actualizado; pensamos que esta implantación extensiva de la informatización en los distintos ámbitos de práctica ha llevado a las profesionales a una

posición más pragmática en relación con las categorías y a plantear que deben ser las disciplinas implicadas en cada uno de los ámbitos de intervención las que lideren el proceso de elaboración de estos indicadores, contando con todos sus ámbitos (profesional, académico, investigador) y aportando su conocimiento y experiencia. No hemos localizado estudios u otro tipo de producción científica que analice el impacto de la informatización en el lenguaje profesional.

El análisis de los instrumentos diagnósticos es la otra gran base para dar respuesta al objetivo general que nos ocupa y se ha desarrollado a lo largo del proceso de la investigación, previo a trabajo de campo para disponer de los elementos básicos que queríamos contrastar, durante el trabajo de campo en función de los resultados y posteriormente para el análisis final. Hemos estudiado y analizado un total de 10 instrumentos y modelos, la mitad nacionales y la otra mitad internacionales (ubicamos la adaptación catalana del instrumento Self-Sufficiency Matrix entre las internacionales porque prácticamente es una traducción del modelo neerlandés).

Al estudiar y analizar los instrumentos nacionales, especialmente, los surgidos al amparo de las administraciones públicas, se observa que, a menudo, no es posible identificar el origen y el fundamento teórico de las propuestas de clasificación. Además, se plantean instrumentos para su uso por parte de un Sistema sin diferenciar las distintas disciplinas que pueden estar implicadas; esta situación afecta especialmente al Sistema de Servicios Sociales y son ejemplo de ello SIUSS, Hèstia o DS-DIBA. En los grupos de discusión se debatió sobre este tema y se constataba la contradicción, como mínimo aparente, que existe entre el hecho de conceptualizar los Servicios Sociales como un sistema multidisciplinario y disponer de instrumentos únicos que no diferencian entre las distintas disciplinas. Compartimos la visión que reivindica que los instrumentos diagnósticos y metodológicos forman parte del bagaje profesional y no de los Sistemas. Y la compartimos porque entendemos que la metodología, las técnicas y los instrumentos deben tener su origen y su fundamento en las disciplinas profesionales que, en todo caso, deberán adaptarse a los distintos ámbitos de intervención y a las distintas disciplinas, más que a las instituciones.

En el marco de esta investigación hemos querido realizar el análisis sobre aspectos diversos, no quedarnos únicamente en las categorías diagnósticas; hemos investigado si los instrumentos se fundamentaban en enfoques teóricos y en cuál de los descritos en la literatura; hemos analizado la configuración interna del instrumento: la existencia de

indicadores o de elementos que permitan matizar las situaciones identificadas; la existencia de índices sintéticos o su funcionamiento para la elaboración del diagnóstico. Por otra parte, también se analizaron los ámbitos y su estructuración; así como la posición de los actores que se deduce de las instrucciones o del lenguaje del instrumento; y, finalmente, aspectos materiales como el soporte en el que se encuentran y, si la hubiese, la automatización.

Se ha puesto de manifiesto que algunos instrumentos presentan unas características que no responden a las necesidades manifestadas por las personas que han participado en el trabajo de campo: lenguaje obsoleto, falta de actualización de las categorías, inexistencia de matices para la asignación de categorías, falta de definiciones precisas sobre el significado de las categorías, orientación a la asignación de recursos, entre las más destacables.

Por otra parte, hemos podido identificar aquellas características que se ajustaban mejor tanto al marco teórico escogido como a las preferencias mostradas por las participantes en el trabajo de campo; destacamos las características siguientes:

- Debe incluir metodología para su aplicación: un instrumento para el diagnóstico social es una herramienta de apoyo y, por tanto, debe estar enmarcada en un proceso metodológico explícito que contemple todas las fases necesarias para su obtención. Señalábamos anteriormente la profunda interrelación entre los dos objetivos generales de esta investigación y las dos propuestas que resultan de ella.
- El lenguaje que se utilice en el diagnóstico debe ser preciso, claro y riguroso a la par que debe incluir definiciones que puedan ser comprensibles para personas no profesionales, especialmente para las personas atendidas, o, como mínimo, que las definiciones sean fácilmente adaptables a un lenguaje común.
- La definición y descripción de los indicadores, así como su disposición en el instrumento, deben priorizar las fortalezas y habilidades de las personas lo que significa que, por una parte, han de incluirse las situaciones favorables y, por la otra, deberíamos partir siempre de la mejor situación posible para ir buscando elementos de malestar.
- La configuración de la gradación de los indicadores ha de permitir la medida de forma clara y concisa, atendiendo a criterios únicos que se desplieguen en distintos niveles, evitando introducir elementos que puedan ser contradictorios o que puedan presentarse de forma independiente.

- Una propuesta de instrumento para el diagnóstico social debe prever su utilización integrada en sistemas informáticos de gestión de expedientes sociales, lo que significa que la información debe estar estructurada y estandarizada.

El objetivo de la investigación era, como hemos dicho, elaborar una clasificación de diagnósticos para la intervención profesional desde el Trabajo Social, poniendo especial énfasis en su aportación al Sistema de Servicios Sociales, como sistema principal donde se desarrolla la actividad profesional del Trabajo Social. Valoramos, también, la necesidad de un sistema de clasificación flexible, adaptable a distintos ámbitos de intervención mediante la incorporación de nuevas dimensiones y/o indicadores y compatible con el uso de instrumentos específicos para situaciones concretas (riesgo en infancia, situaciones de violencia, situaciones de dependencia funcional, etc.). El análisis de los instrumentos nos ha llevado a constatar que existían instrumentos elaborados que reunían buena parte de las características identificadas como elementos clave para nuestra propuesta y que, más bien, se trataba de ajustar algunos aspectos, bien porque las realidades sociales y culturales de los instrumentos de origen son distintas, bien porque se aportaba algún elemento especialmente relevante.

De acuerdo con lo establecido en uno de los objetivos específicos hemos partido de la definición de necesidades sociales que se desarrolló en el Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2010-2013 (Maluquer et al., 2010). En relación con la propuesta original, hemos optado por separar una de las categorías (material e instrumental) en dos porque valoramos que abordan ámbitos distintos, pero, también, porque el tipo de intervención que se puede llevar a cabo es muy diferente; quedando así estructurado el instrumento en 4 ámbitos: relacional, autonomía personal, instrumental y material.

En síntesis, como avanzábamos en el primer párrafo de este apartado, la respuesta a la pregunta de investigación sería una afirmación: es posible desarrollar una clasificación diagnóstica orientada a la intervención social. El análisis de los instrumentos y las aportaciones de las profesionales que han participado en el trabajo de campo nos permiten identificar cuáles son los requisitos y características que debería tener esta propuesta de clasificación y sobre esta base, hemos trabajado en las propuestas que se desarrollan en el capítulo siguiente.

9.3 Recomendaciones

Una investigación tiene, necesariamente, límites que derivan de la propia definición de los objetivos, puesto que a lo largo del proceso van surgiendo nuevos temas, nuevas vías a desarrollar que no pueden ser abordadas en el marco de la misma investigación. Aún así, pensamos que es interesante apuntar aquellos aspectos que sería conveniente desarrollar en futuras investigaciones y, también, en otros ámbitos del desarrollo profesional.

En primer lugar, esta investigación incluye una propuesta metodológica y una propuesta de clasificación diagnóstica y como cualquier elaboración teórica requiere de un proceso de prueba y validación; desde la perspectiva sobre la que hemos construido toda la investigación este proceso supondría una nueva investigación aplicada que permita, desde el ámbito profesional y sin los condicionantes de los Sistemas de Protección Social (especialmente de las administraciones públicas), validar la utilidad y la usabilidad de las propuestas y, en su caso, introducir las modificaciones necesarias.

De los resultados de esta investigación nos planteamos recomendaciones en los siguientes ámbitos:

- Propuesta metodológica de diagnóstico social
- Propuesta de categorías diagnósticas
- Desarrollo de la disciplina
- Desarrollo profesional
- Práctica profesional

En relación con la **propuesta metodológica de diagnóstico social** sería interesante desarrollar investigaciones destinadas a:

- Validar su usabilidad, es decir su capacidad para guiar el proceso de elaboración del diagnóstico social.
- Evaluar el impacto que tiene en el proceso diagnóstico la incorporación de factores de protección y de riesgo desde la perspectiva interseccional: la adecuación de los ejes, el diseño del proceso de actualización de estos.
- Valorar la idoneidad de las técnicas propuestas para llevar a cabo las distintas acciones que comporta la elaboración del diagnóstico y, en su caso, identificar aquellas más adecuadas al contexto concreto de la práctica profesional.

- Evaluar el impacto de priorizar en la práctica profesional el diagnóstico social, destinando el tiempo y los recursos adecuados, en términos de efectividad a medio y largo plazo en las intervenciones sociales.

En relación con la **propuesta de categorías diagnósticas** sería interesante desarrollar investigaciones que permitan validar o evaluar aspectos tales como:

- Pertinencia y adecuación de las dimensiones: tanto en la definición de las dimensiones como en sus contenidos.
- Ajuste y precisión de los indicadores: adecuación de los indicadores a la gradación de las situaciones.
- Usabilidad de la escala: facilidad de implementación.

Pero, también valoramos la necesidad de plantear nuevos temas a desarrollar, en colaboración necesaria con otras disciplinas, tales como:

- Definición de las características del soporte informático.
- Diseño de representaciones gráficas

En relación con el **desarrollo de la disciplina** nos planteamos la posibilidad de desarrollar investigaciones y estudios:

- Desarrollo de modelos teóricos desde una perspectiva interdisciplinaria o transdisciplinaria.
- Desarrollo de investigaciones sobre el objeto del Trabajo Social en la práctica:
 - Incidencia de las situaciones en la población (prevalencia)
 - Análisis de los niveles de impacto de las situaciones por situaciones (en relación con el nivel de autosuficiencia de las personas, por ejemplo).
 - Detección de nuevas necesidades: diseño de sistemas para la detección.

En relación con el **desarrollo profesional** esta investigación nos abre algunos caminos a tomar en consideración:

- Introducir en la formación básica (universitaria) más contenidos relacionados con la metodología del diagnóstico social, especialmente en el ámbito del trabajo social individual y familiar, y los diversos instrumentos de apoyo existentes.

- Diseñar formación de postgrado orientada a la práctica y la intervención social desde el Trabajo Social en los niveles de atención individual y familiar que incluya modelos teóricos, metodología y uso de instrumentos.
- Aumentar la formación continuada sobre modelos teóricos: los modelos evolucionan y sería necesario poder acceder a formación que facilite el acceso a las novedades en el ámbito teórico.

Finalmente, en relación con la **práctica profesional** queríamos destacar la necesidad de profundizar en algunos aspectos:

- Defensa de los métodos del Trabajo Social y los instrumentos para su desarrollo como conocimiento propio de la disciplina y no vinculado a las instituciones u organizaciones desde donde se desarrolla, más allá de la adaptación al ámbito.
- Reconocer a la función de diagnóstico social el papel de eje central de la intervención social y asignarle los tiempos necesarios, así como la formación continua que garantice la buena praxis.
- Desarrollar estudios sobre la práctica del Trabajo Social: sus fundamentos teóricos y metodológicos, el impacto del contexto en la práctica, la gestión del conocimiento y otros aspectos que influyan en la práctica.
- Participar, de forma muy activa, en el desarrollo de instrumentos de gestión de las instituciones y organizaciones (aplicaciones y plataformas tecnológicas), siempre que estos instrumentos sean necesarios para la práctica profesional.

Valoramos que nuestra propuesta es un punto de partida para el desarrollo futuro, aunque constituya el punto final de esta investigación, entendemos que sus resultados solo serán validos si pueden desarrollarse y contribuir al desarrollo de la disciplina del Trabajo Social.

CAPÍTULO 10 PROPUESTAS

There were several roads near by, but it did not take her long to find the one paved with yellow bricks. Within a short time she was walking briskly toward the Emerald City, her silver shoes tinkling merrily on the hard, yellow road-bed. The sun shone bright and the birds sang sweetly, and Dorothy did not feel nearly so bad as you might think a little girl would who had been suddenly whisked away from her own country and set down in the midst of a strange land.

L. Frank Baum. The Wonderful Wizard of Oz

A lo largo de los capítulos anteriores hemos recorrido un camino que nos ha llevado a reflexionar sobre el Trabajo Social: su objeto y sus métodos; a explorar enfoques teóricos en los que enmarcar nuestra acción profesional; a tomar en consideración los ámbitos en los que nos desempeñamos; y, finalmente, revisar una selección de instrumentos y modelos para elaborar el diagnóstico social. Además de este recorrido teórico, reflexivo, hemos buscado el contraste con la realidad, hemos pedido la colaboración a profesionales para que nos aporten su punto de vista y su visión de su práctica cotidiana. Todo este camino tenía, tiene, un destino: cumplir con los objetivos generales de la investigación.

Estos objetivos se concretan en el desarrollo de dos propuestas:

- Una metodología para la elaboración del diagnóstico social.
- Una clasificación de diagnósticos para la intervención desde el Trabajo Social.

Este capítulo incluye, en dos apartados, las propuestas elaboradas sobre la base del recorrido realizado.

10.1 Una metodología para la elaboración del diagnóstico

A lo largo de la investigación hemos destacado el vínculo entre la teoría y la práctica y hemos defendido la necesidad que los instrumentos y las metodologías se desarrollen en un marco teórico con la finalidad de reforzar su consistencia. Un marco teórico ofrecerá una referencia para resolver aquellas cuestiones que puedan presentarse en la práctica y que no hayan quedado recogidas, porque somos conscientes que cualquier propuesta metodológica no puede dar respuesta específica y a medida a la complejidad de la realidad social; así pues, disponer de un marco teórico general nos ayudará a situarnos y adaptarnos a nuevas dinámicas y realidades.

En esta línea este apartado, que conforma una de las dos propuestas finales de esta investigación, se configura con un marco conceptual para la elaboración del diagnóstico

social y después se aborda la descripción del proceso que conduce a la elaboración del diagnóstico, primero en una visión general para, después, abordar cada uno de los momentos o acciones que son necesarias de acuerdo con la propuesta.

10.1.1 Marco conceptual para la elaboración del diagnóstico social

En el Capítulo 8 (página 487) desarrollamos el análisis del marco conceptual y teórico que permitiera poner las bases a esta fase: la elaboración de una propuesta metodológica para el diagnóstico social. A modo de síntesis, en el apartado 8.1.7 (página 520), elaboramos una tabla (Tabla 113, pág. 570) que recogía los principios generales para este proceso y este va a ser el punto de partida para nuestra propuesta final.

Antes de nada, querríamos abordar un tema que, desde nuestra perspectiva, está en la base de todo este trabajo; se trata de posicionarse en relación con quien debe liderar el desarrollo de los instrumentos diagnósticos (y su metodología) y en qué nivel deben desarrollarse. Este es un debate que no existe abiertamente en nuestro país³⁵⁵, que se ha caracterizado, como vimos en el análisis de los instrumentos, por dejar en manos de las instituciones la sistematización de la información que conforma el diagnóstico social, siempre en el marco de los expedientes sociales. Pero que no exista el debate público no quiere decir que no exista, como se ha visto en los grupos de discusión y en las entrevistas cualificadas, en la que ha existido una corriente general que reivindica que los instrumentos diagnósticos y metodológicos forman parte del bagaje profesional y no de los Sistemas.

Compartimos esta visión que apuesta porque la metodología, las técnicas y los instrumentos tenga su origen y su fundamento en las disciplinas profesionales que, en todo caso, deberán adaptarse a los distintos ámbitos de intervención y a las distintas disciplinas, más que a las instituciones. Surgía en los grupos la reflexión que comparaba la situación de los profesionales sociales (especialmente trabajadoras y trabajadores sociales, que eran los más numerosos) en relación con otros profesionales como, por ejemplo, de la psicología o la medicina; y se constataba que en el caso de la psicología o la medicina ninguna institución se plantea imponer un sistema de diagnóstico o de tratamiento, se trata de aspectos que forman parte del conocimiento profesional y en los que las instituciones no intervienen. Dicho esto,

³⁵⁵ Aunque recientes iniciativas parecen querer ponerlo en la agenda, como la del Consejo General del Trabajo Social ha impulsado en el último año formación específica sobre el Diagnóstico Social tanto abierta a profesionales como dirigida a las Juntas de los Colegios, así como una reivindicación de esta función como propia del Trabajo Social; de la misma manera, en los últimos años se han activado iniciativas de Colegios Profesionales territoriales impulsando formación en este ámbito.

también somos de la opinión que es necesaria la profundización en el estudio, la investigación, el desarrollo y la formación en materia de intervención social, especialmente en el ámbito de la intervención individual y familiar.

Así pues, partimos de la base que la *metodología de intervención, las técnicas y los instrumentos son herramientas de carácter profesional* que, en el caso del diagnóstico social, que es el que hemos estudiado, abordan el núcleo del objeto de la profesión y, por tanto, los instrumentos genéricos tienen una utilidad relativa para la intervención profesional y, sobretodo, no recogen la diversidad de disciplinas que conforman los distintos sistemas de protección social (Servicios Sociales, Sanidad, Educación, etc.).

10.1.1.1 EL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO CONSTRUCCIONISTA COMO PUNTO DE PARTIDA

El marco teórico es el primer paso de la propuesta porque, como hemos defendido a lo largo de los capítulos, entendemos que una actuación profesional que no está guiada y orientada por un enfoque teórico puede verse abocada al automatismo y a la respuesta a demandas o expectativas, institucionales o sociales, sin la necesaria reflexión y pensamiento crítico que debe guiar la actuación de una profesión liberal, retomamos aquí la definición que nos aportaron en una de las entrevistas, que entendemos como aquella cuya actividad es, principalmente, intelectual. Una *actividad intelectual debe estar basada, fundamentada y reflexionada al amparo de un marco teórico* para que mantenga su esencia y no se desvirtúe.

En la construcción del marco teórico vamos a diferenciar dos niveles, un marco de carácter general, que se toma como referencia un paradigma del conocimiento científico y ofrece líneas generales; y otro más concreto, centrado en el Trabajo Social.

Nuestra propuesta metodológica se enmarca en el *paradigma construccionista* y hemos escogido este porque nos aporta elementos que, en nuestra opinión, permiten el desarrollo de una disciplina como el Trabajo Social desde una posición de ayuda y acompañamiento. Las principales aportaciones de este paradigma en relación con el Trabajo Social serían:

- El **conocimiento es subjetivo**, se construye de forma compartida, mediante consensos, entre las distintas personas que intervienen y es dinámico. El “observador” y el “observado” se influyen mutuamente, no existe una observación aséptica porque existe interacción. Esta manera de enfocar la construcción del conocimiento es válida tanto desde una perspectiva teórica, investigadora, como en la práctica del Trabajo Social.

Recordamos que toda actuación profesional parte de un proceso de conocimiento (de un situación individual o familiar, de un grupo, de una comunidad), por tanto, la manera en que entendamos la construcción del conocimiento influirá en la forma en cómo nos relacionamos con “el otro / los otros” y diseñaremos la intervención.

- El ***lenguaje tiene un rol destacado*** tanto en la construcción del conocimiento como en la acción social. Partiendo de la base que el conocimiento se construye a partir de los consensos y convenciones, el lenguaje es la herramienta clave para alcanzar estos consensos y describir estas convenciones. Pero, desde el construccionismo, se va un paso más allá y se le otorga un rol de acción social en la medida en que es el medio para que se produzcan las interacciones sociales que, a su vez, construirán el conocimiento y la realidad; además, el lenguaje es un elemento vivo, que evoluciona y se transforma, tiene carácter performativo, constitutivo de nuevas realidades. Decíamos que el Trabajo Social es una actividad intelectual y no puede existir actividad intelectual sin el uso del lenguaje, ni en un plano teórico, de investigación, ni en un plano de la práctica profesional.
- La ***realidad es compleja*** y esta complejidad tiene diversas implicaciones y todas ellas tienen efectos sobre el Trabajo Social. En primer lugar, una realidad compleja debe ser abordada, para poder ser comprendida, desde el concurso de la participación de distintas disciplinas; ninguna disciplina, por si sola, es capaz de entender y explicar la complejidad y mucho menos de intervenir en ella; en este sentido, el Trabajo Social tiene un papel en la comprensión y abordaje de la realidad, pero debe sumar conocimientos de otras disciplinas y, en su caso, promover la intervención interdisciplinaria. En segundo lugar, la complejidad de la realidad requiere de matices, las posiciones dualistas, binarias, absolutas (blanco/negro, bueno/malo, inclusión/exclusión) no puede explicar la realidad. Desde el Trabajo Social y, en especial desde algunas propuestas de sistematización, se ha tendido a la simplificación en categorías absolutas y estancas para explicar la complejidad de las situaciones sociales; debemos introducir, de manera sistemática y estandarizada, si es preciso, el abanico de matices que se producen entre los extremos de una categoría dualista.
- La ***validación de las propuestas***, de los resultados del proceso de construcción del conocimiento, ***debe fundamentarse en el uso*** de los nuevos conocimientos y en su retroalimentación constante. Decíamos que la sociedad es compleja y dinámica, partiendo de esta premisa, el conocimiento también es complejo y dinámico y debe, por

tanto, actualizarse a partir de la retroalimentación que nos proporciona la práctica del uso de los conocimientos. En el ámbito del Trabajo Social, enfocado al estudio, análisis e intervención en las realidades sociales y en las relaciones humanas, la construcción del conocimiento es un proceso sin fin; es una necesidad que se vincula a la propia supervivencia de la disciplina, ser capaces de actualizar el conocimiento a partir del uso de los anteriores, de su evolución, de sistematizar la práctica que nos permite capturar la realidad social, a todos los niveles (individual, comunitario, global).

Tomando como referencia estas aportaciones, veamos ahora que traducción tendrán en nuestra propuesta:

- *El conocimiento es subjetivo.* - Este principio está en la base de toda la investigación, que ha ido construyéndose a partir de múltiples interacciones, algunas formalizadas en la metodología (encuesta, grupos de discusión, entrevistas), pero otras, fruto de la experiencia y del trabajo cotidiano, de las reflexiones y conversaciones en la práctica. En la propuesta, tanto metodológica como de clasificación diagnóstica, esta subjetividad quedará recogida en la forma en la que participan los distintos actores en la construcción del diagnóstico social.
- *El lenguaje y la complejidad de la realidad social.* – Son dos elementos indisolubles en nuestra propuesta práctica. Partimos de reconocer que buena parte de la motivación para llevar a cabo esta investigación tenía al lenguaje como su punto central; la necesidad de dotarnos de lenguaje homogéneo que nos permita entendernos en la práctica, pero también que facilite la investigación sobre el objeto de nuestra profesión. Esta necesidad de disponer de un lenguaje común, liderado desde la profesión, cobra una importancia significativa con la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación que nos obligan a salir del patrón de relación interpersonal para incorporar registros sistematizados. La necesidad de un lenguaje claro, preciso, homogéneo se plasma, especialmente, en la segunda parte de la propuesta, la elaboración de categorías diagnósticas graduadas mediante la descripción de indicadores.
- *La validación de las propuestas mediante el uso y la retroalimentación.* - Entendemos esta investigación, con sus propuestas finales, como un punto de partida para un proceso de validación posterior. Construimos la propuesta teniendo en cuenta las aportaciones a lo largo del proceso, pero somos conscientes que no es suficiente, que

después es necesario ponerlo en práctica, revisarlo, evaluarlo, modificarlo en un proceso continuo. Nos parece que debemos afrontar la elaboración de estas propuestas de la misma manera que se desarrollan los productos informáticos, siendo conscientes que la versión 1 no cubrirá todas las expectativas y que la dinámica de la realidad no llevará a construir otras muchas versiones; si en el ámbito de la programación informática se ha interiorizado esta necesidad constante de mejorar, modificar y adaptarse a nuevas necesidades (y todos nosotros hemos incorporado las actualizaciones como un proceso natural y habitual), no cabe siquiera preguntarse por qué no vamos a ser capaces de introducir esta práctica en el desarrollo de nuestro conocimiento y de nuestros instrumentos.

10.1.1.2 TRABAJO SOCIAL: OBJETO, FUNCIONES Y ENFOQUES TEÓRICOS

El Trabajo Social, como disciplina académica y como profesión, está definido de manera consensuada a nivel global por la FITS; partimos de esta conceptualización que define objetivos y principios, que apunta a la base teórica y conceptual general y que hace una referencia genérica a la forma de actuar. En cambio, a la definición global de la FITS (2014) le falta concretar el objeto, lo que Amaya Ituarte (1990) definía como la materia de conocimiento o Teresa Zamanillo (1999) como los hechos o fenómenos que pueden ser objeto de investigación.

Pero más allá de las implicaciones que tiene la definición del objeto para la disciplina, desde una perspectiva teórica (sin objeto no hay investigación, sin investigación no hay disciplina); desde la perspectiva práctica tiene una enorme importancia porque el objeto del Trabajo Social supone el núcleo de actividad de la profesión, es decir, implica fijar los límites a esta actividad, es el corazón, la esencia de la disciplina y de la profesión. Evidentemente, el objeto puede modificarse, puede evolucionar para adaptarse a nuevas realidades, que constituya la esencia no significa que deba ser inamovible.

En la literatura especializada hemos identificado diversas propuestas de definición del objeto, algunas de ellas, las hemos revisado y analizado, pero, al final, hemos decidido lanzar nuestra propia definición de objeto que se construye a partir del conocimiento anterior, se trata pues de una formulación diferente que tiene la pretensión de simplificar el objeto sin perder ninguno de los elementos clave; así, para nosotras el objeto del Trabajo Social son las:

Situaciones de malestar social generadas en la interacción de la persona con su contexto; en las interacciones personales y en el marco de la estructura social (sistemas social, cultural, político y económico).

La definición del objeto se traduce, en la práctica profesional a nivel micro social, en el contenido del diagnóstico social, en la medida que el diagnóstico es el resultado de la investigación en este nivel micro social y, como hemos dicho, el objeto de una disciplina es su materia de conocimiento. De ahí la importancia de incluir una definición del objeto, por la vinculación directa con el diagnóstico social.

Sin embargo, a los efectos de esta investigación y en relación con el Trabajo Social, es importante abordar el tema de las funciones y roles, antes que tratar los enfoques teóricos ya que estos últimos nos guiarán en la puesta en práctica de estos roles.

Recuperando las aportaciones de Whittington (2007) sobre roles y funciones, únicamente las relacionadas con la intervención directa (excluimos las institucionales), podemos identificar tres funciones en este ámbito de la intervención directa: protección, atención o ayuda y defensa. Por otra parte, de Conde (1998) orientaba la intervención profesional sobre dos tipologías: promocional y prestacional; la primera de las cuales tiene relación con las capacidades de la persona para hacer frente al cambio y la segunda tiene que ver con la provisión de recursos o respuestas. Entendemos que las tipologías propuestas por Conde (1998) forman parte de las funciones, en el sentido planteado por Whittington (2007) en la medida que las funciones se traducen en intervenciones.

Desde nuestra perspectiva, partiendo de las propuestas de Whittington (2007) la protección y la defensa son dos caras de la misma moneda³⁵⁶, por lo que las agrupamos en una sola que denominaremos ***protección***, mientras que a la función de atención o ayuda preferiremos denominarla ***acompañamiento***, entendida como el ofrecimiento de apoyos a la persona para que supere una determinada situación, articulando las medidas más adecuadas según su situación y su toma de decisiones.

Diferenciar estas dos funciones, protección y acompañamiento, es útil para definir la posición de los actores en el proceso del diagnóstico y, también, para determinar el uso de

³⁵⁶ En concreto, Whittington define la protección vinculado a un rol diagnóstico de asesor de riesgos tanto individual como colectivo y la defensa vinculada a la representación de las personas para defender sus derechos (Whittington, 2007, pp. 25-26). Entendemos que la identificación de los riesgos se correlaciona con la defensa de los derechos y por este motivo lo resumimos en una función única: protección.

los instrumentos de diagnóstico, indicando si serán necesarios algunos de tipo específico, por ejemplo.

En cuanto al tipo de intervención, nos parece interesante y práctica la propuesta de Conde (1998) y, por lo tanto, incorporaremos en la metodología esta diferenciación entre ***intervención prestacional***, definida como aquella orientada al acceso a prestaciones y recursos, y la ***intervención promocional***, definida como aquella que se orienta al cambio de situación y que incluye las funciones de protección y acompañamiento a las que hacíamos referencia. Ambos tipos de intervención pueden darse de forma independiente o combinadas.

La práctica del Trabajo Social, el desarrollo de estas funciones requiere un marco teórico que guíe, de consistencia y sentido a la intervención. Hemos defendido la necesidad de tener un marco teórico de referencia como mecanismo de garantía para mantener el sentido de la disciplina y la profesión y evitar caer en dinámicas condicionadas por el contexto (institucional y/o social); esta necesidad la entendemos con carácter general, independientemente del enfoque teórico que se elija, puesto que la variedad de enfoques permite que cada profesional encuentre el que se ajuste mejor a sus creencias y presupuestos filosóficos o ideológicos, como los denomina Teresa Zamanillo (2018) y que, siguiendo con la propuesta de esta autora, forman parte del modelo para la intervención social, tanto el marco filosófico e ideológico como la selección del enfoque teórico.

En nuestro recorrido por los enfoques teóricos nos hemos decantado, de acuerdo con nuestro marco ideológico y con el paradigma construccionista, por los enfoques teóricos que se sitúan en el objetivo del Trabajo Social que Payne (2014) denomina de “cambio social” y “empoderamiento” porque entendemos que son enfoques globales que nos permiten orientar el análisis de las situaciones sociales y las intervenciones profesionales desde una perspectiva del reconocimiento del otro en su globalidad: reconociendo sus capacidades, sus fortalezas, su identidad bajo distintos prismas.

Los principios que vamos a tomar en consideración en el desarrollo de la propuesta metodológica y de categorías diagnósticas son los siguientes:

- Cuestionamiento de la realidad y las estructuras establecidas: prestando especial atención a los estereotipos y a las presunciones basadas en estereotipos.

- Visión de género: incorporar una visión no androcéntrica en el análisis de la realidad y atender especialmente a los estereotipos basados en el sexo, sobretodo en las funciones de cuidado.
- Revalorización de los conocimientos de los participantes en la relación profesional: poner en valor sus fortalezas y orientarse a ampliarlas.
- Práctica dialógica: el uso del lenguaje como instrumento de comunicación, pero también como base para la reflexión y la autorreflexión.
- Praxis como interrelación entre la teoría y la práctica y validación por el uso de los conceptos y propuestas.
- Reconocimiento de la interconexión y la interdependencia como base para establecer relaciones profesionales: la mutua influencia entre profesionales y personas atendidas, entre profesionales y comunidades, entre sistemas.

10.1.1.3 DIAGNÓSTICO SOCIAL: DEFINICIÓN Y ELEMENTOS BÁSICOS

Al introducir la definición del objeto del Trabajo Social hemos hecho referencia a su importancia a los efectos de este trabajo porque, desde nuestra perspectiva, el diagnóstico social es la expresión práctica del objeto del Trabajo Social. Todas las propuestas metodológicas de intervención desde el Trabajo Social, recogiendo los principios básicos de la metodología científica, recogen las mismas fases, aún dándoles diversos nombres o separando y uniendo algunas de ellas: «estudio, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación» (Zamanillo, 1987, p. 72). Asimismo, las diversas autoras que han abordado la metodología de intervención social coinciden en señalar que la descripción de las fases no presupone un orden rígido y, en este sentido la caracterización del proceso como «encabalgado y retroactivo» que ofrece María José Aguilar (2013) es muy gráfico.

Aún así, también hay un principio básico que parecen compartir todas las autoras y autores: para intervenir, debemos saber dónde estamos; es decir, el diagnóstico social se convierte en la piedra angular de la intervención en Trabajo Social: sin un diagnóstico, por preliminar que sea, no se puede desarrollar un plan de intervención; se pueden hacer actuaciones como profesional sin este diagnóstico, lo afirmamos, pero no serán acciones de intervención social, podrán ser intervenciones prestacionales en las que hay una simple comprobación de requisitos. Pensamos que es importante diferenciar estas dos actividades, en la medida que

una, la actividad de intervención social requiere ineludiblemente la realización de un diagnóstico social; mientras que la otra se limita a la comprobación de requisitos, que se trata de una tarea estandarizada y que podría ser sustituida por procesos mecanizados. No queremos decir que toda intervención prestacional sea autónoma de un proceso de intervención social y, por tanto, también requerirá del diagnóstico social; pero hay en la práctica una parte importante de actividad vinculada, sobretodo, a la garantía de rentas, que pensamos que no responde a los criterios de intervención en Trabajo Social.

Partiendo, pues, de este papel de piedra angular que le otorgamos al diagnóstico social y vinculándolo con el objeto del Trabajo Social, proponemos una definición que responda tanto al objeto como a los enfoques teóricos de referencia:

El diagnóstico social es un acto intelectual fruto de un proceso dialógico de análisis y sistematización de información, que lidera el profesional en el marco de sus funciones y que contempla la situación de la persona (o grupo de personas) desde una visión interseccional; destacando las fortalezas, estrategias y habilidades desarrolladas y necesarias para afrontar la situación de malestar social generadas en la interacción de la persona con su contexto.

Hemos visto como diversos autores señalan la necesidad de diferenciar entre *niveles de profundización* del diagnóstico (Cerdá et al., 2006; de Robertis, 2006; García-Herrero, 2008) justificándolo de distintas maneras. De Robertis (2006) y Cerdà et al. (2006) vinculan los niveles a las fases del proceso metodológico y a la lógica del proceso de intervención que conlleva una primera formulación; de Robertis (2006) lo plantea como un proceso casi intuitivo (ella lo denomina “olfato profesional”), mientras que Cerdà et al. (2006) lo basa en una sistematización mediante pruebas y técnicas específicas. Por otra parte, García-Herrero (2008) establece la diferencia según el tipo de atención necesaria: la “valoración” (constatación de circunstancias concretas que determinan el acceso a unas determinadas prestaciones) para casos que requieren únicamente una intervención prestacional y el “diagnóstico” (juicio profesional complejo) para intervenciones a más largo plazo.

Nuestra propuesta se enmarca en la concepción de los niveles de diagnóstico como parte del proceso metodológico y los definimos de la manera siguiente:

- ***Diagnóstico de cribado.*** Este es el nivel diagnóstico que, utilizando una selección de parámetros limitada, permite obtener una primera evaluación sistematizada y

estandarizada de la situación que facilite la toma de decisiones en cuanto a tres aspectos clave: la pertinencia de la atención por parte del servicio y/o profesional que lo lleva a cabo, el grado de intervención necesaria (prestacional o promocional, aunque en este segundo caso pueda incluir intervención prestacional) y el nivel de gravedad que permita priorizar la intervención.

- ***Diagnóstico en profundidad.*** Este es el nivel diagnóstico que, utilizando el abanico completo (o necesario) de parámetros, permite una evaluación sistematizada y estandarizada de la situación con la finalidad de diseñar un plan de intervención y que, a la par, sirva de base para la evaluación del cambio situacional. El diagnóstico en profundidad se vincula con la intervención de tipo promocional.

Los dos niveles de diagnóstico se fundamentan en el mismo tipo de instrumento, lo que permite, cuando sea necesario, pasar del diagnóstico de cribado al diagnóstico en profundidad sin necesidad de repetir la parte del proceso diagnóstico realizado. A nivel metodológico la principal diferencia radica en los efectos de uno y otro nivel; mientras el nivel del diagnóstico de cribado tiene efectos a nivel de tomas de decisiones en una fase inicial de proceso de atención, el diagnóstico en profundidad tiene efectos en la elaboración y evolución del plan de intervención social.

10.1.2 El proceso para elaborar el diagnóstico social

El diagnóstico es un proceso único conformado por tres acciones que están absolutamente entrelazadas conformando un todo; estas tres acciones – descriptiva (datos), analítica (interpretación) y sintética (conclusión) – conducen a la elaboración del diagnóstico y hemos escogido la metáfora de las hebras de una cuerda, inspirada en la propuesta de Lowry (1938b, p. 572), para expresar esta interrelación: cada hebra forma parte de la cuerda final y la falta de una hebra debilitará la cuerda, la hará quebradiza; a la vez, podemos ir trenzando nueva cuerda conforme vamos avanzando en el proceso de intervención social.

Las denominamos ***acciones*** en la medida que son actividades que conforman un resultado final: el diagnóstico; y, aunque para la definición y descripción utilizaremos un orden, queremos destacar la importancia que le damos a la coexistencia de las tres de las acciones. Por este motivo hemos querido evitar el uso del término “fases” para alejarnos de una idea procesual rígida que pueda dar la impresión que el diagnóstico se puede completar solo con alguna de estas “fases”; entendemos que la coexistencia es necesaria porque no puede darse

un diagnóstico sin partir de una materia prima que, en este caso, son los datos, sin un análisis (interpretación de los datos) y sin una conclusión que constituya la base para el plan de intervención.

ILUSTRACIÓN 32. LAS TRES ACCIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Es el momento de recordar una afirmación, que hemos ido destacando a lo largo de la investigación, que aparece en el primer libro sobre diagnóstico social y que es plenamente vigente, Mary E. Richmond (2008/1917) afirma: «*No olvidemos que ningún diagnóstico es definitivo*» (p. 424). Debemos ser conscientes que el diagnóstico es un proceso dinámico que acompaña al proceso de intervención social y que, si bien es el primer paso para la intervención social, a lo largo de esta se va transformado y evolucionando.

En este apartado vamos a describir las actividades que conforman cada una de estas acciones y vamos a realizar una doble propuesta; por una parte, la descripción de las actividades y, por la otra, su aplicación mediante el uso de la propuesta de categorías diagnósticas que se desarrolla en el apartado siguiente. Para la descripción de las acciones que componen el diagnóstico social desde una perspectiva metodológica debemos usar un orden que permita la lectura de forma fácil; para ello utilizaremos el orden más lógico posible en una primera tentativa de diagnóstico; es decir, cuáles serían los pasos prácticos en un primer momento de atención: recogida de datos (acción descriptiva), análisis de los datos (acción interpretativa) y síntesis en conclusiones (acción sintética).

Por otra parte, describiremos las actividades de cada acción de forma general y destacaremos las diferencias que se pueden presentar en una primera atención, con el uso del *diagnóstico de cribado*.

No obstante, aún partiendo de la base que el diagnóstico se va completando a lo largo de toda la intervención, actualizándose y retroalimentándose con el resultado de las actividades y medidas que se vayan arbitrando; no podemos dejar de pensar que éste tiene un cierto carácter de iniciador de un proceso, cuando se produce el primer contacto entre profesional y persona usuaria, y por tanto debemos recoger este momento porque servirá para enmarcar el conjunto de la intervención social, incluido el diagnóstico social.

Nuestro planteamiento de esta fase previa, parte de la premisa que no podemos olvidar la importancia que tiene la definición del contexto: «No definir adecuadamente un contexto da lugar a la probable confusión de los significados entre los participantes (trabajador/a social y sistema cliente), que pueden tener la vivencia de estar trabajando en contextos diferentes, con finalidades diferentes» (Cardona y Campos, 2009, p. 19). Como no puede ser de otra manera, puesto que no es el objeto de nuestra investigación, no vamos a profundizar en las condiciones de este primer contacto, sobre el que se ha desarrollado un interesante estudio (Cardona-Cardona, 2012; Cardona y Campos, 2009) y nos ceñiremos a una propuesta operativa que recogerá, también, las aportaciones de las entrevistas cualitativas en relación con la importancia de definir este marco tanto profesional como institucional.

La primera atención define el contexto de la intervención en la medida que es el momento en el que se contraponen las visiones y expectativas de las dos partes de la relación: la parte profesional y la de la persona usuaria; de ahí la importancia de clarificar esas visiones y expectativas para poder llevar a cabo el proceso.

En el marco de esta primera atención, hay una primera fase que definiremos como la *presentación*; más allá de las presentaciones personales, valoramos que es importante que se expresen algunos elementos clave:

- Por parte de la persona usuaria, debería poder expresar cuáles son sus expectativas en relación con el servicio que le está atendiendo partiendo de la causa o situación que le ha motivado a acudir a ese servicio.
- Por parte de la profesional, debería poder explicar cuál es la función del servicio desde el que se está atendiendo a la persona (marco institucional) y que funciones puede hacer la profesional en concreto, cuál va a ser el camino que puede llevar esta relación de intervención profesional.

Es importante esta clarificación de la función tanto institucional como profesional porque, tal como están conformados actualmente algunos de los servicios desde los que se realiza intervención social, especialmente los del Sistema de Servicios Sociales, una parte importante de las personas que se dirigen a estos servicios lo hace para tener acceso a prestaciones (la función prestacional de la que hablaba Conde Megías (1998) y a la que también hacía referencia García-Herrero (2008) cuando diferenciaba la actividad de “tramitación y acceso a prestaciones” de la “intervención del trabajador social”.

Nuestra propuesta, coincidiendo con la que plantea García-Herrero (2008) en el ámbito del Sistema de Servicios Sociales es que, ante una situación que requiera exclusivamente una función prestacional altamente estructurada, no es necesario realizar ningún tipo de diagnóstico social, tal como lo hemos definido anteriormente (ver apartado 9.1.1.3, página 552), sino que lo que corresponde es una validación de los requisitos, su acreditación y tramitación³⁵⁷. Utilizamos la expresión “función prestacional altamente estructurada” para referirnos al proceso de solicitud y concesión de prestaciones de carácter finalista cuyos requisitos recogen únicamente elementos objetivos que se demuestran mediante el uso de información proveniente de otros sistemas.

En todo caso, entendemos que toda relación profesional puede servir para identificar necesidades o situaciones de malestar social más allá de las demandas expresadas, pero por ello definimos dos niveles de diagnóstico a los que añadimos esta posibilidad de desligar de la actividad de las profesionales del Trabajo Social aquella función prestacional en la que no se aporta un valor añadido en la medida que supone la realización de un trámite administrativo.

Una vez clarificada la función a desarrollar por la profesional, en el marco institucional desde el que se desarrolle, se podrá seguir con el proceso diagnóstico propiamente dicho.

10.1.2.2 ACCIÓN DESCRIPTIVA

Esta parte o, mejor dicho, este componente del diagnóstico social que hemos denominado ***acción descriptiva*** tiene como objetivo la sistematización de los datos que se recaban y su conversión en información válida y útil para su interpretación.

³⁵⁷ Otro tema, en el que no podemos entrar en el marco de este trabajo, es si esta función exclusivamente prestacional deben llevarla a cabo profesionales del Trabajo Social o puede ser realizada por otros perfiles profesionales.

Así pues, la actividad base de este componente es la *recogida de datos*. La primera fuente de información es la propia persona usuaria, fuente que podrá ser complementada con otras, según sea necesario y según la naturaleza de la situación.

En relación con la información que nos proporciona la persona usuaria queremos recordar algunos de los principios del enfoque teórico, en especial las aportaciones del enfoque basado en las fortalezas:

- Cada persona es quien más sabe sobre su propia vida: las fortalezas se construyen por la suma de las experiencias, tanto positivas como negativas e, incluso, con la contribución de los propios autoengaños (Saleebey, 1997).
- La incredulidad sobre los relatos de los otros, de las personas usuarias en este caso, llevarían a una visión del mundo muy reducida: la del profesional. Existen muchas representaciones del mundo y deberíamos poder identificar qué representación nos están relatando.
- El diálogo y la colaboración son la base de la interacción humana, en las profesiones de ayuda, tal como es el Trabajo Social, este es un principio básico para abordar las situaciones y buscar alternativas.
- Todas las personas tienen fortalezas: nuestra misión es descubrirlas y potenciarlas para que sean palancas para el cambio situacional.

Nuestra propuesta metodológica es un acompañamiento a un conjunto de categorías diagnósticas que proponemos como instrumento base para el diagnóstico social (ver apartado 9.2 (página 570)). Este sistema se caracteriza por la definición de 4 ámbitos que se desarrollan en 16 dimensiones y cada dimensión está desarrollada mediante indicadores que se estructuran en 5 niveles.

Defendemos que es perfectamente compatible un instrumento de sistematización de la información mediante categorías diagnósticas e indicadores con una práctica dialógica; de hecho, seguimos en este punto los pasos de la metodología desarrollada para el conjunto de instrumentos Outcome StarTM. El funcionamiento de esta metodología se basa en el uso de preguntas, así pues, se trata de identificar los temas que forman parte de cada una de las dimensiones y generar unas preguntas que permitan a las personas explicarse.

Es importante tener claro dos principios que nos han de ayudar a seleccionar los temas relevantes en cada momento:

- Un diagnóstico no será nunca definitivo y total.
- Un diagnóstico no se hace en una sola sesión

Una guía de estas preguntas por ámbitos, dimensiones y temas la presentamos a continuación en la Tabla 109.

TABLA 109. PREGUNTAS ORIENTATIVAS POR DIMENSIONES PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Ámbito	Dimensión	Tema	Preguntas
Relacional	1. Relaciones de convivencia	Comunicación	¿Hablan habitualmente de lo que han hecho durante el día? ¿Comparten sus ideas, vivencias? ¿Todos participan? ¿Hay gritos o peleas? ¿Se cuidan las cosas de la casa?
		Apoyo	¿Quién participa en las actividades de la casa? ¿Quién es el responsable de la organización? ¿Si tiene un problema, puede contar con las personas de su casa? ¿Qué pasa si enferma, le cuidan?
		Toma de decisiones	Cuando han de decidir algo importante, por ejemplo, cambio de localidad de residencia o escoger la escuela o el instituto, ¿Quién participa? ¿cómo lo hacen?
	2. Cuidados	Atención	¿Tienen cubiertas todas las necesidades? ¿Tienen rutinas establecidas? ¿Asisten a algún tipo de servicio de atención (guardería, centro de día, etc.)? ¿Tienen apoyo profesional? ¿Tienen apoyo no profesional? ¿Se siente seguro/a en la atención? ¿Tienen la supervisión que necesitan?
		Seguridad	¿Tiene medidas de seguridad para evitar accidentes de los niños/personas mayores? ¿Están siempre supervisados? ¿Conoce a todas las personas con las que se quedan?
	3. Crianza	Límites	¿Tienen rutinas para las actividades diarias? ¿Se establecen normas de conducta? ¿Cuándo se toma una decisión, se mantiene? ¿Cómo se comportan los niños fuera de casa? ¿Recibe felicitaciones?
		Comportamiento	¿Se establecen normas de conducta? ¿Se corrigen comportamientos inadecuados para la edad o en contexto social del momento? ¿Se anima a los niños a comportarse correctamente y seguir las normas?
		Socialización	¿Se relacionan con otros niños/as de su edad fuera del colegio? ¿Participan en actividades infantiles?
	4. Red de apoyo	Relaciones personales y red social	¿Tienen amigos, familiares o conocidos con los que hacer actividades diversas? ¿Se han visto implicados en algún problema debido a alguien de su círculo de contactos? ¿Puede contar con sus amigos, familiares o conocidos en situaciones de necesidad? ¿Si

Ámbito	Dimensión	Tema	Preguntas
			tiene algún problema, puede contar con alguien que le ayude?
		Ofrecer y recibir apoyo	¿Suele ayudar o colaborar con sus amigos o familiares? ¿Es recíproco? ¿Cómo se siente ofreciendo ayuda? ¿Y recibéndola?
	5. Participación social	Implicación	¿Participa en entidades o asociaciones, en el barrio, en la escuela? ¿Asiste a las actividades que se organizan en su ciudad o barrio? ¿Ha participado en la organización de alguna actividad? ¿Hace voluntariado?
	6. Legal	Aspectos judiciales	¿Tiene algún proceso judicial que pueda afectarle significativamente? (desahucio, divorcio, despido, penal, etc.) ¿Ha pasado por alguna situación así? ¿Cómo se resolvió? ¿Tiene algún aspecto pendiente?
		Contactos policiales	¿Ha tenido problemas con la policía? ¿administrativos o penales? ¿Qué ha hecho frente a esos problemas?
Autonomía personal	7. Autonomía funcional	AIVD	Puede hacer todas o algunas de estas actividades: ¿ir a la compra?, ¿preparar la comida?, ¿cuidar la casa?, ¿lavar la ropa?, ¿usar el teléfono?, ¿desplazarse en transporte público (en cuál)? ¿Controla usted su medicación? ¿y sus asuntos económicos? ¿Necesita ayuda para alguna de estas actividades? ¿Quién se la proporciona?
		ABVD	Puede hacer usted todas o algunas de las siguientes actividades: comer, bañarse o ducharse, vestirse, asearse, ir al lavabo, trasladarse de la cama a la silla o al sofá, andar, subir escaleras. ¿Necesita ayuda? ¿Utiliza algún producto de apoyo (bastón, barandas, silla de baño, etc.)?
	8. Salud física	Estado general	¿Se encuentra bien? ¿Tiene algún problema de salud? ¿Está diagnosticado? ¿Le hacen seguimiento?
		Prevención	¿Se hace revisiones periódicas? ¿Toma medidas para prevenir enfermar?
		Tratamiento	¿Sigue los tratamientos que le han dado? ¿Va a las visitas programadas? ¿Necesita ayuda?
	9. Salud Mental	Dificultades en contextos cotidianos	¿Tiene dificultades en el trabajo/escuela/familia? ¿Hace actividades que le resultan positivas? ¿Cuándo las hace? ¿Le gustaría hacer (más)? ¿Hay situaciones que le superan?
	10. Adicciones	Consumo/uso	¿Consume alguna sustancia que genere adicción (alcohol u otras no legales)? ¿Usa aplicaciones de juego o va a casas de apuestas? ¿Se gasta mucho dinero?
		Afectación a la vida cotidiana	¿El consumo/uso le ha alterado su vida habitual? ¿Hay algo que ahora no puede hacer por este uso o consumo? ¿Ha cambiado el ritmo de las rutinas diarias?

Ámbito	Dimensión	Tema	Preguntas
Instrumental	11. Formación	Nivel formativo	¿Qué estudios tiene? ¿Sus estudios son válidos aquí? ¿Su ocupación tiene algo que ver con su formación?
		Estudios en curso	¿Qué está estudiando? ¿A tiempo completo? ¿A tiempo parcial?
		Lenguas	¿Qué grado de conocimiento tiene de las lenguas de donde reside?
	12. Ocupación	Trabajo	¿Tiene trabajo? ¿Qué tipo de trabajo? ¿Tiene contrato? ¿Cuántas horas trabaja? ¿Le gustaría trabajar más horas (o menos horas)? ¿Siente que puede quedarse sin trabajo?
		Actividades no laborales	¿Qué hace durante el día? ¿Participa en alguna actividad organizada? ¿Sale mucho? ¿Se relaciona con otras personas? ¿Sigue los horarios de cuando trabajaba?
		Escolarización	¿Va habitualmente al colegio? ¿Cómo le va? ¿Tiene dificultades? ¿Alguien le puede ayudar?
	13. Habilidades gestión económica	Cuestiones económicas	¿Ha tenido problemas con algún producto financiero (préstamos, tarjetas, etc.)? ¿Sabe como funcionan?
		Gestión ingresos / gastos	¿Cómo se organiza con los ingresos y los gastos? ¿Necesita ayuda para gestionar? ¿Ha tenido algún problema para el pago de facturas y ha sabido resolverlo?
	14. Habilidades gestión del hogar	Habilidades y organización	¿Cómo se organiza en la casa? ¿Depende todo de usted? ¿Quién se encarga de prever lo necesario? ¿Participan todos los miembros en las tareas domésticas?
		Estado de limpieza	Para valorar en visita domiciliaria: orden, limpieza. ¿Quién se encarga de la limpieza? ¿Participan? ¿Tienen tareas asignadas?
		Rutinas	¿Tienen horarios establecidos para comer, para ir a dormir? ¿Siempre son los mismos? ¿Se adaptan según las circunstancias?
Material	15. Economía	Ingresos	¿Qué ingresos tienen? ¿Son estables? ¿Cuál es su origen?
		Gastos	¿Qué gastos tienen? ¿Planifican los gastos? ¿Si tienen un gasto imprevisto (se estropea un electrodoméstico), qué pasaría?
	16. Vivienda	Estado	¿Dónde viven? ¿Cómo es? ¿Tienen espacio? ¿Tiene todos los suministros? ¿Existen barreras arquitectónicas? ¿Es accesible a las necesidades de la persona, tanto interna como externamente?
		Tenencia	La vivienda: ¿es de alquiler, de compra, de un familiar, ocupada? ¿Cuánto les cuesta? ¿Van a poder estar mucho tiempo?

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Los datos recogidos a partir de la interacción con la persona o personas usuarias pueden complementarse con otras fuentes (profesionales o de la red social y familiar).

Tal como hemos avanzado anteriormente, este momento será distinto si no se encuentran en un momento de acogida, en el que se está haciendo un *diagnóstico de cribado* o si se trata de un *diagnóstico en profundidad* durante un proceso de intervención.

En el caso del *diagnóstico de cribado* la recogida de datos se realizará únicamente sobre las dimensiones establecidas para distintos tipos de situación; se han definido dos situaciones básicas: personas adultas con menores a cargo y personas adultas sin menores a cargo; las dimensiones seleccionadas se puede ver en el apartado 9.2.2 (página 585) y un resumen puede verse en la Tabla 115 (página 587).

10.1.2.3 ACCIÓN INTERPRETATIVA

Este segundo momento es el núcleo del diagnóstico se define como el momento en el que se toman los datos provenientes de la “Acción descriptiva” y se sistematizan mediante el uso de los indicadores previstos en cada una de las dimensiones y niveles, pero, además, se complementa con el ajuste que pueden ofrecer los factores de riesgo/protección.

Debemos señalar que en esta propuesta que se presenta, la mayoría de los factores de protección aparecen en el diseño de los indicadores que forman parte de los distintos niveles en la medida que vamos a aconsejar que se escoja siempre el nivel en el que el indicador sea más positivo, es decir, vamos a decantarnos por las fortalezas más que por las debilidades.

Pero, aún así, como podremos observar, la descripción de los indicadores que conforman los diversos niveles de las dimensiones no tiene en cuenta un elemento que hemos considerado esencial, la visión de la interseccionalidad. En momento de la elaboración del diagnóstico vamos a incorporar los ejes de intersección de privilegio, dominación y opresión, que conforman esta visión de interseccionalidad, de acuerdo con el modelo de Morgan (1996), que se puede ver en la Ilustración 2 (página 85), que nos parece muy útil porque recoge los dos extremos de cada uno de los ejes; es posible que debamos adaptarlo a nuestra realidad, pero podríamos decir que los ejes de discriminación/privilegio son de carácter universal.

La acción interpretativa está compuesta de dos partes, o ha de contemplar dos momentos distintos: por una parte, la profesional debe hacer su propio análisis de los datos y, por la otra, debe compartir el proceso con la persona usuaria. En todo caso, el procedimiento será el mismo partiendo de la recogida de datos:

- **Identificar los indicadores** que se ajustan mejor a la situación que la persona nos describe (con la complementariedad del resto de fuentes).
- **Identificar los factores de riesgo y protección** a partir, como se ha establecido anteriormente, de los ejes de discriminación y privilegio, según el modelo de Morgan (1996).
- **Identificar los roles** que presentan las situaciones óptimas y las más desfavorables.

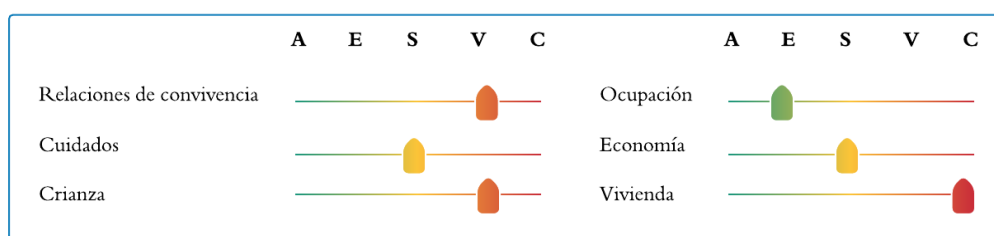
10.1.2.3.1 Identificación de los indicadores

Para la identificación de los indicadores se partirá de los datos recogidos en la *Acción Descriptiva* y se buscará el indicador que mejor se ajuste a la situación descrita. De acuerdo con la metodología de los instrumentos Self-Sufficiency Matrix (Lauriks, Buster, de Wit, Weerd y Theunissen, 2013; Self-Sufficiency Taskforce, 2010) tendremos en cuenta siempre que, cuando se identifiquen indicadores que corresponden a distintos niveles en una misma dimensión, escogeremos el nivel más positivo.

Para escoger los indicadores empezaremos siempre por la situación óptima y, en caso de que no coincida, buscaremos en el nivel inferior, pero en caso de duda siempre escogeremos el superior.

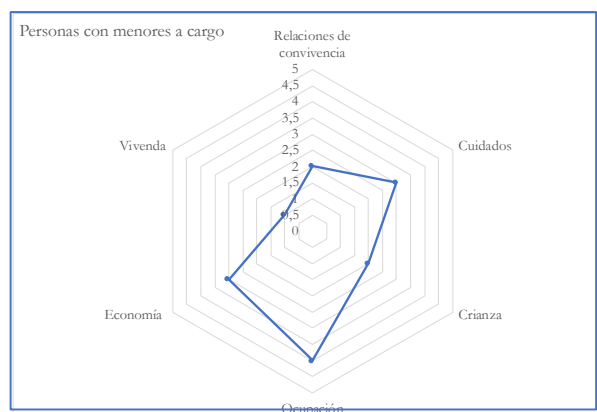
Esto nos permitirá una primera valoración de la situación en base a los niveles (Autosuficiencia, Estabilidad, Seguridad, Vulnerabilidad y Crítico). Esta valoración puede representarse gráficamente, de manera similar a la propuesta hecha por Outcome Star™, en forma de estrella, pero también se podría hacer de distintas formas, con barras con código de color. A continuación, presentamos dos propuestas gráficas, una inspirada en Outcome Star™ y la otra en formato de barras coloreadas.

ILUSTRACIÓN 33. PROPUESTA A. REPRESENTACIÓN GRÁFICA CON BARRAS DE COLOR



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

ILUSTRACIÓN 34. PROPUESTA B: GRÁFICO DE ARAÑA



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

10.1.2.3.2 Identificación de los factores de riesgo y protección

El diseño de indicadores en niveles que permiten valorar el grado de autosuficiencia de una persona (o personas) incluye, por sí mismo, una parte de los factores de riesgo y protección que hemos identificado en alguno de los modelos así como la valoración en dimensiones³⁵⁸ que en algún modelo se presentan como factores de riesgo y/o protección (Manzano et al., 2016); por este motivo, y siguiendo las aportaciones de las teorías feministas vamos a incorporar la visión de la interseccionalidad (Crenshaw, 1991; Platero, 2013) como elemento de identificación de los factores de riesgo y protección. Para ello vamos a identificar los ejes de discriminación y privilegio partiendo de la propuesta de Kathryn Pauly Morgan (1996) y adaptando aquellos ejes que no concuerdan con la cultura europea y española.

En concreto modificamos dos ejes: el “Sesgo de lengua” que otorga posición de privilegio a los anglófonos ha sido sustituido por el concepto “Hablismo” (del inglés accentism) que implica discriminación según el habla y la escritura; el fenómeno de la influencia de los acentos regionales ha sido analizado en diversos estudios (Dixon et al., 2002; Rakić et al., 2011; Urbina, 2019) y muestra como determinados acentos son considerados como los “correctos” y los otros son considerados “incorrectos” o se identifican con bajo nivel cultural. El segundo eje modificado es el que en el original recibe el nombre de “Antisemitismo”, en nuestro contexto hemos preferido denominarlo “Sesgo de religión” y diferenciar entre la religión “católica”, en posición de privilegio, y las “religiones no católicas” en posición de discriminación; los privilegios de la iglesia católica en España derivan del

³⁵⁸ Sería el caso de la dimensión “Red de apoyo” que aparece entre los factores de riesgo y protección en el instrumento DS-DIBA (Manzano et al., 2016)

Concordato de 1979³⁵⁹ y de una larga historia de imposición como religión oficial, que se han mantenido a lo largo de los años, aunque se permita y reconozca la existencia de otras religiones.

Finalmente, hemos añadido un eje nuevo que hemos denominado “Tradicionalismo” y que se refiere a la configuración familiar; en esta categoría, la dimensión de privilegio viene ocupada por la familia tradicional: biparental³⁶⁰ y heterosexual con convivencia en el mismo hogar. Por otra parte, las familias que no cumplen con este estándar se situarían en las dimensiones de opresión o discriminación: familias biparentales homosexuales, familias biparentales (heterosexuales u homosexuales) distribuidas en dos hogares, familias monoparentales.

Por otra parte, los hemos ordenado según entendemos que tienen un mayor impacto en los procesos de interacción social y en las situaciones de malestar social, tal y como los definimos en el objeto del Trabajo Social.

TABLA 110. ADAPTACIÓN DE LOS EJES DE PRIVILEGIO Y DISCRIMINACIÓN COMO FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Eje	Dimensión de privilegio	Dimensión de discriminación
Sexismo y androcentrismo	Hombre	Mujer
Racismo	Blanco	Personas de color
Capacitismo	Capacidad física	Personas con discapacidad
Edadismo	Joven	Mayor
Tradicionalismo	Familia tradicional	Familias no tradicionales: monoparentales, homoparentales
Estereotipos sexuales	Hombre y masculino Mujer y femenina	Género “desviado”
Heterosexismo	Heterosexual	LGTBQ
Clasismo	Clase alta y media -alta	Clase trabajadora, pobres
Hablismo³⁶¹	Español (estándar castellano)	Español (estándar no castellano)
Colorismo	Claro, pálido	Oscuro
Eurocentrismo	Herencia europea	Origen no europeo
Educacionalismo	Titulados/as académicos	Analfabetismo
Sesgo de religión	Católico	No católico

³⁵⁹ El Concordato (España, 1979) establece una serie de privilegios a nivel económico y de presencia pública de la institución católica que no gozan otras confesiones religiosas.

³⁶⁰ Las categorías de familias se han tomado del informe “Temps, cura i ciutadania. Corresponsabilitats privades i públiques” (Brullet, 2010)

³⁶¹ Tomamos como referencia el caso identificado en la literatura que establece que el español con el estándar de Castilla es considerado el correcto frente al español con estándares diferentes, especialmente se ha identificado con los acentos de Andalucía o de Latinoamérica. El mismo patrón podría aplicarse en el caso de la lengua catalana y los distintos acentos, aunque se reconozcan las variedades, hay una tendencia a dar por correcto el catalán central.

Eje	Dimensión de privilegio	Dimensión de discriminación
Pronatalismo	Fértil	Infértiles

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA, ADAPTADO DE K.P.MORGAN (1996)

En nuestra propuesta metodológica, la existencia de una dimensión de discriminación, aunque sea una sola es considerada como un factor de riesgo; de la misma manera, la presencia de factores de privilegio es considerada, aún siendo uno solo, como factor de protección. El impacto de la aplicación de los factores de protección y/o riesgo pueden suponer el cambio en la valoración final de la situación.

10.1.2.3.3 Identificación de los roles

Otro paso en el marco de la Acción Interpretativa será el de la identificación de los roles que presentan las fortalezas y los roles que presentan las situaciones de malestar social; tal como hemos visto, algunos modelos o instrumentos toman como base el concepto del “funcionamiento social” (Conde, 1998; Karls y Wandrei, 1994) que se define como «la capacidad del cliente para realizar las actividades necesarias para la vida diaria (por ejemplo, obtener alimentos, refugio y transporte) y para cumplir principales roles sociales según lo establece la subcultura o comunidad del cliente» (Karls y Wandrei, 1994, Cap. Introduction).

En la medida que nuestro punto de partida es la definición del objeto del Trabajo Social, del que además afirmamos que constituye la base o el núcleo del diagnóstico social, y que en esta definición el concepto clave es la *interacción* de las personas, tanto con su entorno humano como con su entorno físico e institucional, resulta que el concepto de *funcionamiento social* adquiere una relevancia significativa puesto que las personas interaccionan de acuerdo con los roles sociales establecidos, pero, al igual que los ejes de discriminación y privilegio, los roles forman parte de la persona en si misma; esto significa que la identificación de fortalezas en un determinado rol puede ser usado como referencia y modelo para el desempeño en otros roles o, alternatively, si se producen situaciones de malestar en todos o la mayoría de los roles, identificar aquellos en los que el cambio situacional puede ser más sencillo.

Aunque Conde Megías (1998) hace referencia al funcionamiento social, ha sido la propuesta elaborada por la NASW, Person-in-environment (PIE) System (Karls y Wandrei, 1994, p. 7 y ss.), la que ha propuesto una sistematización de los roles que, de hecho, constituyen el núcleo central de su instrumento de clasificación diagnóstica.

La propuesta de PIE System (Ibíd., p. 7) incluye cuatro tipologías de roles:

- Roles familiares
- Otros roles interpersonales
- Roles ocupacionales
- Roles por situaciones vitales especiales.

Aunque la propuesta contenida en el modelo PIE System (1994) tiene algún rol que, en la actualidad, en nuestro contexto cultural no está muy generalizado, pensamos que es interesante mantener la propuesta, dado que es muy completa.

TABLA 111. ROLES DE LAS PERSONAS USUARIAS

Tipología	Roles	Descripción
Roles familiares	Rol progenitor/a	Persona que asume la responsabilidad de la crianza. Puede ser biológico, adoptivo, por matrimonio con el/la progenitor biológico, asignación legal o similar.
	Rol conyuge	Persona que asume una responsabilidad en una relación que tiene reconocimiento legal, religioso o unión civil (parejas de hecho).
	Rol hijo/a	Persona que tiene una relación de dependencia, en mayor o menor grado, de su progenitor/a.
	Rol hermano/a	Persona que comparte una historia familiar y responsabilidades intrafamiliares.
	Otro rol familiar	Cualquier relación familiar, por vía sanguínea o por afinidad. Se incluyen: abuelos/as, tíos/as, sobrinos/as, nietos/as, etc.
	Otro rol significativo	Se reserva para personas que, aún no formando parte de la familia en sentido literal (vía sanguínea o por afinidad) tienen reconocido su pertenencia a la familia.
Otros roles interpersonales	Rol de pareja	Implica una relación íntima, incluso sexual, pero no incluye la convivencia.
	Rol amigo/a	Relación entre dos personas con la finalidad de darse apoyo emocional y compañía.
	Rol vecino/a	Persona que vive en el mismo entorno (edificio, calle, barrio).
	Rol de asociado	Persona que participa en una entidad o asociación.
	Otro rol interpersonal	Cualquier otro que no se haya incluido.
Roles ocupacionales	Rol trabajador/a remunerado/a	Persona que desarrolla un trabajo por el que percibe un salario.
	Rol trabajador/a - hogar	Persona que desempeña las tareas del hogar, tareas reproductivas, sin percibir salario a cambio.
	Rol trabajador/a – voluntariado	Persona que participa en actividades de voluntariado fuera del domicilio.
	Rol estudiante	Persona cuya principal ocupación es cursar estudios.
	Otro rol ocupacional	Este rol de carácter genérico puede servir para cuando confluyen dos roles en la misma persona y en la misma tipología
Roles por situaciones vitales especiales	Rol consumidor	Persona que paga por recibir servicios o bienes.
	Rol paciente interno	Persona que está internada en una institución de salud.
	Rol paciente externo	Persona que está siendo tratada por cuestiones de salud, pero de forma ambulatoria.

Tipología	Roles	Descripción
	Rol libertad condicional o medidas penales alternativas	Persona que ha estado interno en centro penitenciario y ha salido mediante beneficios, pero está sometido aún al régimen penitenciario y personas que han sido condenadas a medidas penales alternativas que no incluyen el ingreso en centro penitenciario, pero que mantienen el sometimiento al régimen penal.
	Rol interno penitenciario	Persona condenada (o en prisión preventiva) internada en un centro penitenciario.
	Rol inmigrante – legal	Persona de nacionalidad extranjera que dispone de los permisos para residir y/o trabajar o estudiar en el país de residencia.
	Rol inmigrante – indocumentado	Persona de nacionalidad extranjera que no dispone de los permisos para residir y/o trabajar o estudiar en el país de residencia.
	Rol inmigrante – refugiado	Persona de nacionalidad extranjera que tiene reconocido el estatus de refugiado o está en trámites del estatus de refugiado o dispone de la Orden de Protección internacional.
	Otros roles por situaciones vitales especiales	Se reserva para cualquier situación no prevista que tenga que ver con situaciones vitales.

FUENTE. ELABORACIÓN A PARTIR DE PIE SYSTEM MANUAL (KARLS Y WANDREI, 1994, PP. 7-16)

A partir de estos tres elementos: identificación de indicadores, factores de riesgo y protección y roles, la profesional (individual o en equipo interdisciplinar), por una parte, y la profesional juntamente con la persona usuaria estudiarán la información sistematizada para identificar las prioridades.

En cuanto a la identificación de prioridades querríamos apuntar dos elementos, uno de carácter conceptual y otro de carácter práctico.

Con respecto del elemento conceptual, siguiendo las recomendaciones realizadas por el Equipo de Proyecto del Snohomish County (Self-Sufficiency Taskforce, 2010, p. Instruction 2): por una parte, en el momento de priorizar debería seleccionarse un rango máximo de entre 3 y 5 dimensiones para poder abordar el plan de intervención; estas dimensiones pueden irse modificando a lo largo del proceso de intervención social.

Por otra parte, en relación con el aspecto de carácter práctico, pensamos que el uso de un instrumento muy utilizado en la planificación, como es el caso de la matriz DAFO, puede constituir un soporte tanto para el análisis profesional como para abordar las situaciones con la persona usuaria.

El análisis DAFO fue desarrollado por K. Andrews y R. Christensen como una herramienta de análisis estratégico para el ámbito empresarial (Navajo Gómez, 2012). FODA es un acrónimo que significa Fortalezas, Oportunidades Debilidades y Amenazas; y la técnica

consiste en sistematizar los aspectos positivos (Fortalezas y Oportunidades) y los aspectos negativos (Debilidades y Amenazas) en dos niveles: interno y externo; así Fortalezas y Debilidades responden al nivel interno y las Oportunidades y Amenazas responden al nivel externo. Su uso en la práctica del Trabajo Social ha sido descrita en algunas ocasiones y con aplicación en la atención a nivel micro social (M. J. Aguilar, 2013, pp. 325-326; Sisamón, 2012).

Nuestra propuesta para utilizar el instrumento de análisis FODA asigna a cada uno de los cuadrantes unas dimensiones en unos niveles y unos roles con sus factores de protección y riesgo, tal como se puede ver en la Tabla 112 (página 569). En el caso de las situaciones fronterizas; es decir aquellas que se ubiquen en los niveles Seguridad o Vulnerabilidad y que presenten factores de protección o de riesgo con bajo impacto en la situación, se considera que debe ser la profesional, junto con la persona usuaria, que hagan la valoración final de su ubicación en uno u otro cuadrante. Las circunstancias del contexto pueden llevar a interpretaciones distintas que, sin un análisis sistemático y en profundidad de un número significativo de casos, no puede predecirse o preestablecerse.

TABLA 112. ADAPTACIÓN DE LA MATRIZ FODA PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

	Positivo	Negativo
Interno	<i>FORTALEZAS</i>	<i>DEBILIDADES</i>
	Dimensiones de los ámbitos Relacional, Autonomía Personal e Instrumental en nivel Autosuficiente, Estabilidad y Seguridad Roles familiares, otros roles interpersonales y roles de situaciones vitales: con factores de protección o sin factores de riesgo	Dimensiones de los ámbitos Relacional, Autonomía Personal e Instrumental en nivel Vulnerabilidad y Crisis. Roles familiares, otros roles interpersonales y roles de situaciones vitales: con factores de riesgo o sin factores de protección.
Externo	<i>OPORTUNIDADES</i>	<i>AMENAZAS</i>
	Dimensiones del ámbito Material en nivel Vulnerabilidad y Crisis Roles ocupacionales: con factores de protección o sin factores de riesgo	Dimensiones del ámbito Material en nivel Vulnerabilidad y Crisis. Roles ocupacionales: con factores de riesgo o sin factores de protección.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

10.1.2.4 ACCIÓN SINTÉTICA

Este momento es en el que se materializa el diagnóstico como tal, pero como avanzamos desde el principio de este apartado, la síntesis no puede llevarse a cabo sin las otras acciones;

de hecho, la acción sintética está, si cabe, más unida a la acción interpretativa que a la acción descriptiva.

La síntesis consiste en la explicación del proceso de valoración que incluirá las dimensiones valoradas, con su graduación en relación con la autosuficiencia, la identificación del rol al que afecta y los factores de riesgo o protección.

La síntesis es un proceso por el que se compone un todo a partir de las partes³⁶², lo que significa que se trata de describir unas conclusiones respecto de la situación planteada en el momento en que se realiza; la síntesis no consiste en reescribir los indicadores que se han identificado en la Acción Interpretativa, sino que se trata de ofrecer un resumen valorado de la situación; recordando, sobretodo, que la finalidad del diagnóstico social es la acción social, es la elaboración del plan de intervención social y, además, debe servir de referencia para valorar los cambios situacionales.

9.2 Una clasificación de diagnósticos para la intervención desde el Trabajo Social

La propuesta que presentamos es el fruto del análisis de distintos instrumentos, desde la perspectiva de los marcos teóricos seleccionados, y a los que hemos sumado las aportaciones realizadas en el trabajo de campo de donde obtenemos el listado de ámbitos de clasificación diagnóstica.

Las aportaciones que vamos a tomar en consideración son las siguientes:

TABLA 113. SÍNTESIS DE LAS APORTACIONES PARA LA ELABORACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS

Origen	Contenido	Ubicación
Plan Estratégico de Servicios Sociales de Catalunya (2010-2013)	Ámbitos globales: – Ámbito de la autonomía personal – Ámbito relacional – Ámbito instrumental – Ámbito material	Acción descriptiva
Trabajo de campo (encuesta) Self – Sufficiency Matrix	Dimensiones: 1. Relaciones de convivencia 2. Cuidados 3. Crianza 4. Red de apoyo 5. Participación social 6. Legal 7. Autonomía funcional	Acción descriptiva

³⁶² <https://dle.rae.es/s%C3%ADntesis>

Origen	Contenido	Ubicación
	8. Salud física 9. Salud mental 10. Adicciones 11. Capacitación/formación 12. Ocupación 13. Habilidades de gestión económica 14. Habilidades de gestión del hogar 15. Economía (suficiencia) 16. Vivienda (acceso y disfrute)	
Self-Sufficiency Matrix/ Outcome Star™/ Diagnóstico Social - Euskadi	Descripción de indicadores	Acción descriptiva
Self-Sufficiency Matrix/ Outcome Star™	Graduación en 5 niveles	Acción interpretativa
Person-in-environment (PIE) System	Roles de funcionamiento social	Acción interpretativa
Teorías feministas	Interseccionalidad: ejes de discriminación	Acción interpretativa
Conde (1998)/ DS - DIBA	Factores de protección/riesgo	Acción interpretativa

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

9.2.1 Desarrollo de las Categorías diagnósticas

En primer lugar, antes de abordar el desarrollo de las categorías diagnósticas, queremos introducir el tema de la graduación de las situaciones que se va a incluir en cada categoría. Tal y como hemos indicado en la Tabla 113 (pág. 570), para diseñar el modelo de niveles de graduación nos hemos inspirado en las propuestas de las distintas versiones del Self-Sufficiency Matrix y de Outcome Star™, ambos instrumentos se enfocan al concepto de “autosuficiencia” que es compatible con el marco teórico de referencia, pues se fundamenta en el empoderamiento y en las fortalezas.

Nuestra propuesta incluye 5 niveles que se definen de la manera siguiente:

TABLA 114. GRADUACIÓN DE LOS NIVELES, DEFINICIÓN.

Nivel	Descripción
Autosuficiencia	En este nivel la persona ha desarrollado sus máximas capacidades de autonomía y puede cubrir sus necesidades básicas y sociales por encima de la media; tanto por sí misma como mediante la articulación de medidas de apoyo previstas y/o activadas por la propia persona.
Estabilidad	En este nivel la persona tiene un nivel de funcionamiento social adecuado, le permite cubrir sus necesidades básicas y sociales por encima de la media de la población, como norma general, pero puede requerir apoyos externos de manera puntual.
Seguridad	En este nivel la persona tiene un nivel de funcionamiento social límite que le permite cubrir, mayoritariamente, sus necesidades

Nivel	Descripción
	básicas y/o sociales en la media de la población; puede requerir apoyos externos para la cobertura de alguna de sus necesidades.
Vulnerabilidad	En este nivel la persona tiene un nivel de funcionamiento social inadecuado que no le permite cubrir sus necesidades básicas y/o sociales en la media de la población; requiere de atención y apoyos externos para cubrir varias de sus necesidades.
Crítico	En este nivel la persona tiene un nivel de funcionamiento social absolutamente inadecuado que no le permite cubrir sus necesidades básicas ni sociales; requiere de atención y apoyos externos de manera inmediata para cubrir las necesidades básicas.

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

Siguiendo el modelo propuesto por el instrumento Self-Sufficiency Matrix del Snohomish County (USA), se establece una *línea de alerta* (representada por una línea gruesa) entre los niveles “Seguridad” y “Vulnerabilidad” que indica que la atención por parte de los profesionales sociales será requerida en los niveles de “Vulnerabilidad” y “Crítico”; y puede ser aconsejable en los niveles de “Seguridad” e, incluso, de “Estabilidad” según las circunstancias. De acuerdo con esta propuesta, buscamos identificar la situación de las personas en cada uno de los ámbitos y priorizar la intervención en los ámbitos que presenten niveles de “Vulnerabilidad” y “Crítico” utilizando como palanca aquellas habilidades que han permitido que otros ámbitos estén en un nivel más favorable.

10.2.1.1 ÁMBITO RELACIONAL

Este ámbito incluye las necesidades que presentan las personas en relación con los vínculos sociales, su capacidad de desarrollarlos y de conservarlos. Se incluyen las relaciones tanto personales y familiares como sociales y comunitarias

El ámbito está formado por cuatro dimensiones:

1. Relaciones de convivencia: la autosuficiencia se vincula con la capacidad de las personas para mantener buenas relaciones con las personas con las que comparte el domicilio. Se valora la calidad de las relaciones y la capacidad de establecer relaciones positivas y de apoyo entre las personas que conforman la unidad de convivencia.
2. Cuidados: se refiere al conjunto de actividades que se realizan para dar respuesta a las necesidades físicas y emocionales de una o más personas, tanto en la esfera privada como en la pública, en el ámbito de la economía formal e informal (Ajuntament de Barcelona, 2017). El cuidado se refiere a la atención a personas dependientes tanto por motivos de

edad (niñas y niños), como por motivos de salud (personas enfermas, personas con discapacidad, personas con dependencia funcional).

3. Crianza: hace referencia a las habilidades para el desarrollo y la socialización de niñas y niños mediante la relación con sus progenitores o cuidadores y presenta dos dimensiones básicas: apoyo y control (Capilla y Barrio, 2001; Jorge y González, 2017).
4. Red de apoyo: hace referencia a la capacidad y disponibilidad de relaciones interpersonales cercanas y a la calidad de estas; también se valora la capacidad de disponer de apoyo para el desempeño en situaciones complejas o críticas.
5. Participación social: se refiere a la capacidad de la persona para tomar parte en actividades comunitarias estructuradas y/o formar parte de organizaciones, así como su nivel participación real.
6. Legal: en este ámbito se valoran los contactos que la persona pueda tener tanto con la administración de justicia como con los cuerpos policiales, poniendo especial interés en las posibles interferencias en la vida cotidiana.
 - Contactos con la administración de justicia: se refiere a todos aquellos procedimientos judiciales, de cualquiera de los ámbitos (civil o penal) que puedan incidir en la vida individual de las personas (su libertad) o en sus bienes básicos (vivienda).
 - Contactos con los cuerpos policiales: se refiere a contactos relacionados con actividades previstas en el código penal o código de justicia juvenil. En el caso de menores, en actividades que, en caso de tener la edad mínima, pudiesen ser encuadradas en la legislación penal.

La definición de los niveles e indicadores para el ámbito relacional se pueden ver en las tablas que hay a continuación.

Dimensión	1. Relaciones de convivencia
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	La unidad de convivencia presenta una comunicación abierta. Los distintos miembros de la unidad de convivencia se apoyan mutuamente. Se toman decisiones con la participación de los distintos miembros (adecuando la participación a la edad y condición de cada uno).
Estabilidad	La unidad de convivencia ha pasado por una situación de relaciones insatisfactorias, pero se ha superado positivamente. Por norma general los miembros de la unidad de convivencia se apoyan mutuamente.

Dimensión	1. Relaciones de convivencia
Nivel	Descripción
	Generalmente se toman decisiones con la participación de todos o la mayoría de los miembros de la unidad de convivencia.
Seguridad	Se presentan algunos problemas de comunicación entre los miembros de la unidad de convivencia, pero se reconoce y se están buscando soluciones. Hay un apoyo limitado entre los miembros de la unidad de convivencia, pero están intentado introducir modificaciones. La toma de decisiones es poco participativa o la participación está muy limitada a algunos miembros.
Vulnerabilidad	Se da poca comunicación entre los miembros o la que se da es de mala calidad y/o con formas poco adecuadas. El apoyo es escaso y/o limitado a una parte pequeña del núcleo (1 o 2 personas como mucho). Las relaciones son tensas, poco respetuosas y/o abusivas.
Crítico	La comunicación entre los miembros es nula o de carácter negativo (en contenidos y formas). No existe ningún tipo de apoyo entre los miembros de la unidad de convivencia y/o no se tiene cuidado de las personas dependientes (menores, personas mayores y/o personas con dependencia/discapacidad) Se dan relaciones violentas: violencia de género, violencia intrafamiliar, violencia intergeneracional, maltrato infantil.

Dimensión	2. Cuidados
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Atención plena a las necesidades físicas y emocionales de las personas dependientes. Atención de calidad durante todo el tiempo, profesional o familiar. Se toman medidas para evitar riesgos en la seguridad.
Estabilidad	Atención a las necesidades físicas y emocionales de las personas dependientes correcta. Atención de calidad la mayor parte del tiempo, profesional o familiar Se evitan riesgos en la seguridad.
Seguridad	Atención a las necesidades físicas de las personas dependientes. Atención a cargo de familiar o conocido en el domicilio. No se toman medidas de seguridad, pero hay supervisión
Vulnerabilidad	Atención limitada a las necesidades físicas, sin riesgo para la salud. Atención concentrada en un persona o falta de atención. Posible negligencia. No se toman medidas de seguridad y la supervisión es insuficiente
Crítico	Atención deficiente a las necesidades físicas, existe riesgo para la salud física y/o emocional. Situaciones de riesgo. Indicios de malos tratos. No se toman medidas de seguridad ni de supervisión.

Dimensión	3. Crianza
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Establecimiento de límites razonables y adecuados a la edad, que se mantienen constantes. Progenitores y/o cuidadores actúan como un modelo positivo.

Dimensión	3. Crianza
Nivel	Descripción
	Se facilita y estimula la socialización en diversos entornos.
Estabilidad	Establecimiento de límites adecuados a la edad, que se mantienen constantes. Progenitores y/o cuidadores actúan como un modelo positivo. Se facilita y estimula la socialización en entornos cercanos o conocidos.
Seguridad	Establecimiento de límites adecuados a la edad, pero inconstantes. Se acepta la socialización en entornos cercanos o conocidos, pero no hay interés.
Vulnerabilidad	Establecimiento de límites inadecuados a la edad o no se establecen. Se aceptan y fomentan conductas socialmente reprobables. Se limita la socialización.
Crítico	No existen límites o los límites no tienen relación con el desarrollo del niño/a.. Se promueven conductas socialmente reprobables. Se aísla a los niños y niñas.

Dimensión	4. Red social
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Tiene relaciones saludables y suficientes. Es capaz de ofrecer apoyo, así como de recibirlo. Siempre tiene apoyo.
Estabilidad	Tiene relaciones mayoritariamente saludables y suficiente la mayor parte del tiempo. Puede ofrecer apoyos y recibirlos. Dispone de apoyo cuando lo precisa.
Seguridad	Tiene algunas relaciones saludables, aunque no es muy extensa. Puede ofrecer apoyos y recibirlos de manera puntual. Dispone de apoyos puntuales en momentos críticos
Vulnerabilidad	Tiene relaciones poco saludables (relaciones tóxicas) y poco fiable (inconstante) Presenta dificultades tanto para ofrecer apoyos como para recibirlos.
Crítico	Tiene relaciones mayoritariamente tóxicas o no tiene. No tiene red de apoyo. Tiende a rechazar el apoyo que se le ofrece y no puede ofrecer apoyos.

Dimensión	5. Participación social
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Participación en la comunidad y/o forma parte de entidades o asociaciones.
Estabilidad	Tiene una participación limitada en la comunidad y/o en entidades o asociaciones. Existen factores que dificultan la participación (transporte, tareas de cuidado, trabajo, etc.).
Seguridad	Asistencia puntual a actos y actividades comunitarias. Importantes factores de limitación para la participación (dinero, transporte, tiempo, habilidades, etc.)
Vulnerabilidad	Aislamiento en la comunidad. Falta de motivación para participar en la comunidad.
Crítico	La situación de crisis le impide cualquier tipo de participación. Aislamiento máximo.

Dimensión	6. Legal
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Sin problemas legales o han sido resueltos definitivamente. No hay contactos con los cuerpos policiales. Sin antecedentes penales
Estabilidad	Dispone de representación legal y los temas legales están en fase de resolución. Contacto esporádico con los cuerpos policiales. (menos de una vez al año).

Dimensión	6. Legal
Nivel	Descripción
	Sin antecedentes penales.
Seguridad	Dispone de asistencia legal y tiene un procedimiento judicial activo. Contacto puntual con los cuerpos policiales (una vez al año) Tiene antecedentes penales.
Vulnerabilidad	Tiene dificultades para obtener asistencial legal y tiene situaciones que requieren de esta asistencia. Contacto frecuente con los cuerpos policiales (varias veces al año). Cumpliendo pena en régimen abierto o medidas penales alternativas.
Crítico	Tiene problemas legales importantes, que pueden afectar a su libertad individual o a sus bienes, con o sin asistencia legal. Contacto habitual con los cuerpos policiales (mensualmente). Persona con condena firme y cumpliendo pena en prisión.

En resumen, el ámbito relacional está conformado por 6 dimensiones: relaciones de convivencia, cuidados, crianza, red social, participación social y legal. Para cada una de ellas se definen indicadores que permitan identificar el nivel de autosuficiencia en el que se encuentra cada persona.

10.2.1.2 ÁMBITO DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

Este ámbito incluye las necesidades que presentan las personas en relación con su capacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria y de autocuidado en el ámbito de la salud.

El ámbito está formado por cuatro dimensiones:

7. Autonomía funcional: la autosuficiencia se define por la capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, tanto las básicas como las instrumentales que se definen de la manera siguiente:
 - Las Actividades Básicas de la Vida Diaria son alimentación, lavado (baño), vestido, aseo, deposición, micción, uso del WC, traslado sillón – cama, deambulación y escalones, de acuerdo con uno de los índices más utilizados para la medida de la autonomía en este ámbito, el índice de Barthel (Girao y Gallud, 2006, pp. 39-41; Mahoney y Barthel, 1965), del que se aconseja el uso para estandarizar los resultados.
 - Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria son capacidad para usar el teléfono, compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de asuntos económicos, de acuerdo con el índice de Lawton y Brody (Girao y Gallud, 2006, pp.

43-45; Lawton y Brody, 1969), del que se aconseja el uso para estandarizar los resultados.

8. Salud física: la autosuficiencia se refiere tanto a la ausencia o presencia de una enfermedad o trastorno físico como a la manera en que la persona afronta la prevención de enfermedad y, en su caso, la existencia de una enfermedad.
9. Salud mental: grado de bienestar emocional. Para la valoración del bienestar se tendrán en cuenta:
 - Capacidad para desarrollar actividades en los ámbitos habituales: laboral, escolar y social.
 - Capacidad para desarrollar actividades significativas, definidas como aquellas que «cumplen un objetivo o propósito que es personal o culturalmente importante» (Goldberg et al., 2002, p. 18); se dispone de una escala validada para su medida que incluye la valoración de estas actividades con versión española (Prat et al., 2019)
10. Adicciones: la autosuficiencia hace referencia al consumo de sustancias que generan adicción (tanto legales y prescritas facultativamente, como ilegales) y, también a la realización de actividades que crean adicción, tales como los juegos de azar, las apuestas, etc.

La descripción se presenta en tablas que incluyen los indicadores para cada uno de los niveles

Dimensión	7. Autonomía funcional
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Puede realizar todas las actividades de la vida diaria sin ayuda ni apoyos.
Estabilidad	Puede realizar todas las actividades de la vida diaria, puede requerir uso de productos de apoyo. Orientativo: Lawton y Brody = autonomía; Barthel = 100 (95 en caso de uso de silla de ruedas);
Seguridad	Puede realizar casi todas las actividades de autocuidado (Actividades Básicas de la Vida Diaria - ABVD), pero no puede realizar una de las actividades más complejas (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria - AIVD). Orientativo: Lawton y Brody = Dependencia leve; Bartel = entre 65 y 95;
Vulnerabilidad	Presenta problemas importantes en una o más de las áreas de autocuidado (ABVD) y no puede desarrollar hasta la mitad de las AIVD Orientativo: Lawton y Brody = Dependencia moderada; Barthel: entre 20 y 60 puntos;
Crítico	Presenta limitaciones importantes en todas o casi todas las áreas de las ABVD y de las AIVD. Orientativo: Lawton y Brody= Dependencia grave o total; Barthel: inferior a 20 puntos;

Dimensión	8. Salud Física
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Presenta un buen estado de salud física: sin enfermedades crónicas. Hace seguimiento preventivo regular de la salud.
Estabilidad	Presenta un estado de salud correcto o puede presentar una enfermedad crónica estabilizada. Hace seguimiento preventivo regular de la salud.
Seguridad	Presenta una enfermedad crónica con seguimiento y tratamiento habitual. Seguimiento preventivo irregular de la salud.
Vulnerabilidad	Presenta una o más enfermedades crónicas, con posible riesgo para la vida, seguimiento inconstante del tratamiento.
Crítico	Presenta una o más enfermedades crónicas, con riesgo para la vida, y seguimiento inconstante o mínimo del tratamiento. No acceso a la cobertura sanitaria pública.

Dimensión	9. Salud Mental
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Sin problemas en los distintos ámbitos cotidianos (escuela, trabajo, relaciones sociales); buen funcionamiento en actividades significativas*.
Estabilidad	Sin problemas, o con problemas mínimos, en todos los ámbitos cotidianos (escuela, trabajo, relaciones sociales); se implica en algunas actividades significativas.
Seguridad	Presenta problemas leves u ocasionales en relación con el ámbito laboral, social o escolar; por norma general realiza buenas elecciones.
Vulnerabilidad	Presenta grandes dificultades para el autocuidado y para el cuidado de otras personas; presenta problemas significativos en el ámbito laboral, escolar o social.
Crítico	No puede cuidarse ni cuidar de su familia. Está en riesgo de dañarse o de dañar a otras personas.

Dimensión	10. Adicciones
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Consumo de medicamentos por prescripción facultativa, consumo de sustancias legales en cantidades adecuadas; no participación en actividades que generan adicción
Estabilidad	Consumo excesivo o fuera de lo prescrito facultativamente o participación en actividades que generan adicción de forma puntual Sin consumo de sustancias ni participación en actividades que generan adicción en los últimos 30 días.
Seguridad	Abuso ocasional de sustancias y de participación en actividades que generan adicción. Consumo en los últimos 30 días. Problemas derivados del consumo que no afectan a actividades vitales básicas.
Vulnerabilidad	Abuso significativo de sustancias o de participación en actividades que generan adicción. Dificultades crónicas en un o más ámbitos tales como el laboral, escolar o familiar. Manifiesta preocupación por el consumo y/o por la abstinencia.
Crítico	Consumo y/ participación severa. Presenta situación que puede requerir de tratamiento de desintoxicación o deshabituación

En resumen, el ámbito de la autonomía personal está formado por cuatro dimensiones: autonomía funcional, salud física, salud mental y adicciones; para cada una de ellas se han

definido los indicadores que permiten situar a cada persona en el grado de autosuficiencia en el que se encuentra.

10.2.1.3 ÁMBITO INSTRUMENTAL

Hemos tomado como punto de partida para la definición de este ámbito las categorías de necesidades propuestas en el Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya (2010-2013) en el que se definían como «las que se vinculan con la capacidad de las personas para alcanzar un subsistencia autónoma» (Maluquer et al., 2010, p. 70); a las capacidades para la subsistencia le hemos añadido aquellas que tienen que ver con el cuidado y mantenimiento del entorno inmediato (del hogar).

Este ámbito está formado por cuatro dimensiones:

11. Formación /Capacitación: en esta dimensión se valora la formación y capacitación que tiene la persona, incluye tanto la formación reglada como la capacitación profesional por cualquier vía. También se incluye el conocimiento de la lengua o lenguas del lugar de residencia.

- Formación: se valora el nivel máximo adquirido y, en su caso, que la persona esté cursando estudios, tanto formales como de capacitación profesional.
- Conocimiento de la lengua: se toman como referencia los niveles previstos en el Marco Común Europeo de Referencia para las lenguas que establece 3 niveles y 6 subniveles (Cervantes, 2020):
 - Usuario básico – acceso³⁶³: comprensión y uso de frases sencillas y de uso frecuente. Capacidad para presentarse y dar información básica. Capacidad para relacionarse de forma muy elemental, requiere que se hable despacio y con claridad. Comprende palabras conocidas en textos cotidianos (carteles, etc.)
 - Usuario básico – plataforma: comprensión de frases y vocabulario más habitual sobre temas de interés personal. Capacidad para captar idea principal de avisos y mensajes breves, lectura de textos breves y encuentra información relevante en textos cotidianos.

³⁶³ Las denominaciones de los niveles son traducciones oficiales del original en inglés, se han tomado de la referencia señalada (Instituto Cervantes).

- Usuario independiente – umbral: comprensión de ideas generales de un discurso claro y normal si es de un tema conocido o cotidiano, puede seguir de manera general programas de medios de comunicación. Comprensión de textos de uso habitual o relacionados con el trabajo.
- Usuario independiente – avanzado: comprensión de discursos largos y seguimiento de las líneas argumentales, sigue y comprende noticias en TV y radio y la mayoría de las películas. Puede leer artículos o textos especializados o de su trabajo o literatura contemporánea.
- Usuario competente – dominio operativo eficaz: comprensión de discursos extensos y complejos. Comprensión sin esfuerzo de programas de TV, radio y películas. Lectura de textos largos y complejos.
- Usuario competente – maestría: sin dificultades para comprender cualquier lengua hablada y lectura de cualquier tipo de texto.

12. Ocupación: hace referencia a las actividades que ocupan el tiempo diario, se aplica a tres situaciones distintas: personas en edad laboral, personas fuera del ámbito laboral y personas en edad de escolarización obligatoria.

- Personas en edad laboral: se valora la posición de la persona en el mercado de trabajo, su evolución y su capacidad para incorporarse al ámbito laboral.
- Personas fuera del ámbito laboral: personas que, por edad o estado de salud, quedan excluidas del mercado laboral; en este caso se valoran las actividades diarias y el uso del tiempo.
- Personas en edad escolar: se valora su asistencia y capacidad de participación en las actividades escolares.

13. Habilidades para la gestión económica: se refiere a la capacidad de las personas para gestionar los recursos económicos que dispone, su capacidad para priorizar gastos básicos.

- Comprensión y capacidad para manejar recursos económicos: hace referencia a los conocimientos básicos sobre gestión del presupuesto y, también, sobre los instrumentos básicos financieros (funcionamiento de tarjetas de débito y crédito, préstamos rápidos, préstamos bancarios).
- Gestión económica: hace referencia al uso y distribución de los ingresos para cubrir las necesidades y priorizar los gastos esenciales.

- Deudas: se incluye en este concepto cualquier tipo de pago aplazado o que se realiza de forma periódica sobre un gasto que ha sido adelantado por una entidad financiera (hipoteca, préstamo personal, tarjetas de crédito, tarjetas al consumo, etc.)

14. Habilidades para la gestión del hogar: se refiere a la capacidad de las personas para gestionar la atención y cuidado del hogar, mantener unas condiciones adecuadas para vivir.

- Habilidades y capacidad para gestionar el hogar: se valoran las habilidades para la realización y organización de las tareas domésticas: limpieza, orden, elaboración de las comidas, compra de productos básicos, establecimiento de rutinas, etc.
- Horarios para actividades básicas: se valora el establecimiento de rutinas estables para actividades como las comidas y el sueño.
- Adquisición de productos para la vida cotidiana: se valora la capacidad para prever, organizar y llevar a cabo la compra periódica de productos básicos (comida, bebida, productos de higiene, etc.).

Dimensión	11. Formación – capacitación
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Formación especializada y/o de nivel superior. La lengua (o lenguas) lugar de residencia es la lengua materna.
Estabilidad	Graduado en secundaria o Bachillerato o Formación Profesional Superior. Cursando estudios reglados postobligatorios (de cualquier nivel). Una de las lenguas del lugar de residencia es materna o tiene un nivel de usuario independiente (intermedio alto) o competente.
Seguridad	Graduado en secundaria. (o equivalente) Cursando estudios reglados obligatorios o formación ocupacional. Tiene un nivel de conocimiento de una de las lenguas del lugar de residencia de usuario independiente (intermedio)
Vulnerabilidad	Sin graduado en secundaria (o equivalente). Cursando estudios básicos para mejorar habilidades básicas (lectoescritura, matemáticas) y/o de formación ocupacional. Tiene un nivel de conocimiento de una de las lenguas del lugar de residencia de usuario básico (
Crítico	Sin estudios primarios o no ha aprendido a leer ni escribir. Desconoce cualquier lengua del lugar de residencia.

Dimensión	12. Ocupación
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Tiene empleo fijo o estable a jornada completa (o jornada deseada), con trayectoria laboral estable en los últimos 4 años. Habilidades y capacidades para obtener trabajo y mantener en su ámbito de experiencia. Tiene el tiempo organizado con actividades tanto en casa como fuera. Asisten a las actividades escolares siempre que no haya causa justificada de ausencia; disponen de buenas condiciones para realizar el trabajo escolar en casa (deberes).

Dimensión	12. Ocupación
Nivel	Descripción
Estabilidad	Tiene empleo fijo o estable a jornada parcial (no deseada) o empleo temporal o estacional a jornada completa, con trayectoria laboral estable en los últimos 2 años. Habilidades y capacidades para obtener y mantener un puesto de trabajo en su ámbito de experiencia. Nivel alto de actividades diarias (en casa y/o fuera de casa). Asisten a las actividades escolares siempre, sus ausencias son esporádicas; pueden realizar el trabajo escolar en casa (deberes).
Seguridad	Tiene empleo temporal o estacional a jornada parcial, o empleo puntual o esporádico, con trayectoria laboral irregular. Tiene empleo sin contrato o compagina diversos empleos a tiempo parcial, con contrato o sin él, o participa en programa de activación laboral. Habilidades para obtener un puesto de trabajo poco o nada cualificado. Nivel bajo de actividades diarias significativas. Asisten a las actividades escolares regularmente, sus ausencias son puntuales (alguna vez cada mes); limitaciones para realizar el trabajo escolar en casa (deberes).
Vulnerabilidad	No tiene empleo, con trayectoria laboral con amplios períodos de desempleo. Puede haber participado en programas de orientación laboral. Habilidades limitadas para obtener un puesto de trabajo, incluso poco o nada cualificado. No tiene actividades diarias significativas y puede tener alterado el ritmo día-noche. Absentismo de las actividades escolares regular; sin posibilidades de realizar el trabajo escolar en casa (deberes).
Crítico	No tiene historial laboral o su experiencia laboral es muy reducida. No ha participado en programas de orientación o activación laboral. Falta de habilidades para obtener y mantener un puesto de trabajo, antecedentes negativos. No tiene actividades diarias, tiene alterado el ritmo día-noche y puede generar molestias en su entorno. Absentismo total en las actividades escolares o menores sin matricular.

Dimensión	13. Habilidades para la gestión económica
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Tiene una buena comprensión y capacidad para manejar cuestiones económicas. Tiene una buena capacidad para gestionar ingresos y gastos, priorizando gastos esenciales.
Estabilidad	Tiene una buena comprensión y capacidad para manejar cuestiones económicas básicas. Gestiona los ingresos priorizando la cobertura de necesidades básicas. Gestiona las deudas sin apoyo y consigue que se reduzcan.
Seguridad	Comprensión general de cuestiones económicas básicas. Los gastos son adecuados a los ingresos. Si existen deudas son estables y/o están controlados con apoyo externo.
Vulnerabilidad	Sabe que es importante manejar cuestiones económicas básicas, pero no puede hacerlo. Tiene una capacidad de gestión de los ingresos y gastos limitada. Realiza gastos espontáneos o inadecuados que afectan al presupuesto básico. Tiene deudas que van en aumento.
Crítico	No tiene conocimientos ni capacidades sobre manejo de cuestiones económicas básicas. No tiene control sobre el uso de sus recursos. No puede gestionarlo sin apoyo externo. Tiene deudas altas y siguen incrementándose.

Dimensión	13. Habilidades para la gestión económica
Nivel	Descripción
Dimensión	14. Habilidades para la gestión del hogar
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Tiene todas las capacidades y habilidades para la gestión del hogar: previsión y planificación El hogar presenta un buen estado de orden y limpieza. Existen rutinas estables para actividades básicas (comidas, sueño)
Estabilidad	Tiene capacidades y habilidades para la gestión del hogar: generalmente se planifica y prevé lo que será necesario y se organiza. El hogar presenta un estado correcto de orden y limpieza Existen rutinas flexibles para actividades básicas (comidas, sueño).
Seguridad	Por norma general, puede gestionar el hogar: se planifica poco y suele organizarse poco, se reacciona cuando las tareas no se realizan. El hogar presenta un estado mínimo de orden y limpieza. Existen rutinas para actividades básicas (comidas, sueño), pero se alteran con frecuencia de manera irregular.
Vulnerabilidad	Tiene algunas habilidades básicas para gestionar el hogar: no se planifica ni se prevé la organización de la casa. El hogar presenta un estado deficiente de orden y limpieza. Las rutinas para actividades básicas son irregulares.
Crítico	No tiene habilidades básicas para gestionar el hogar. El hogar presenta un estado muy deficiente de orden y limpieza. No existen horarios ni rutinas: alteración de horarios.

En resumen, el ámbito instrumental está formado por cuatro dimensiones: formación/capacitación, ocupación, habilidades para la gestión económica y habilidades para la gestión del hogar; para cada una de ellas se han definido los indicadores que permiten situar a cada persona en el grado de autosuficiencia en el que se encuentra.

10.2.1.4 ÁMBITO MATERIAL

Hemos tomado, como punto de partida, para la definición de este ámbito la propuesta incluida en el Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya (2010-2013) en el que se definían como «las que se vinculan con la subsistencia» (Maluquer et al., 2010, p. 70); entendiendo que para garantizar la subsistencia son necesarios tanto los ingresos como la vivienda.

Este ámbito se desarrolla en dos dimensiones:

15. Economía: en esta dimensión se valora la suficiencia de los ingresos en función de un estándar objetivo; hemos escogido el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

(IPREM) y el Indicador de Renda de Suficiència de Catalunya (IRSC), puesto que son los índices que se han establecido para el acceso a prestaciones sociales³⁶⁴.

16. Vivienda: en esta dimensión se valora la capacidad para acceder a una vivienda y las condiciones de esta.

Dimensión	15. Economía
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Ingresos suficientes y estables. Cubren los gastos mensuales Tiene capacidad de ahorro y para hacer compras no esenciales. Ingresos iguales o superiores a 3,8 veces el IPREM/IRSC.
Estabilidad	Ingresos suficientes y estables. Cubren los gastos mensuales. Tiene capacidad de ahorro limitada o puede hacer compras no esenciales. Ingresos entre 2,5 ³⁶⁵ y 3,7 veces el IPREM/IRSC.
Seguridad	Ingresos suficientes. Cubren las necesidades básicas. No tiene capacidad de ahorro ni de hacer frente a gastos imprevistos o compras no esenciales. Ingresos entre 2 y 2,4 veces el IPREM/IRSC
Vulnerabilidad	Ingresos insuficientes e irregulares. No pueden cubrir todas las necesidades básicas. Ingresos entre el 1 y 1,9 veces el IPREM/IRSC
Crítico	Ingresos insuficientes o inexistencia de ingresos. No pueden cubrir necesidades básicas o solo pueden cubrir una de ellas. Ingresos entre 0 y 1 veces el IPREM/IRSC

Dimensión	16. Vivienda
Nivel	Descripción
Autosuficiencia	Dispone de vivienda segura y adecuada, con uso exclusivo. Tiene un contrato que garantiza el uso pleno (alquiler o compraventa)
Estabilidad	Dispone de vivienda segura y adecuada. Tiene un contrato de alquiler que garantiza el uso restringido (se incluye vivienda compartida con espacios comunes). La vivienda es parcialmente autónoma (hay participación externa en los gastos de vivienda).
Seguridad	Vivienda a precio asequible (menos del 35% - 40% de los ingresos) Vivienda poco adecuada a las características de la unidad de convivencia (espacio disponible, accesibilidad). Vivienda con uso restringido de algunas zonas o acogimiento en vivienda de red familiar o social. Vivienda de alquiler social.
Vulnerabilidad	Vivienda a precio inasequible (por encima del 41% de los ingresos). Posible generación de deudas. Vivienda en proceso de desahucio. Vivienda poco adecuada para residir de forma permanente: hacinamiento, vivienda de transición, viviendas inseguras, infravivienda, barreras arquitectónicas, etc.

³⁶⁴ En caso de que esta clasificación quisiera aplicarse en una Comunidad Autónoma o territorio con otro índice de referencia distinto, se podría adaptar.

³⁶⁵ Se toma como referencia el promedio para el acceso a Justicia Gratuita. (<http://www.iprem.com.es/calcular.html>)

Dimensión	16. Vivienda
Nivel	Descripción
	Alojamiento en recursos comunitarios (albergues, casas de acogida, etc.)
Crítico	Vivienda con aviso de desahucio o desplazamiento forzoso (incendio u otra situación imprevista) o vivienda ocupada sin servicios regulares (agua, electricidad) Sin vivienda. En situación de calle o en albergues nocturnos.

En resumen, el ámbito instrumental está formado por dos dimensiones: economía y vivienda; para cada una de ellas se han definido los indicadores que permiten situar a cada persona en el grado de autosuficiencia en el que se encuentra.

10.2.2 Determinación de las dimensiones por niveles diagnósticos

Entre las características de la metodología para la elaboración del diagnóstico se plantea la necesidad de disponer de dos niveles diagnósticos, tal y como señalábamos en el apartado 10.1.1.3 (página 552), y que definimos de la siguiente forma

- ***Diagnóstico de cribado.*** Este es el nivel diagnóstico que, utilizando una selección de parámetros limitada, permite obtener una primera evaluación sistematizada y estandarizada de la situación que facilite la toma de decisiones en cuanto a tres aspectos clave: la pertinencia de la atención por parte del servicio y/o profesional que lo lleva a cabo, el grado de intervención necesaria (prestacional o promocional, aunque en este segundo caso pueda incluir intervención prestacional) y el nivel de gravedad que permita priorizar la intervención.
- ***Diagnóstico en profundidad.*** Este es el nivel diagnóstico que, utilizando el abanico completo (o necesario) de parámetros, permite una evaluación sistematizada y estandarizada de la situación con la finalidad de diseñar un plan de intervención y que, a la par, sirva de base para la evaluación del cambio situacional. El diagnóstico en profundidad se vincula con la intervención de tipo promocional.

Partiendo de estas definiciones haremos una propuesta de selección de dimensiones para construir el ***diagnóstico de cribado***. Debemos señalar que la propuesta que hacemos es de carácter general y que, en el caso que, en el proceso de la primera atención, se planteara alguno de los temas que no forman parte de esta selección, prevalece el criterio profesional para incorporar la dimensión correspondiente.

En nuestra propuesta planteamos que el **diagnóstico de cribado** esté compuesto de 6 dimensiones, de las que 5 serán comunes y una será variable según se esté atendiendo a personas adultas con menores a cargo o no.

Las dimensiones comunes son las siguientes:

- **Ámbito relacional:**
 - 1. Relaciones de convivencia
 - 2. Cuidados
- **Ámbito instrumental:**
 - 12. Ocupación
- **Ámbito material:**
 - 15. Economía
 - 16. Vivienda

Las dimensiones variables son las siguientes:

- Para personas adultas con menores a cargo, se añade la dimensión **Crianza** del **Ámbito Relacional**.
- Para personas adultas sin menores a cargo, se añade la dimensión **Autonomía Funcional** del **Ámbito Autonomía Personal**.

Proponemos esta selección a partir de una valoración realizada de acuerdo con los criterios y principios teóricos que enmarcan la propuesta.

- En primer lugar, las categorías del **ámbito relacional** que reflejan las situaciones, que pueden ser de malestar o fortalezas, que tienen que ver con la interacción personal en el ámbito más íntimo, en la unidad de convivencia; de las disponibles entendemos que las primeras son las que hacen referencia a los elementos más centrales de la vida de las personas: *relaciones de convivencia*, que busca recoger el grado de bienestar, convivencia y apoyo entre las personas que conviven; *cuidados*, que se refiere a la atención de personas dependientes por motivos diversos (edad, salud, discapacidad, etc.); y, finalmente, en el caso de las personas con menores a cargo, se incluye la dimensión *crianza* que se refiere a la relación entre la persona adulta y las niñas y niños y los patrones de su proceso de socialización.

- En segundo lugar, el ***ámbito de la autonomía personal***, este ámbito se aplicaría únicamente en el caso de personas adultas y de las distintas dimensiones hemos seleccionado aquella que puede ofrecer una información significativa en cuanto al estado de las personas y su interacción con su entorno inmediato: la dimensión *autonomía funcional*.
- En tercer lugar, el ***ámbito instrumental***, que sistematiza aquellas situaciones que tienen que ver con el desempeño de actividades en la interacción de personas con determinados contextos (laboral, escolar, etc.). De este ámbito hemos seleccionado la dimensión *ocupación* en la medida que ofrece una visión general de las actividades diarias de las personas.
- Finalmente, el ***ámbito material***, que sistematiza las situaciones que tienen que ver con la provisión de los recursos básicos que permitan el desarrollo de la vida cotidiana. En este caso hemos seleccionado las dos dimensiones, *economía* y *vivienda* atendiendo al hecho que los datos sobre atención en servicios sociales³⁶⁶ entre ambas dimensiones suponen prácticamente un tercio de las situaciones registradas.

En resumen, la selección quedaría configurada como se puede ver en la Tabla 115.

TABLA 115. SELECCIÓN DE DIMENSIONES PARA DIAGNÓSTICO DE CRIBADO

Ámbito	Personas con menores a cargo	Personas sin menores a cargo
Relacional	Relaciones de convivencia	
	Cuidados	
	Crianza	
Autonomía personal		Autonomía funcional
Instrumental	Ocupación	
Material	Economía	
	Vivienda	

FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA

En síntesis, nuestra propuesta de clasificación diagnóstica se estructura en 4 ámbitos: relacional, autonomía personal, instrumental y material. Cada uno de estos ámbitos está desarrollado en distintas dimensiones, hasta un total de 16. Las dimensiones incluyen

³⁶⁶ Disponemos, como referencia, los datos de explotación del Registro Unificado de Datos de las Entidades Locales de Catalunya (Gabinet Tècnic, 2019)

distintos temas o elementos para los que se han definido indicadores graduales a lo largo del proceso que lleva desde la autosuficiencia completa (entendida como la capacidad de satisfacer por sí solo las necesidades o, en su caso, articular las medidas para conseguir los apoyos necesarios) a la situación crítica. Esta propuesta de indicadores graduados incorpora en su propia definición buena parte de los factores de riesgo y de protección; aún así, hemos incorporado los factores de riesgo y protección que tienen que ver, más que con la situación de la persona, con su propia identidad y los roles que desempeña cada persona, en la medida que entendemos que todas las personas desarrollamos roles distintos en distintos ámbitos. La propuesta de clasificación diagnóstica está totalmente vinculada con la propuesta metodológica, de manera que ambas propuestas están totalmente interrelacionadas y, a su vez, guiadas e inspiradas por el marco teórico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M. (2013). Los servicios sociales en la tormenta. *Documentación Social*, 166, 145-168.
- (2014). Hacia un replanteamiento de los servicios sociales en España. *Documentación Social. Revista de estudios sociales y sociología aplicada*, 175, 35-63.
- Aguilar, M. J. (2013). *Trabajo social. Concepto y metodología* (Kindle). Consejo General de Trabajo Social - Ed. Paraninfo.
- Aguilera, R. M. (2013). Identidad y diferenciación entre Método y Metodología. *Estudios políticos (México)*, 28, 81-103. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&ypid=S0185-16162013000100005
- Ajuntament de Barcelona. (2017). *Mesura de Govern per una Democratització de la Cura 2017-2020* (Mesura de Govern).
- (2018). *Intercanvi de dades socials i sanitàries*.
<https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/innovacio-social/intercanvi-de-dades-socials-i-sanitaries>
- Alcázar-Campos, A. (2014). Miradas feministas y/o de género al Trabajo Social, un análisis crítico. *Portularia*, 14(1), 27-34. <https://doi.org/10.5218/prts.2014.0003>
- Alemán, C. (1990). *La configuración del sistema público de servicios sociales en España* [Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/6331>
- Alemán, C. (Ed.). (2009). *Políticas sociales* (1.ª ed.). Civitas/Thompson Reuters.
- Alfama, E., y Cruells, M. (2011). Evaluación y políticas transversales: el caso de las políticas de género. *X Congreso de AECPA*.
<http://www.aecpa.es/congresos/10/ponencias/351/>
- Alguacil, A., Alguacil, J., Arasanz, J., Fernández, G., Paniagua, J. L., Olea, S., y Renes, V. (2013). *La vivienda en España en el siglo XXI. Resumen Ejecutivo*.
- Alvira, F. (1982). La perspectiva cualitativa y cuantitativa en las investigaciones sociales. *Estudios de Psicología*, 11, 34-39.
- (1983). Perspectiva cualitativa, perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica. *Reis*, 22(83), 53.
- Ander-Egg, E. (1992). *Introducción a las técnicas de investigación social*. Humanitas.
- (2009). *Diccionario del Trabajo Social* (25.ª ed.). Editorial Brujas/ICSA.
<https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a>
- Ander-Egg, E., y Aguilar, M. J. (2009). *Diagnóstico social Conceptos y metodología* (2.ª ed.). Humanitas.
- AOC. (2017). *Hèstia. Manual d'usuari* (pp. 1-105). Administració Oberta de Catalunya.
- (2020). *Gestió de serveis socials*. Accés a Hèstia. <https://www.aoc.cat/serveis-aoc/hestia/>
- Ariño, M. (1998). El Trabajo Social y los Servicios Sociales. *Zerbitzuan*, 33, 51-57.
- (2017). Contra el diagnóstico. Las enseñanzas de Paul Feyerabend. *Revista de Treball Social*, 211, 66-76.
- Arredondo, R. (2018). *Comunicación privada*.
- Arriba, A., Antón, F., Azagra, P., Cabrera, P. J., Casado, D., Chulilla, J. L., Cortés, L., Del Castillo, A., Fernández, Y., García, C., Guinea, D., López, M., Malo, M. Á., Martínez, C., Moreno, F. J., y Navarrete, J. (2008). Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social. En A. Arriba (Ed.), *VI Informe FOESSA* (pp. 299-465. Fundación FOESSA/Caritas.

- Arriba, A., y Guinea, D. (2008). Protección social, pobreza y exclusión social: el papel de los mecanismos de protección de rentas. En A. Arriba (Ed.), *VI Informe FOESSA* (pp. 325-346). Fundación FOESSA/Caritas.
- Arriba, A., y Pérez, B. (2007). La última red de protección social en España: prestaciones asistenciales y su activación. *Política y Sociedad*, 44(2), 115-133.
- Ausubel, D. (1983). *Teoría del aprendizaje significativo* (p. 10). Fascículos de CEIF.
https://doi.org/10.1007/978-3-540-74459-7_8
- Ayala, L. (2015). Políticas de garantías de ingresos y rentas mínimas. En *Dosieres EsF* (Número 19, pp. 26-30).
- Aylwin, N. (1980). El objeto del Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, 30, 5-12.
- Aylwin, N., Jimenez, M., y Quesada, M. (1976). *Un enfoque operativo de la metodología del trabajo social*. Humanitas.
- Ballester, M. (2015). *Identificación de personas en situaciones de necesidades sociales complejas*. 1-31.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1-26. <https://doi.org/10.1109/IWCMC.2018.8450379>
- Barranco, C. (2001). Las fuentes documentales en Trabajo Social. *Servicios Sociales y Política Social*, 53, 131-149.
- (2009). Trabajo Social, Calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, IX(2), 133-145
- Barriga, L. (2017). La acción social trata a la persona porque es “necesitada”. La profesión de trabajo social richmondiana trata al “necesitado” porque es persona. *Revista de Treball Social*, 211, 41-53.
- Benería, L. (2006). Trabajo Productivo/ Reproductivo, pobreza y políticas de conciliación. *Nómadas (Colombia)*, 24, 8-21.
- Berger, P., y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores.
<https://doi.org/10.2307/3466656>
- Bericat, E. (1998). *La Integración de los Métodos Cuantitativo y Cualitativo en la Investigación Social: Significado y Medida*. Editorial Ariel, SA.
- Boccardi, F. (2010). La performatividad en disputa: acerca de detractores y precursores del performativo butleriano. *Aesthetika*, 5(2), 24-30.
- Boixadós, A., Fernández, J., Alegre, R. M., y De Vicente, I. (2014). La participación de los actores en la investigación en Trabajo Social: una dimensión ética necesaria. *AZARBE, Revista internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 3, 181-185.
<https://revistas.um.es/azarbe/article/view/198531/161791>
- Borda, P., Dabenigno, V., Freidin, B., y Güelman, M. (2017). *Estrategia para el análisis de datos cualitativos* (Nº2; Cuaderonos de Métodos y Técnicas de la investigación social
- Bourdieu, P. (1984). Questions de sociologie. En *Revue Française de Sociologie*. Les editions de Minuit. <https://doi.org/10.2307/3320819>
- (1989). *La Noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*. Les editions de Minuit.
- Brullet, C. (2010). *Temps, cura i ciutadania. Corresponsabilitats privades i públiques*.
- Burns, S., y MacKeith, J. (2011). *Empowerment Star. The Outcomes Star for women who have experienced domestic abuse* (User Guide Sample).

- Burns, S., y MacKeith, J. (2017). *Family Star Plus. An Outcomes Star for parents. User Guide* (Outcomes Star User Guide).
- Burr, V. (1997). *Introducció al construccionisme social*. Edicions Proa.
- Cabré, M. (1998). Variació per tema: el discurs especialitzat o la variació funcional determinada per la temàtica : noves perspectives. *Caplletra: revista internacional de filologia*, 0(25), 173-194. <https://doi.org/10.7203/caplletra.25.6743>
- Cabrera, D., Menéndez, A., Fernández, A., Acebal, V., García, J., Díaz, E., y Salamea, A. (1999). Riesgo social - Escala de Valoración sociofamiliar. En *Atención Primaria* (Vol. 23, Número 7, pp. 434-440). Consejería de Salud.
- Cabrera, P., Rubio, M. J., y Blasco, J. (2008). ¿Quién duerme en la calle? Una investigación social y ciudadana sobre las personas sin techo. En *Una Investigación Social y Ciudadana Sobre las ...*. Fundació Caixa Catalunya. <http://atlas.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/935/1/Observatorio-de-la-Inclusion-S-Quien-duerme-en-la-calle-2008.1.pdf>
- Calvès, A.-E. (2009). «Empowerment»: généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, 200(4), 735. <https://doi.org/10.3917/rtm.200.0735>
- Capilla, R., y Barrio, V. del. (2001). Adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 329-341.
- Carballeda, A. J. (2012). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Paidós.
- Cardona-Cardona, J. (2012). *La definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos*. Universitat de les Illes Balears.
- Cardona-Cardona, J., Cuartero-Castañer, M. E., y Campos-Vidal, J. F. (2017). El diagnóstico relacional colaborativo (I). *Alternativas. Cuadernos de trabajo social*, 24, 67-90. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.05>
- Cardona, J., y Campos, F. J. (2009). Cómo determinar un contexto de intervención: inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el trabajador/a social y el cliente durante la fase de estudio y evaluación de la situación problema. *Portularia*, IX(2), 17-35.
- Carr, A. (1998). Michael White - Narrative Therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 485-503. [papers2://publication/uuid/1EADBF6A-4D43-4F36-A5EB-C552CE527B26](https://publication/uuid/1EADBF6A-4D43-4F36-A5EB-C552CE527B26)
- Carvajal, A., Martínez, M., y Centeno, C. (2013). Versión española del Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): Un instrumento de referencia para la valoración sintomática del paciente con cáncer avanzado. *Medicina Paliativa*, 20(4), 143-149. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.001>
- Casado, D. (2007). La rama de los servicios sociales. En D. Casado y F. Fantova (Eds.), *Perfeccionamiento de los servicios sociales en España: informe con ocasión de la Ley sobre autonomía y dependencia* (pp. 35-50). Fundación FOESSA/Caritas.
- Casado, D., y Guillén, E. (1987). *Introducción a los servicios sociales*. Acebo.
- Castels, F. G., Leibfried, S., Obingen, H., y Pierson, C. (Eds.). (2010). *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford Press. <http://ukcatalogue.oup.com/product/9780199579396.do/>
- Catalunya (1996). Llei 15/1996, de 15 de novembre, de creació del col·legi d'educadors i

- educadors socials de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 2284, 22 de novembre.
- https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa_ydocumentId=133506_ylanguage=ca_ES_ytextWords=llei%252015%2F1996_ymode=single
- (2007). Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 4990, 18 d'octubre, 37788-37840.
- (2010). Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 5738, 20 d'octubre, 76196-76312.
- (2013). Acord de cessió de l'aplicació Hestia del Consell Comarcal del Tarragonès al Consorci Administració Oberta de Catalunya. *Administració Oberta de Catalunya*, 29 de novembre. www.catcert.cat/verCPISR-1
- (2014). Acord GOV/28/2014. de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 6571, 27 de febrer, 1-7. <http://www.gencat.cat/dogc>
- (2015) Llei 24/2015, del 29 de juliol, de mesures urgents per a afrontar l'emergència en l'àmbit de l'habitatge i la pobresa energètica. *Diari Oficial de la Generalitat*, 6928, 5 d'agost. <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6780/1395384.pdf>
- Cea D'Ancona, M. Á. (1998a). La investigación social mediante encuesta. En *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social* (pp. 239-291). Editorial Síntesis, SA.
- (1998b). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Editorial Síntesis, SA. <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/0.D%27Ancona.Libro completo. Metodología Cuantitativa....pdf>
- CEESC. (2019). *Memòria 2018*.
- Cerdá, T., Nieves, M., y Elizaga, A. (2006). *Implantación y evaluación de programas poblacionales de cribado* (N.º 3; Monoigrafías).
- Cervantes, I. (2020). *Marco Común Europeo de Referencia*. https://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/marco/indice.htm.
- Colomer, M. (1979). Método de Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 75, 4-48.
- (1987). La metodología y las técnicas en el trabajo social. *Documentación Social. Revista de estudios sociales y sociología aplicada*, 69, 121-133.
- (2006). *El treball social que jo he viscut*. Impuls a l'Acció Social.
- Conde, R. (1998). *Trabajo Social Experimental*. Tirant lo Blanch.
- Consorci AOC. (2020). *Què és el Consorci AOC*. www.aoc.cat. <https://www.aoc.cat/que-es-el-consorci-aoc/>
- Cortés, L. L., Antón, F., Martínez, C., y Navarrete, J. (2008). La exclusión residencial en España. En A. Arriba González De Durana (Ed.), *Políticas y bienes sociales: procesos de vulnerabilidad y exclusión social* (pp. 229-319). Fundación FOESSA.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics Recommended Citation Crenshaw, Kimberle () "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Femin. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.

- <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfhhttp://chicagounbound.uchicago.edu/uclfh/vol1989/iss1/8>
- (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- CTO. (2017). Epidemiología y Estadística. En *Manuales MIR* (Manuales CTO).
- Cuéllar-Flores, I., y Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(34), 89-102. http://www.aidep.org/03_ridep/R34/ART4.pdf
- Cury, S. P., y Arias, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de «Diagnóstico Social». Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 9-24. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2016.23.01>
- Dahlgren, G., y Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper. En *Strategy paper for Europe* (N.º 2; Who Regional Office for Europe, Vol. 14, Número September 1991). <https://doi.org/978-91-85619-18-4>
- De Corte, E. (2010). Historical developments in the understanding of learning. En H. Dumont, D. Istance, y F. Benavides (Eds.), *The Nature of Learning: Using Research to inspire Practice* (pp. 35-68). OCDE.
- de la Red, N. (1993). Aproximaciones al concepto del Trabajo Social. En *Aproximaciones al Trabajo Social* (pp. 132-142). Consejo General de Trabajo Social.
- de Lauretis, T. (2000). *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*. Horas y horas.
- de Robertis, C. (2006). *Metodología de la intervención en trabajo social*. Editorial Lumen.
- Delors, J., Muftić, I. Al, Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremek, B., Gorham, W., Kornhauser, A., Manley, M., Quero, M. P., Savané, M.-A., Singh, K., Stavenhagen, R., Suhr, M. W., y Nanzhao, Z. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Organización de las Naciones Unidas. <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590so.pdf>
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2012a). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Manual de Investigación cualitativa. Vol. 1. El campo de la investigación cualitativa* (pp. 43-102). Gedisa, SA.
- (2012b). La definición del campo. En *Manual de Investigación cualitativa. Vol 1* (p. 32).
- DG Inclusión. (2006). *El Sistema Público de Servicios Sociales* [Guía]. <http://www.mtas.es/SGAS/ServiciosSocDep/serviciossociales/sistema/sistem...>
- DGAIA. (2016). *Eina de cribratge de situacions de risc i desemparament* [Instrument]. DGAIA. <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>. <http://www.adobe.com/support/products/acrreader.html>
- Díaz, E., y Fernández de Castro, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 431-443. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.39550
- Diputació de Barcelona. (2018). *DS-DIBA. Eina de valoració del risc als Serveis Socials Bàsics. Manual de l'usuari* (Manual de usuario) [Manual].
- Dixon, J. A., Mahoney, B., y Cocks, R. (2002). Accents of Guilt? *Journal of Language and Social Psychology*, 21(2), 162-168. <https://doi.org/10.1177/02627X02021002004>

- Dominelli, L. (2002a). *Anti-Oppressive Social Work Theory and Practice*. Palgrave Macmillan.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.2003.02782.x>
- (2002b). *Feminist social work. Theory and practice*. Palgrave Macmillan.
- Dominelli, L., y MacLeod, E. (1989). *Trabajo social feminista*. Editorial Càtedra, SA.
- Doyal, L., y Gough, I. (1991). *A theory of human need*. Palgrave Macmillan.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- DTASiF. (2017). *Mapa Serveis Socials Bàsics*.
http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/15serveissocials/estadistiques/mapa_serveis_socials/2017/MAPA_SSB_2017_CC.pdf
- (2018). *SSM-C Matriu d'autosuficiència 2018*. Departament de Treball, Afers Socials i Família.
- (2019). *La matriu d'autosuficiència, una nova eina per detectar, prevenir i atendre situacions de necessitat social*. Departament de Treball, Afers Socials i Família.
- Durán, A. (2004). *Políticas y sistemas sanitarios*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Durán, P. (2017). Aproximacions a l'epistemologia del treball social. Són possibles altres formes de coneixement? *Revista de Treball Social*, 211, 77-87.
- Education USA. (2020). *Glossary*. <https://educationusa.state.gov/experience-studying-usa/us-educational-system/glossary#A>
- España (1974) Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. (1974). *Boletín Oficial del Estado*, 40, 15 de febrero.
- (1978). Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 311, 29 de diciembre.
- (1979). Instrumento de Ratificación del Acuerdo entre el Estado español y la Santa Sede sobre asuntos económicos, firmado en Ciudad de Vaticano el 3 de enero de 1979. *Boletín Oficial del Estado*, 300, 15 dediciembre, 28782-28782.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-29490>
- (1982). Ley 10/1982. de 13 de abril, de creación de los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 99, 26 de abril, 10528.
- (1996). Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 17 de enero.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
- (2001). Real Decreto 174/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban los Estatutos Generales de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 56, 6 de marzo.
- (2006). Llei Orgànica 6/2006, de reforma de l'Estatut d'autonomia de Catalunya. *Boletín Oficial del Estado*, 172, 20 de juliol.
- (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299, 15 de noviembre, 44142-44156.
- Esping-Andersen, G., y Myles, J. (2011). The Welfare state and redistribution. *The Oxford Handbook of Economic Inequality*, 1971.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199606061.013.0025>
- Europa. (2012). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *Diario Oficial*

- de la Unión Europea, C 326/392, 26 de octubre, 391-407. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT yfrom=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT&from=EN)
- (2016). Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la D. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 2014(119), 1-88. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2005.02.009>
- European Commission. (2018). *Ethics in Social Science and Humanities* (Número October). http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf
- (2019). *H2020 Programme.AGA-Annotated Model Grant Agreement* (p. 846). European Comission.
- Eurostat. (s. f.). *Social Protection (ESSPROS)*. Eurostat. Recuperado 5 de enero de 2020, de <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection>
- Euskadi. (2013). Decreto 353/2013, de 28 de mayo, de Ficha Social del Sistema Vasco de Servicios Sociales y del instrumento de diagnóstico social del Sistema Vasco de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del País Vasco*, 127, 26 de junio, 1-52. http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/508435-d-353-2013-de-28-may-ca-pais-vasco-ficha-social-del-sistema-vasco-de-servicios.html
- (2015). Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales. *Boletín Oficial del País Vasco*, 206, 29 de octubre, 1-87.
- Fantova, F. (2007). Repensando la intervención social. *Documentación Social*, 147, 183-198.
- (2014a). *Diseño de políticas sociales. Fundamentos, estructura y propuestas*. Editorial CSS.
- (2014b). *Servicios sociales: sin objeto no hay sector, sin sector no hay sistema* | Fernando Fantova. El blog de Fernando Fantova. <http://fantova.net/?p=810>
- (2018). Construyendo la intervención social. *Papeles del Psicólogo*, 39(2), 81-88.
- (2020). Els serveis socials davant la intel·ligència de grans quantitats de dades (big data). En Fundació iSocial (Ed.), *Cicle de reflexió «Big data i Serveis Socials. Preveure i anticipar-nos a les necessitats socials»*. Fundació iSocial.
- Fantova, F., Casado, D., López-Aróstegi, R., Sotelo, H., y Díaz, J. (2005). *Situación y perspectivas del sistema público de servicios sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco* (F. Fantova (Ed.)). Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Fassaert, T. J., Lauriks, S., van de Weerd, S., Theunissen, J., Kikkert, M., Dekker, J., Buster, M., y de Wit, M. A. (2014). Psychometric properties of the Dutch version of the self-sufficiency matrix (SSM-D). *Community Mental Health Journal*, 50(5), 583-590. <https://doi.org/10.1007/s10597-013-9683-6>
- FEANTSA. (2006). *ETHOS - Taking stock*. <https://doi.org/10.4324/9780203944943>
- FECCOO-Andalucía. (2009). Aprendizaje: definición, factores y clases. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 2, 1-6. <https://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd4922.pdf>
- Fernández, Josefa, Torralba, J. M., Tabueña, M., Alegre, R. M., Boixadós, A., Vicente, I. de, Chagas, E., Palacín, C., y Parra, B. (2011). El treball social amb famílies: La responsabilitat dels treballadors socials en l'autodeterminació dels col·lectius més

- vulnerables. En *Fundació Grifols* (Número 192).
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3648999>
- Fernández, Josefina, De Vicente, I., Torralba, J. M., Munté, A., Quiroga, V., Durán, P., Alegre, R. M., Parra, B., Chagas, E., Boixadós, A., y Palacín, C. (2015). La intervenció amb les Famílies des del Treball Social. En *GRITS, Grup de Recerca i Innovació en Treball Social* (N.º 12; Monogràfic de treball Social). Col·legi de Treball Social de Catalunya.
<http://www.ub.edu/deptsocial/publicacions/Laintervencioamblesfamiliesdesdeltreballsocial-Maig2015.pdf>
- Fernández, P. (2009). Política social y empleo. En C. Alemán (Ed.), *Políticas Sociales* (pp. 275-296). Civitas/Thompson Reuters.
- FTTS. (2014). *Definició Global de Treball Social*. www.ifsw.org. <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
- Florida State University. (s. f.). *How Artificial Intelligence Will Save Lives in the 21st Century*. Social Work Today. Recuperado 1 de marzo de 2020, de
https://www.socialworktoday.com/news/enews_0417_2.shtml
- Fombuena-Valero, J. (2012). La técnica y el otro en trabajo social. En J. Fombuena (Ed.), *El trabajo social y sus instrumentos. Elementos para una interpretación a piacere* (pp. 15-48). Nau Llibres.
- Fustier, N. (2017). Los diagnósticos en el ámbito de la intervención individual y familiar. En A. I. Lima Fernández, E. Pastor Seller, y C. Verde Diego (Eds.), *Comunidades sostenibles : dilemas y retos desde el trabajo social [XXII Congreso estatal y I Congreso Iberoamericano de servicio social]* (pp. 914-923). Thompson Reuters.
<http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/CONGRESO/COMUNIDADES SOSTENIBLES.pdf>
- (2018a). *Juntos pero no revueltos: la relación de Trabajo Social y Servicios Sociales*. L'estratègia de l'aigua. <https://nuriafustier.blogspot.com/2018/08/juntos-pero-no-revueltos-la-relacion-de.html>
- (2018b). Quina formació per a quines competències? Reflexions sobre la formació de les treballadores socials. *Revista de Treball Social*, 213, 11-24.
- Fustier, N. [coord]. (2018c). *Projecte d'intercanvi de dades entre el Sistema de Serveis Socials i el Sistema de Slant (SLAS - HC3). Avaluació de la prova pilot desenvolupada als barris de la Nova Esquerra de l'Eixample i el Besòs, 2018* [Informe avaluatiu].
- Gabinet Tècnic. (2019). *Registre unificat de dades dels ens locals (RUDEL). Informe de retorn de dades 2017*. http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/publicacions/
- García-Herrero, G. (2008). Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la intervención social. Ecos de Mary Richmond. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 83, 9-38.
- García-Herrero, G. [rel]. (2005). Ideas, argumentos y propuestas sobre Los Servicios Sociales, la Autonomía Personal y la Protección de las Personas en Situación de Dependencia. *Trabajo social hoy*, 2, 17-66.
- García-Longoria, M. P., y Esteban, R. M. (2016). *Análisi y Diagnóstico en Trabajo Social* (1.ª ed.). Tirant lo Blanch.
- García, F. J., y Meneses, C. (2009). Ámbitos de intervención del Trabajo Social. En T. Fernández García (Ed.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 345-384). Alianza Editorial.

- Garcia Roca, J. (2007). La revancha del sujeto. *Documentación social*, 145, 37-52.
- Gergen, K. J. (1996). La construcción social: emergencia y potencial. En M. (comp) Pakman (Ed.), *Construcciones de la experiencia humana. Vol. 1* (pp. 139-182). Gedisa editorial.
- Giddens, A. (2002). *Sociología* (4ª). Alianza Editorial.
- Giménez, V., Mesquida, J. M., Parra, B., y Boixadós, A. (2019). *El diagnòstic social en els serveis socials bàsics*. Diputació de Barcelona.
- Ginesta, M., Civit, M., Rivera, J., y Rodríguez, A. (2018). *Los Servicios Sociales Básicos (SSB) en la provincia de Barcelona* (N.º 13; Monografies).
- Girao, J. A., y Gallud, J. (coords). (2006). *Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria*.
- Goldberg, B., Brintnell, E. S., y Goldberg, J. (2002). Occupational Therapy in Mental Health The Relationship Between Engagement in Meaningful Activities and Quality of Life in Persons Disabled by Mental Illness The Relationship Between Engagement in Meaningful Activities and Quality of Life in Persons Disabl. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44. <https://doi.org/10.1300/J004v18n02>
- Greene, J. C., Caracelli, V. J., y Graham, W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11(3), 255-274.
- Groff, J. (2010). Educational Research and Innovation The Nature of Learning Using Research to Inspire Practice. En *OECD Publishing* (p. 340). OCDE.
- Gross, D. P., Parker, K. S., Poppe, W. D., y Sykes, B. (2008). Accountability, Cost-Effectiveness, and Program Performance: Progress Since 1998. En *Departamental Papers*. http://repository.upenn.edu/spp_papers[http://repository.upenn.edu/spp_papers/11 4](http://repository.upenn.edu/spp_papers/114)
- Guba, E. (1989). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. En J. Gimeno, *La enseñanza: su teoría y su práctica* (pp 148-165). Akal
- Ham, C., y Curry, N. (2011). Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean mean for the NHS? *King's Fund*, 8.
- Hamilton, G. (1940). *Theory and Practice of Social Case Work*. Columbia University Press.
- Hanisch, C. (2006). *The personal is political*. <https://doi.org/10.5840/soctheorpract1981714>
- Hare, I. (2004). Defining Social Work for the 21st Century. The International Federation of Social Workers' revised definition of Social Work. *International Social Work*, 47(3), 407-424. <https://doi.org/10.1177/0020872804043973>
- Healy, K. (2001). *Trabajo Social. Perspectivas contemporáneas*. Ediciones Morata, SL.
- Heras, P. de las, y Cortajanera, E. (1979). *Introducción al bienestar social* (1.ª ed.). Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- Herrera, M. (1996). Las políticas sociales en el welfare mix. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1, 71-93.
- Hilarión, P., Ballester, M., Domínguez, J. A., Delgado, X., Sarquella, E., De Andrés Pizarro, J., y Sunol, R. (2016). Screening for Social Care Complex Needs – Review of current experiences. *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 1-8. <https://doi.org/http://doi.org/10.5334/ijic.2822>
- hooks, bell. (1984). *Feminist Theory from margin to center*. Southend press.

- Ibáñez, J. (2017). L'ús de les TIC en l'àmbit de l'atenció a la infància i l'adolescència en risc. *Revista de Treball Social*, 2011, 117-127.
- Ibáñez, T. (2001). ¿Cómo se puede no ser constructivista hoy en día? En *Psicología social construccionista* (pp. 245-257). Universidad de Guadalajara.
- ILO. (2020). *Decent work*. <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-en/index.htm>
- IMSST (AOC). (2017). *Categorías que utiliza l'Hèstia per definir situacions socials per àmbits* (Manuals).
- INE. (2000). *Número de municipios por provincias, comunidades autónomas e islas*. www.ine.es. https://www.ine.es/daco/daco42/codmun/cod_num_muni_provincia_ccaa.htm
- (2018). *Población en riesgo de pobreza relativa según situación laboral y en las personas con trabajo*. Mujeres y Hombres en España. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ESyc=INESeccion_C&cid=1259925455948&yp=1254735110672&ypagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&yparam1=PYSDetalle&yparam3=1259924822888
- Ituarte, A. (1990). Trabajo Social y Servicios Sociales: Aportes para una Clarificación Necesaria. *Documentación social*, 79(1), 49-63.
- (2017). Reflexiones sobre la condición y el alcance del diagnóstico en trabajo social individual y familiar. *Revista de Treball Social*, 211, 88-102.
- Iyanga, A. (2006). *Política educativa. Naturaleza, historia, dimensiones y componentes actuales*. Nau Llibres.
- Jorge, E., y González, M. C. (2017). Parental rearing styles : a theoretical review. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Kahn, A., y Kamerman, S. (1987). *Los servicios sociales desde una perspectiva internacional: el sexto sistema de protección social*. Siglo XXI/CGTS.
- Karls, J. M., y Wandrei, K. E. (1994). *PIE Manual. Person-in-Environment System. The PIE Classification System for Social Functioning Problems*. NASW Press.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social: una introducción desde el construccionismo*. Ediciones Edward. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=415023>
- Krolokke, C., y Sorensen, A. S. (2006). Three Waves of Feminism: From Suffragettes to Grrls. En C. Krolokke y A. S. Sorensen (Eds.), *Gender Communication Theories y Analyses: From Silence to Performance* (pp. 1-24). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452233086.n1>
- Krueger, R. A., y Casey, M. A. (2008). *Focus groups. A practical guide for applied research* (4th ed). SAGE Publication Inc.
- Kühn, T. S. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- Lacruz, J. L., Sancho, F. de A., Delgado, J., y Rivero, F. (1983). *Parte General del Derecho Civil Volumen segundo: Personas*. Libería Bosch.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of canadians. En *Health and Welfare* (N.º 1; Working Document). <https://doi.org/H31-1374>
- Laparra, M., y Aguilar, M. (1997). Intervención social y exclusión social. *Simposio Políticas*

sociales contra la exclusión social, 91-120.

- Larousse-Bordas (Ed.). (1998). *Larousse Enciclopédico en color*. Círculo de Lectores.
- Lauriks, S., Buster, M. C., de Wit, M. A., Weerd, S. Van De, Tigchelaar, G., y Fassaert, T. J. (2013). *Self-Sufficiency-Matrix*.
- Lauriks, S., Buster, M., de Wit, M. A., van de Weerd, S., Theunissen, V., Schönenberger, M., Fassaert, T. J., y Fustier, N. [trad.]. (2013). *Self Sufficiency Matrix. Manual (trad. al español)* (Manual).
https://www.researchgate.net/publication/325627769_SELF_SUFFICIENCY_MATRIX_2013_Manual_traduccion_al_espanol
- Lauriks, S., Buster, M., de Wit, M. A., Weerd, S. Van De, y Theunissen, V. (2013). *Self Sufficiency Matrix 2013. Manual* (pp. 1-25). GGD Amsteram.
- Lauriks, S., de Wit, M. A., Buster, M. C., Fassaert, T. J., van Wifferen, R., y Klazinga, N. S. (2014). The use of the Dutch Self-Sufficiency Matrix (SSM-D) to inform allocation decisions to public mental health care for homeless people. *Community mental health journal*, 50(7), 870-878. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9707-x>
- Lawton, M. P., y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5349366>
- Ledesma, A. (2014). *Model català d'atenció integrada social i sanitària* (pp. 1-12). Generalitat de Catalunya.
- Lewis, J. (2001). The Decline of the Male Breadwinner Model: Implications for Work and Care. *Social Politics*, 8(2), 152-169.
- LifeWorks. (2017). *Self-Sufficiency Matrix User Manual*.
- Lima, A. I. (coord), y Herrera, M. (2016). *II Informe sobre los Servicios Sociales en España* [Informe].
https://www.cgtrabajosocial.es/files/5a9ea2319617d/II_ISSE_DIGITAL_2016.pdf
- Lowry, F. (1938a). Current Concepts in Social Case-Work Practice. *Social Service Review*, 12(3), 365-373.
- (1938b). Current Concepts in Social Case-Work Practice (2n part). *Social Service Review*, 12(4), 571-597.
- Lune, H., y Berg, B. L. (2017). *Methods for the Social Sciences* (9th ed.). Pearson Education Limited.
- MacKeith, J. (2011). The development of the Outcomes Star: A participatory approach to assessment and outcome measurement. *Housing, Care and Support*, 14(3), 98-106.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1108/14608791111199778>
- (2014). Assessing the reliability of the Outcomes Star in research and practice. *Housing, Care and Support*, 17(4), 188-197. <https://doi.org/10.1108/HCS-11-2014-0027>
- Mahoney, F. I., y Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: the Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.
- Maluquer, E., Fustier, N., y Recio, M. (Eds.). (2010). *Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2010 - 2013* (1.ª ed.). Generalitat de Catalunya.
- Manzano, M. Á., Pagés, É., y Solé, M. (2019). La DS-DIBA: Experiencia de la elaboración de una herramienta de valoración social y segmentación para los servicios sociales.

- Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1), 177-189. <https://doi.org/10.5209/cuts.58061>
- (2016). Instrumento diagnóstico DS-DIBA. *16a Conferencia Internacional sobre Atención Integrada*, 1. www.diba.cat/bienestar.
- Martín, J. C., Cabrera, E., León, J., y Rodrigo, M. J. (2013). La Escala de Competencia y resiliencia parental para madres y padres en contextos de riesgo psicosocial. *Anales de Psicología*. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.150981>
- Martín, M., Miranda, M. F., y Vegas, A. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social - Diagnostilo sozïalerako indikadoreen eskuliburua* (s/n).
- Martín Muñoz, M. (2005). *Manual de indicadores para el diagnóstico social* (Investigación).
- Martínez, F. (2002a). *El cuestionario* (Vol. 1). Luertes SA de Ediciones.
- (2002b). Utilidad del cuestionario y Construcción de un cuestionario. En *El cuestionario. Un instrumento para la investigación de las ciencias sociales* (pp. 15-24). Laertes SA de Ediciones.
- Mata, A. (2017). El diagnóstico social y su largo recorrido en el trabajo social español. En Consejo General del Trabajo Social (Ed.), *Comunidades sostenibles : dilemas y retos desde el trabajo social [XXII Congreso estatal y I Congreso Iberoamericano de servicio social]*. (pp. 848-857). Thompson Reuters.
<http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/congreso/comunidades sostenibles.pdf>
- Matulic, M. V. (2015). *Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social* [Universitat de Barcelona]. www.tdx.cat
- Maturana, H. (1996). Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga. En M. (comp) Pakman (Ed.), *Construcciones de la experiencia humana. Vol. 1* (pp. 51-138). Gedisa editorial.
- (1997). *La objetividad. Un argumento para obligar*. Dolmen Ediciones, SA.
- Matus, T. (2017). Ejercicios de punto ciego. Desafíos de innovación y gestión de calidad en los procesos de intervención social. En A. I. Lima Fernández, E. Pastos Seller, y C. (Universidad de V. Verde Diego (Eds.), *El trabajo social: construyendo comunidades sostenibles* (pp. 46-81). Editorial Aranzadi, SAU.
- Max-Neef, M. A., Elizalde, A., y Hopenhayn, M. (1993). *Desarrollo a escala humana* (2a ed.). Editorial Nordan-Comunidad; Icaria Editorial, SA.
<https://doi.org/10.1080/10584600802686105>
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1880.
- MECD. (2004). *Evolución del Sistema Educativo Español*.
- Merton, R. K. (1948). The Self-Fulfilling Prophecy. *The Antioch Review*, 8(2), 193-210.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- (1968). *Social Theory and Social Structure* (Enlarged E). The Free Press.
- Milner, J., Myers, S., y O'Byrne, P. (2015). *Assessment in Social Work*.
<https://books.google.com/books?hl=ca&lr=yid=XAytCQAAQBAJ&ypgis=1>
- Ministerio de Derechos Sociales. (2020). *El Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales*.

- <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/Siuss/home.htm#proceso>
- Mintzberg, H. (1984). *La estructuración de las organizaciones*. Ariel.
- Miranda, A. (2013). Plagio y ética de la investigación científica. *Revista Chilena de Derecho*, 40(2), 711-726. <http://ori.hhs.gov/misconduct/defi>
- Molleda, E. (2007). ¿Por qué decimos que «no podemos hacer intervención social»? *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 139-155. <https://doi.org/->
- Montagut, T. (2008). *Política social. Una introducción* (3.^a ed.). Editorial Ariel, SA.
- Montero, J., y Minuesa, C. (2018). *Estadística básica para las ciencias de la salud*. Universidad de Extremadura. <http://matematicas.unex.es/~jmf/Archivos/Manual de Bioestadística.pdf>
- Montoro, R. (1997). Fundamentos teóricos de la política social. En M. . Aleman y J. Garcés (Eds.), *Política Social* (pp. 33-50). MacGraw - Hill. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en ybtnG=Search yq=intitle:FUNDAMENTOS+DE+LA+POLÍTICA#9>
- Moreno, L., Pino, E. del, Marí-Klose, P., y Moreno-Fuentes, F. J. (2014). Los sistemas de bienestar europeos tras la crisis económica. *Hacienda.Go.Cr*, 114. <http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/uploads/Archivos/Articulo/Los sistemas de bienestar europeos tras la crisis económica.pdf>
- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376. <https://doi.org/10.1177/104973239800800307>
- Morgan, K. P. (1996). Describing the Emperor's New Clothes: Three Myths of Educational (In-)Equity. En A. Diller (Ed.), *The gengder question in education* (pp. 189-203). Westview Press.
- Morin, E. (2002). *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Nueva Visión.
- (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. GEDISA.
- (2015). *Enseñar a vivir. Manifiesto para cambiar la educación*. Nueva Visión.
- Mújica, N., y Rincón, S. (2011). Consideraciones teórico-epistémicas acerca del concepto de modelo. *Telos*, 13(1), 51-64.
- Munday, B. (2007). *Integrated social services in Europe*. Council of Europe. <http://www.esn-eu.org/integrated-services/index.html>
- Munté, A., y De Vicente, I. (2012). El «Sueño de Barrio» ¿Un nuevo modelo de Trabajo Social? *Revista Katálisis*, 15(2), 254-261. <https://doi.org/10.1590/s1414-49802012000200011>
- Navajo Gómez, P. (2012). *Algunas herramientas de Análisis Estratégico: DAFO*. www.iniciativasocial.net. <http://www.iniciativasocial.net/?p=720>
- OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. En *Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud*. <https://doi.org/10.1097/01.pep.0000245823.21888.71>
- (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedad - 10* (Manuales). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://doi.org/10.a>

- Online Etymology. (2019). *paradigm*. etymonline.com.
<https://www.etymonline.com/search?q=paradigm>
- Ormaetxea, I., Brunet, M. Á., Arrieta, G., Olaso, R., y Ibaibarriaga, L. (2017). Modelo de diagnóstico social polivalente. En Consejo General del Trabajo Social (Ed.), *Comunidades sostenibles: dilemas y retos desde el trabajo social [XXII Congreso estatal y I Congreso Iberoamericano de Trabajo Social]* (pp. 903-913). Thompson Reuters.
http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/congreso/comunidades_sostenibles.pdf
- Ortega-Carbajal, M. F., Hernández-Mosqueda, J. S., y Tobón-Tobón, S. (2015). Análisis documental de la gestión del conocimiento mediante la cartografía conceptual. *Ra Ximhai*, 11(4), 141-160.
- Osakidetza. (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*.
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos_cronicos/eu_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf
- Ovejas, R., y Gabantxo, K. (2006). *Diagnóstico e Intervención social. Herramienta informática para el Trabajo Social* (M. Rejado (Ed.); 1.ª ed.). Eusko Jaurlaritzaren .
- (2009). *Diagnóstico Social e Intervención. Herramienta informática para el Trabajo Social*. (M. Rejado y M. Santiago (Eds.)). Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.
- PACT. (2017). *Manual de Intervención PACT* (Manual).
- Payne, M. (2014). *Modern Social Work Theory* (4th ed.). Palgrave Macmillan.
- Pelegri, X. (2014). Trabajo social y servicios sociales: una complementariedad diferenciada. Notas para el cambio de época. *Acciones e investigaciones sociales*, 34, 7-24.
- (2007). El modelo de servicios sociales en España. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, XVII(2), 125-150.
- Pérez, E., De la Cuesta, D., Louro, I., y Bayarre, H. (1997). Funcionamiento Familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencia Ergo sum*, 4(2), 144-149.
- Pierce, D. (PhD), Manzer, L., Umanskaya, A., y Kucklick, A. (2020). *Self-Sufficiency Standard*. Center for Women's Welfare - University of Washington.
<http://www.selfsufficiencystandard.org/>
- Platero, R. (Lucas). (2013). *La interseccionalidad en las políticas públicas sobre la ciudadanía íntima: los discursos y la agenda política española (1995-2012)* [Universidad Nacional de Educación a Distancia]. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:CiencPolSoc-Rplatero/Documento.pdf>
- Prat, G., Ribot, A., Recoder, S., y Muñoz, F. (2019). Psychometric properties of the Spanish version of the Engagement in Meaningful Activities Survey in people with serious mental illness. *British Journal of Occupational Therapy*, 1-7.
<https://doi.org/10.1177/0308022619856557>
- Quecedo, R., y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*, 14 (14), 5-39
- Quiroz, M., y Peña, I. (1998). *El Sociodiagnóstico* (2.ª ed.). Universidad de Concepción.
- RAE. (2014). *Diccionario de la Lengua Española* (23.ª ed.). Espasa.
- Rakić, T., Steffens, M. C., y Mummendey, A. (2011). When it matters how you pronounce it: The influence of regional accents on job interview outcome. *British Journal of Psychology*, 102(4), 868-883. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.2011.02051.x>

- Ramírez, J. M. (1990). La ficha social: un soporte documental básico para los trabajadores sociales. *Revista Servicios Sociales y Política Social*, 20, 110-123.
- Ranquet, M. du. (1996). *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias* (1ª). Siglo XXI de España editores, SA.
- Regalado, J. (2017). La evaluación y el diagnóstico en trabajo social clínico. En A. Ituarte (Ed.), *Prácticas de Trabajo Social Clínico* (Electrónico). Nau Llibres.
- Reglero, M. (2004). Necesidades de la sociedad actual: colectivos sociales tradicionalmente excluidos del mundo educativo. *Educación y Futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10(10), 51-60.
- Repper, J., y Carter, T. (2010). Using Personal Experience to Support Others with Similar Difficulties. A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services. En *Together For Mental Wellbeing Paper* (Número September). <https://doi.org/10.7748/en2014.02.21.9.15.s13>
- Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis* (1.ª ed.). Russell Sage Foundation.
- (1922). *What is Social Case Work?* Russell Sage Foundation.
- (1977/1922). *Caso Social Individual. What is Social Case Work*. Ed. Humanitas.
- (2008/1917). *Diagnóstico Social, 1917* (Consejo General del Trabajo Social (Ed.); 2ª). Siglo XXI de España editores, SA.
- Rode, N. (2017). Defining social work is a never-ending story. *European Journal of Social Work*, 20(1), 64-75. <https://doi.org/10.1080/13691457.2016.1185704>
- Rosell, T. (1989). El diagnóstico. En *La entrevista en el trabajo social* (pp. 139-156). Hogar del Libro.
- Rousseau, J.-J. (2012). Émile, ou, De l'éducation. En *Émile, ou, De l'éducation*. La Gaya Scienza. <https://doi.org/10.1522/cla.roj.emi>
- Ruiz, F., y Fustier, N. (2006). El XISSAP, una eina per a la gestió dels expedients d'atenció social primària. En *VI Jornades de Serveis Socials d'Atenció Primària «De la invisibilitat cap a l'emergència d'un sistema universal de serveis socials»* (pp. 55-65). Col·legi de Treball Social de Catalunya.
- Sabsay, L. I. (2009). *El sujeto de la performatividad: narrativas, cuerpos y políticas en los límites del género* [Universitat de València]. <https://doi.org/10.1038/132817a0>
- Salas, M., y López de Ceballos, P. (1987). Metodologías para el trabajo social. *Documentación Social. Revista de estudios sociales y sociología aplicada*, 69, 109-120.
- Saleebey, D. (1997). *The Strengths perspective in Social Work Practice* (3ª). Longman.
- Sampieri, R., Collado, C., y Lucio, P. (1996). Selección de la muestra. En *Metodología de la investigación* (pp. 234-270). McGraw-Hill. http://www.academia.edu/download/38758233/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf
- Sánchez, M., y Vega, J. C. (2003). Algunos aspectos teórico-conceptuales sobre el análisis documental y el análisis de información. *Ciencias de la Información*, 34(2), 49-60.
- Santos, J. (2012). *El cuarto pilar. Un nuevo relato para los servicios sociales*. Editorial Paraningo y Consejo General de Trabajo Social.
- Secretaría de Estado de Servicios Sociales. (2019). *Manual de SIUSS. Nivel UTS. SIUSS V/5* (Manual).

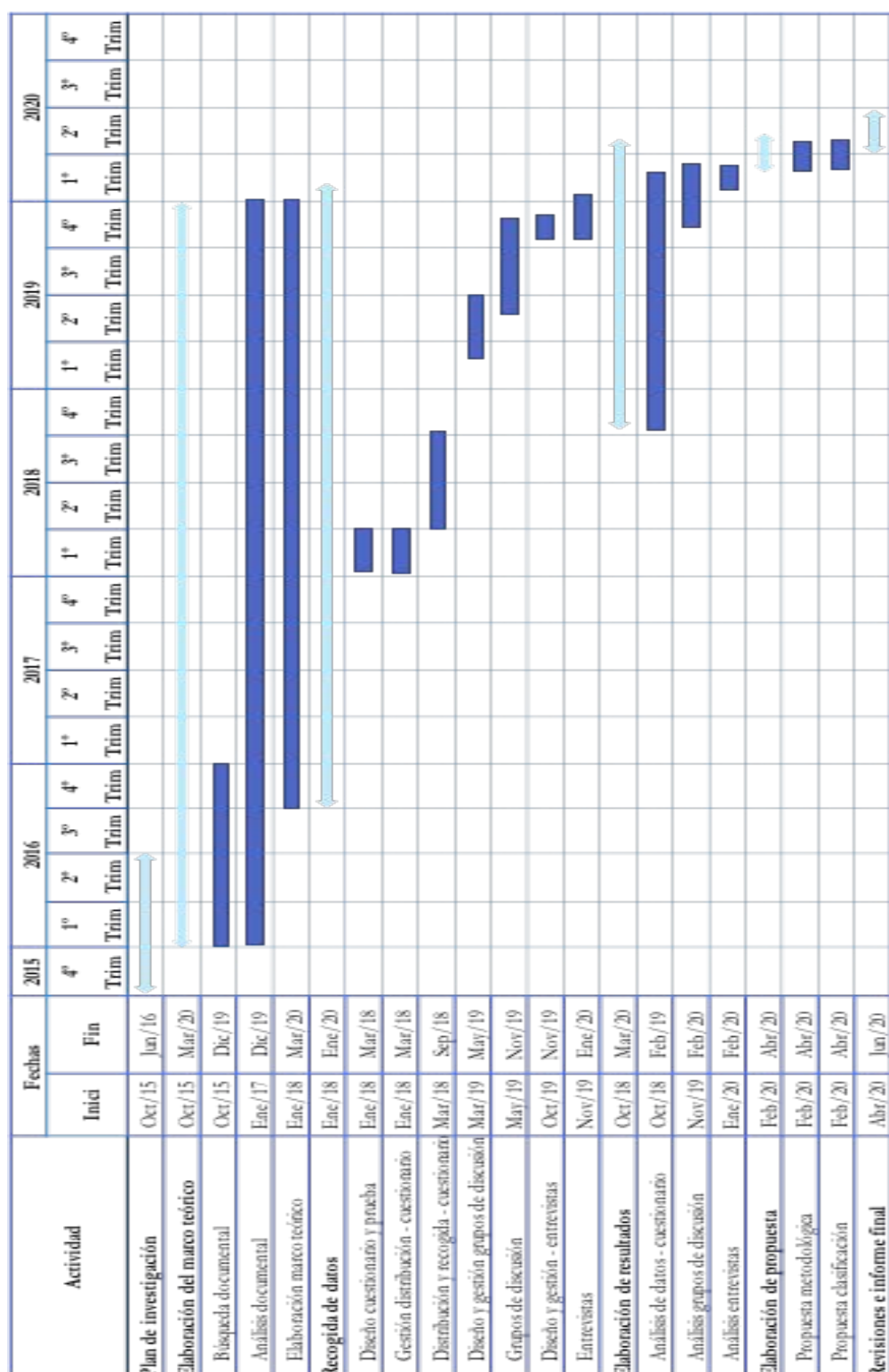
- Self-Sufficiency Taskforce. (2010). *Self-sufficiency matrix: an assessment and measurement tool*.
<http://www.selfsufficiencystandard.org/sites/default/files/selfsuff/docs/SelfSufficiencyMatrix2010.pdf>
- Senecae, L. A. (s. f.). *Lletres a Lucili, II* (1.ª ed.). Fundació Bernat Metge.
- Serra, A. (2004). *La gestión transversal: expectativas y resultados* (N.º 118; Papers de Formació Municipal).
- Serra, A., Saz, À., Nogué, À., Hernández, F., Lloret, A., Maluquer, E., Domínguez, J., Feliu, T., Vernis, A., Gabarró, C., y Longo, F. (dir.). (2003). *Model per a la gestió del Programa de Serveis Socials d'Atenció Domiciliària*.
- Serradell, O., y Munté, A. (2010). Dialogicidad y poder en el discurso racista y antirracista. *Revista Signos*, 43 (SUPPL. 2), 334-362. <https://doi.org/10.4067/S0718-09342010000400006>
- Servicios Sociales e Igualdad, S. (2012). *Memoria del Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales (S.I.U.S.S.). Año 2012*.
- Sieber, J. E. (2009). Planning Ethically Responsible Research. En L. Bickman y D. J. Rog (Eds.), *Applied social research methods* (2nd ed., pp. 106-142).
- Sisamón, R. M. (2012). El análisis «DAFO» aplicado a la intervención en casos de personas en situación de exclusión social. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, 51, 469-487.
- Study.com. (s. f.). *What are Certificate Programs?* Recuperado 12 de marzo de 2020, de https://study.com/certificate_programs.html
- Subdirección General de Programas Sociales. (2018). *Memoria del Sistema de Información de Usuario/as de Servicios Sociales (SIUSS). Año 2017*.
- Subirats, J., Gomà, R., y Brugué, J. (2005). Análisis de los factores de exclusión social. En *Documentos de Trabajo* (N.º 4; Documentos de Trabajo). http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2005_04.pdf
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., y Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas* (1.ª ed.). Editorial Ariel, SA.
- Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., Bottos, P., y Rapoport, A. (2004). *Pobresa i exclusió social. Una anàlisi de la realitat espanyola i europea* (F. La Caixa (Ed.); 1.ª ed.).
- SUMAR. (2020). *GESS. El gestor d'expedients de Serveis Socials*. <http://www.sumaracciosocial.cat/ca/gess.html>
- TERMCAT. (2003). Societat de la informació. Noves tecnologies i interne: diccionari terminològic. En *www.termcat.cat* (2a ed.). TERMCAT, Centre de Terminologia. <https://www.termcat.cat/ca/cercaterm/usabilitat?type=basic>
- The King's Fund. (s. f.). Recuperado 14 de marzo de 2020, de <https://www.kingsfund.org.uk/about-us>
- The Snohomish County Self-Sufficiency Taskforce. (2004). *Self-Sufficiency Matrix: An Assessment and Measurement Tool Created Through a Partnership of the Human Services Community in Snohomish County* (Vol. 2004, p. 33). The Snohomish County Self-Sufficiency Taskforce. http://www.performwell.org/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=48&ycf_id=24

- Thebalancecareers. (2020). *Types of Employee Benefits and Perks*. Thebalancecareers.com.
<https://www.thebalancecareers.com/types-of-employee-benefits-and-perks-2060433>
- Titmuss, R. M. (2008). What is Social Policy? En S. Leibfried y S. Mau (Eds.), *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction. Volume I. Analytical Approaches* (pp. 138-147). Edward Elgar Publishing Limited.
- Triangle Consulting. (2020a). *Triangle*. <https://www.outcomesstar.org.uk>
- (2020b). *What is the Outcomes Star TM? Introducing our evidence-based tools for supporting and measuring change*.
- TSCAT. (2019). *Memòria d'activitats 2018*.
- Turner, F. J. (2002). *Diagnosis in Social Work. New imperatives*. The Haworth Press Inc.
- United Nations. (1958). *Training for Social Work. Third International Survey*.
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N58/295/22/pdf/N5829522.pdf?OpenElement>
- (1967). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. *Treaties*, 122.
https://treaties.un.org/doc/Treaties/1976/01/19760103_09-57PM/Ch_IV_03.pdf
- (1995). *Report of the Fourth World Conference on Women Beijing, 4-15 September 1995*.
- (2015). *Goal 8 - Sustainable Development Knowledge Platform*. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.
<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg8>
- Universitat de Barcelona. (2020). Codi d'integritat en la recerca de la Universitat de Barcelona. *Consell de Govern Universitat de Barcelona, 15 de maig*.
- Urbina, R. (2019). *Elitismo lingüístico y hablismo*. Norma y Uso.
<http://urbina.volant.com/normayuso/2019/02/10/elitismo-linguistico-y-hablismo/>
- Valles, M. S. (2002). *Cuadernos Metodológicos, Entrevistas cualitativas* (N.º 32; Cuadernos Metodológicos, Número 32). <https://doi.org/004020239>
- Valverde, L. A., Ayala, N., Pascua, M. del R., y Fandiño, D. (1989). El trabajo en equipo y su operatividad. *Perspectiva Latinoamericana*, 1-9. www.ts.ucr.ac.cr
- Vasilachis, I. (1997). El pensamiento de Habermas a la luz de una metodología propuesta de acceso a la teoría. *Revista Estudios Sociológicos*, XV(43 (enero-abril)), 79-107.
- Verdugo, M. Á. (dir), Arias, B., Gómez, L. E., y Schalock, R. L. (2008). *Escala Gencat. Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials a Catalunya* (Departament d'Acció Social i Ciutadania (Ed.); 1.ª ed., Vol. 1). Generalitat de Catalunya.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Vicente, E., Arredondo, R., y Rodríguez, C. (2019). *III Informe sobre los Servicios Sociales en España* (N.º 5; Informes e investigaciones).
- Viscarret, J. J. (2007a). *Modelos de intervención social*. Alianza Editorial.
- (2007b). *Modelos y métodos de intervención en trabajo social*. Alianza Editorial.
- (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernandez Garcia (Ed.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-344). Alianza Editorial.
- VVAA. (2006). *El Sistema Público de Servicios Sociales. Plan Concertado de Prestaciones Básicas de*

- Servicios Sociales en corporaciones locales 2007-2008* [Memoria].
http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/RentasMinimas/Docs/Informe_2013.pdf
- VVAA. (2014). *El Sistema Público de Servicios Sociales. Plan Concertado de prestaciones básicas de servicios sociales en corporaciones locales 2013-2014* [Informe].
http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/RentasMinimas/Docs/Informe_2013.pdf
- VVAA. (2015a). *Cuestionario DUKE-UNC*. Consejería de Salud.
- VVAA. (2015b). *Distribución del número de trabajadores/as según su puesto de trabajo, en valores absolutos, según las Corporaciones de toda Andalucía* [Estadísticas].
http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estadistica_personal_2015.pdf
- VVAA. (2017). Estadística y epidemiología. En *Orientación MIR* (pp. 249-263). Academia AMIR.
- VVAA. (2019). *Memoria del Sistema de Información de Usuarios/as de Servicios Sociales (S.I.U.S.S.). Año 2017* [Memoria].
- VVAA. (2020). Big Data i Serveis Socials. En F. ISocial (Ed.), *Cicle de reflexió «Big data i Serveis Socials. Preveure i anticipar-nos a les necessitats socials»*. Fundació iSocial.
- Wakefield, J. C. (2003). Gordon Versos the Working Definition: Lessons From a Classic Critique. *Research on Social Work Practice*, 13(9), 284-298.
<https://doi.org/10.1177/1049731503251973>
- Wandrei, K. E., y Karls, J. M. (1992). PIE: A New Language for Social Work. *Social Work*, 37(1), 80-85.
- Whittington, C. (2007). Assessment in Social Work: A guide for learning and teaching. En *SCIE Guide* (N.º 18; SCIE Guide, Número 18).
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcn097>
- WHO. (1946). Constitution of the World Health Organization. *United Nations*, 18.
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- (1978). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care. *UN Treaties*, 3.
- Wordreference.com. (2020). *Benchmark*. Diccionario English-Spanish.
<https://www.wordreference.com/es/translation.asp?tranword=benchmark>
- Zamanillo, T. (1987). Reflexiones sobre el método en el trabajo social. *Documentación social*, 69, 69-85.
- (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 12, 13-32.
- (2003). Del marco teórico a la práctica diaria. *Trabajo Social y Salud*, 46, 35-44.
- (2012). La intervención social. *Servicios Sociales y Política Social*, 100, 103-112.
- (2018). *Epistemología del Trabajo Social. De la evidencia empírica a la exigencia teórica*. Ediciones Complutense.
- Zan, S. (1993). Teoría de la organización y de la administración pública. En C. Ramió y X. Ballart (Eds.), *Lecturas de Teoría de la Organización. Vol. II* (pp. 639-674). Ministerio para las Administraciones Públicas.

ANEXOS

Anexo 1. Cronograma



Anexo 2. Cuestionario de la encuesta

1. Nombre y apellidos

2. Profesión/Formación

— Educador/a Social

— Trabajador/a Social

3. ¿Está colegiada?

— Si

— No

4. Franja de edad

— 22 – 34 años

— 35 – 49 años

— 50 – 64 años

— 65 años o más

5. Función desempeñada

A	Profesional de atención directa
B	Profesional vinculado a programas y/o servicios específicos
C	Coordinación o dirección de programa, proyecto o servicio
D	Dirección de servicios (sociales, sanitarios...)
E	Docencia
F	Consultoría (asesoramiento a organizaciones, planificación, evaluación...)
G	Coordinación + atención directa
H	Atención directa + docencia
I	(otros)

6. Tipología de servicio y ámbito de trabajo

A	Servicios Sociales Básicos (Atención Primaria)
B	Servicios Sociales Especializados
C	Sistema Sanitario
D	Sistema educativo (servicios de apoyo)
E	Sistema educativo (docente)
F	Sistema de justicia y/o penitenciario
G	Sistema de vivienda
H	Práctica privada
I	Tercer Sector Social
H	(otros)

7. Lugar de trabajo

Provincia
Albacete
Alicante/Alacant
Almería
Araba/Álava
Asturias
Ávila
Badajoz
Balears, Illes
Barcelona
Bizkaia
Burgos
Cáceres
Cádiz
Cantabria
Castellón/Castelló
Ciudad Real
Córdoba
Coruña, A
Cuenca
Gipuzkoa
Girona
Granada
Guadalajara
Huelva
Huesca
Jaén
León
Lleida
Lugo
Madrid
Málaga
Murcia
Navarra
Ourense
Palencia
Palmas, Las
Pontevedra
Rioja, La
Salamanca
Santa Cruz de Tenerife
Segovia

Provincia
Sevilla
Soria
Tarragona
Teruel
Toledo
Valencia/València
Valladolid
Zamora
Zaragoza
(Otros)

8. ¿Podrías decir que instrumento de gestión de expedientes sociales se utiliza en la organización donde trabajas?

1	SIUSS
2	Hèstia
3	GESS
4	Gizarte.eus
5	Base de datos (tipos Access)
6	CRM (Customer Relationship Management)
7	ERP (Enterprise Resource Planning)
8	Gestión Expedientes Sociales
9	Gestión de residencias
10	Gestión Dependencia
11	Gestión SAD
12	Gestión sanitaria
13	Ninguno
14	NS/NC
15	Programa propio (a medida)
16	Herramientas no sistematizadas o en formato papel

9. En el instrumento de gestión de expedientes sociales que utilizas: ¿están incluidos los diagnósticos sociales y/o indicadores para elaborar el diagnóstico?

1	Diagnósticos sociales (categorías)
2	Diagnósticos sociales e indicadores
3	Indicadores
4	Solo datos básicos
5	Espacio para registro
6	No dispone instrumento/no uso
7	NS/NC

10. ¿Qué importancia le otorgas al diagnóstico social en el proceso de intervención social?

Escala Likert; valores de 1 (ninguna importancia, no es necesario) a 7 (máxima importancia)

11. ¿Cuándo consideras que debe formularse un diagnóstico social? (Por "formularse" entendemos: formalizar el diagnóstico social y registro en la historia o expediente social)

1	Nunca
2	En intervenciones que requieren plan de trabajo a medio o largo plazo
3	Siempre
4	Otros

■

12. ¿Qué utilidad tiene el diagnóstico social en relación con la situación de la persona/s atendida/s?

1	Definir la situación en la que se encuentra la persona (problemas, potencialidades, estrategias de superación)
2	Identificar un problema para asignar una prestación o recurso
3	Registrar un problema a efectos estadísticos
4	Ninguna
5	(Otras)

13. ¿Qué utilidad tiene el diagnóstico social en relación con el proceso de intervención social?

1	El diagnóstico es el punto de partida para elaborar un plan de intervención social y, a la vez, una referencia para evaluar los resultados de dicho plan.
2	El diagnóstico de un problema es la referencia para la búsqueda de recursos y/o prestaciones
3	El diagnóstico es un etiquetaje para registrar y no es útil para el proceso de intervención
4	NS/NC
5	(Otros)

14. En el marco del proceso de intervención, ¿cómo ubicas el diagnóstico social?

1	Como una fase del proceso que tiene un inicio y un final, a partir del cual se desencadena la fase siguiente (modelo de fases consecutivas).
2	Como un proceso abierto, que se va alimentando a lo largo de la intervención social y transformándose.
3	Otros

15. Valora la necesidad del nivel de diagnóstico de Criba (Aproximación diagnóstica).

Entendemos la criba o aproximación diagnóstica como aquella valoración profesional

que determina si es necesaria, o no, una intervención social o, por el contrario, se trata de una situación que requiere únicamente de gestión de prestaciones o, incluso, queda fuera del ámbito de actuación de los servicios sociales

Escala Likert: valores de 1 (nada necesario) a 7 (muy necesario)

16. Valora la necesidad del nivel Diagnóstico en profundidad. Entendemos el diagnóstico en profundidad como aquel proceso que se requiere en el marco de una intervención social.

Escala Likert: valores de 1 (nada necesario) a 7 (muy necesario)

17. Valora la necesidad del diagnóstico nivel “Otros”

Escala Likert: valores de 1 (nada necesario) a 7 (muy necesario)

18. Si has contestado "Otros" a la pregunta anterior: ¿podrías explicar qué tipo o tipos de diagnóstico has tenido en consideración?

Pregunta abierta

19. Si existieran estos distintos niveles de diagnóstico ¿a qué fase del proceso vincularías cada nivel? (opción múltiple)

	Acogida	Tratamiento
Criba		
Diagnóstico en profundidad		
Otros		

20. ¿Cuándo consideras que el/la profesional ha de ser el único autor/a del diagnóstico social? Esta situación hace referencia al hecho que el/la profesional emite el diagnóstico a partir de la información y los datos recopilados sin la participación de las personas afectadas, que solo lo hacen para ofrecer información, pero con los que no se hace ningún análisis de lo que el/la profesional ha identificado.

1	Siempre
2	En situaciones de vulneración de derechos individuales por parte de personas de la unidad de convivencia o de la red primaria (p.ej: maltratos en la infancia o en personas con discapacidad o situaciones de violencia de género no reconocidas)
3	En situaciones en las que la persona no reconoce o no asume sus problemas y/o su responsabilidad
4	En situaciones en las que la persona no tiene capacidad de actuar (incapacitación judicial)
5	Siempre que no se den situaciones excepcionales como las señaladas en las respuestas anteriores (vulneración de derechos individuales, falta de reconocimiento de la situación o falta de capacidad de actuar)

6	Nunca
7	Otra: campo abierto, tratamiento cualitativo

21. ¿Cuándo consideras que el/la profesional ha de realizar un proceso con la persona para identificar la situación, pero, finalmente, emitir el diagnóstico de manera unilateral?. En este caso, se trata de una situación en la que hay una actuación con la persona atendida para identificar cómo valora su propia situación (y que elementos de los identificados por el/la profesional reconoce) pero, finalmente, es la valoración profesional la que se impone.

1	Siempre
2	En situaciones de vulneración de derechos individuales por parte de personas de la unidad de convivencia o de la red primaria (p.ej: maltratos en la infancia o en personas con discapacidad o situaciones de violencia de género no reconocidas)
3	En situaciones en las que la persona no reconoce o no asume sus problemas y/o su responsabilidad
4	En situaciones en las que la persona no tiene capacidad de actuar (incapacitación judicial)
5	Siempre que no se den situaciones excepcionales como las señaladas en las respuestas anteriores (vulneración de derechos individuales, falta de reconocimiento de la situación o falta de capacidad de actuar)
6	Nunca
7	Otra: campo abierto, tratamiento cualitativo

22. ¿Cuándo consideras que el/la profesional ha de desarrollar un proceso conjunto con la persona atendida con la finalidad de llegar a un diagnóstico consensuado?. En esta situación el diagnóstico final será aquel que se haya consensuado con la persona atendida a partir del trabajo conjunto de análisis de la situación, sus causas, los factores que influyen y los efectos.

1	Siempre
2	En situaciones de vulneración de derechos individuales por parte de personas de la unidad de convivencia o de la red primaria (p.ej: maltratos en la infancia o en personas con discapacidad o situaciones de violencia de género no reconocidas)
3	En situaciones en las que la persona no reconoce o no asume sus problemas y/o su responsabilidad
4	En situaciones en las que la persona no tiene capacidad de actuar (incapacitación judicial)

5	Siempre que no se den situaciones excepcionales como las señaladas en las respuestas anteriores (vulneración de derechos individuales, falta de reconocimiento de la situación o falta de capacidad de actuar)
6	Nunca
7	Otra: campo abierto, tratamiento cualitativo

23. ¿En qué situaciones la persona atendida debe limitarse a aportar información y documentación que acredite y justifique su petición? En esta situación el único papel que se reserva a la persona es el de proporcionar información que será contrastada (si es el caso) con otras fuentes, no participando en la definición de las situaciones problema o conflictivas, ni en su priorización.

1	Siempre
2	En situaciones de vulneración de derechos individuales por parte de personas de la unidad de convivencia o de la red primaria (p.ej: maltratos en la infancia o en personas con discapacidad o situaciones de violencia de género no reconocidas)
3	En situaciones en las que la persona no reconoce o no asume sus problemas y/o su responsabilidad
4	En situaciones en las que la persona no tiene capacidad de actuar (incapacitación judicial)
5	Siempre que no se den situaciones excepcionales como las señaladas en las respuestas anteriores (vulneración de derechos individuales, falta de reconocimiento de la situación o falta de capacidad de actuar)
6	Nunca
7	Otra: campo abierto, tratamiento cualitativo

24. ¿En qué situaciones la persona atendida debe aportar información y participar en el análisis conjuntamente con el/la profesional? En esta situación existe un proceso de análisis conjunto de la situación por parte de la persona atendida y del/de la profesional, este proceso sirve para identificar causas, factores que influyen, efectos y establecer prioridades.

1	Siempre
2	En situaciones de vulneración de derechos individuales por parte de personas de la unidad de convivencia o de la red primaria (p.ej: maltratos en la infancia o en personas con discapacidad o situaciones de violencia de género no reconocidas)
3	En situaciones en las que la persona no reconoce o no asume sus problemas y/o su responsabilidad
4	En situaciones en las que la persona no tiene capacidad de actuar (incapacitación judicial)

5	Siempre que no se den situaciones excepcionales como las señaladas en las respuestas anteriores (vulneración de derechos individuales, falta de reconocimiento de la situación o falta de capacidad de actuar)
6	Nunca
7	Otra: campo abierto, tratamiento cualitativo

25. ¿Cómo definirías el diagnóstico social?

1	"El diagnóstico social es el juicio profesional que formula el trabajador social como resultado del estudio y de la interpretación de una situación social dada y que constituye el fundamento de la intervención social en dicha situación. La correcta formulación del diagnóstico social es responsabilidad y competencia del trabajador social, y deberá contemplar las dificultades y las fortalezas de la persona y de su situación individual, familiar, social e institucional." (Cury y Arias, 2016)
2	"El diagnóstico social es un proceso dialógico de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores protectores y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y a la selección de estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto las potencialidades y medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas" (Aguilar Idáñez, 2013)
3	Otro

26. Valora la importancia de los siguientes elementos que forman parte del proceso de diagnóstico social

Elemento	Valoración
Recogida de documentación	1 (nada importante) a 7 (extremadamente importante)
Recogida de información y datos de la propia persona	
Recogida de datos de otros Servicios	
Recogida de datos de otras personas vinculadas	
Análisis e interpretación (del/de la profesional) de los datos e informaciones recopilados	
Análisis conjunto de la situación, con la persona atendida	
Registro de la tipología de diagnósticos	

Elaboración de un pronóstico de la situación	
(Otros)	

27. Valora la importancia de los siguientes aspectos para la elaboración del diagnóstico social

Elemento	Valoración
Identificación de problemas de la persona/s directamente implicadas	1 (nada importante) a 7 (extremadamente importante)
Identificación de problemas de la red primaria	
Identificación de fortalezas y capacidades de la persona/as directamente implicadas	
Identificación de fortalezas y capacidades de la de la red primaria	
Identificación de las estrategias utilizadas por la persona para afrontar la situación	
Identificación de los resultados de las distintas estrategias	
(Otro)	

28. Valora la importancia de los siguientes aspectos para la formulación del diagnóstico social.

Elemento	Valoración
Disponer de un lenguaje homogéneo para las/los profesionales	1 (nada importante) a 7 (extremadamente importante)
Disponer de un lenguaje adaptado a las personas atendidas (que permita que se identifiquen)”	
Disponer de categorías diagnósticas absolutas (existe o no existe la situación identificada)	
Disponer de una graduación progresiva dentro de un ámbito o categoría determinada que permitan identificar el punto en qué se encuentra la persona o personas	
Definir indicadores sobre cada categoría diagnóstica	
(Otro)	

29. ¿Qué importancia le concedes al pronóstico en el proceso de intervención social?

Escala Likert: valores de 1 (nada importante) a 7 (muy importante)

30. ¿El pronóstico debe estar formalizado en el proceso de intervención social?

1	Siempre
2	En intervenciones a medio y largo plazo
3	Nunca

31. Valora la utilidad del pronóstico en relación a los siguientes aspectos

Elemento	Valoración
Definición de escenarios de futuro	1 (nada importante) a 7 (extremadamente importante)
Definición de estrategias para la intervención	
Definición de prestaciones adecuadas	
(Otro)	

32. El pronóstico es una valoración predictiva a partir de datos recogidos y analizados.

¿Cómo piensas que influyen cada uno de estos elementos en la elaboración del pronóstico?

Elemento	Valoración
Percepción de la situación por parte del/de la profesional	1 (nada importante) a 7 (extremadamente importante)
Análisis sistemático de fortalezas y oportunidades de mejora	
Análisis consensuado de la situación con la persona usuaria	
Pre-juicios ³⁶⁷ sobre situaciones – problema	
Pre-juicios sobre formas de relacionarse la persona usuaria con el/la profesional	
(Otro)	

33. En un instrumento de sistematización del diagnóstico social deberían incluirse diversos ámbitos para evaluar la situación en la que se encuentra la persona o personas, ¿podrías valorar la importancia que se incluyan cada uno de los siguientes que proponemos?
[Autonomía personal - dependencia funcional]

³⁶⁷ Nota: utilizamos el término pre-juicio como una manera de referirnos al conocimiento proveniente de la experiencia anterior, eso que algunos llaman "olfato profesional"

Elemento	Valoración
Autonomía personal - dependencia funcional	1 (nada importante) a 7 (extremadamente importante)
Relaciones familiares y de convivencia	
Relaciones sociales	
Participación social	
Economía (suficiencia de medios)	
Economía (capacidad de gestión)	
Vivienda (acceso y disfrute)	
Vivienda (cuidado y mantenimiento)	
Ocupación / situación laboral	
Salud	
(Otro)	

34. Para la elaboración de un diagnóstico social se pueden utilizar distintas herramientas, ¿podrías valorar la importancia, por su utilidad, de las siguientes herramientas para la elaboración del diagnóstico social?

Elemento	Valoración
Escalas de valoración de aspectos específicos (p.e. Gijón, ABVD, Parentalidad positiva)	1 (nada importante) a 7 (extremadamente importante)
Indicadores de detección/medición de situaciones concretas (p.ej. maltrato infantil, violencia de género)	
Índice sintético de los indicadores: que el instrumento disponga de un resultado global (p.ej. Baremo de valoración de la dependencia)	
Herramienta de valoración de ámbitos diagnósticos con indicadores de distintos grados	
Listado de problemáticas en categorías únicas y cerradas	
(Otro)	

35. Observaciones: por favor, añade aquello que pienses que es relevante para tí en relación al diagnóstico social y que no ha quedado reflejado en el cuestionario

Pregunta abierta

36. ¿Estarías interesada/o en participar en otras actividades relacionadas con esta investigación?

	Si	No	Tal vez
Otros cuestionarios			
Grupos de discusión			
Entrevistas en profundidad			
Testeo de propuesta de diagnóstico social			

Anexo 3. Guía de los grupos de discusión

Tema: Lenguaje homogéneo de profesionales

- ¿Qué entendemos por lenguaje homogéneo para los profesionales? ¿Tener una denominación común? ¿Disponer de unos indicadores comunes?
- ¿Qué ventajas tiene disponer de un instrumento que incluya indicadores para cada categoría de diagnóstico?
- ¿Qué inconvenientes tiene disponer de un instrumento que incluya indicadores para cada categoría de diagnóstico?
- ¿Qué tipo de indicadores serían más adecuados para hacer el diagnóstico: cualitativos o cuantitativos?
- Se ha destacado la necesidad de un índice sintético ¿Qué os aportaría en el trabajo cotidiano?

Tema: Lenguaje adaptado a las personas atendidas

- Se mostrará un ejemplo del modelo Outcome Star (redactado en primera persona desde la posición de la persona atendida)
- ¿Qué ventajas tiene disponer de un instrumento de estas características?
- ¿Qué inconvenientes tiene disponer de un instrumento de estas características?
- ¿Cómo se “traduce” el lenguaje adaptado a la persona al lenguaje técnico necesario par informes u otros documentos?
- ¿Se pueden identificar dificultades técnicas por disponer de este doble lenguaje?

Tema: Identificación de estrategias de las personas y sus resultados

- ¿Podemos sistematizar las estrategias de las personas?

Tema: Rol participativo de profesional y persona atendida

- ¿Qué necesitan los y las profesionales para desarrollar un rol que facilite la participación de las personas?
- ¿Podemos identificar aspectos clave para conseguir ese rol colaborativo y de diálogo en todos los casos?

Anexo 4. Guía de las entrevistas

Preguntas temáticas de investigación	Preguntas dinámicas
¿Cómo llega a convertirse el diagnóstico social en un tema relevante?	¿Cuál es tu relación con el diagnóstico social? ¿Cómo decides profundizar en este tema?
¿Cuál es el rol del diagnóstico social en el proceso de intervención social?	¿Cómo entiendes el diagnóstico social en relación con el proceso de intervención social? ¿Cuáles son los elementos que destacarías como importantes en el proceso de elaboración de un diagnóstico social?
¿Qué puede aportar la sistematización del diagnóstico social?	¿Cómo valoras la necesidad de disponer de una herramienta de sistematización de los diagnósticos sociales? Háblame de las herramientas con las que trabajas: sus puntos fuertes y sus oportunidades de mejora. ¿Piensas que debería haber instrumentos de diagnóstico generales para el TS o que debería haber distintos instrumentos según el ámbito de intervención o qué sería más adecuado?
¿El sector profesional (colegios, universidades) debería tomar alguna posición en relación con el diagnóstico social?	¿Qué piensas que deberíamos hacer como TS en relación con el diagnóstico social?

Anexo 5. Consentimiento informado

El presente documento informa de las cuestiones relativas al tratamiento y la gestión de sus datos en la participación en la investigación “Los diagnósticos en el ámbito de la intervención social individual y familiar” desarrollada por Nuria Fustier en el marco de su programa de doctorado.

Con la firma del presente documento, ...,
con DNI/NIF, autorizo a Nuria Fustier al tratamiento de la información que resulte de los grupos de discusión y/o entrevistas. En ambos casos se procederá a un registro de audio, para realizar la transcripción y gestión de los datos.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja se usará de forma confidencial y anónima. El uso de la información recogida tendrá finalidades únicamente relacionadas con la investigación y su difusión científica.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento.

Reconozco haber recibido la información suficiente y comprensible, que he entendido los objetivos del estudio y que he podido hacer preguntas de aclaración sobre el proyecto, de manera que:

- Acepto participar voluntariamente i en nombre propio en esta investigación llevada a cabo por Nuria Fustier en el marco de su programa de doctorado y el registro en audio para la posterior transcripción y análisis de los datos, en los términos descritos.

Lugar y fecha

Nombre y apellidos

Email:

Firma:

