

# Reflexiones sobre la condición y el alcance del diagnóstico en trabajo social individualizado y familiar

Reflections on the condition and scope of diagnosis in individual and family social work

Amaya Ituarte Tellaache<sup>1</sup>

## Resumen

Partiendo del planteamiento fundacional de M. Richmond (1917) sobre el lugar central que el diagnóstico debería ocupar en el proceso de atención psicosocial, cuya vigencia y utilidad tanto teórica como práctica se reconocen, se analiza la condición, importancia y fundamento del diagnóstico en trabajo social individualizado y familiar (*casework*), y se plantean algunas de las principales cuestiones actuales en relación con su alcance, significación y trascendencia.

**Palabras clave:** Diagnóstico, persona en situación, construcción reflexiva interactiva, opinión justificada, responsabilidad del trabajador social.

## Abstract

Starting from the founding approach of M. Richmond (1917) about the central place that diagnosis should have in the process of psychosocial care, and its recognized theoretical and practical validity and usefulness, we analyze the condition, the importance and the basis of diagnosis in individual and family casework, and consider some of the main current issues in relation to its scope, significance and transcendence.

**Key words:** Diagnosis, person in situation, interactive reflective construction, justified opinion, responsibility of the social worker.

**Para citar el artículo:** ITUARTE TELLAECHÉ, Amaya. Reflexiones sobre la condición y el alcance del diagnóstico en trabajo social individualizado y familiar. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2017, n. 211, páginas 88-102. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Asistente social. Diplomada en trabajo social. Máster en cuidados asistenciales en problemas de salud mental por la Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea. Trabajadora social jubilada del Centro de Salud de Ortuella (Osakidetza - Servicio Vasco de Salud).

## 1. Introducción

He planteado este trabajo sobre el diagnóstico en trabajo social individualizado y familiar como unas *reflexiones* que surgen de mi propia práctica clínica y de las recabadas de la supervisión, durante más de veinticinco años, de trabajadoras sociales<sup>2</sup> ejercientes en diferentes servicios sociales y sanitarios.

No he pretendido hacer un trabajo académico, sino un análisis reflexivo sobre la necesidad y la importancia del diagnóstico en la práctica profesional, más específicamente, en este caso, en la centrada en la atención a individuos y familias.

Mary E. Richmond en su libro *Social Diagnosis* (cuyo centenario estamos celebrando) colocó el diagnóstico en el centro del proceso de intervención de los trabajadores sociales. En su libro (RICHMOND, 2005: 35), explica que “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*”.<sup>3</sup> Y, sin duda, es esta necesidad de comprender a *la persona en su situación*, según el paradigma enunciado por Gordon Hamilton, la que todo trabajador social siente cuando afronta un proceso de ayuda psicosocial.

Richmond señala que el proceso comienza con la investigación, prosigue con el análisis crítico de los datos obtenidos y finaliza con la definición de la *dificultad social*. Pero llama la atención sobre lo que juzga un *defecto*: el hecho de que los trabajadores sociales concedan demasiada importancia a la recopilación de datos e información *en detrimento de los procesos de comparación e interpretación*. Considera que el término *diagnóstico definiría más exactamente el proceso*, en el que la investigación ocuparía un lugar *necesariamente subordinado* (RICHMOND, 2005: 36; las cursivas son mías).

Incide también, a continuación, en dos aspectos más de primordial importancia en cuanto al diagnóstico: el primero tiene que ver con la necesaria *limitación temporal* que tienen

Richmond definió el *diagnóstico social* como el intento de llegar a una “definición lo más exacta posible de la situación social y la personalidad de un cliente” y lo situó en el centro del proceso de intervención del trabajador social

<sup>2</sup> Cuando no sea posible o adecuado el uso de denominaciones genéricas, utilizaré indistintamente el femenino y el masculino.

<sup>3</sup> “M. E. Richmond, en una nota a pie de página (2005: 19), hace una interesante argumentación sobre la conveniencia de la denominación *cliente* para designar a la persona a la que atiende el trabajador social, que considero perfectamente válida frente a la tendencia a utilizar otros términos como *usuario*. Cabe señalar que el DRAE ofrece para el término *cliente*, entre otros significados, el de persona que utiliza con asiduidad *los servicios de un profesional* (el mismo que le da Richmond), mientras que el término *usuario* se refiere, más bien, a quien utiliza *alguna cosa*. Por otra parte, el término *cliente* designa adecuadamente a la/s persona/s que utiliza/n los servicios del trabajador social, independientemente de su género y de su número; si el trabajador social trabaja individualmente con una persona, esta será su cliente; pero si lo hace con una familia, con una pareja o un grupo, esa familia o esa pareja como unidad singular y ese grupo como unidad singular son su cliente, además de serlo, simultáneamente, cada uno de sus miembros” (ITUARTE, 2017a: 20).

todos los procesos de trabajo social, lo que implica que aunque el diagnóstico sea revisable (y a menudo deba revisarse) no puede ser un proceso que se alargue indefinidamente; y lo relaciona con el segundo aspecto, que se refiere a que el diagnóstico debe llevar a realizar una acción *eficaz* (Ibíd.: 36; las cursivas son mías).

Cien años después sus planteamientos no solo no han perdido vigencia, sino que son los que siguen definiendo la especificidad de nuestra disciplina y de nuestro quehacer profesional y dirigiendo nuestras intervenciones. Trataremos de explicarlo en las páginas que siguen.

### 2. El diagnóstico como condición para la práctica del trabajo social individualizado y familiar

Decía más arriba que los planteamientos de Richmond no solo no han perdido su vigencia, su frescura me atrevería a decir, sino que configuran la esencia de nuestra profesión y de nuestra disciplina. Y es, con seguridad, en el diagnóstico, que no es prerrogativa exclusiva de ninguna profesión, en donde radica la distinción entre el trabajo social y otras disciplinas y actividades profesionales relacionadas (psicología, sociología, medicina, psicoanálisis...). A diferencia de ellas, que centran sus diagnósticos en aspectos parciales (si bien significativos) de las personas y/o de los grupos, o tratan de determinar la existencia de algún trastorno o patología, el diagnóstico en trabajo social individualizado y familiar<sup>4</sup> toma necesariamente en consideración el conjunto interactivo que forman la persona y su contexto socio-relacional (no solo el más próximo sino también los más amplios como pueden ser el mundo laboral y el académico, y la pertenencia a otros grupos, etc.) y las relaciones que se producen entre la persona y sus diferentes contextos significativos, así como las potencialidades tanto del individuo como de sus contextos para afrontar las dificultades y conflictos vitales.

El diagnóstico en trabajo social reúne, interpreta y pone en relación, pues, siempre datos biográficos, psicológicos, relacionales y sociales, ya que todos ellos son necesarios para lograr la comprensión de la persona en su situación. Diversos

---

<sup>4</sup> En trabajo social individualizado siempre trabajamos con el individuo y su familia, independientemente de que esta esté, o no, físicamente presente en la consulta. La familia es el primer entorno natural de las personas, el más cercano y significativo para su desarrollo. Todos somos necesariamente miembros, por lo menos, de una familia, aún en los casos en que uno desconoce a esa familia. Y todos tenemos diferentes historias familiares, que nos sirven para dar sentido a nuestras vivencias y experiencias. Comprender las relaciones del cliente con su familia, tanto con la real como con la familia internalizada (y/o, en su caso, fantaseada) en su conjunto y con cada uno de sus miembros, suele ser tan necesario como clarificador para la realización de un diagnóstico acertado.

autores han explicado estas ideas acerca del diagnóstico en sus obras. Me referiré, brevemente, a algunos de ellos que considero especialmente significativos.

Hamilton señalaba en *Teoría y Práctica del trabajo social de casos* que “el diagnóstico representa esencialmente una formulación psicosocial... [y] está condicionado por la situación total tanto interna como externa, por las relaciones de la persona hacia la situación y de persona a persona” (HAMILTON, 1984: 225).

También Perlman, en su clásico *El trabajo social individualizado*, se refiere al diagnóstico en el trabajo social de caso y señala que debe atender a las relaciones que se dan entre: a) la naturaleza del problema y los objetivos que persigue el cliente; b) la naturaleza de la persona que experimenta el problema (su situación y funcionamiento psicológico y social) y que busca ayuda; y c) naturaleza y propósito de la agencia y el tipo de ayuda que puede ofrecer. Señala también que el diagnóstico comienza en el momento en que la persona plantea su solicitud de ayuda, y llama la atención sobre las dificultades que entraña a menudo para los trabajadores sociales la realización del diagnóstico<sup>5</sup> (PERLMAN, 1980: 206).

Hollis y Woods, en su valiosa obra *Casework: A psychosocial therapy*, consideran que tanto el cliente como la situación, o ambos, pueden contribuir al problema y que es en la interrelación entre ellos y en sus interacciones donde pueden encontrarse muchas explicaciones (que ayuden a comprender al cliente en su situación), así como que el reconocimiento de las fortalezas es de suma importancia para la valoración diagnóstica; recuerdan, también, que el diagnóstico es un proceso en el que *participan el trabajador social y el cliente*; y llaman la atención sobre una cuestión importante para nuestra práctica: el diagnóstico le dice al trabajador social algo acerca de lo que puede ayudar (a ese cliente en esa situación) y de lo que no puede ayudar, pero nunca puede servir de excusa para *no intentar* ayudar. Por ello, en el diagnóstico el trabajador social trata de *comprender la situación tanto interna como externa* del cliente, para tratar de responder a la cuestión: “¿Cómo se puede ayudar a esta persona?” (HOLLIS y WOODS, 1981: 378-379; las cursivas y los textos entre corchetes son míos).

Por su parte, Turner, en un texto tan necesario como interesante: *Diagnosis in Social Work. New Imperatives*, explica que el “diagnóstico en trabajo social designa el proceso en que se

<sup>5</sup> “Probablemente ningún otro proceso del *casework* ha preocupado tanto a los especialistas como el de diagnóstico. Los síntomas de su carácter problemático traducen la amplitud de las respuestas defensivo-adaptativas del especialista en *casework*, que van desde la persecución implacable de una comprensión diagnóstica absoluta... hasta la resistencia a establecer cualquier tipo de conclusiones que vayan más allá de la mera “impresión”; desde el eternizarse en la protocolización del caso hasta la atribución inmediata de etiquetas prefabricadas; desde el hecho de aceptar el diagnóstico como credo hasta el de considerarlo anatema” (PERLMAN, 1980: 202).

forma una *opinión profesional* derivada de la evaluación de una *situación tal como emerge en nuestra interacción con los clientes y sus ambientes significativos*, una opinión en la que basamos nuestra acción y de la que debemos estar preparados para rendir cuentas. Esta opinión profesional se basa en una serie de juicios que nos llevan a actuar o interactuar de forma particular con los clientes” (TURNER, 2002: 51; las cursivas son mías).

En un trabajo anterior (evidentemente influenciado por la lectura de los autores mencionados -y de algunos otros- a los que considero como *mis* maestros), yo exponía que “el diagnóstico en trabajo social no es una mera recopilación de los problemas o las dificultades que pueda tener una persona en un momento y en una situación determinados, sino una construcción reflexiva, realizada entre el trabajador social y el cliente, compartida por lo tanto, que permite obtener una visión global de la situación del cliente, con sus fuerzas y sus debilidades, y que sirve para orientar el tratamiento, es decir la tarea de acompañamiento, la intervención a realizar conjuntamente” (ITUARTE, 2012b: 9-10).

Señalaba en el mismo artículo que en la realización de esa reflexión el trabajador social debe juzgar (es decir, formarse una *opinión justificada*)<sup>6</sup> y analizar cuidadosamente los aspectos de la situación que puedan servir de apoyos para la mejora del malestar del cliente o aquellos que, por el contrario, puedan actuar como factores agravantes o desestabilizadores. Y que ese análisis debe incluir, lógicamente, los aspectos de la personalidad del cliente que, sin duda, están relacionados con sus dificultades y con sus estrategias de afrontamiento.

Es a partir de un diagnóstico social correctamente realizado, y entendido como un proceso dinámico y cambiante en el tiempo, como podemos planificar la intervención o tratamiento atendiendo a la situación real del cliente, que debemos tratar de entender desde su propia singularidad y subjetividad, desde su vivencia estrictamente particular y sus emociones, más allá meramente de los datos objetivos. Y prestando atención igualmente a nuestra propia realidad (personal, profesional, institucional...), y a nuestra propia subjetividad. Porque en el diagnóstico en trabajo social inciden múltiples factores, entre los que no cabe olvidar al propio profesional que forma parte, asimismo, de la situación que se trata de diagnosticar.

Debemos tener presente que “el diagnóstico nos interpela y lo hace en nuestras dos -inseparables- vertientes: la personal y la profesional. En lo referente a la primera porque exige un trabajo de análisis de nuestra propia subjetividad, y de cómo esa subjetividad influye, se refleja, se modifica en y a través del

**El diagnóstico en trabajo social es una construcción reflexiva realizada interactivamente entre el trabajador social y el cliente, que permite obtener una visión global de la situación del cliente y sirve para orientar el tratamiento**

<sup>6</sup> Una *opinión justificada* está basada en una reflexión cuidada y ponderada sobre todos los factores presentes en la situación en que se interviene, y es necesaria para justificar las decisiones que, en función de ella, tome el trabajador social. Porque el trabajador social es responsable de sus decisiones y de los actos que de ella se derivan y debe poder dar cuenta de ellos.

contacto con la mirada, la palabra, los gestos, las actitudes... del *otro* [el cliente]. En lo que toca a la segunda, porque el diagnóstico debe referirse necesariamente a un contexto teórico, si pretende tener sentido y utilidad". (Ibíd.: 10).

La referencia a un contexto teórico no significa que apliquemos en la realización del diagnóstico una única teoría. Por el contrario, para comprender la complejidad del paradigma *persona en su situación* necesitamos, cada vez más, "de una formación de tipo transdisciplinar, entendida como aquella que, a partir de un profundo conocimiento disciplinar, permite superar las fronteras de la propia disciplina" (ITUARTE, 2017a: 39). Como señala Turner, "parte del proceso diagnóstico incluye dos factores específicos relacionados con la teoría. El primero es comenzar a ver las teorías como *recursos de tratamiento* que nos ofrecen diferentes formas de entender a e intervenir con los clientes. El segundo es la *responsabilidad* de incluir en nuestro proceso diagnóstico la pregunta sobre qué enfoque/s teórico/s puede/n ser más útil/es en esa situación particular, así como *cuál/es puede/n estar contraindicado/s* y podría/n ser perjudicial/es" (TURNER, 2002: 45; las cursivas son mías).

Los motivos que pueden llevar a una persona a solicitar la ayuda de un trabajador social pueden ser muy variados, pero siempre tienen una característica: la persona *siente* que hay algo en su vida, en sí misma y/o en relación con su entorno, que le produce frustración y malestar, que experimenta como un *problema* y que no puede afrontar o resolver por sí misma. Habitualmente, el individuo presenta ese problema al trabajador social a través de la realización de una demanda, que, más allá de lo explícito, refleja la forma inconsciente en que esa persona afronta las dificultades de su existencia.

El proceso diagnóstico comienza desde el primer momento de la relación. Cuando la persona solicita, a través de su demanda, la ayuda del trabajador social, este necesita hacerse una hipótesis -o, cuando menos, una cierta *apreciación*-diagnóstica que le permita comprender el sentido que esa demanda tiene, en términos subjetivos, para la persona que la hace. Esa hipótesis, necesariamente incompleta, se sustentará tanto en la escucha de la demanda en su literalidad como en el conocimiento que sobre la persona y su situación vamos obteniendo ya desde el inicio de la primera entrevista (y, ocasionalmente, antes de ella: si ha sido derivada por otro profesional o servicio; si nos han remitido un informe previo...) no solo con lo que la persona nos dice, sino con todo aquello que, inconscientemente, muestra y transmite (los aspectos de personalidad que emergen desde el primer momento de la relación; su porte; sus formas de expresión; la coherencia o incoherencia entre lo que dice y lo que muestra, etc.), y con los ecos y resonancias que todo ello despierta en nosotros.

De tal manera que la búsqueda de información, la investigación de la situación, se sustenta en esa primera apreciación



El proceso diagnóstico comienza desde el primer momento de la relación y continúa durante todo el tiempo que dure esta

diagnóstica: partiendo de la demanda que nos plantea el cliente y de la impresión que produce en nosotros, ampliaremos o estrecharemos el campo de investigación, nos limitaremos a aspectos más externos o circunstanciales, o trataremos de profundizar en aspectos de personalidad, pautas relacionales, aspectos emocionales, etc.

Porque cualquier decisión que tomemos en esa primera entrevista responde (aunque, a veces, en forma poco consciente) a un cierto diagnóstico. Tanto si decidimos responder a la demanda, como si tratamos de redefinirla; si planteamos que la persona debería dirigirse a otro servicio o a otro profesional; si señalamos que no habrá más entrevistas o, por el contrario, le proponemos la posibilidad de un trabajo conjunto, de un tratamiento..., esas decisiones siempre están basadas en una apreciación, o en una hipótesis, diagnóstica.

No ser conscientes de ello –o, al menos, no serlo suficientemente– conlleva a menudo aquel *defecto* que denunciaba Richmond: la búsqueda de más y más información, a veces de forma errática, sin saber qué es lo que se busca ni qué se pretende con ello. Se producen, entonces, dilaciones en un tiempo que siempre será limitado (independientemente de su mayor o menor duración real) que repercuten negativamente en el conjunto del proceso de ayuda: se acumulan muchos datos que luego ni se interpretan ni se relacionan adecuadamente (arguyendo, muy a menudo, precisamente *falta* de tiempo) y, entre tanto farrago, se pierde de vista el objetivo que el proceso de intervención pretende: la realización de una acción eficaz (tratamiento) que permita si no la resolución del problema, sí el alivio del malestar subjetivo que conlleva, y que sirva sobre todo para propiciar “*el desarrollo de la personalidad del cliente a través de ajustes conscientes e integrales de sus relaciones sociales*”, tal como definió en *What is Social Case Work* (1922) el “*campo propio* del trabajo social individualizado (casework)” (RICHMOND, 1996: 102).

Como decía más arriba, en la práctica del trabajo social individualizado lo que subyace siempre es una persona que, en alguna medida o de algún modo particular, se siente debilitada o disminuida ante una situación, interna o externa, que la sobrepasa, y sin capacidad para enfrentarla solo con sus propios medios. Es decir, independientemente de cuál sea la demanda, o el *problema*, planteado por el cliente, el diagnóstico nos muestra que nos hallamos ante una persona que necesita recuperar, o encontrar, algunos aspectos de sí misma y descubrir (o redescubrir), simultáneamente, cuáles son sus capacidades reales y qué recursos (quién le apoya; de qué manera; qué le piden; condiciones...) le ofrece su entorno para afrontar sus dificultades. A esa recuperación, o encuentro, con ciertos aspectos personales perdidos temporalmente, o desconocidos previamente, y al descubrimiento, o redescubrimiento, de sus propias capacidades y potencialidades a través de un

trabajo reflexivo sobre sí mismo y sus relaciones significativas (es decir, a la búsqueda de nuevas percepciones sobre sí mismo y la relación con sus otros significativos, que es en lo que consiste, fundamentalmente, el tratamiento psicosocial), es a lo que creo que se refería Mary Richmond al hablar de “desarrollo de la personalidad”.

Ya he señalado anteriormente que, entre esas relaciones significativas a que se refiere Richmond, ocupan un lugar primordial las relaciones familiares, que siempre deberemos investigar para lograr la comprensión diagnóstica de la *persona en su situación*. Las relaciones que el cliente mantiene con sus otros entornos nos ayudarán, también, a entenderlo mejor. Para facilitar la comprensión de unas y otras, además de la escucha y observación atentas tanto de lo que el cliente transmite como de nuestras reacciones contratransferenciales, contamos con herramientas como el genograma y el ecomapa, que nos permiten situar al cliente en su mundo relacional familiar, por un lado, y a él mismo y a su familia en el seno de relaciones más amplias; y que, realizados con esa persona en la consulta suelen permitirle “percibir una imagen de conjunto de cómo son sus relaciones y de cómo se ve en ellas y lograr una comprensión más completa y compleja de su *situación en su mundo*, que abre interrogantes y busca nuevas -y, a menudo, más audaces- respuestas” (ITUARTE, 2017b: 90). La observación atenta y cuidadosa de las diferentes reacciones del cliente ante esos descubrimientos, nos permitirá hacer nuevas inferencias que, planteadas en el momento oportuno, producirán nuevos *insights*.

La realización del proceso diagnóstico se facilita y enriquece a medida que el vínculo entre el trabajador social y el cliente va afianzándose. A partir de la demanda inicial, cliente y trabajador social deben compartir información, clarificar cuestiones, formular estrategias de afrontamiento y evaluar las propias acciones y las interacciones entre ambos. El trabajador social debe preguntar al cliente acerca de lo que él desea y espera obtener del proceso de ayuda; debe, también, interesarse por cómo lo experimenta y por cómo percibe la relación con el profesional. Y debe analizarse a sí mismo en relación al cliente, la forma en que reacciona ante él, los aspectos contratransferenciales que surgen en su interacción con el cliente y, en general, la manera en que pone sus conocimientos y su persona -en que *se pone*- al servicio de la relación y del proceso de ayuda.

Cuando el cliente percibe que el trabajador social se esfuerza realmente por comprenderlo y por entender su situación y sus reacciones subjetivas, sin juzgarle, escuchándole atentamente, planteando cuestiones pertinentes... y comunicándole sus apreciaciones e inferencias, se siente más libre para explorar en sí mismo y en su historia y para compartir con el trabajador social aspectos íntimos, y a menudo conflictivos, de sí mismo y de sus relaciones significativas.

**A la recuperación, o encuentro, con aspectos de sí mismo perdidos temporalmente, o previamente desconocidos, y al descubrimiento, o redescubrimiento, de las propias capacidades a través de un trabajo reflexivo sobre sí mismo y sus relaciones significativas, es a lo que creo que M. Richmond se refería al hablar de desarrollo de la personalidad**



### 3. El alcance del diagnóstico

Como ya he dicho anteriormente, el diagnóstico se va haciendo en forma continua a lo largo de todo el proceso de atención psicosocial. Nunca estará terminado, porque en cada momento del proceso –si avanza en forma adecuada– iremos haciendo nuevos descubrimientos, que nos ayudarán a aclarar aspectos confusos, a reorientar las acciones propuestas, etc. Esto no significa en ninguna manera que la intervención vaya dando bandazos en forma errática, ya que desde la primera entrevista hemos debido ser capaces de comprender las líneas generales de la situación. Solo en caso de algún hallazgo que cuestione totalmente el diagnóstico realizado, cabría cambiarlo.

Hay, sin embargo, una serie de factores que influyen en el diagnóstico y, consecuentemente, en el tratamiento y que no siempre son valorados adecuadamente. Unos son debidos al propio cliente; otros a la institución u organismo en el que el trabajador social presta sus servicios; y otros, finalmente, al propio trabajador social. Aunque este artículo no permite una explicación exhaustiva de ellos, señalaré algunos de los que me parecen más importantes, y que requieren de la atención del trabajador social en el proceso diagnóstico, esperando que sirvan para una mejor comprensión del complejo quehacer del diagnóstico en trabajo social.

En cuanto a los del cliente, y aunque de alguna manera ya he aludido a ellos anteriormente, tienen que ver no solo con el contenido y la forma de la demanda explícita sino también con la posible demanda implícita y el tipo de correspondencia que se da entre ellas. La demanda explícita es, generalmente, la “puerta” que el cliente utiliza para solicitar ayuda y, de forma inconsciente, responde muchas veces más a aquello que el cliente  *Cree que va a ser escuchado* que a lo que de verdad él necesita, espera, o desea. Por ello, en la realización del diagnóstico es imprescindible tratar de comprender la situación psicosocial del cliente tal como él la vivencia, así como su posición subjetiva hacia su problema o malestar, y, consecuentemente, hacia la naturaleza de la ayuda que está dispuesto a aceptar. No debemos olvidar que el cliente es una persona con historia y deseo y que ello va a marcar todo el proceso de intervención psicosocial.

Los factores referentes a la institución están encabezados por las finalidades que persigue: su misión, visión y valores, que se traducen en una determinada política institucional. Pero sabemos que, a veces, en las instituciones se dan contradicciones entre esas –declaradas– políticas institucionales y los medios reales con los que se dotan para su implementación. Más, aún, en estos tiempos de crisis y de recortes. Esas contradicciones se manifiestan muy a menudo en la realidad de sus “políticas de personal”. Por ello, habrán de tenerse en cuenta,

entre otros, aspectos tales como el rol profesional asignado y el rol reconocido (que no siempre son coincidentes) al trabajador social; la estabilidad, o no, de los profesionales en su puesto de trabajo, así como el apoyo institucional que se les presta; la carga asistencial que soportan; la organización del tiempo y de las tareas; así como los aspectos de poder de la propia organización y los que esta otorga al trabajador social, y los riesgos asumibles tanto por la organización como por los trabajadores sociales que en ella ejercen.

En cuanto al propio trabajador social, que es también una persona con historia y deseo, en un doble sentido: personal y profesional,<sup>7</sup> los factores principales a tener en cuenta tienen que ver, en líneas generales, a) con su *actitud* e incluyen: el compromiso ético, es decir, la forma en que miramos al *otro de la relación*, al cliente, la manera en que nos dirigimos al encuentro con ese *otro*; el autoconocimiento, imprescindible para ponernos al servicio de la relación con el cliente y no poner a este, o a la relación profesional, al servicio de nuestros intereses; la propia experiencia e historia personal, que nos marca y, en alguna manera, nos define; la cultura de la que formamos parte, y que nos forma, nos deforma, nos conforma... Y b) con su *aptitud*, que se refiere a su cultura profesional, sus conocimientos de trabajo social y de otras disciplinas complementarias, y la forma de usar unos y otras en la intervención profesional; a la creatividad, a estar dispuesta a plantearse nuevas/diferentes formas de pensar, de mirar la realidad de los clientes; a la forma en que percibe y en que asume el rol profesional; a su competencia profesional en conjunto...

Hay, aún, otras cuestiones importantes que se suscitan, actualmente con bastante frecuencia, en relación al diagnóstico psicosocial. 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.

<sup>7</sup> Lo *personal* y lo *profesional* no son aspectos disociados: cada uno de ellos está íntima e inevitablemente entretelado con el otro. Cuando *actuamos profesionalmente* ponemos nuestra persona (y, con ella, nuestra personalidad) al servicio del proceso de atención de un cliente determinado. Y esa actuación profesional y la interacción con el cliente que en ella se produce, tienen efectos duraderos sobre nuestra personalidad, la modifican en cierta manera (como ya escribió Mary Richmond en *What is Social Case Work?*, en 1922 -traducción española de 1996).

### A menudo se confunde el diagnóstico con la valoración o con el etiquetado

Como señalaba en otra ocasión, “a menudo se confunde el diagnóstico con la valoración o con el etiquetado. La valoración de los aspectos que inciden en la situación de las personas es necesaria e importante, y forma parte del diagnóstico, pero no es sinónimo de él. El etiquetado, por su parte, es un proceso simplificador, que toma a la parte por el todo, el síntoma por el problema y que implica un riesgo, nada desdeñable, de colgar una calificación a una persona de la que ya nunca podrá librarse. La actual preocupación por demostrar una mayor eficacia y eficiencia, por acercarnos a los estándares de calidad de las ciencias positivas, conlleva un mayor riesgo de *falsos diagnósticos*: valoraciones y etiquetados, frecuentemente cargados de prejuicios, y exentos de todo rigor”. (ITUARTE, 2012a: 197-198).

Lo anterior no significa que las llamadas clasificaciones diagnósticas no puedan ser útiles, como herramientas que nos ayuden a lograr un diagnóstico más acertado de la situación: por ejemplo, en un reciente trabajo, J. Regalado (2017: 87-108) realiza una interesante reflexión sobre los sistemas de clasificación diagnóstica y su utilidad para el diagnóstico en trabajo social, incidiendo especialmente en la perspectiva persona en su ambiente (PEA) y en la perspectiva de la resiliencia. La perspectiva PEA (PIE por sus siglas en inglés: *Person In Environment*) me parece, personalmente, muy útil como una herramienta nacida precisamente del trabajo social para ayudarnos en el diagnóstico (creo que sería muy interesante que pudiera traducirse al castellano y validarse para su uso en España). Con todo, a pesar de la utilidad que puedan tener, y sin duda tienen, esas herramientas, a mi juicio, en el proceso diagnóstico en trabajo social nada puede sustituir a la reflexión ponderada y fundamentada del trabajador social, y a la discusión y valoración de sus hallazgos e inferencias con el cliente.

Otro asunto que aparece repetidamente, y que en alguna manera al menos está relacionado con el anterior, es la relación entre el diagnóstico y la estrategia de 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*. Pero ese planteamiento olvida dos premisas esenciales, a las que ya nos hemos referido: una, 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. De donde se sigue la imposibilidad de establecer tratamientos estandarizados o *en serie*.

Es en esa relación singular, única e irrepetible, entre un trabajador social y un cliente determinado, en la que surgirán

determinados elementos que dirigirán la intervención en una u otra dirección. Porque “cada persona con la que trabajamos nos impresiona de una manera determinada, dependiendo de diversos factores: quién y cómo es esa persona; quién y cómo somos nosotros; cómo nos percibe, y cómo *sentimos* que nos percibe... De ahí la necesidad, en una práctica juiciosa, de ser conscientes desde el inicio, y durante todo el proceso, de nuestras respuestas tanto conceptuales como emocionales a la persona con la que trabajamos y de valorar la adecuación de esas respuestas y la necesidad de modificarlas a medida que se desarrolla la relación” (TURNER, 2002: 55-56).

Como sigue explicando Turner, el diagnóstico es un proceso racional en el que tratamos de reunir nuestros conocimientos, impresiones, datos, y reacciones ante los clientes, de forma que nos lleve a implicarnos con el cliente en una dirección particular, usando un conjunto particular y específico de técnicas, estrategias y recursos. Pero, aún estando de acuerdo en el concepto de diagnóstico, diferentes trabajadores sociales realizarán diagnósticos diferentes ya que, por un lado, una parte de la realidad que hay que considerar en cada caso incluye al propio trabajador social [y eso significa que entran en juego su propia subjetividad y su relación intersubjetiva con el cliente] y, por otro, los trabajadores sociales pueden utilizar diferentes perspectivas conceptuales desde una base multiteórica (ibíd.: 58; la aclaración entre corchetes es mía).

Esa diversidad de perspectivas teóricas implica formas diferentes de mirar la realidad de los clientes, enfatizar determinadas partes de ella en detrimento de otras, conceder una importancia relativa a ciertos factores de personalidad, y a los procesos de desarrollo, y realizar una ponderación diferencial tanto de los factores externos como internos. A pesar de esas diferencias, se ha demostrado que cada una de las teorías actualmente importantes para la práctica tratan de responder a las mismas preguntas, y de abordar aspectos similares de la realidad interna y externa del cliente, y que llevan a diagnósticos que tienen mucho en común desde la perspectiva de la gravedad, el riesgo y las capacidades de las personas (ibíd.: 59).

Valorar la gravedad y el riesgo que representan para la salud y el bienestar de las personas a las que tratamos, las situaciones vitales conflictivas por las que han demandado la ayuda del trabajador social, es uno de los aspectos del diagnóstico que no debemos olvidar y que apela directamente a nuestra responsabilidad. Son situaciones que, ocasionalmente, pueden conllevar además riesgos para la vida de los clientes, o para las personas con las que estos se relacionan, incluidos los propios trabajadores sociales. La práctica de la supervisión muestra, sin embargo, que es esta una parte del diagnóstico que resulta especialmente difícil y, con alguna frecuencia al menos, se soslaya o se obvia.

**El trabajador social tiene la responsabilidad de valorar la gravedad y el riesgo que los conflictos vitales representan para la salud y el bienestar de las personas, y asumir las responsabilidades que puedan derivarse por las repercusiones que los errores de diagnóstico pueden tener en ellos**

Junto a ello, otro aspecto que es responsabilidad directa del trabajador social y al que, de forma muy preocupante, no siempre se presta la debida atención, es el de las repercusiones que un error en el diagnóstico, o un mal diagnóstico, pueden tener en la calidad de vida y en la salud de nuestros clientes. A veces por “falta de tiempo” (sic); otras, porque no se tienen en cuenta todos los aspectos de la *persona en su situación*; algunas, por déficits formativos del profesional, o por sesgos que no se han analizado; o por presiones institucionales; etc., etc., se producen errores diagnósticos injustificables que implican, consecuentemente, decisiones y acciones equivocadas y de efectos, cuando menos potencialmente, perjudiciales. Estas situaciones tienen siempre consecuencias graves en los clientes, a menudo duraderas en el tiempo, que afectan a todas las personas implicadas en la situación y que pueden ir desde la cronificación de la situación hasta la enfermedad, física o mental, y, en casos extremos, el suicidio.

Todo esto refuerza la idea de la necesidad y la importancia de reflexionar y revisar permanentemente los aspectos de relevancia diagnóstica que van surgiendo en cada momento de la intervención. Eso significa que debemos ir valorando en cada momento tanto la cantidad como la profundidad de la información que requerimos, partiendo de un principio que considero fundamental: “solo tenemos derecho a conocer aquellos aspectos de nuestros clientes necesarios para poder comprender su situación y prestarles la ayuda que precisan, y que ellos estén dispuestos a compartir con nosotros” (ITUARTE, 2017b: 87).

No es prudente recabar más información de la que cabalmente podemos manejar con el cliente, ni adentrarnos en determinadas honduras si el cliente no lo desea o se muestra reacio a ello, pero debemos ser cuidadosos y no obviar asuntos que puedan ser primordiales, aunque su tratamiento resulte doloroso. Tratar al cliente con sensibilidad, reconocer el malestar que ese trabajo puede producirle, pero señalarle la importancia que, en su situación, puede tener, y ofrecerse sinceramente a acompañarlo y apoyarlo en su exploración, le ayudarán a afrontarlo. Las dudas que estas intervenciones puedan producir, legítimamente, en los profesionales deberían ser revisadas en la supervisión, que orientará el tratamiento o recomendará, en su caso, la derivación (que requiere ser bien preparada, y tratada con cuidado y delicadeza) a otro profesional o servicio.

## 4. Conclusiones

A lo largo de las páginas precedentes he revisado algunos de los aspectos que considero más importantes en el proceso de diagnóstico en trabajo social individualizado y familiar, aunque sin ninguna duda hay muchos otros que no han sido siquiera mencionados.

De entre las ideas expuestas, creo que conviene señalar las siguientes, que pueden servirnos para concluir –que no finalizar– momentáneamente esta reflexión:

- El reconocimiento del *lugar central del diagnóstico* en el proceso de atención psicosocial, que guía toda la intervención, desde su inicio hasta su terminación (y, ocasionalmente, como ya hemos señalado, desde antes de su inicio formal y más allá de su finalización), tal como Mary Richmond explicó hace justo ahora cien años.
- La comprensión del diagnóstico como una *construcción reflexiva y un proceso interactivo* entre el trabajador social y el cliente, que exige del trabajador social una reflexión continua y permanente, ponderada y fundamentada, sobre todos los aspectos presentes en *la persona en su situación*, además de la obligatoriedad de discutir y valorar sus hallazgos e inferencias con el cliente, para acordar conjuntamente los objetivos del tratamiento.
- La *responsabilidad* que conlleva *para el trabajador social* la realización del diagnóstico, del que *debe poder dar cuenta que justifique* las acciones por él emprendidas en la atención a un determinado cliente.
- Como corolario, la posibilidad de entender *el diagnóstico* –mejor aún, el proceso diagnóstico– *como la construcción de una narrativa compartida, que abre nuevos significados* al malestar y a la historia del cliente, *y busca alternativas creativas* que permitan un crecimiento personal en interacción con sus otros significativos.



### Bibliografía

- HAMILTON, G. *Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos*. México D. F.: La Prensa Médica Mexicana (7.<sup>a</sup> reimpresión), 1984.
- HOLLIS, F.; WOODS, E. *Casework. A Psychosocial Therapy*. Nueva York: Random House, 1981. ISBN: 0-394-32368-8.
- ITUARTE, A. Una reflexión sobre los modelos de intervención de los trabajadores sociales desde la experiencia de la supervisión. En SOBREMONTA DE MENDICUTI, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en Trabajo Social. Reflexión sobre la construcción disciplinar en España*. Bilbao: Deusto Digital, 2012a, 191-204. ISBN: 978-84-9830-359-9.
- ITUARTE, A. Cuestiones básicas en el proceso clínico de atención psicosocial. *Revista Trabajo Social y Salud*. 2012b, n. 72, 5-15. ISSN: 1130-2976.
- ITUARTE, A. “Actualidad y pertinencia del trabajo social clínico”. En ITUARTE, A. (coord.) *Prácticas del trabajo social clínico*. Valencia: Nau Llibres, 2017a, 19-44. ISBN: 978-84-16926-13-8.
- ITUARTE, A. El vínculo terapéutico en Trabajo Social Clínico: sentido, características y límites. En: GUINOT, C.; FERRÁN, A. (ed.). *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. Bilbao: Deusto Digital, 2017b, 83-92. ISBN: 978-84-16982-27-1.
- PERLMAN, H. *El trabajo social individualizado*. Madrid: Rialp, 1980.
- REGALADO, J. La evaluación y el diagnóstico en trabajo social clínico. En ITUARTE, A. (coord.). *Prácticas del trabajo social clínico*. Valencia: Nau Llibres, 2017b, 87-108. ISBN: 978-84-16926-13-8.
- RICHMOND, M. E. *El caso social individual. El diagnóstico social. Textos seleccionados*. Madrid: Talasa, 1996. ISBN: 84-88119-36-4.
- RICHMOND, M. E. *Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XXI, 2005.
- TURNER, F. J. *Diagnosis in Social Work. New imperatives*. Nueva York: The Haworth Social Work Practice Press, 2002. ISBN: 0-7890-1596-X.