

Reflexions sobre la condició i l'abast del diagnòstic en treball social individualitzat i familiar

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

Amaya Ituarte Tellaeché¹

Resum

A partir del plantejament fundacional de M. Richmond (1917) sobre el lloc central que hauria d'ocupar el diagnòstic en el procés d'atenció psicosocial –un plantejament que es reconeix com a vigent i útil tant teòricament com pràcticament–, s'analitza la condició, importància i fonament del diagnòstic en treball social individualitzat i familiar (*casework*) i es plantegen algunes de les principals qüestions actuals en relació amb el seu abast, significació i transcendència.

Paraules clau: Diagnòstic, persona en situació, construcció reflexiva interactiva, opinió justificada, responsabilitat del treballador 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.

Per citar l'article: ITUARTE TELLAECHÉ, Amaya. Reflexions sobre la condició i l'abast del diagnòstic en treball social individualitzat i familiar. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agost 2017, n. 211, pàgines 88-102. ISSN 0212-7210.

¹ Assistent social. Diplomada en treball social. Màster en cures assistencials en problemes de salut mental per la Universitat del País Basc - Euskal Herriko Unibertsitatea. Treballadora social jubilada del Centre de Salut de Ortuella (Osakidetza - Servei Basc de Salut).

1. Introducció

He plantejat aquest treball sobre el diagnòstic en treball social individualitzat i familiar como unes *reflexions* que sorgeixen de la meua pròpia pràctica clínica i de les reflexions que he recollit com a supervisora, durant més de vint-i-cinc anys, de treballadores socials² en exercici en diferents serveis socials i sanitaris.

No he pretès fer un treball acadèmic, sinó una anàlisi reflexiva sobre la necessitat i la importància del diagnòstic en la pràctica professional, més específicament, en aquest cas, en la pràctica centrada en l'atenció a individus i famílies.

Al seu llibre *Social Diagnosis* (el centenari del qual estem celebrant) Mary E. Richmond va col·locar el diagnòstic al centre del procés d'intervenció dels treballadors socials. Al llibre (RICHMOND, 2005: 35) explica que "mitjançant un *diagnòstic social*, es tracta d'arribar a una definició com més exacta millor de la *situació social i la personalitat d'un client*".³ I, sens dubte, és aquesta necessitat de comprendre *la persona en la seva situació*, segons el paradigma enunciat per Gordon Hamilton, el que qualsevol treballador social sent quan s'enfronta un procés d'ajuda psicosexual.

Richmond assenyalava que el procés comença amb la investigació, prossegueix amb l'anàlisi crític de les dades obtingudes i acaba amb la definició de la *dificultat social*. Però crida l'atenció sobre el que jutja un *defecte*: el fet que els treballadors socials concedeixen massa importància a la recopilació de dades i informació, *en detriment dels processos de comparació i interpretació*. Considera que el terme *diagnòstic* definiria més exactament el procés, en el qual la investigació ocuparia un lloc necessàriament subordinat (RICHMOND, 2005: 36; les cursives són meves).

Incideix també, a continuació, en dos aspectes més d'importància fonamental quant al diagnòstic: el primer té a veure amb la *limitació temporal* necessària que tenen tots els processos de treball social, la qual cosa implica que tot i que el diag-

Richmond va definir el *diagnòstic social* com l'intent d'arribar a una "definició com més exacta millor de la situació social i la personalitat d'un client" i el va situar al centre del procés d'intervenció del treballador social.

² Quan no sigui possible o adequat l'ús de denominacions genèriques, faré servir indistintament el femení i el masculí.

³ "M. E. Richmond, en una nota al peu (2005: 19), fa una argumentació interessant sobre la conveniència de la denominació *client* per designar la persona a la qual atén el treballador social, que considero perfectament vàlida davant de la tendència a fer servir altres termes com *usuari*. Cal assenyalat que el DRAE ofereix per al terme *client*, entre altres significats, el de persona que utilitza amb assiduitat *els serveis d'un professional* (el mateix que li dona Richmond), mentre que el terme *usuari* fa referència, més aviat, a qui utilitza *alguna cosa*. D'altra banda, el terme *client* designa adequadament la persona o les persones que utilitzen els serveis del treballador social, independentment del seu gènere i del seu nombre; si el treballador social treballa individualment amb una persona, aquesta persona serà el seu client; però si ho fa amb una família, amb una parella o un grup, aquesta família o aquesta parella com a unitat singular i el grup com a unitat singular són el seu client, a més de ser-ho, simultàniament, cada un dels seus membres" (ITUARTE, 2017a: 20).

nòstic sigui revisable (i sovint s'hagi de revisar) no pot ser un procés que s'allargui indefinidament; i ho relaciona amb el segon aspecte, que fa referència al fet que el diagnòstic hagi de portar a realitzar una acció *eficaç* (ibíd.: 36; les cursives són meves).

Cent anys després dels seus plantejaments, no només no han perdut vigència, sinó que continuen definint l'especificitat de la nostra disciplina i dels nostre quefer professionals i dirigint les nostres intervencions. Mirarem d'explicar-ho en les pàgines següents.

2. El diagnòstic com a condició per a la pràctica del treball social individualitzat i familiar

Deia més amun que els plantejaments de Richmond no només no han perdut la seva vigència, la seva frescor m'atreveria a dir, sinó que configuren l'essència de la nostra professió i de la nostra disciplina. I és, amb seguretat, en el diagnòstic, que no és prerrogativa exclusiva de cap professió, on radica la distinció entre el treball social i altres disciplines i activitats professionals relacionades (psicologia, sociologia, medicina, psicoanàlisi...). A diferència d'aquestes professions, que centren els seus diagnòstics en aspectes parcials (per bé que significatius) de les persones i dels grups, o miren de determinar l'existència d'algun trastorn o patologia, el diagnòstic en treball social individualitzat i familiar⁴ pren necessàriament en consideració el conjunt interactiu que forma la persona i el seu context sociorelacional (no només el més pròxim sinó també els més amplis com poden ser el món laboral i l'acadèmic, i la pertinença a altres grups, etc.) i les relacions que es produeixen entre la persona i els seus diferents contextos significatius, així com les potencialitats tant de l'individu com dels seus contextos per afrontar les dificultats i els conflictes vitals.

El diagnòstic en treball social reuneix, interpreta i posa en relació, doncs, sempre dades biogràfiques, psicològiques, relacionals i socials, ja que tots són necessaris per aconseguir la comprensió de la persona en la seva situació. Diversos autors han explicat aquestes idees sobre el diagnòstic a les seves obres.

⁴ En treball social individualitzat sempre treballem amb l'individu i la seva família, independentment que la família hi sigui -físicament present a la consulta- o no. La família és el primer entorn natural de les persones, el més pròxim i significatiu per al seu desenvolupament. Tots som necessàriament membres, com a mínim, d'una família, fins i tot en els casos en què un desconeix aquesta família. I tots tenim diferents històries familiars, que ens serveixen per donar sentit a les nostres vivències i experiències. Comprendre les relacions del client amb la seva família, tant amb la real com amb la família internalitzada (i, en el seu cas, imaginada) en el seu conjunt i amb cada un dels seus membres, sol ser tan necessari com clarificador per a la realització d'un diagnòstic encertat.

Parlaré, breument, d'alguns d'ells que considero especialment significatius.

Hamilton assenyalava a *Teoría i Práctica del trabajo social de casos* que “el diagnòstic representa essencialment una formulació psicosocial... [i] està condicionat per la situació total, tant interna com externa, per les relacions de la persona cap a la situació i de persona a persona” (HAMILTON, 1984: 225).

També Perlman, al seu clàssic *El treball social individualitzat*, es refereix al diagnòstic en el treball social de cas i assenyalava que ha d'atendre a les relacions que es donen entre: a) la natura del problema i els objectius que persegueix el client; b) la natura de la persona que experimenta el problema (la seva situació i funcionament psicològic i social) i que busca ajuda; i c) natura i propòsit de l'agència i el tipus d'ajuda que pot oferir. Assenyalava també que el diagnòstic comença en el moment en què la persona planteja la seva sol·licitud d'ajuda, i crida l'atenció sobre les dificultats que sovint comport per als treballadors socials l'elaboració del diagnòstic⁵ (PERLMAN, 1980: 206).

Hollis i Woods, a la seva valuosa obra *Casework: A psychosocial therapy*, consideren que “tant el client com la situació, o tots dos, poden contribuir al problema i que és en la interrelació entre ells i en les seves interaccions on es poden trobar moltes explicacions [que ajudin a comprendre el client en la seva situació], així com que el reconeixement de les fortaleses és de suma importància per a la valoració diagnòstica; recorden, també, que el diagnòstic és un procés en el qual *participen el treballador social i el client*; i criden l'atenció sobre una qüestió important per a la nostra pràctica: el diagnòstic diu al treballador social alguna cosa sobre el que el pot ajudar [a aquell client en aquella situació] i el que no el pot ajudar, però no pot servir mai d'excusa per *no intentar* ajudar. Per això, en el diagnòstic el treballador social mira de *comprendre la situació tant interna com externa* del client, per mirar de respondre la qüestió: Com es pot ajudar aquesta persona?” (HOLLIS i WOODS, 1981: 378-379; les cursives i els textos entre claudàtors són meus).

Per part seva, Turner, en un text tan necessari com interessant, *Diagnosis in Social Work. New Imperatives*, explica que el “diagnòstic en treball social designa el procés en què es forma una *opinió professional* derivada de l'avaluació d'una *situació tal com emergeix a la nostra interacció amb els clients i els seus*

⁵ “Probablement cap altre procés del *casework* ha preocupat tant als especialistes com el de diagnòstic. Els símptomes del seu caràcter problemàtic tradueixen l'amplitud de les respostes defensiu-adaptatives de l'especialista en *casework*, que van des de la persecució implacable d'una comprensió diagnòstica absoluta... fins a la resistència a establir qualsevol tipus de conclusions que vagi més enllà de la mera “impressió”; des de l'eternització en la protocolització del cas fins a l'atribució immediata d'etiquetes prefabricades; des del fet d'acceptar el diagnòstic com a credo fins al de considerar-lo anatema” (PERLMAN, 1980: 202).

El diagnòstic en treball social és una construcció reflexiva realitzada interactivament entre el treballador social i el client, que permet obtenir una visió global de la situació del client i serveix per orientar el tractament

ambients significatius, una opinió en la qual basem la nostra acció i de la qual hem d'estar preparats per retre comptes. Aquesta opinió professional es basa en una sèrie de judicis que ens porten a actuar o interactuar de manera particular amb els clients" (TURNER, 2002: 51; les cursives són meves).

En un treball anterior (evidentment influït per la lectura dels autors esmentats -i d'alguns altres- als quals considero els *meus* mestres), jo exposava que "el diagnòstic en treball social no és una mera recopilació dels problemes o les dificultats que pugui tenir una persona en un moment i en una situació determinats, sinó una construcció reflexiva, realitzada entre el treballador social i el client, compartida per tant, que permet obtenir una visió global de la situació del client, amb les seves forces i debilitats, i que serveix per orientar el tractament, és a dir, la tasca d'acompanyament, la intervenció a dur a terme conjuntament" (ITUARTE, 2012b: 9-10).

Assenyalava en el mateix article que en la realització d'aquesta reflexió el treballador social ha de jutjar (és a dir, formar-se una *opinió justificada*)⁶ i analitzar amb cura els aspectes de la situació que poden servir de suports per a la millora del malestar del client o aquells que, al contrari, puguin actuar com a factors agreujants o desestabilitzadors. I que aquesta anàlisi ha d'incloure, lògicament, els aspectes de la personalitat del client que, sens dubte, estan relacionats amb les seves dificultats i amb les seves estratègies d'afrontament.

És a partir d'un diagnòstic social correctament realitzat, i entès com un procés dinàmic i canviant en el temps, com podem planificar la intervenció o tractament atenent a la situació real del client, que hem de mirar d'entendre des de la seva pròpia singularitat i subjectivitat, des de la seva vivència estrictament particular i les seves emocions, més enllà merament de les dades objectives. I parant atenció igualment a la nostra pròpia realitat (personal, professional, institucional...), i a la nostra pròpia subjectivitat. Perquè en el diagnòstic en treball social incideixen múltiples factors, entre els quals no s'ha d'oblidar el professional mateix que forma part, igualment, de la situació que s'intenta diagnosticar.

Hem de tenir present que "el diagnòstic ens interpel·la i ho fa en les nostres dues -inseparables- vessants: la personal i la professional. Pel que fa a la primera perquè exigeix una feina d'anàlisi de la nostra pròpia subjectivitat, i de com aquesta subjectivitat influeix, es reflecteix, es modifica en i a través del contacte amb la mirada, la paraula, els gestos, les actituds... de

⁶ Una *opinió justificada* està basada en una reflexió cuidada i ponderada sobre tots els factors presents en la situació en què s'intervé, i és necessària per justificar les decisions que prengui el treballador social en funció d'aquesta situació. Perquè el treballador social és responsable de les seves decisions i dels actes que se'n deriven i ha de poder donar-ne compte.

l'altre [el client]. Pel que fa a la segona, perquè el diagnòstic s'ha de referir necessàriament a un context teòric, si pretén que tingui sentit i utilitat". (Ibíd.: 10).

La referència a un context teòric no significa que apliquem en la realització del diagnòstic una única teoria. Al contrari, per comprendre la complexitat del paradigma *persona en la seva situació* necessitem, cada vegada més, "d'una formació de tipus transdisciplinar, entesa com aquella que, a partir d'un profund coneixement disciplinar, permet superar les fronteres de la mateixa disciplina" (ITUARTE, 2017a: 39). Com assenyala Turner, "part del procés diagnòstic inclou dos factors específics relacionats amb la teoria. El primer és començar a veure les teories com a *recursos de tractament* que ens ofereixen diferents formes d'entendre a i intervenir amb els clients. El segon és la *responsabilitat* d'incloure en el nostre procés diagnòstic la pregunta sobre quin o quins enfocaments teòrics *poden ser més útils en aquesta situació particular*, així com quins poden ser *contraindicats* i podrien ser perjudicials" (TURNER, 2002: 45; las cursives són meves).

Els motius que poden portar una persona a sol·licitar l'ajuda d'un treballador social poden ser molt diversos, però sempre tenen una característica: la persona *sent* que hi ha alguna cosa en la seva vida, en ella mateixa o en relació amb el seu entorn, que li genera frustració i malestar, que experimenta com un *problema* i que no pot afrontar o resoldre per si sola. Habitualment, l'individu presenta aquest problema al treballador social a través de la presentació d'una demanda, que, més enllà del que és explícit, reflecteix la manera inconscient en què aquesta persona afronta les dificultats de la seva existència.

El procés diagnòstic comença des del primer moment de la relació. Quan la persona sol·licita, a través de la demanda, l'ajuda del treballador social, el treballador necessita fer-se una hipòtesi –o, com a mínim, una certa *apreciació*– diagnòstica que li permeti comprendre el sentit que aquesta demanda té, en termes subjectius, per a la persona que la fa. Aquesta hipòtesi, necessàriament incompleta, se sostindrà tant en l'escolta de la demanda en la seva literalitat com en el coneixement que s'obtingui sobre la persona i la seva situació des del començament de la primera entrevista (y, ocasionalment, abans de l'entrevista: si ha estat derivat per un altre professional o servei; si ens han remès un informe previ...) no només amb el que ens diu la persona, sinó amb tot allò que, inconscientment, mostra i transmet (els aspectes de personalitat que emergeixen des del primer moment de la relació; el posat; les formes d'expressió; la coherència o incoherència entre el que diu i el que mostra, etc.), i amb els ecos i ressonàncies que tot això desperta en nosaltres.

De tal manera que la recerca d'informació, la investigació de la situació, se sosté en aquesta primera apreciació diagnòs-

El procés diagnòstic comença des del primer moment de la relació i continua durant tot el temps que dura la relació

tica: partint de la demanda que ens planteja el client i de la impressió que produeix en nosaltres, ampliarem o farem més estret el camp d'investigació, ens limitarem a aspectes més externs o circumstancials, o mirarem d'aprofundir en aspectes de personalitat, pautes relacionals, aspectes emocionals, etc.

Perquè qualsevol decisió que prenguem en aquesta primera entrevista respon (encara que, de vegades, de manera poc conscient) a un cert diagnòstic. Tant si decidim respondre a la demanda, com si mirem de redefinir-la; si plantejem que la persona hauria de dirigir-se a un altre servei o un altre professional; si assenyalem que no hi haurà més entrevistes o, al contrari, li proposem la possibilitat d'un treball conjunt, d'un tractament..., aquestes decisions sempre estan basades en una apreciació, o en una hipòtesi, diagnòstica.

No ser conscients d'això –o, com a mínim, no ser-ho suficientment– comporta sovint aquell *defecte* que denunciava Richmond: la recerca de més i més informació, de vegades de manera erràtica, sense saber què és el que es busca ni què es pretén. Es produeixen, aleshores, dilacions en un temps que sempre serà limitat (independentment de si la duració real és més gran o més petita) que repercuteixen negativament en el conjunt del procés d'ajuda: s'acumulen moltes dades que després ni s'interpreten ni es relacionen adequadament (argumentant, molt sovint, precisament *falta* de temps) i, entre tant potí-potí, es perdi de vista l'objectiu que el procés d'intervenció pretén: la realització d'una acció eficaç (tractament) que permeti si no la resolució del problema, sí l'alleujament del malestar subjectiu que comporta, i que serveixi sobretot per propiciar “*el desenvolupament de la personalitat del client a través d'ajustaments conscients i integrals de les seves relacions socials*”, tal com va definir a *What is Social Case Work?* (1922) el “*camp propi del treball social individualitzat (casework)*” (RICHMOND, 1996: 102).

Como deia més amunt, en la pràctica del treball social individualitzat el que subjau sempre és una persona que, en alguna mesura o d'alguna manera particular, se sent debilitada o disminuïda davant d'una situació, interna o externa, que la sobrepassa, i sense capacitat per enfrontar-s'hi només amb els seus propis mitjans. És a dir, independentment de quina sigui la demanda, o el problema, plantejat pel client, el diagnòstic ens mostra que som davant d'una persona que necessita recuperar, o trobar, alguns aspectes de si mateixa i descobrir (o redescobrir), simultàniament, quines són les seves capacitats reals i quins recursos (qui li dona suport, de quina manera; què li demanen; condicions...) li ofereix el seu entorn per afrontar les seves dificultats. A aquesta recuperació, o trobada, amb certs aspectes personals perduts temporalment, o desconeguts prèviament, i al descobriment, o redescobriments, de les seves pròpies capacitats i potencialitats a través d'un treball reflexiu sobre si mateix i les seves relacions significatives (és a dir,

a la recerca de noves percepcions sobre si mateix i la relació amb els seus significatius, que és en el que consisteix, fonamentalment, el tractament psicosocial), és al que penso que es referia Mary Richmond quan parlava de “desenvolupament de la personalitat”.

Ja he assenyalat anteriorment que entre aquestes relacions significatives a què es refereix Richmond, ocupen un lloc primordial les relacions familiars, que sempre haurem d'investigar per aconseguir la comprensió diagnòstica de la persona en la seva situació. Les relacions que el client manté amb els seus altres entorns ens ajudaran, també, a entendre-ho millor. Per facilitar la comprensió d'unes i altres, a més de l'escolta i l'observació atentes tant del que el client transmet com de les nostres reaccions contratransferencials, comptem amb eines com el genograma i l'ecomapa, que ens permeten situar el client en el seu món relacional familiar, d'una banda, i a ell mateix i a la seva família en el si de relacions més àmplies; i que, realitzats amb aquesta persona a la consulta solen permetre “percebre una imatge de conjunt de com són les seves relacions i de com s'hi veu i aconseguir una comprensió més completa i complexa de la seva situació en el seu món, que obre interrogants i busca noves -i, sovint, més audaces- respostes” (ITUARTE, 2017b: 90). L'observació atenta i acurada de les diferents reaccions del client davant d'aquests descobriments, ens permetrà fer noves inferències que, plantejades en el moment oportú, produiran nous *insights*.

La realització del procés diagnòstic es facilita i s'enriqueix a mesura que el vincle entre el treballador social i el client es va reforçant. A partir de la demanda inicial, client i treballador social han de compartir informació, aclarir qüestions, formular estratègies d'afrontament i avaluar les pròpies accions i les interaccions entre tots dos. El treballador social ha de preguntar al client sobre el que ell desitja i espera obtenir del procés d'ajuda; també s'ha d'interessar per com ho experimenta i per com percep la relació amb el professional. I ha d'analitzar-se a si mateix en relació amb el client, la manera com reacciona davant seu, els aspectes contratransferencials que sorgeixen en la seva interacció amb el client i, en general, la manera en què posa els seus coneixements i la seva persona -en què es posa- al servei de la relació i del procés d'ajuda.

Quan el client percep que el treballador social s'esforça realment per comprendre'l i per entendre la seva situació i les seves reaccions subjectives, sense jutjar-lo, escoltant-lo atentament, plantejant qüestions pertinents... i comunicant les seves apreciacions i inferències, se sent més lliure per explorar en si mateix i en la seva història i per compartir amb el treballador social aspectes íntims, i sovint conflictius, de si mateix i de les seves relacions significatives.

A la recuperació, o trobada, amb aspectes de si mateix perduts temporalment, o prèviament desconeguts, i al descobriment, o redescobriments, de les pròpies capacitats a través d'un treball reflexiu sobre si mateix i les seves relacions significatives, és al que penso que es referia Mary Richmond quan parlava de “desenvolupament de la personalitat”

3. L'abast del diagnòstic

Com ja he dit anteriorment, el diagnòstic es va fent de manera continuada al llarg de tot el procés d'atenció psicosocial. No s'acabarà mai, perquè en cada moment del procés –si avança de manera adequada– anirem fent nous descobriments, que ens ajudaran a aclarir aspectes confusos, a reorientar les accions proposades, etc. Això no vol dir de cap manera que la intervenció avanci a batzegades, de manera erràtica, ja que des de la primera entrevista hem hagut de ser capaços de comprendre les línies generals de la situació. Només en cas d'alguna troballa que el qüestionï totalment, es podria canviar el diagnòstic realitzat.

Hi ha, però, una sèrie de factors que influeixen en el diagnòstic i, conseqüentment, en el tractament, i que no sempre són valorats adequadament. Uns són deguts al client mateix; d'altres a la institució o organisme en què el treballador social presta els seus serveis; i d'altres, finalment, al mateix treballador social. Encara que aquest article no en permet una explicació exhaustiva, assenyalaré alguns dels que em semblen més importants, i que requereixen de l'atenció del treballador social en el procés de diagnòstic, esperant que serveixin per a una millor comprensió del complex quefer del diagnòstic en treball social.

Pel que fa als del client, i tot i que d'alguna manera ja hi he al·ludit anteriorment, tenen a veure no només amb el contingut i la forma de la demanda explícita sinó també amb la possible demanda implícita i el tipus de correspondència que hi ha l'una i l'altra. La demanda explícita és, generalment, la “porta” que el client utilitza per sol·licitar ajuda i, de inconscientment, respon moltes vegades més a allò que el client creu que serà escoltat que al que de veritat necessita, espera o desitja. Per això, en la realització del diagnòstic és imprescindible tractar de comprendre la situació psicosocial del client tal com ell l'experimenta, així com la posició subjectiva que adopta respecte al seu problema o malestar, i, conseqüentment, cap a la naturalesa de l'ajuda que està disposat a acceptar. No hem d'oblidar que el client és una persona amb història i desig i que això marcarà tot el procés d'intervenció psicosocial.

Els factors referents a la institució estan encapçalats per les finalitats que persegueix: la seva missió, visió i valors, que es tradueixen en una determinada política institucional. Però sabem que, de vegades, en les institucions es donen contradiccions entre aquestes polítiques institucionals –declarades– i els mitjans reals amb què es doten per a la seva implementació. Encara més en aquests temps de crisi i de retallades. Aquestes contradiccions es manifesten molt sovint en la realitat de les seves “polítiques de personal”. Per això, s'hauran de tenir en compte, entre d'altres, aspectes com ara el rol professional as-

signat i el paper que es reconeix (que no sempre són coincidents) al treballador social; l'estabilitat, o no, dels professionals en el seu lloc de treball, així com el suport institucional que se'ls presta; la càrrega assistencial que suporten; l'organització del temps i de les tasques; així com els aspectes de poder de la mateixa organització i els que aquesta atorga al treballador social, i els riscos assumibles tant per a l'organització com pels treballadors socials que hi exerceixen.

Pel que fa al treballador social, que és també una persona amb història i desig, en un doble sentit: personal i professional,⁷ els factors principals que cal tenir en compte tenen a veure, en línies generals, amb a) la seva *actitud* i inclouen: el compromís ètic, és a dir, la forma com mirem *l'altre de la relació*, el client, la manera com ens dirigim en la trobada amb aquest *altre*; l'autoconeixement, imprescindible per posar-nos al servei de la relació amb el client i no posar-lo, o no posar la relació professional, al servei dels nostres interessos; la pròpia experiència i història personal, que ens marca i, d'alguna manera, ens defineix; la cultura de la qual formem part, i que ens forma, ens deforma, ens conforma... I amb b) la seva *aptitud*, que es refereix a la seva cultura professional, els coneixements que tingui de treball social i d'altres disciplines complementàries, i la forma tots aquests coneixements en la intervenció professional; a la creativitat, a estar disposada a plantejar-se noves/diferents formes de pensar, de mirar la realitat dels clients; a la forma en què percep i en què assumeix el rol professional; a la seva competència professional en conjunt...

Hi ha, encara, altres qüestions importants que sorgeixen, actualment freqüentment, en relació amb el diagnòstic psicossocial. Una d'aquestes qüestions és la de la –suposadament necessitat d'establir una categorització dels diagnòstics socials. Crec (i espero haver estat capaç de transmetre-ho a través de l'exposició que precedeix) que el diagnòstic social, o més exactament, psicossocial, és un procés en què s'han de tenir en compte les múltiples variables que es donen en la vida dels clients. Les vides dels clients són complexes, les dificultats per les quals travessen ho són també i no poden ser ateses des de plantejaments simples o unidimensionals, que es plasmen en categories diagnòstiques simples.

Com assenyalava en una altra ocasió, "sovint es confon el diagnòstic amb la valoració o amb l'etiquetatge. La valoració

⁷ El *personal* i el *professional* no són aspectes dissociats: cada un d'ells està íntimament i inevitablement entreteixit amb l'altre. Quan *actuem professionalment* posem la nostra persona (i, amb ella, la nostra personalitat) al servei del procés d'atenció d'un client determinat. I aquesta actuació professional i la interacció amb el client que s'hi produeix, tenen efectes duradors sobre la nostra personalitat, la modifiquen en certa manera (com ja va escriure Mary Richmond en *What is Social Case Work?*, el 1922 –traducció espanyola de 1996).

Sovint es confon el diagnòstic amb la valoració o amb l'etiquetatge

dels aspectes que incideixen en la situació de les persones és necessària i important, i forma part del diagnòstic, però no n'és un sinònim. L'etiquetatge, per la seva banda, és un procés simplificador, que pren a la part pel tot, el símptoma pel problema i que implica un risc, gens menyspreable, de penjar una qualificació a una persona de la qual no podrà deslliurar-se mai. L'actual preocupació per demostrar una eficàcia i una eficiència més grans, per acostar-nos als estàndards de qualitat de les ciències positives, comporta un risc de *falsos diagnòstics* superior: valoracions i etiquetatges, freqüentment carregats de prejudicis, i exempts de rigor" (ITUARTE, 2012a: 197-198).

Això no vol dir que les anomenades classificacions diagnòstiques no ens puguin ser útils, com a eines que ens ajudin a aconseguir un diagnòstic més encertat de la situació: per exemple, en un treball recent, J. Regalado (2017: 87-108) fa una reflexió interessant sobre els sistemes de classificació diagnòstica i la seva utilitat per al diagnòstic en el treball social, incidint especialment en la perspectiva persona en el seu ambient (PEA) i en la perspectiva de la resiliència. La perspectiva PEA (PEU per la sigla anglesa: *Person In Environment*) em sembla, personalment, molt útil com una eina nascuda precisament del treball social per ajudar-nos en el diagnòstic (crec que seria molt interessant que es pogués traduir al castellà i validar-se per poder-la utilitzar a Espanya). Amb tot, malgrat la utilitat que puguin tenir, i que sens dubte tenen, aquestes eines, al meu parer, en el procés diagnòstic en el treball social res pot substituir la reflexió ponderada i fonamentada del treballador social, i la discussió i valoració de les seves troballes i inferències amb el client.

Una altra qüestió que apareix repetidament, i que d'alguna manera com a mínim està relacionada amb l'anterior, és la relació entre el diagnòstic i l'estratègia de tractament. Els que insisteixen en la necessitat d'una categorització diagnòstica ho fan, sovint, pensant que hauria de derivar-se'n un pla de tractament estàndard, útil en totes les ocasions. El raonament vindria a ser del tipus: *al diagnòstic X li correspon el tractament Y*. Però aquest plantejament oblida dues premisses essencials, a les quals ja hem fet referència: una, que el diagnòstic és un procés conjunt en el qual participen el treballador social i el client; dos, la singularitat del client i la del treballador social i, per tant, la singularitat de la relació entre tots dos. D'on se segueix la impossibilitat d'establir tractaments estandarditzats *en sèrie*.

És en aquesta relació singular, única i irrepetible, entre un treballador social i un client determinat, en la qual sorgiran determinats elements que dirigiran la intervenció en una direcció o una altra. Perquè "cada persona amb la qual treballem ens impressiona d'una manera determinada, depenent de diversos factors: qui i com és aquesta persona; qui i com som

nosaltres; com ens percep, i com *sentim* que ens percep... D'aquí ve la necessitat, en una pràctica assenyada, de ser conscients des de bon començament, i durant tot el procés, de les nostres respostes tant conceptuals com emocionals a la persona amb la qual treballem i de valorar l'adequació d'aquestes respostes i la necessitat de modificar-les a mesura que es desenvolupa la relació" (TURNER, 2002: 55-56).

Tal com continua explicant Turner, el diagnòstic és un procés racional en el qual mirem de reunir els nostres coneixements, impressions, dades i reaccions davant dels clients, de manera que ens porti a implicar-nos amb el client en una direcció particular, fent servir un conjunt particular i específic de tècniques, estratègies i recursos. Però, tot i estar d'acord en el concepte de diagnòstic, diferents treballadors socials realitzaran diagnòstics diferents ja que, d'una banda, una part de la realitat que cal considerar en cada cas inclou el mateix treballador social [i això vol dir que entren en joc la seva pròpia subjectivitat i la seva relació intersubjectiva amb el client] i, de l'altra, els treballadors socials poden utilitzar diferents perspectives conceptuals des d'una base multiteòrica (ibíd.: 58; l'aclariment entre claudàtors és meua).

Aquesta diversitat de perspectives teòriques implica formes diferents de mirar la realitat dels clients, emfatitzant determinades parts d'aquestes realitats en detriment d'altres, concedir una importància relativa a certs factors de personalitat, i als processos de desenvolupament, i realitzar una ponderació diferencial tant dels factors externs com interns. Tot i aquestes diferències, s'ha demostrat que cadascuna de les teories actualment importants per a la pràctica miren de respondre les mateixes preguntes i d'abordar aspectes similars de la realitat interna i externa del client, i que porten a diagnòstics que tenen molt en comú des de la perspectiva de la gravetat, el risc i les capacitats de les persones (ibíd.: 59).

Valorar la gravetat i el risc que representen per a la salut i el benestar de les persones amb les quals tractem, les situacions vitals conflictives per les quals han demanat l'ajuda del treballador social, és un dels aspectes del diagnòstic que no hem d'oblidar i que apel·la directament a la nostra responsabilitat. Són situacions que, ocasionalment, poden comportar més riscos per a la vida dels clients, o per a les persones amb què es relacionen, inclosos els mateixos treballadors socials. La pràctica de la supervisió mostra, però, que aquesta part del diagnòstic resulta especialment difícil i, alguna vegada fins i tot, es defuig o es deixa de banda.

Al costat d'això, un altre aspecte que és responsabilitat directa del treballador social i al qual, de manera molt preocupant, no sempre s'hi para la deguda atenció, és el de les repercussions que un error en el diagnòstic, o un mal diagnòstic, poden tenir en la qualitat de vida i la salut dels nostres clients. A vegades per "falta de temps" (sic); d'altres, perquè

El treballador social té la responsabilitat de valorar la gravetat i el risc que els conflictes vitals representen per a la salut i el benestar de les persones, i assumir les responsabilitats que puguin derivar-se per les repercussions que els errors de diagnòstic poden tenir-hi

no es tenen en compte tots els aspectes de la *persona en la seva situació*; algunes, per dèficits formatius del professional o per biaixos que no s'han analitzat; per pressions institucionals; etc.; es produeixen errors diagnòstics injustificables que impliquen, en conseqüència, decisions i accions equivocades i d'efectes, si més no potencialment, perjudicials. Aquestes situacions tenen sempre conseqüències greus en els clients, sovint duradores en el temps, que afecten totes les persones implicades en la situació i que poden anar des de la cronificació de la situació fins a la malaltia, física o mental, i, en casos extrems, el suïcidi.

Tot això reforça la idea de la necessitat i la importància de reflexionar i revisar permanentment els aspectes de rellevància diagnòstica que van sorgint en cada moment de la intervenció. Això vol dir que hem d'anar valorant en cada moment tant la quantitat com la profunditat de la informació que requerim, partint d'un principi que considero fonamental: "només tenim dret a conèixer aquells aspectes dels nostres clients necessaris per poder comprendre la seva situació i prestar-los l'ajuda que necessiten, i que ells estiguin disposats a comparar amb nosaltres" (ITUARTE, 2017b: 87).

No és prudent demanar més informació de la que podem manejar amb el client, ni endinsar-nos en determinades fondàries si el client no ho desitja o s'hi mostra reticent, però hem de ser curiosos i no obviar assumptes que puguin ser primordials, encara que tractar-los resulti dolorós. Tractar el client amb sensibilitat, reconèixer el malestar que aquest treball li pugui produir, però assenyalar la importància que, en la seva situació, pot tenir, i oferir-se sincerament a acompanyar i donar-li suport en la seva exploració, l'ajudaran a afrontar-ho. Els dubtes que aquestes intervencions puguin generar, legítimament, en els professionals haurien de ser revisats en la supervisió, que orientarà el tractament o recomanarà, si escau, la derivació (que s'ha de prepararada correctament i tractar amb cura i delicadesa) a un altre professional o servei.

4. Conclusions

Al llarg de les pàgines precedents he revisat alguns dels aspectes que considero més importants en el procés de diagnòstic en treball social individualitzat i familiar, encara que sense cap dubte n'hi ha molts altres que ni tan sols he esmentat.

D'entre les idees exposades, crec que convé assenyalar les següents, que poden servir-nos per concloure –que no finalitzar– momentàniament aquesta reflexió:

- El reconeixement de la *posició central del diagnòstic* en el procés d'atenció psicosocial, que guia tota la intervenció, des del començament fins que s'acaba (i, ocasionalment,

com ja hem assenyalat, des d'abans del començament formal i més enllà de la finalització), tal com Mary Richmond va explicar ara fa justament cent anys.

- La comprensió del diagnòstic com una *construcció reflexiva i un procés interactiu* entre el treballador social i el client, que exigeix del treballador social una reflexió continuada i permanent, ponderada i fonamentada, sobre tots els aspectes presents en *la persona en la seva situació*, a més de l'obligatorietat de discutir i valorar-ne les troballes i inferències amb el client, per acordar conjuntament els objectius del tractament.
- La *responsabilitat* que comporta *per al treballador social* la realització del diagnòstic, del que *ha de poder donar compte que justifiqui* les accions que s'han emprès en l'atenció amb un determinat client.
- Com a corol·lari, la possibilitat d'entendre *el diagnòstic* –encara millor, el procés diagnòstic– *com la construcció d'una narrativa compartida, que obre significats nous* al mal·estar i a la història del client, i *busca alternatives creatives* que permetin un creixement personal en interacció amb els seus altres significatius.

Bibliografia

- HAMILTON, G. *Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos*. Mèxic D. F.: La Prensa Médica Mexicana (7a reimpressió), 1984.
- HOLLIS, F.; WOODS, E. *Casework. A Psychosocial Therapy*. Nova York: Random House, 1981. ISBN: 0-394-32368-8.
- ITUARTE, A. Una reflexió sobre los modelos de intervenció 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*. València: 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*. València: 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*. Nova York: The Haworth Social Work Practice Press, 2002. ISBN: 0-7890-1596-X.