

Cita bibliográfica: Cardona Cardona, J., Cuartero Castañer, M. E. y Campos Vidal, J. F. (2017). El diagnóstico relacional colaborativo (I) [The collaborative relational diagnosis (I)]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 67-90. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.05>

EL DIAGNÓSTICO RELACIONAL COLABORATIVO (I) *THE COLLABORATIVE RELATIONAL DIAGNOSIS (I)*

JOSEFA CARDONA-CARDONA 

Departamento de Filosofía y Trabajo Social, Universidad de las Islas Baleares, España
jp.cardona@uib.es

MARÍA ELENA CUARTERO-CASTAÑER 

Departamento de Filosofía y Trabajo Social, Universidad de las Islas Baleares, España
me.cuartero@uib.es

JOSÉ FRANCISCO CAMPOS-VIDAL* 

Departamento de Filosofía y Trabajo Social, Universidad de las Islas Baleares, España
quico.campos@uib.es

Resumen

En la práctica del Trabajo Social, el concepto tradicional de diagnóstico remite a una sencilla fórmula: un profesional con una determinada competencia vinculada al saber y al hacer, emite un juicio en el cual se ha sintetizado e interpretado la naturaleza y la magnitud de las dificultades-necesidades de una persona, familia, grupo o comunidad. Esta visión no incorpora la dimensión relacional y cooperativa del encuentro entre el profesional y la persona en el marco de una relación de ayuda.

Este artículo considera los desarrollos epistemológicos que se han planteado desde la perspectiva de la complejidad (Morin, 1981, 2009; Maturana y Varela, 2004), las tesis del Constructivismo (Piaget, 1971, 1978), el Construcciónismo Social (Goolishian y Anderson, 1990) y especialmente, las vanguardias de la práctica del Trabajo Social (de Shazer, 1982, 1985, 2009; White y Epston, 1990; White, 1995; Selekmán, 1993).

Desde la cibernética de segundo orden, la de los sistemas observantes, lo que los profesionales creemos, pensamos y valoramos (como profesionales y como personas), influye en la visión que vamos a construir de la persona/familia. Si la subjetividad se da, ¿que impide que la valoración de la situación problema pueda ser co-construirla colaborativamente entre el profesional y sus clientes?. Desde esta perspectiva, cabe hablar de diagnóstico colaborativo. El trabajo recoge los resultados de la aplicación práctica, en condiciones experimentales y en la práctica cotidiana de profesionales, de los criterios para desarrollar una co-diagnóstico. Es útil para guiar las conversaciones con los clientes y está abierto a los ajustes que cada relación necesite en su contexto.

Palabras clave: Diagnóstico; Co-Diagnóstico; Trabajo Social relacional; Prácticas narrativas; Prácticas colaborativas.

Abstract

In the practice of Social Work, the traditional concept of diagnosis refers to a simple formula: a professional with a certain level of competence linked to knowledge and doing of the clients, issues a judgment in which the nature and magnitude of the difficulties-needs of a person, family, group or community have been synthesized and interpreted. This vision does not incorporate the relational and cooperative dimension of the encounter between the professional and the person within the framework of helping relationship. This article considers the epistemological developments that have been raised from the perspective of complexity (Morin, 1981, 2009, Maturana and Varela, 2004), thesis of Constructivism (Piaget, 1971, 1978), Social Constructionism (Goolishian and Anderson, 1996, 1990) and especially the vanguards of the Social Work practice (Shazer, 1982, 1985, 2009; White & Epston, 1990; White, 1995; Selekmán, 1993).

From the Second-order cybernetics, the observational systems that professionals believe, think and value (as professionals and clients), influences the vision we are going to build of the person / family. To speak of an objective diagnosis, free of a biased view on the part of the professional, is to speak of a fantasy the subjectivities of the actors they value come into play. If subjectivity occurs, what prevents the assessment of the problem situation, traditionally referred to as diagnosis, can be co-built collaboratively between the professional and their clients? From this perspective, it is necessary to speak, not of diagnosis, but of collaborative diagnosis, of co-diagnosis.

Keywords: Diagnosis; Co-Diagnosis; Relational Social Work; Narrative practices; Collaborative practices

* Universidad de las Islas Baleares, Departamento de Filosofía y Trabajo Social. Ctra. de Valldemossa, s/n. Ed. Beatriu de Pinós, D3, 07122 Palma de Mallorca, España. E-mail: quico.campos@uib.es



Extended abstract

In the practice of Social Work, the traditional concept of diagnosis refers to a simple formula: a professional with a certain competence linked to knowledge and doing, emits a judgment in which the nature and magnitude of the difficulties a person, family, group or community have been synthesized and interpreted.

This dominant view of the concept of diagnosis often does not incorporate the relational and cooperative dimension of the encounter between the professional and the person within the framework of a helping relationship understood as a cooperative relationship. It is usual that the idea of diagnosis is related to the interest in knowing the state of a difficult situation, with the intention of doing or proposing to do something with it to modify it.

The work considers the epistemological developments that have been raised from the perspective of complexity (Morin, 1981, 2009, Maturana and Varela, 2004), the thesis of Constructivism (Piaget, 1971, 1978), Social Constructionism (Goolishian and Anderson, 1996, 1990) and especially the avant-gardes of the practice of Social Work (de Shazer, 1982, 1985, 2009; White and Epston, 1990, White, 1995; Selekman, 1993).

From the second-order cybernetics, the observational systems, what professionals believe, think and value (as professionals and as people), influences the vision we are going to build of the person / family. This position moves away from the supposed neutrality of the professional observer. Our vision of what is happening, is no longer necessarily the only or the correct one, is broadened by introducing the vision of the other with the same value as that of the professional, and in this sense, the vision is adjusted and co-constructed in a process of cooperative help with the person / family.

To speak of an objective diagnosis, free from a skewed view by the professional, is to speak of a fantasy. The subjectivities of the actors that value, come into play. Who values the problem situation? The objective, rational and neutral professional of the first cybernetics?, or the help system constituted by professional and client? If subjectivity occurs, what prevents the evaluation of the problem situation, traditionally referred to as diagnosis, can be co-built collaboratively between the professional and their clients? From this perspective, it is necessary to speak, not of diagnosis, but of collaborative diagnosis, of co-diagnosis.

In the proposal we present, the diagnosis has a collaborative dimension and can be co-constructed

considering certain values. It is part of a process designed to build a co-diagnosis with the person / family from a relationship of help, understood as a relationship of collaboration with the person, so as to guide the direction of their problems towards change, developing more proactive coping strategies and relying on their skills and strengths.

The Criteria that guide the practice of collaboration. Placing oneself professionally in a relationship of collaborative help with the person / family implies moving the power of professional practice, that power that unconsciously is exercised in a practice centered on the «power of the expert». It means placing oneself in a relational position of «not knowing», establishing «reciprocal relationships» where the potential possibility that the helping relationship approaches a relationship of domination is weakened (Anderson, 1997, White, 2007), allowing us to travel through relational and collaborative territories whose coordinates we describe, based on our own experience and the work of various authors (Bertolino and O'Hanlon, 2001, Madsen, 2007, Madigan, 2011, White, 2016). The criteria that have guided us to formulate a collaborative diagnosis are the following:

1. The person / family is seen as an expert in their life. From the beginning of the helping relationship, their abilities and aptitudes are recognized and emphasized, giving them the same weight as our experience and professional training

2. Any aid relationship should consider the influence of the cultural and interactional context on the problem situation and the identity of the people.

3. The professionals do not renounce their knowledge, they place their role in the generation of conversations and questions that help the clients to connect with their knowledge and strengths so that from this base, they can visualize and define their own change process. Madsen (2007), warns of the importance of being cautious about when and how to offer our wisdom to clients: the knowledge of the person / family should be the first to stand out, later the knowledge built in the joint meetings and finally, if it is considered opportune, the knowledge of one's professional or personal experiences would enter into the conversation.

4. Redefine the expectations of the family about our role of «expert professional» encouraging them to participate actively in the process of change and change into collaborative professional.

5. The focus on collaboration, focuses conversations on the achievements, capabilities and resources of the person / family generating competition through discovering, evoking or highlighting

what the family does well so that later they can transfer their knowledge to the problem situation. It is about helping clients through collaborative practices; that is, encouraging the discovery of their strengths, accessing their own knowledge, to involve them in their own process of change and help them find an «address» to their problems through conversations and questions that lead to generate alternative stories about their stories of identity, those that at the beginning of the aid relationship were colonized by deficits.

6. The definition of the problem and the objectives, arises from the conversations and questions to the family, not the professional and their theories. The participation of the family is encouraged throughout the process, from the definition of objectives, planning and methods used. From appreciative or collaboration-based research, professionals and clients initiate a joint exploration process in which help professionals ask questions with the purpose of helping clients visualize and specify the process and direction of the change.

7. Collaborative research refers to the joint work built in the study meetings (study interviews). It is not a unilateral exchange of information, on the contrary, it is a joint process that highlights the shared knowledge that emerges in the course of the conversation. In the face of differences, encourage the person / family that can qualify or finish this integration work through the recapitulation.

8. Actively listen to the effective and ineffective attempts tested by the family; that is, their own theory of change and problem, validating their experiences and letting them show us what works for them and what has not helped them change.

9. In each of the meetings of the aid process, ask for feedback to the person / family about our work, allowing them to disagree with our intervention and adjusting it based on their suggestions, generating competence in people, proximity and hope in the help relationship

10. Collaboration makes it possible to establish an alliance not only with the people who are motivated, but also with those who are supposedly reluctant. Resistance to change is not observed unilaterally, but as a stumbling block in the relationship between the aid system (social worker and family). De Shazer (1988) advocates an opening position introducing cooperative styles with the style of the family, focusing our interest in investigating what must happen in order for the change to take place, rather than focusing our efforts on combating the supposed position of no change.

The process of building a collaborative co-diagnosis

In the proposal that is presented, each of the possible areas of study must be weighed against four transversal axes (obstacles, strengths, time of permanence in the situation and life cycle in which the person / family currently transits) that will facilitate us to interrelate each one of the study areas whose contents have been part of the conversations. This operation is to move away from practices related to «summation of data collection» from the «expert professional» position of the first cybernetics. It is not a question of arriving at classifications or general categories where the subjective narrative becomes blurred and the influence of the social and cultural context becomes generalized:

Axis I: Obstacles that hinder or prevent change, deficiencies and needs, vulnerability. Axis II: Capacities, competences, knowledge, strengths and values Axis III: Time of permanence in the situation. Axis IV: Family life cycle.

Study areas to guide conversations: The work alliance generated in the help relationship. Values and purposes that make up the life of the person / family. Family structure and dynamics. Exceptions or achievements isolated. Emotional needs. Personal / family reorganization in the face of crises. Interpersonal relationships, presence or absence of experiences of resilience and contribution of significant figures to your life. Attribution, meaning, experience. Influence of the community environment and the personal network. Influence of the professional network in the maintenance and / or change of the situation. Family economy. Housing as a relational space. Work, occupation, job training and skills. Degree of motivation for change and expectations of success to overcome / manage the situation. Relationship that maintains the person / family with the disease

The collaborative help relationship is built in a process of conversations in which there are no impositions of work plans and there is no room for labeling or categorization of problems. The conversations that we contemplate mean the creation of a framework of mutual discovery. The social workers are like that, co-participants in the creation of processes that generate new meanings and alternative histories where the identity of the people is visualized in their own knowledge.

Keywords: Diagnosis; Co-Diagnosis; Relational Social Work; Narrative Practices; Collaborative practices

1. Introducción

En la práctica del Trabajo Social, el concepto tradicional de diagnóstico nos remite a una sencilla fórmula: un profesional con una determinada competencia vinculada al saber y al hacer, emite un juicio en el cual se ha sintetizado e interpretado la naturaleza y la magnitud de las dificultades-necesidades de una persona, familia, grupo o comunidad (Díaz y Fernández de Castro, 2013).

Esta visión dominante a cerca del concepto de diagnóstico, término al cual nos solemos referir en el mundo profesional y académico como «diagnóstico social», frecuentemente no incorpora la dimensión relacional y cooperativa del encuentro entre el profesional y la persona en el marco de una relación de ayuda. Es habitual que la idea de diagnóstico está relacionada con el interés en conocer el estado de una situación de dificultad, con la intención de hacer o proponer hacer algo con ella para modificarla. Si pensamos en la lógica de la administración de servicios y prestaciones, típica de la gestión de servicios sociales, la crónica precariedad financiera y un casi permanente déficit de programas y proyectos que permitan cubrir carencias y dificultades, obligan a afinar la distribución de recursos escasos. En estos territorios, es lógico hablar de «recoger datos», de medir y evaluar necesidades mediante inventarios u otros instrumentos que agrupan variables. Son sistemas útiles para «recoger y agrupar» las valoraciones del profesional y orientar así los diagnósticos clásicos. No obstante, dejan de lado las interrelaciones y el significado singular que otorga cada persona a los acontecimientos.

Desde la perspectiva de la relación de ayuda, esa dimensión, tan frecuente y trágicamente olvidada y que, a nuestro juicio, da sentido y naturaleza a la práctica del Trabajo Social, pensar el diagnóstico en términos clásicos (Arias y Patricia, 2016) implica no considerar los desarrollos epistemológicos que se han planteado desde la perspectiva de la complejidad (Morin, 1981, 2009; Maturana y Varela, 2004), las tesis del Constructivismo (Piaget, 1971, 1978), el Construccinismo Social (Goolishian y Anderson, 1996,1990) o las vanguardias de la práctica del Trabajo Social (de Shazer, 1982, 1985, 2009; White y Epston, 1990; White,1995; Selekman, 1993).

En todos los casos, avances actuales de la epistemología hacen especial incidencia en la relación existente entre conocimiento y poder. Desde la Teoría Crítica (Habermas,1982) hasta el post-estructuralismo (Foucault, 1975; Derrida,1971;1989) se han considerado las relaciones de poder en las interacciones humanas. Desde la perspectiva del Trabajo Social, las últimas vanguardias especialmente vinculadas a las prácticas narrativas (White y Epston, 1990) y dialógicas (Madsen, 2007; Arnkil y Seikkula, 2016), ya plantean la crítica a la idea clásica de diagnóstico. Esta crítica se inicia con las consideraciones

que se desarrollan en el análisis de las implicaciones de poder que conllevan las formulaciones de la primera y la segunda cibernética.

Desde la perspectiva de la cibernética de primer orden, la de los sistemas observados, se mantiene la idea de la existencia de una realidad objetiva que puede ser tomada, aprehendida. El papel del profesional «neutral» es identificarla y diagnosticarla para después modificarla desde procesos de ayuda unidireccionales, en los cuales se parte de un juicio de valor que será respaldado por la narrativa social dominante. La confianza acrítica en los consensos sociales acerca de lo que está bien o mal o lo que es normal o patológico, está presente en esta visión del rol profesional y sus prácticas diagnósticas. La cibernética de segundo orden, la de los sistemas observantes, plantea que no es posible conocer (hacer observaciones y mediciones) de un sistema dado, con independencia del observador. Dicho en otros términos, lo que nosotros creemos, pensamos y valoramos como profesionales y como personas, influye en la visión que vamos a construir de la persona/familia. Esta posición se aleja de la supuesta neutralidad del profesional observador y reconoce que la observación de toda situación problema está sesgada por una carga teórica ideológica, cultural, de género y biográfica (Feyerabend, 2003). Nuestra visión de lo que está pasando, que ya no es necesariamente ni la única ni la correcta, se amplía al introducir la visión del otro con el mismo valor que la del profesional. En este sentido, la visión se va ajustando y co-construyendo en un proceso de ayuda cooperativo con la persona/familia.

Siendo así, hablar de un diagnóstico objetivo y libre de una mirada sesgada por parte del profesional, es hablar de una fantasía. Valorar el resultado de un análisis de sangre no es complejo para un profesional entrenado; valorar qué aspectos interaccionan en la situación problema, qué interacción hay entre el problema y la persona/familia, qué le sucede y, cuál es el significado que ésta le otorga a su situación, es más complejo. Entran en juego las subjetividades de los actores que valoran, ¿quién valora la situación problema?, ¿el profesional objetivo, racional y neutral de la primera cibernética?, o ¿el sistema de ayuda constituido por profesional y cliente?. Si la subjetividad se da, ¿que impide que la valoración de la situación problema, denominada tradicionalmente como diagnóstico, pueda ser co-construirla colaborativamente entre el profesional y sus clientes? Maturana (2004) probablemente nos comentaría que los seres vivos y por tanto, las personas, son capaces y autónomas para mantener y desarrollar su propia auto-organización. Es la autopoiesis, la capacidad de auto-regulación del sistema de ayuda, la que gobierna la ética, la organización y la pragmática del desarrollo y de la historia compartida del mismo. Desde esta

perspectiva, no cabe hablar de diagnóstico, sino de diagnóstico colaborativo, de co-diagnóstico.

Como profesión hemos ido cambiando el lenguaje y el discurso (Rodríguez, 2013), integrando conceptos propios de la segunda cibernética. No obstante, el cambio epistemológico aún no se ha introducido en la práctica cotidiana, en el cómo desarrollamos la práctica, entendida esta como una relación de ayuda cooperativa. Sin renunciar a nuestros orígenes, tal vez este sea un buen momento para introducir nuevas cartografías y reorientar la dirección de la práctica hacia un Trabajo Social relacional y cooperativo.

En la propuesta que presentamos, el diagnóstico tiene una dimensión relacional y colaborativa. Forma parte de un proceso destinado a construir con la persona/familia una relación de ayuda, entendiéndola como una relación significativa basada en la alianza y construida sobre un marco de colaboración.

1.1 Notas metodológicas

Cómo colaborar con las personas ha sido una de nuestras inquietudes en estos últimos años. La propuesta que se presenta es el resultado de un proceso sistemático de estudio de los principales autores que, desde las vanguardias del Trabajo Social (Selekman, 1996, White y Epston, 1993; Lipchik, 2005; de Sheazer, 2009, Arnkill, 2016 o Madigan, 2011), han ampliado e innovado las prácticas narrativas, colaborativas y dialógicas formuladas también por Andersen (1994), Anderson (1999), Freeman (2001, 2005) o Matsen (2007) entre otros. Se han sintetizado estas aportaciones y se han operativizado para ser aplicadas en un contexto experimental controlado, en el marco de la Universidad de las Islas Baleares. Los resultados de esta experimentación se han desarrollado en contextos laborales diversos, y su aplicación ha permitido experimentar en la generación de espacios cooperativos mediante conversaciones y preguntas.

No hemos buscado establecer clasificaciones o categorías agrupables, porque entendemos que este proceder opaca la voz y las características singulares de las personas y porque la influencia de la cultura y el contexto social en la vida de las personas no queda visibilizado. Nuestra intención es compartir con las personas lectoras una reflexión crítica, además de una guía que nos ha resultado útil para ordenar y sistematizar el conocimiento co-construido a lo largo de las conversaciones colaborativas. Ello nos ha permitido construir un diagnóstico relacional y cooperativo donde las voces y los significados de las personas queden reflejados, ya que desde el inicio de la relación de ayuda, el proceso se ha tejido cooperativamente.

2. Bases relacionales que han guiado las conversaciones cooperativas en la relación de ayuda

Generar un espacio conversacional cooperativo se traduce en generar un territorio donde la persona percibe que la relación de ayuda es fluida, basada en el respeto, la confianza y el afecto. Ello, nos emplaza a introducir cambios en la manera de observar, pensar e intervenir. En este sentido, Bolaños (2008), plantea que

«construir un espacio cooperativo es algo que va mucho más allá de las técnicas utilizadas para encuadrar el proceso. Este espacio no es el requisito para que los cambios ocurran, es el cambio mismo. Se trata de una nueva realidad construida conjuntamente». (p.121)

A continuación, pasamos a describir los criterios que nos han guiado para establecer un marco cooperativo en la relación de ayuda y que por tanto, sustentan que el proceso de construcción del diagnóstico en Trabajo Social, sea relacional y colaborativo. Dichos criterios, están fundamentados en el trabajo de diversos autores (Bertolino y O'Hanlon, 2001; Morgan, 2004; Madsen, 2007; Madigan, 2011, White, 2016), y en nuestra propia experiencia. Pasamos a describirlos:

2.1 Desde el primer contacto se genera una relación de respeto con las personas, otorgándoles un papel protagonista en la conducción del proceso de ayuda y situándolas como expertas de sus vidas. Se trata de redefinir las expectativas de la familia sobre nuestro papel de «profesional experto» alentándolos a que participen activamente en su proceso de cambio y resituándonos como profesionales que colaboramos junto a ellos. Desde el inicio de la relación de ayuda, se reconocen y subrayan sus capacidades y aptitudes, dándoles el mismo peso que a nuestra experiencia y formación profesional.

El Trabajador/a Social trata de generar un contexto de ayuda basado en la colaboración y la alianza de ayuda mediante prácticas destinadas a: Estimular a la persona para que se manifieste sobre sus objetivos y sus metas; explicando cómo se podría llevar a cabo la intervención y así pueda aportar su parecer y su experiencia; estimulando su participación en el diseño del proceso de ayuda; valorando y amplificando cada pequeño cambio; generando pequeñas expectativas y validando su experiencia subjetiva.

2.2 Los encuentros de estudio (entrevistas de estudio), constituyen una investigación colaborativa, es decir, un trabajo conjunto que destaca el conocimiento compartido en el curso de las conversaciones. No es un intercambio unidireccional de información. El Trabajador/a Social sabe que su punto de vista es uno

más, no el verdadero y se sitúa conscientemente en un espacio colaborativo, de respeto e inclusión del otro, para comprender junto a este otro. El producto final es una realidad tejida, co-construida en el transitar de un encuentro a otro.

Recapitular y ajustar en cada encuentro, se convierten en pasos necesarios para llegar a este producto final. El Trabajador/a Social comparte mediante la recapitulación sus impresiones sobre lo acontecido en el encuentro y sobre el proceso transitado hasta el momento. Posteriormente, ajustar dichas impresiones solicitando a la persona si desea introducir algún aspecto que no se ha tenido en cuenta. Con esta práctica, situamos a la persona como experta que colabora de forma activa. Sus matizaciones o divergencias son importantes para nosotros y para el proceso de ayuda. En este ajustar con el otro, el Trabajador/a Social realiza un movimiento de apertura, flexibiliza su mirada e incluye la del otro, estos pasos de baile, van conformando el espacio colaborativo donde se apoyará la relación de ayuda.

2.3 Tener en cuenta la influencia de la cultural y el contexto social e interaccional en la situación problema y en la identidad de las personas.

2.4 La definición del problema y la de los objetivos, debe surgir de las conversaciones y preguntas a la familia, no del profesional y sus teorías. La participación de la familia es fomentada durante todo el proceso, desde la definición de objetivos, la planificación y los métodos utilizados. Desde la investigación apreciativa o basada en la colaboración, los profesionales y los clientes inician un proceso de exploración conjunta en la que los profesionales de ayuda plantean preguntas con propósito de ayudar a los clientes a visualizar y concretar el proceso y la dirección del cambio.

2.5 Centrar las conversaciones en los logros, las capacidades y los recursos de la persona/familia generando así competencia a través de descubrir, evocar y subrayar aquello que la familia hace bien para que posteriormente pueda transferir sus saberes a la situación problema. Desde el primer encuentro, se trata de ayudar a los clientes a través de prácticas colaborativas. Ello significa fomentar el descubrimiento de sus fortalezas, accediendo a sus propios conocimientos, para implicarlas en su propio proceso de cambio y ayudarles a encontrar una «dirección» a sus problemas. Mediante conversaciones y preguntas que enriquezcan su historia, descubriendo detalles que quedaron eclipsados por el predominio del problema.

2.6 Escuchar activamente los intentos eficaces e ineficaces ensayados por la familia, es decir, su propia teoría del cambio y del problema, validando sus experiencias

y dejando que nos enseñen qué funciona para ellos y qué no les ha ayudado a cambiar. Ellos son los que saben de sus vidas.

2.7 En cada uno de los encuentros del proceso de ayuda, solicitar feedback a la persona/familia sobre nuestro trabajo, dando margen a que puedan discrepar de nuestra intervención y ajustándola en base a sus sugerencias. Solicitar *feedback* es una práctica cooperativa y como tal, genera competencia y proximidad con la persona y esperanza en la relación de ayuda. Transmitimos que sus opiniones son importantes para nosotros y para el proceso, y que además somos conscientes que nuestra opinión sobre el encuentro, es parcial y necesitamos de su *feedback* para ajustar la manera en que estamos acompañando en el proceso de ayuda.

2.8 Cuestionar la resistencia al cambio, centrando nuestro interés en investigar qué debe ocurrir para que el cambio se dé, más que centrar nuestros esfuerzos en combatir la supuesta postura de no cambio. La resistencia al cambio no será observada unilateralmente, sino como un atasco en la relación del sistema de ayuda (Trabajador/a Social y familia). Así, ubicarnos en un marco de colaboración nos va a permitir establecer una conexión, no sólo con las personas que están motivadas, sino también con aquellas que son supuestamente reacias. Somos conscientes que el nivel de co-construcción alcanzado no se dará por igual en todas las personas/familias, ni en todos los contextos profesionales. A pesar de ello, mantenemos que la relación de ayuda debe guiarse en todos los casos, aún en los más complejos o vulnerables, por prácticas cooperativas, realizando anclajes en los puntos de conexión y ampliando la curiosidad genuina hacia pequeños puntos de acuerdo. (Madsen, 2007; O'Hanlon y Bertolino, 2001; Lipckic, 2005).

2.9 Mantener un ejercicio profesional discreto. Por último, se trata de cuestionar la superioridad implícita o explícita del profesional sobre la persona que solicita ayuda. Ubicarse en una postura profesional de «no saber» no significa renunciar de los conocimientos, sino colocar el papel del Trabajador/a Social en la generación de conversaciones y preguntas que ayuden a los clientes a conectar con sus propios conocimientos y fortalezas, y desde ahí, puedan visualizar y definir su propio proceso de cambio. Madsen (2007), advierte de la importancia de ser cauteloso a acerca de cuándo y cómo ofrecer nuestra sabiduría a los clientes. Los saberes de la persona/familia deben ser los primeros en destacarse, posteriormente los conocimientos construidos en los encuentros conjuntos y por último, si se valora oportuno, entraría en la conversación el conocimiento de las propias experiencias profesionales o personales.

3. Diagnóstico relacional colaborativo. El proceso de construir un co-diagnóstico

En el apartado anterior, hemos señalado las bases relacionales sobre las que nos hemos apoyado para construir conversaciones colaborativas. Ahora entraremos a describir cómo éstas configuran el proceso de diagnóstico colaborativo que proponemos. Éste, tiene sentido en un proceso de ayuda que desde los primeros encuentros, se construye desde la colaboración activa de la persona/familia. Para nosotros no se trata simplemente de hacer un diagnóstico sistematizando la información como un producto final. Hay un paso clave, se trata de generar un espacio cooperativo en cada encuentro que permita compartir los conocimientos co-contruidos y que ellos, como expertos que son, puedan ajustar y puntualizar la información sobre sus vidas.

El sistema de ayuda estará en condiciones de co-construir un diagnóstico relacional y colaborativo, si las conversaciones (entrevistas) de estudio han sido espacios de investigación conjunta, y estas han facilitado a los clientes acceder a su propio saber (Madsen, 2007); si han permitido acercarnos a definiciones compartidas sobre el problema y si han permitido descubrir juntos los valores, las fortalezas y las competencias existentes o potenciales de las personas.

Este momento de diagnóstico, se concreta cuando consensuamos con el cliente que el conocimiento sobre la situación es suficiente para identificar la influencia de las fortalezas y del problema en su vida. Si este conocimiento es compartido por el sistema de ayuda, servirá de plataforma sobre la cual co-construir el proyecto de intervención para el cambio.

Desde la formulación que presentamos, el proceso de construcción del co-diagnóstico comporta diferentes pasos:

1. *Ordenar y sistematizar el conocimiento y los micro saberes contruidos a lo largo de las conversaciones colaborativas, mantenidas en los encuentros de estudio (diagnóstico relacional colaborativo).*

2. Crear una «historia compartida» en base a esta ordenación. Debe ser una historia fruto de las conversaciones colaborativas y será compartida y ajustada con la persona/familia en un encuentro que denominamos de co-diagnóstico.

3. Encuentro de co-diagnóstico: compartir y ajustar «la historia compartida» con la persona/familia, construyendo así el co-diagnóstico, y finalmente, acordar los contextos de intervención profesional sobre los que se desarrollará la intervención para el cambio.

En este artículo, por motivos de extensión, nos centraremos en el paso 1 (*Ordenar y sistematizar el conocimiento y los micro saberes contruidos a lo largo de las conversaciones colaborativas, mantenidas en los encuentros de estudio*

–*diagnóstico relacional colaborativo*), que a su vez, se centra en unos ejes y unas áreas de estudio.

A continuación, pasamos a describir una guía para este primer paso

3.1 Guía para ordenar y sistematizar los conocimientos co-construidos en las conversaciones colaborativas mantenidas en los encuentros de estudio (diagnóstico relacional colaborativo)

A continuación presentamos los cuatro ejes, que de forma transversal, deberán interaccionar con las quince áreas de estudio que presentaremos en el próximo punto.

Eje I: *Obstáculos que frenan o impiden el cambio, carencias y necesidades, vulnerabilidad.*

¿Cuáles son los obstáculos que influyen manteniendo la situación de malestar y/o el problema?; ¿Cuáles impiden que la persona/familia pueda salir por sí misma de esta situación?

Eje II: *Capacidades, competencias, conocimientos, fortalezas y valores*

¿Si éstos son reforzados o potenciados pueden facilitar el cambio?

En ambos ejes, se trata de balancear los contenidos de las conversaciones construidas en cada una de las áreas de estudio y valorar si influyen manteniendo el problema (trabas que impiden avanzar o mejorar) o influyen en forma de fuerzas dinámicas constructivas (recursos personales activos o potenciales) que si son reforzadas pueden facilitar el cambio.

Eje III: *Tiempo de permanencia en la situación.*

La variable «Tiempo» influirá directamente en el pronóstico de mejora o cambio. Por ejemplo, una situación problema estable durante diez años, probablemente habrá influido en cronificar patrones de interacción, maneras de hacer que requerirán intervenciones más complejas y a más largo plazo que si nos encontramos ante una situación circunstancial, una crisis con poco recorrido en el tiempo. Se trata de valorar la influencia del tiempo en cada una de las áreas. ¿La situación problema se ha mantenido en un periodo largo de tiempo? (cronicidad); ¿En qué áreas ha podido mantenerse la estabilidad y la situación problema no se ha instaurado?(fortalezas); ¿Se trata de una situación estable (estructural) o una situación circunstancial (crítica) en la vida de esta persona/familia?.

También hay que considerar la interacción del Eje III (el tiempo) con los otros ejes: ¿cómo ha influido el tiempo de permanencia en los otros ejes?; *Eje I:* ¿qué se ha instalado en su vida, que influye como obstáculo para el cambio?;

Eje II: ¿qué fortalezas, competencias, habilidades se han podido mantener?;
Eje IV: ¿Cómo ha influido en su desarrollo evolutivo, la permanencia de un largo periodo de tiempo aislado?; ¿Qué retos no pudo, puede o podrá vivir?.

Eje IV: Ciclo vital familiar.

Cada etapa del ciclo vital familiar, necesita condiciones particulares para que el desarrollo evolutivo pueda ser más o menos fluido. Se trata de relacionar cada una de las áreas con las condiciones necesarias que debería disponer la familia para seguir su propio desarrollo evolutivo. ¿Existen condiciones para que los miembros de la familia puedan seguir gestionando los retos de sus etapas de desarrollo?

3.2 Áreas de estudio para guiar las conversaciones

Pasamos a proponer un conjunto de áreas de estudio (temas para las conversaciones). En cada una de ellas hemos introduciendo preguntas que podrían facilitar la sistematización de la información construida. Dichas preguntas, van dirigidas a despertar y potenciar el conocimiento y el saber de la persona/familia así como a generar una «investigación conjunta» sobre la influencia mutua entre la persona y el problema. Cada lector puede ampliar o reducir el tema de las conversaciones según el interés y/o la necesidad de la persona/familia.

Además, debido a la limitación de espacio, sólo en las cuatro primeras áreas de estudio hemos introducido, a modo de ejemplo, auto-preguntas que pueden ayudar a los profesionales a balancear los ejes con las áreas de estudio. Presentamos estas preguntas como *preguntas de balanceo*.

3.2.1. La alianza de trabajo generada en la relación de ayuda

Hacemos referencia al establecimiento de una alianza de ayuda con la persona/familia como hilo conductor de una relación colaborativa. Sin ella, todo este proceso no será posible.

La relación basada en la alianza de ayuda construye un vínculo entre profesional y cliente. Ambos son importantes uno para otro, aprenden uno de otro y este hecho en sí es lo que genera la confianza del cliente en una relación constructiva (Casement, 1989).

Una relación basada en la alianza terapéutica o de ayuda, conlleva hilvanar cuatro dimensiones colaborativas: a) enganche en el proceso de ayuda; b) conexión emocional con el trabajador social; c) seguridad dentro del sistema de ayuda, y d) sentido de compartir el propósito de la relación de ayuda en la familia (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009). Supone ofrecer un espacio seguro en donde la persona o familia pueda confiar, ofrecerse como

una figura próxima y disponible «estar para ellos», utilizar un tono emocional en los encuentros y construir un vínculo emocional con las personas. Implica establecer un propósito común sobre los temas que nos llevan a trabajar juntos y manifestar verdadera motivación para ello. Creer y ver que el cambio es posible en esta familia. Se traduce en visualizarnos acompañando a la familia desde la cooperación, como uno más y finalmente, solicitar a la persona/ familia un *feedback* sobre cómo nos perciben, sobre nuestra manera de trabajar con ellos. (Escudero y López, 2003).

La construcción del contexto de intervención para el cambio (Cardona y Campos, 2009; Cardona, 2012) y la construcción de una alianza de ayuda en la dimensión del enganche definida por Friedlander, Escudero y Heatherington (2009), comparten prácticas relacionales que definen el espacio terapéutico de intervención.

A través de estas prácticas, la persona/familia puede percibir que su colaboración en los objetivos y las metas es estimulada y valorada por el Trabajador/a Social. Percibir que sus opiniones sobre cómo va a transcurrir la intervención son tenidas en cuenta, que sus puntos fuertes son potenciados. Puede experimentar que su persona es valorada de forma distinta al problema y el problema como algo diferente a su persona. Experimentar que los pequeños cambios que se van logrando en el transcurso de la relación de ayuda son valorados y amplificados. Finalmente, la familia puede percibir que el clima que se genera en la relación de ayuda transmite esperanza e ilusión en que es posible algún tipo de cambio (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009). Podríamos preguntarnos:

¿Cómo hemos estimulando a los clientes para que se manifiesten sobre sus objetivos y sus metas?; ¿Cómo hemos explicado detalladamente la forma en se va a llevar a cabo la intervención?; ¿De qué manera hemos dejado espacio para que puedan opinar y finalmente ajustar la intervención a sus preferencias, fruto de su saber y de experiencias anteriores?; ¿Cómo hemos estimulando su participación en diseñar el proceso de ayuda?; En cada encuentro, ¿de qué manera hemos valorado y amplificado cada pequeño cambio que se haya producido?; ¿Cómo hemos generado pequeñas expectativas y validado su experiencia subjetiva?

Preguntas de balanceo:

Eje I. ¿Qué aspectos de la relación establecida impiden el cambio?; ¿Qué trabas en la alianza de trabajo están influyendo en el no cambio?

Eje II: ¿Cómo hemos solicitado un feedback al respecto de nuestra forma de conducir la relación de ayuda en cada encuentro? Ya que ellos son los protagonistas

del proceso, ¿hemos manifestado que su opinión es importante y necesaria para nosotros y para la relación de ayuda? Desde nuestro punto de vista, ¿se ha generado una alianza de ayuda en la relación? Desde el punto de vista de la persona/familia, ¿se ha generado confianza, respeto, alianza?; La confianza, el respeto, la alianza construida ¿juega como elemento favorecedor del cambio?

Eje III. ¿La relación basada en la alianza de trabajo, está ayudando a mantener estabilidad en la familia?

Eje IV: ¿La relación de ayuda ha contribuido a una mejor gestión a la hora de pasar a otra etapa vital?

3.2.2 Valores y propósitos que conforman la vida de la persona/familia

Se trata de conversar sobre aquello a lo la persona/familia da más importancia, qué aprecian más, qué les merece su respeto, qué atesoran y no desean perder porque es apreciado y valorado. Qué propósitos tienen para su vida, qué razones o intenciones los llevan a querer cambiar.

En el caso de que el problema esté centrado en una persona o en una relación: ¿Qué cualidades positivas la representan mejor, qué don posee, qué es lo destacable en ella?; ¿En qué situaciones aparecen más estas cualidades especiales?; ¿Cuándo lo descubrió por primera vez y qué significó este descubrimiento?; ¿De quién pudo aprender estas virtudes?; ¿Son dones y cualidades familiares?; ¿Qué otras personas comparten que la persona posee estos dones y cualidades especiales?.

Preguntas de balanceo:

Eje I. ¿qué valores detectados impiden el cambio?; ¿Cuáles están influyendo en el no cambio?

Eje II. ¿Cuáles están activos y presentes?; ¿Cuáles, si son potenciados podrían facilitar el cambio?

Eje III. ¿Algún valor o propósito está influyendo en que la situación se estabilice en el tiempo?; ¿Qué propósitos y valores han ayudado a mantener estabilidad en la familia?

Eje IV. ¿Los valores y propósitos de la familia, obstaculizan o permiten que la familia pueda transitar de una etapa a otra del ciclo vital?

3.2.3 Estructura y dinámica familiar

Es resultado de las conversaciones mantenidas sobre su mapa de relaciones (genograma), que identifican problemas o situaciones de malestar. Éstas también motivan a la familia a conversar sobre sus propios recursos y sus puntos fuertes, subrayando las interacciones que han reflejado fuerza y competencia

entre ellos, o bien aquellos momentos en que la familia ha manifestado que lo pasan bien cuando comparten momentos juntos, o simplemente compartiendo satisfacción ante lo que la familia manifiesta hacer bien.

Es recomendable explorar: a) valores, rituales y costumbres que ha mantenido la persona/familia a pesar de la situación problema; b) reglas, mitos familiares y sistema de creencias; c) lealtades familiares y delegaciones, jerarquía familiar; d) límites entre los miembros y hacia el exterior; e) alianzas, coaliciones y triángulos entre los subsistemas, así como patrones de comunicación entre los miembros y tipos de cohesión familiar.

Preguntas de balanceo:

Eje I. ¿Qué límites y reglas entre subsistemas impiden el cambio?; ¿Cuáles están influyendo para no cambiar?

Eje II. ¿Qué alianzas están presentes?; ¿Qué posibles alianzas, si son potenciadas pueden facilitar el cambio?

Eje III. ¿Cuánto tiempo hace que la comunicación se mantiene bloqueada/cordial?; ¿Cómo está influyendo en que la situación se estabilice o cronifique en el tiempo?; ¿Qué rituales y costumbres han ayudado a mantener estabilidad en la familia a lo largo del tiempo, a pesar de la situación problema?

Eje IV. ¿El nivel de cohesión en la familia, facilita que los adolescentes puedan intercambiar experiencias con otros jóvenes?

3.2.4 Excepciones o logros aislados

De Shazer (1990), define las excepciones como aquellas veces en que el problema no ha estado presente: ¿En qué situaciones la persona/familia ha logrado esquivar el problema?; ¿Qué hicieron?; ¿En qué circunstancias ha podido combatirlo, hacerle frente y lograr que su influencia fuera menor? ¿Qué ha representado este logro, aunque temporal, para la persona/familia?; ¿Qué personas de su entorno se dieron cuenta de que, en esta ocasión, el problema había sido desbancado? y ¿Qué vieron en ellos de diferente para saber que algo había cambiado?; ¿Qué han significado estos logros aislados en su vida, algo positivo, negativo, un poco de ambos?

Según la persona/familia, ¿Qué cosas deberían ocurrir para que la influencia del problema en sus vidas fuera menor, para que estos logros aislados pasen a ser permanentes en su vida?.

Preguntas de balanceo:

Eje I: No procede

Eje II. ¿Qué logró hacer la familia para esquivar, en esta ocasión, el malestar?; ¿Qué cosas, si son potenciadas pueden influir aumentando las ocasiones donde el problema no esté?

Eje III. ¿Cuál fue la última vez en que la familia vivió un logro?; ¿Qué circunstancias o cosas son permanentes en su vida?; ¿Qué cosas logran mantener estabilidad familiar?

Eje IV. ¿Este logro aislado, facilitó alguna experiencia de apertura en el desarrollo evolutivo de la persona o de algún miembro de la familia?

3.2.5. Necesidades emocionales

Tenemos en consideración a Glasser (1975), que ampliando la Teoría de las Necesidades de Maslow (1954), plantea que, entre otras, las necesidades psicoemocionales de los seres humanos pueden sintetizarse en dos. Su insatisfacción generará, según Glasser, profundo malestar y una significativa precariedad personal y relacional. En primer lugar, el autor señala la necesidad de amar y de ser amado, es decir, la necesidad de vincularse, de ser confirmado como sujeto, la necesidad de pertenencia e inclusión, la necesidad de sentirse significativo para otros. En segundo lugar, la necesidad de dar sentido a nuestras vidas, es decir, darles un significado trascendente en lo concreto, de experimentar subjetiva y relacionamente que nuestra vida tiene un sentido. En esta amplia línea, las conversaciones pueden desarrollarse en los siguientes territorios:

¿Qué papel juega el contexto socio-cultural en el mantenimiento del problema o en los recursos que faciliten el cambio?; ¿Qué mapa de relaciones ha contribuido a la construcción de su identidad actual?; ¿Cuál ha sido su historia de relaciones de apego y desapego, de dependencia o autonomía?; ¿Qué metas y propósitos tiene para su vida?, ¿Qué cree merecer?, ¿Cuál es la visión de sí mismo?; En la actualidad, ¿cuál es su capacidad para generar vínculos afectivos en los que apoyarse?; ¿Qué personas, propósitos, sueños, acontecimientos, hechos o circunstancias han facilitado que la persona haya podido seguir funcionando a pesar de su sufrimiento o de su malestar?; ¿Qué ayudas o influencias ha tenido para construir una visión de sí misma constructiva (autoestima)?; ¿Reconoce y/o pone en valor los logros que ha alcanzado? (auto-concepto)

3.2.6 Reorganización personal/familiar ante las crisis

Conversaciones mantenidas sobre cómo se ha reorganizado la persona/familia ante una pérdida, una crisis propia de la vida cotidiana o bien un acontecimiento crítico o traumático (Rubin y Bloch, 2001; Wlash, 2005):

¿A qué eventos críticos se enfrenta la persona/familia que son los propios de la etapa vital que atraviesa?; ¿Cómo los gestionan, cómo se enfrentan a ellos?; ¿Cuál es su estilo habitual de resolución de conflictos o de afrontamiento de las crisis (asertivo, agresivo, introvertido o un poco de cada uno)?; ¿Qué le impide sobrellevar la situación por sí misma?; Según la persona, ¿qué recursos internos y externos le ayudarían a gestionar mejor la situación?; ¿Cuáles son las necesidades propias del ciclo vital familiar que atraviesan y en qué medida están cubiertas?; ¿La situación problema que vive la familia, permite a sus miembros continuar evolucionando en su vida o por el contrario deben aplazar su desarrollo por la influencia del problema?

La persona/familia, ¿tiene disposición para pedir ayuda exterior?; ¿Puede introducir flexibilidad ante posibles necesidades que debe afrontar?; ¿Puede introducir temporalmente cambios en su vida para hacer frente a la situación?; ¿Cuál es su fuerza ante la situación crítica que atraviesa?; ¿Qué les sostiene?; ¿Cómo logran mantener una relación con la esperanza, en que las cosas mejoraran? y ¿Cuál es su vulnerabilidad?

3.2.7 Relaciones interpersonales, presencia o ausencia de experiencias de resiliencia y contribución de figuras significativas a su vida

Es el resultado de las conversaciones mantenidas a cerca de su mapa de relaciones (eco mapa) con figuras que han sido significativas en su vida. Hemos tenido especial cuidado en no construir preguntas en una sola dimensión. Buscamos introducir preguntas que permitan pasar de un relato unidireccional a uno bidireccional, en el sentido de que la persona, no fue una receptora pasiva de la ayuda de estas figuras significativas, sino que ella también contribuyó en sus vidas (White, 2016). Algo vieron en la persona estas figuras significativas, que la ayudaron y en este ayudar, enriquecieron también sus vidas.

Otro aspecto a tener en cuenta, es ampliar el concepto de persona significativa. Generalmente nos referimos a personas reales y vivas que forman parte de nuestra vida. También forman parte de nuestras vidas e influyen en ella, personas que ya no están pero continúan ejerciendo una influencia en nosotros, así como personajes o héroes de ficción que han inspirado valores o nos han inspirado en nuestra vida (White, 2016).

¿Qué tipo de relaciones mantiene con su red de amigos, compañeros de trabajo y vecinos?; ¿Cuál es la cantidad, la calidad y la frecuencia de dichas relaciones?; ¿Cuál es la naturaleza de las relaciones que mantiene (independiente, pasiva, sumisa, dependiente...un poco de cada una de ellas)?; ¿Qué personas son significativas en la vida de la persona/familia y que además, puedan contar con ellas en este momento crítico?; ¿Qué relaciones y apoyos

sociales cree la persona que es necesario mantener, potenciar o reactivar en su vida?; ¿Hubo en su vida figuras significativas que contribuyeron en sus valores, aspiraciones, sueños?; ¿Qué valores le ayudaron?; ¿Cómo contribuyeron a la vida y a la formación de su identidad?; ¿Qué vieron y reconocieron estas figuras, que para su familia no era valorado ni visible?; ¿En qué aspectos contribuyó la persona a la vida de las personas significativas?; ¿Existe conciencia en la persona sobre lo que pudo significar para ellas ayudarla?; ¿Qué había en ella, como persona, que contribuyó a que estas figuras se fijaran en ella y la ayudaran?; ¿Existe la conciencia que no fue una receptora pasiva de la ayuda de estas figuras significativas, sino que ella también contribuyó en sus vidas?; En la actualidad, ¿algunos de sus valores siguen presentes y son testimonio de la experiencia compartida con estas personas?; ¿Qué valores y saberes atesorados al compartir experiencias con estas personas, quiere que sigan presentes en el futuro de su vida?.

3.2.8 Atribución, significado, vivencia

¿A qué atribuye la persona la situación problema que está atravesando? Se trata de construir conversaciones sobre el lugar que ocupa la atribución en su vida (locus de control interno y externo), o si por el contrario, atribuye que el problema es debido a aspectos referidos de su persona, a causas externas o un poco de ambas (Bandura, 1999):

¿Qué peso tiene dicha atribución en el proceso de cambio?; ¿Cómo trabaja o cómo superación?; ¿Qué significados y consecuencias tiene el problema para la persona, para su familia, para su red, para la sociedad en la que vive actualmente?; ¿Qué significados y consecuencias tiene el problema en su cultura, en su comunidad de origen?; ¿Cómo vive esta situación?; ¿Cómo un bache temporal, como un fracaso personal?; ¿Qué intentos de solución le han funcionado?; ¿Qué intentos no llegaron a buen puerto?; ¿Cuál es su actitud general ante la vida y ante esta situación en concreto?

3.2.9 Influencia del entorno comunitario y de la red personal

Las conversaciones en esta área están referidas al conocimiento sobre la influencia del barrio, el entorno comunitario y las relaciones en la situación problema. También explora cómo la participación de la persona en la comunidad, su vida asociativa o por el contrario, su aislamiento, están ligados al desarrollo o mantenimiento de la situación:

¿Dispone de espacios de encuentro, asociaciones, equipamientos?; ¿Cómo influye el estilo de vida del barrio en sus valores, en su identidad?; ¿Cómo se

concreta su participación en la vida comunitaria?; ¿Su participación es valorada por la comunidad?; ¿Qué valor representa esta participación para la persona?; ¿Qué le aporta?; ¿Cuáles son sus intereses?; ¿Cómo o en qué cosas ocupa su tiempo libre?; ¿Le gusta o le genera satisfacción?

Percepción social/aceptación social de la situación problema que está atravesando la persona/familia: drogas, alcohol, prostitución, malos tratos, pobreza, enfermedad mental, enfermedades raras, discapacidad, retraso escolar, marginación, delincuencia...

¿Cómo influye en la situación problema el aislamiento?; ¿Cuál es el grado de aislamiento?; ¿Cómo se relaciona con el aislamiento (bien, mal o un poco de cada)?; ¿Cuánto tiempo hace que el aislamiento se asentó en su vida?; ¿Qué lo motivo?; ¿Alguien sabe de su aislamiento?

3.2.10 Influencia de la red profesional en el mantenimiento y/o el cambio de la situación

Hace referencia a las conversaciones sobre las relaciones establecidas con los diferentes profesionales (eco-mapa) en el momento actual o aquellas que en algún momento del pasado les ayudaron, al tipo de vínculo establecido y la influencia que supuso en sus mejoras o en el mantenimiento de la situación problema:

¿Qué mensajes emitidos por los profesionales, recuerda la persona/familia que han contribuido a su identidad?; ¿Qué tipo de relación mantiene con los profesionales y los servicios (Sistemas Más Amplios que la Familia-SMAF)) con los que actualmente están conectados?; ¿Cómo influye la ecología profesional en el mantenimiento del problema o por el contrario, en el desarrollo de sus competencias para el cambio?; ¿Cómo influye en la vida de la persona/familia, la intervención y la relación que mantienen entre ellos, los diferentes profesionales que están presentes en su vida?.

3.2.11 Economía familiar

Conocimiento sobre la organización del presupuesto familiar, el uso y el valor que se le otorga al dinero.

¿Los ingresos familiares permiten cubrir las necesidades básicas para su supervivencia y desarrollo?; Dichos ingresos, ¿permiten una seguridad familiar?; ¿Cómo se organiza el presupuesto familiar?; ¿Existe una dependencia de los servicios para subsistir?; ¿Qué significado tiene el dinero en la unidad familiar?; ¿Quién gestiona el dinero en la casa?

3.2.12 La vivienda como espacio relacional

Hace referencia a las conversaciones mantenidas sobre la vivienda familiar y también a las impresiones compartidas con la persona/familia a raíz de una visita a domicilio, ligando la vivienda como su espacio relacional, así como la vivienda como derecho social.

Se busca conversar a cerca de la vivienda: ¿Es un espacio que facilita o entorpece la intimidad (hacinamiento)?; ¿Cuál es el régimen de tenencia de la vivienda?; ¿El espacio tiene condiciones de habitabilidad (precariedad, chabolismo)?; ¿dicha vivienda está adaptada a las condiciones físicas de las personas?; ¿Su ubicación permite el contacto fluido con el barrio/la comunidad? También es importante conocer las políticas sociales del municipio sobre las viviendas y las posibilidades o impedimentos para el acceso a disponer de ella.

3.2.13 Trabajo, ocupación, capacitación laboral y competencias

Referido no sólo a los datos sociológicos sobre si tiene o no trabajo y la duración del mismo, sino también al trabajo como fuente de reconocimiento o frustración. Las conversaciones versarían sobre el conocimiento sobre la situación laboral de los miembros de la familia, su relación con el mercado laboral, la cualificación profesional, la formación, el nivel de instrucción, las capacidades y habilidades para el desarrollo de determinados trabajos, si existe alguna discapacidad y/o impedimento y cómo lo gestionan.

En un nivel más relacional, conocer ¿Qué significa para la persona el trabajo que está realizando?; ¿Un medio únicamente de subsistencia?; ¿Es un espacio en donde puede desarrollar sus destrezas y habilidades?; ¿Encuentra reconocimiento y apoyo, o por el contrario, es un espacio de discriminación y aislamiento?

3.2.14 Grado de motivación para el cambio y expectativas de éxito para superar/ gestionar la situación

Referido a las conversaciones que buscan compartir la expectativa de éxito en relación al proceso de cambio (Bandura, 1999).

¿Qué expectativas de éxito tiene en que su situación pueda mejorar?; ¿Qué nivel de confianza tiene en poder salir de la situación que atraviesa?; ¿Qué experiencias de éxito y fracaso lleva a sus espaldas?; ¿Cree que puede hacer algo para que la situación cambie o mejore?; ¿Es consciente del esfuerzo y motivación mantenida que necesitará para cambiar o mejorar su situación?; ¿Cuál es su nivel de esperanza en sí mismo, en su entorno relacional y en la relación de ayuda?

3.2.15 Relación que mantiene la persona/familia con la salud y la enfermedad

Por un lado, se refiere a las conversaciones construidas sobre la relación de la persona con la salud. Identificando las pautas, por pequeñas que sean, que conforman su estilo de vida saludable.

Por otro lado, están las conversaciones construidas sobre la historia relacional de la enfermedad, no solo como algo que afecta a lo individual y subjetivo, sino cómo ésta, impacta en sus relaciones cercanas y sociales, en la familia, los amigos y la sociedad:

¿Cómo la persona /familia vive la enfermedad en su vida cotidiana?; ¿Cómo llegó la enfermedad a su vida?; ¿Qué interrumpió o no dejó iniciar?; ¿Cómo se relaciona la persona con lo que le pasa a su cuerpo?; ¿Cómo lo vive?; ¿Cómo influye el tratamiento en su vida?; ¿Cómo influye la vivencia de la enfermedad en su energía vital, en sus relaciones, en su estilo de vida, en sus aspiraciones, metas, sueños?; ¿Qué impacto tiene la enfermedad en la familia, en los amigos, en el trabajo?; ¿Cuál es su grado de dependencia psíquica y física?; ¿Cómo lo vive?; ¿Es una situación circunstancial, crónica, terminal?; ¿Qué lugar ocupan la vergüenza y la envidia?; ¿Son vividos como elementos que facilitan o que bloquean la interacción social con las personas «sanas»?; ¿Puede compartir estas emociones con su familia, amigos, profesionales de la salud?; ¿Necesita cuidadores externos?; ¿Cómo vive la dependencia?; ¿Qué expectativas y deseos le acompañan en su vida en estos momentos?; ¿Con que equipos de personal sanitario cuenta?; ¿Cuál es el estigma social de la enfermedad que padece?.

4. Conclusiones

La relación de ayuda colaborativa se construye en un proceso de conversaciones en el cual no hay imposiciones de planes de trabajo y no caben etiquetajes ni categorizaciones de problemas. Las conversaciones que contemplamos significan la creación de un marco de descubrimiento mutuo. Los Trabajadores/as Sociales son co-participes en la creación de procesos generadores de nuevos significados y de verdades alternativas donde la identidad de las personas es descubierta y visualizada desde sus propios saberes.

A diferencia del diagnóstico clásico, el diagnóstico relacional y colaborativo es tejido y co-construido con el otro. Profesionalmente implica generar conscientemente un espacio de apertura, dar cabida a la voz y los significados del otro. Implica no sólo un cambio de lenguaje y manera de pensar, también implica un cambio en las formas de hacer en la **práctica cotidiana**. En definitiva se trata, desde nuestro punto de vista, de recuperar la esencia de la práctica

refinada con personas y familias, al tiempo que nos ubicamos en los desarrollos de las vanguardias de un trabajo social relacional y cooperativo.

5. Bibliografía

- ANDERSEN, T. (1994). *El Equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- ANDERSON, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books. (Edición en castellano: Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu).
- ANDERSON, H. y GOOLISHIAN, H. (1996). El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, S. y Gergen, K. (Ed.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- ARIAS ASTRAY, A. y CURY, S. P. (2016). Hacia una definición actual del concepto de Diagnóstico Social. Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 9-24.
- ARNKILL, T.E. Y SEIKKULA, J. (2016). *Diálogos terapéuticos en la Red Social*. Barcelona: Herder.
- BANDURA, A. (1999). *Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BERTOLINO, B. y O'HANLON, B (2001). *Desarrollar Posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- BOLAÑOS, I. (2008). *Hijos alineados y padres alienados*. Madrid: Reus.
- CARDONA J. (2012). *La definición del contexto de intervención en el Trabajo Social de Casos*. Tesis Doctoral. Universidad de las Islas Baleares.
- CARDONA, J. y CAMPOS, J.F (2009). Cómo determinar una contexto de intervención: Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el trabajador/a social y el cliente en la fase de estudio y evaluación de la situación problema. *Portularia*, Vol. IX, No 2, 2009, pp. 17-35.
- CASEMENT, P.(1989). *Apprendere dal paziente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- DE SHAZER, S. (1982). *Patterns of Brief Family Therapy: An Ecosystemic Approach*. New York: The Guilford Press.
- DE SHAZER, S. (1985). *Keys to Solution in Brief Therapy*. New York: W W Norton & Company. (Edición en castellano: de Shazer, S. (1990). *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós).
- DE SHAZER, S. (2009). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- DERRIDA, J. (1971). *De la gramatología*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- DERRIDA, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Barcelona: Anthropos.
- DÍAZ HERRÁIZ, 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/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.39550

- ESCUDERO, V. y LÓPEZ, S. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: Ed. CCS.
- FEYERABEND, P. (2003). *Tratado contra el método*. Madrid: Técnos.
- FOUCAULT, M. (2005). *Vigilar y castigar*. Madrid: S. XXI.
- FREEMAN, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa
- FREEMAN, S. (Comp). (2005). *Terapia familiar con equipo de reflexión*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FRIEDLANDER, M., ESCUDERO, V. y HEATHERINGTON, L. (2009). *La alianza terapéutica*. Barcelona: Paidós.
- GLASSER, W. (1975). *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: Colophon Books.
- GOOLISHIAN, H. Y ANDERSON, H. (1990). Understanding the therapeutic process: From individuals and families to systems in language. En F. Kaslow (Ed.). *Voices in Family Psychology*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- HABERMAS, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- LIPCHIK, E. (2005). *Terapia centrada en soluciones. Más allá de la técnica: el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- MADIGAN, S. (2011). *Narrative therapy*. N.Y: American Psychological Association.
- MADSEN, W. C. (2007). *Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families*. New York: The Guilford Press.
- MASLOW, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1954.tb01136.x>
- MATURANA, H. y VARELA, F. (2004). *De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: La organización de lo vivo* (6.ª Ed.). Buenos Aires: Lumen Humánitas.
- MORIN, E. (1981). *El método*. Madrid: Cátedra.
- MORIN, E. (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. Madrid: Gedisa.
- MORGAN, A. (2004). What is narrative Therapy? An essay-to-read introduction. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- SELEKMAN, M. (1993). *Pathways to change*. New York: Guilford Press. (Edición en castellano: Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa).
- PIAGET, J. (1978). *Introducción a la epistemología genética*. Buenos Aires: Paidós.
- PIAGET, J. (1971). *Estructuralism*. NY: Routedge and Kegan Paul.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A. (2013). La intervenció sociofamiliar com a pràctica reflexiva. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, n.º 198, 9-18.
- RUBIN, B. y BLOCH, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- WALSH, F. (2005). *Resiliencia familiar: estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

- WHITE, M. y EPSTON, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: WW Norton & Company. (Edición en castellano: White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona. Paidós).
- WHITE, M. (1995). *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications. (Edición en castellano: White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa).
- WHITE, M. (2007). *Maps of narrative practice*. NY: W.W. Norton. (Edición en castellano: White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Santiago de Chile: Pranas Chile Ediciones).