

Estudio del diagnóstico social en residencias para personas mayores asistidas en la Comunidad de Madrid: diseño de un instrumento de valoración y diagnóstico social¹

Silvia Patricia CURY

Máster en Trabajo Social

Becaria Predoctoral. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales
Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Complutense de Madrid
spcury@trs.ucm.es

Recibido: 11 abril 2009

Aceptado: 25 mayo 2009

RESUMEN

El presente artículo es el resultado de la investigación, realizada por la autora, en el marco del Postgrado en Trabajo Social Comunitario, Gestión y Evaluación de Servicios Sociales, de la Escuela Universitaria de Trabajo Social, de la Universidad Complutense de Madrid, a lo largo del curso académico 2008-2009, que fue presentada como Memoria Final de Investigación, el día 7 de julio de 2009, bajo la dirección del Profesor Andrés Arias Astray. Esta Memoria se fundamenta en la importancia del diagnóstico como elemento decisivo de toda intervención social, y su finalidad consiste en realizar una aportación metodológica en este ámbito.

En concreto, se realizó el estudio de la situación del diagnóstico social, en el ámbito de la atención a las personas mayores en Residencias asistidas de la Comunidad de Madrid y, en función de sus resultados, se elaboró el diseño de un Instrumento de Diagnóstico Social, para su aplicación en dicho ámbito. La elección del mismo responde a varios factores, que determinan su importancia y pertinencia, en el momento actual en las Residencias para personas mayores asistidas. Ente ellos, destaca la implantación de los Protocolos Asistenciales para Residencias de Mayores en la Comunidad de Madrid, y las necesidades de las trabajadoras sociales de integrarse en este proceso de protocolización, la actual situación demográfica en España y las previsiones al respecto, con un número creciente de personas mayores, los cambios sociológicos acaecidos en la institución familiar, y por lo tanto el desafío asistencial que estos factores suponen para la atención a las personas mayores en Centros Residenciales.

Palabras clave: diagnóstico social, residencias, personas mayores, Comunidad de Madrid, trabajo social.

¹ El contenido de este artículo se basa, en gran medida, en la comunicación enviada al comité científico del X Congreso nacional de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud a celebrar en Oviedo entre el 26 y 28 de noviembre de 2009.

Nota: Se ha tomado la decisión de emplear el genérico femenino, al nombrar a las profesionales que han participado en esta Memoria Final de Investigación, por resultar más cómodo para la escritura y la lectura del documento, y dada la ausencia de trabajadores sociales varones, entre los participantes en el trabajo de campo de esta investigación.

Study of the social diagnosis in elders' residences in Madrid: design of a valuation and social diagnosis instrument

ABSTRACT

The current article is the result of the research, developed by the authoress, within the framework of the Master in Communitary Social Work, Management and Assessment of Social Services, in the School of Social Work at the Complutense University de Madrid, along the academic year 2008-2009, and presented as the Final Report of Research, under the direction of the Professor Andrés Arias Astray. This report is based on the relevance of diagnosis, as a critical element of any social intervention, and its purpose is to make a methodological contribution in this field. Specifically, the survey was carried out about the status of the social diagnosis in nursing home of Madrid, and according to its results, a Social Diagnosis' Tool was developed, for its application in this intervention's field. The intervention's field's choice responds to several factors, that determine its relevance and appropriateness, at the present time, in assisted long term care. Among which one that stands out the implementation of the Protocols for Residential Care for the Elderly in Madrid, and the needs of social workers in this process of integration protocols, the current demographic situation in Spain and forecasts in this regard, a number growing older, the sociological changes occurring in the family institution, and therefore the challenge of care that these factors pose to care for the elderly in residential care.

Key words: social diagnosis, elders' residences, elders, social work, Comunidad de Madrid.

SUMARIO: 1. Fundamentación. 1.1. Objetivos de la investigación. 1.2. Hipótesis. 2. Marco teórico. 2.1. Valoración y diagnóstico social. Delimitación conceptual. 3. Método y técnicas. 4. Análisis de resultados. 4.1. Instrumento de diagnóstico social. Residencias de mayores. Comunidad de Madrid. 5. Consideraciones finales. 6. Postdata. 7. Bibliografía.

1. FUNDAMENTACIÓN

El interés por el diagnóstico social y su importancia en el proceso metodológico en Trabajo Social, ya planteado desde los inicios de la disciplina, continúa siendo tema de debate y preocupación profesional en la literatura especializada, y en el seno de la profesión. Existe un pleno consenso acerca de su importancia, en el proceso metodológico, y, por tanto, de su papel decisivo y determinante en la planificación y ejecución de una adecuada intervención social. Pero, precisamente por ello, su delimitación conceptual, los requisitos del mismo, su grado o no de formalización y su utilización, en ocasiones, parcial, incompleta o burocratizada, son temas de honda preocupación en Trabajo Social.

Este interés y esta preocupación profesional han fundamentado, en los últimos años, el desarrollo e implantación de diversos sistemas de clasificación y diagnóstico y de sistemas de información, tanto en España, como a nivel internacional.

La necesidad de formalizar y sistematizar el conocimiento en Trabajo Social, y en especial el conocimiento acerca del diagnóstico, ha sido el principal fundamento de todos estos desarrollos. Mas allá de las diferencias, entre los diferentes tipos de instrumentos, que se han analizado en la presente investigación, existen objetivos y características comunes a todos ellos.

El objetivo de reunir y unificar el conocimiento y la experiencia acerca del diagnóstico social, de contar con una terminología común y con criterios comunes de diagnóstico y de sistematizar el mejor conocimiento alcanzado sobre el diagnóstico social, en cada momento, ha sido, sin duda, el objetivo general de todos los sistemas analizados.

Asimismo, todos ellos comparten la premisa de que este conocimiento existe en Trabajo Social, y de que se ha ido acumulando, a través de décadas de ejercicio profesional, así como el convencimiento de que existe la necesidad de sistematizarlo, dada la trascendencia de ofrecer a los ciudadanos, a la disciplina y a la sociedad el resultado del trabajo realizado en la práctica a lo largo de los años.

Todos los desarrollos analizados en este artículo comparten, por otra parte, la característica de haber sido realizados en base al consenso profesional. Los grupos de trabajo, compuestos por trabajadoras sociales en la práctica, han contado con la colaboración y/o coordinación de docentes universitarios, investigadores especializados en este tema, y/o con la coordinación institucional en cada caso, lo que favorece la necesaria comunicación entre la teoría y el ejercicio práctico en Trabajo Social.

Del mismo modo, todos ellos han sido planteados como trabajos en desarrollo y en constante proceso de evolución y mejora que, por su propia naturaleza, no pueden ni deben ser considerados, en ningún momento, sistemas acabados, por cuanto su aplicación en la práctica irá aportando, sucesivamente, las correcciones o ampliaciones que, a través de la misma, se vayan considerando necesarias y oportunas.

El desarrollo e implantación de diversos sistemas de información, así como el diseño de Manuales de Diagnóstico Social, revela el interés y la necesidad de contar con sistemas que permitan formalizar el conocimiento alcanzado sobre el diagnóstico en Trabajo Social, y constituyen referencia fundamental de la investigación realizada. Por tanto, el análisis de los mismos, ha constituido una importante referencia para la elaboración del trabajo que aquí presentamos.

La principal referencia internacional en este ámbito es el desarrollo del sistema de clasificación «*Person-In-Environment System. The PIE Clasification for Social Functioning Problems*» (en adelante PIE). El PIE fue desarrollado en Estados Unidos, por James Karls y Karin Wandrei, por encargo de la National Association of Social Workers (NASW), en 1981 y publicado por primera vez en 1994, por NASW Press. La octava edición de la obra, publicada en 2008, junto con el Manual de uso (NASW 2008), ha sido la obra de referencia de este análisis.

En España, se han analizado del Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales, Siuss, desarrollado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en su versión V3, en 2006; el «*Manual de Indicadores de Diagnóstico Social*», elaborado por Martín Muñoz, Miranda y Suárez, en 1996, y editado por los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social de la Comunidad Vasca y la «*Herramienta Informática para el Trabajo Social. Diagnóstico e Intervención So-*

cial» desarrollada por la Dirección de Inserción Social del Gobierno Vasco, en el año 2007.

En España, si bien todos los sistemas de diagnóstico comparten el proyecto de elaborar, en el futuro, la definición conceptual de los términos empleados en los diferentes diseños (M^a Rosario Ovejas Lara, comunicación personal 18/02/2009), hasta el momento, sólo se ha alcanzado la delimitación de los mismos, a través del diseño de los correspondientes indicadores.

Respecto de la consideración de los aspectos positivos, las potencialidades y fortalezas de las situaciones contempladas en los diferentes diseños, existe un grado dispar de desarrollo, aunque, en todos los casos, se encuentra en evolución, y su inclusión constituye parte de la planificación actual de las futuras mejoras y ampliaciones de los mismos. En el caso de Siuss, se han contemplado, por el momento, únicamente en el Módulo de Maltrato Infantil y se encuentra, en este momento, en estudio en un futuro Módulo de Intervención Familiar (Presa Saiz, comunicación personal. 13/02/2009). La aplicación informática «*Diagnóstico e intervención Social*» (2007) permite al profesional recoger los aspectos positivos y fortalezas en un espacio dedicado al diagnóstico, junto con las consideraciones que vea oportunas, y el pronóstico de la situación, aunque no se encuentran recogidas en las dimensiones e indicadores diseñados, como ocurre también en el caso del «*Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social*» (1989). Los diseños analizados en España, por otra parte, han sido desarrollados para su uso en los Servicios Sociales de Zona, por el momento.

El sistema de clasificación de los problemas de funcionamiento social, PIE, cuenta con más de dos décadas de evolución y, por tanto, su desarrollo es más amplio. La clasificación se ha estructurado en torno a cuatro ejes: 1. Problemas de Funcionamiento Social, 2. Problemas Medio Ambientales, 3. Problemas de Salud Mental y 4. Problemas de Salud Física. Se ha planteado, a su vez, como un sistema universal de clasificación, si bien solamente contempla su empleo en el caso de los adultos, y no es adecuado para su utilización en el caso de la atención a menores. Asimismo, consideramos que su aplicación, en los casos de atención especializada, requiere la adecuación a cada ámbito concreto y el desarrollo de factores específicos, como ocurre, por ejemplo, en el caso de las Residencias para personas mayores de la Comunidad de Madrid.

Sin embargo, el PIE ha definido los conceptos fundamentales de su aplicación, y ha contemplado en el diseño de la misma la recogida de información, tanto de las posibles dificultades, como de las fortalezas, en cada caso. Por otra parte, su aplicación internacional permite su enriquecimiento y evolución continua, y creemos necesario un estudio más exhaustivo del sistema PIE en España, que consideramos contemplar en la futura fase doctoral de esta investigación.

El ámbito de esta investigación, la atención social a las personas mayores asistidas, residentes en Centros de Larga Estancia de la Comunidad de Madrid, ha sido escogido por diversos factores que, de una parte, determinan la necesidad, pertinencia e importancia del mismo y, de otra, favorecen y propician su ejecución.

Entre ellos destaca el hecho de que, a partir del año 2007, en todas las Residencias para personas mayores de la Comunidad de Madrid se ha implantado la utilización de los Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores, dentro del marco del Plan de Mejora Asistencial, elaborado por el Servicio Regional de Bienestar Social, de la Comunidad de Madrid.

Los Protocolos diseñados en la Comunidad de Madrid son un instrumento informático de valoración multidimensional de residentes, y su finalidad es mejorar la planificación de cuidados. Uno de los objetivos fundamentales del Plan de Mejora consiste, precisamente, en superar las dificultades que han generado históricamente la falta de una sistemática común de valoración que permita tener el mismo tipo de información de todos los residentes y para todos los profesionales de la organización, a lo largo del tiempo, así como las dificultades de no usar un lenguaje y una metodología común.

Sin embargo, a pesar de que se plantea una ampliación futura de las dimensiones a evaluar, y de los indicadores de las mismas, la actual versión de los Protocolos, incluye fundamentalmente parámetros psicofísicos de valoración, y solamente algunos indicadores de la participación social de las personas residentes. Estos indicadores, al contemplar únicamente la dimensión de la participación social, arrojan a menudo resultados sesgados de la situación social del residente y resultan, por tanto, insuficientes e incompletos, como sistema de valoración de la situación social.

Dichos Protocolos incluyen la aplicación informática de la Historia Integral del Residente, de cumplimiento obligatorio por parte de todos los profesionales del Área Técnico Asistencial de las Residencias. La Historia Integral dispone de un espacio específico para el diagnóstico social. Este espacio, tanto para el diagnóstico social, como para el diagnóstico de los demás profesionales asistenciales, aporta la información compartida por todos ellos, y es de acceso libre a todo el personal del Área Técnico Asistencial, en las Residencias de la Comunidad de Madrid.

Este apartado es un espacio donde las trabajadoras sociales han de formular el diagnóstico, en cada caso, en función del estudio y la valoración realizada, y ha sido la principal fuente de recogida de los diagnósticos sociales, de esta Investigación.

Destaca entre los resultados a este respecto, la necesidad expresada por todas las trabajadoras sociales entrevistadas, de contar con algún grado de sistematización del diagnóstico social, puesto que son las únicas profesionales en las Residencias que han de cumplimentar el apartado del diagnóstico, sin tener a su disposición ningún tipo de manual o instrumento de referencia.

Asimismo constituye un factor decisivo la evolución demográfica del país y, en consecuencia, el número creciente de personas mayores dependientes, así como el reto de procurarles una atención de calidad, que no se limite a la mera supervivencia y que, por tanto, contemple el bienestar social de los mayores entre sus prioridades asistenciales. Este ha sido un factor relevante para la elección del ámbito de investigación.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística del Padrón Municipal de Habitantes de 2008 (INE 2009), había contabilizados en España 7.780.83 personas de 65 y más años. Las personas mayores son en términos porcentuales el 16,7 del total de la población. La última proyección del INE, basada en el Censo de 2001 (Portal Mayores 2005) contabiliza que en 2050 las personas mayores constituirán un 30,8 % de la población total, o sea 16.387.874 mayores de 65 años.

Cabe destacar la importancia del aumento del sobreenvjecimiento. En cifras absolutas, en enero de 2009, había en España 1.161.072 personas de 80 y más años, es decir el 4,5% de la población y el 28% de la población mayor. En 2050 esta cifra se verá incrementada hasta el 11% de la población total y el 36% de la población mayor. Según estimaciones de Naciones Unidas, España se situará en el tercer puesto tanto respecto de la población mayor como según el porcentaje de población octogenaria. Por consiguiente, el tamaño del grupo de personas mayores, y en especial de los octogenarios, tiene y tendrá un fuerte impacto en los sistemas sanitarios y de servicios sociales, puesto que suelen sufrir un grado mayor de soledad, discapacidad, dependencia y morbilidad. Ante esta situación, la asistencia a las personas mayores en contextos residenciales, se ve enfrentada al reto de prestar una atención de calidad atendiendo a la complejidad de los usuarios que presentan, a menudo, dependencia y pluripatologías, al mismo tiempo que se encuentran en un entorno social institucional, con las necesidades especiales que esta situación comporta.

Sumada a la realidad demográfica española y a su evolución estimada, cabe destacar la importancia de los cambios sociológicos acaecidos en la institución familiar, con una marcada tendencia a reclamar a los poderes públicos que asuman funciones y cuidados que antes atendía la propia familia. En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, se ha incrementado el número de plazas residenciales en la última década, pasando de 8.500 en el año 1996 a 24.000 en la actualidad, (Comunidad de Madrid. Servicio Regional de Bienestar Social, 2007) hecho que, por sí sólo, nos habla de la dimensión de la demanda social y de la realidad que acontece, en este momento, en las residencias.

El desafío de ofrecer a los mayores residentes una atención de calidad se encuentra, por otra parte, avalado tanto por el consenso existente entre los expertos, como por la legislación actual en esta materia. La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia ha planteado un momento de oportunidad, no sólo por la introducción del derecho subjetivo de protección para todos los ciudadanos, cualquiera que sea su edad o situación familiar, sino también porque la aprobación del proyecto de Ley ha abierto un proceso de reflexión en todas las CCAA sobre aspectos concretos de la organización de los servicios y la atención a la dependencia. La nueva Ley ratifica la evidencia científica respecto del concepto multicausal y multidimensional de dependencia que conduce, por tanto, inevitablemente, hacia la valoración integral y a la necesidad de un modelo de cuidados que asuma la multidisciplinariedad y la coordinación como principios básicos de actuación.

Por consiguiente, la atención sociosanitaria se ve, en el momento actual, enfrentada al reto de de velar por el mantenimiento del máximo bienestar y salud posibles de los mayores dependientes, entendiendo el concepto de salud de la OMS y ofreciendo una atención sociosanitaria de calidad. En 1978 la OMS definió la salud como *un estado de completo bienestar físico, psicológico y social*». (OMS, 1946) En consecuencia, la salud ha de ser entendida como un proceso dinámico, dentro de una dimensión continua, en cuyos extremos se encuentran la enfermedad y la salud, respetando la unidad funcional del individuo, de modo que la dualidad-salud física-salud psicosocial deja de tener sentido. Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, citaremos asimismo su definición de la calidad sanitaria: *«Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite»*.

Enmarcamos el presente proyecto en el espíritu de estas dos definiciones de la Organización Mundial de la Salud, por cuanto la salud implica el bienestar físico, psíquico y social, y la calidad asistencial sociosanitaria requiere la identificación rigurosa y precisa de las necesidades de la población, que favorezca la mejor calidad asistencial, en base al conocimiento existente, en un momento dado.

Este espíritu conlleva un reto en sí mismo para todos los profesionales de la atención a personas mayores residentes en centros de larga duración y, especialmente, para los profesionales del trabajo social, por cuanto en ellos recae parte de la responsabilidad y la tarea de velar por el cumplimiento efectivo y real de un modelo sanitario que contemple las necesidad sociales de los mayores.

Al mismo tiempo, las trabajadoras sociales se enfrentan a la responsabilidad y la necesidad de profesionalizar su labor, desarrollando instrumentos de evaluación de dichas necesidades y, por tanto, posibilitando el sustancial avance en la atención social que implica la posibilidad de sistematizar y compartir el conocimiento que se vaya adquiriendo, a fin de poder ofrecer una auténtica mejora de la calidad asistencial que a las trabajadoras sociales compete.

En función de estos resultados se plantearon, por lo tanto, los objetivos y la hipótesis de investigación que se detallan a continuación.

1.1. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

- Diseñar un instrumento de valoración de las necesidades sociales de las personas mayores asistidas en las Residencias públicas de la Comunidad de Madrid, que clasifique los diferentes diagnósticos utilizados en la actualidad, seleccionando aquellos que demuestren la mayor utilidad, eficacia y rigor y definiendo los correspondientes indicadores para cada categoría diagnóstica establecida.
- Superar de este modo la fragmentación del conocimiento acerca del diagnóstico social en el ámbito de atención a los mayores residentes en Cen-

tros de Larga Estancia, posibilitando el uso compartido de una clasificación común que sirva de base para futuras actualizaciones, revisiones, correcciones y/o ampliaciones.

- Contribuir al desarrollo científico del diagnóstico social como elemento decisivo de la calidad de la atención a las personas mayores residentes.

1.2. HIPÓTESIS

Existe la necesidad de sistematizar el conocimiento acerca del diagnóstico social, en la atención a las personas mayores residentes, en las Residencias Asistidas Públicas de la Comunidad de Madrid, y de diseñar, en este ámbito, un Instrumento de Valoración y Diagnóstico Social, a fin de aportar una mejora metodológica, que favorezca la formulación eficaz y completa de los diagnósticos sociales.

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de referencia de esta Memoria se ha elaborado en base a tres epígrafes: La perspectiva ecosistémica, la perspectiva basada en las fortalezas y, por último, el análisis y delimitación conceptual de los términos Valoración y Diagnóstico social, por su trascendencia para esta investigación.

La atención social a las personas mayores residentes, en Centros de Larga Estancia, requiere la especial consideración al entorno institucional. La persona mayor institucionalizada ha tenido que abandonar su hogar, el contexto comunitario y familiar en el que vivía, la mayor parte de sus pertenencias y sus rutinas y costumbres, y se ve enfrentada, no solamente a un momento de transición vital especial, a menudo marcado por la pérdida de capacidades y/o las posibles enfermedades asociadas al envejecimiento, sino, al mismo tiempo, a la adaptación a la vida institucional.

El entorno, por tanto, es de decisiva importancia en nuestro caso, así como lo es la continuación o no de la vida familiar del residente, las relaciones sociales que desarrolle en el Centro, su relación con los profesionales y la continuidad de su identidad personal, sus antecedentes, su formación, y su historia e idiosincrasia individual.

Por ello, consideramos que el enfoque ecosistémico resulta adecuado como marco teórico del proceso de diseño de un instrumento de diagnóstico social, puesto que permite abordar dicha tarea desde la imprescindible consideración a la necesidad de ofrecer a las personas mayores residentes, una valoración integral de su situación que no se limite a la atención de las posibles limitaciones o dificultades, y que no obvie todas las demás dimensiones que, en cuanto individuo, le son fundamentales.

Por otra parte, la perspectiva basada en las fortalezas resulta idónea en este contexto. Que duda cabe, que las personas mayores asistidas en un entorno resi-

dencial, lo son porque precisan de algún grado de apoyo en la vida diaria. Sin embargo, resulta trascendental, para la formulación de un diagnóstico social eficaz y completo, la consideración de todos aquellos aspectos positivos de la situación personal, en cada caso.

Las personas mayores residentes pueden padecer limitaciones o enfermedades, crónicas frecuentemente; pueden haber sufrido la pérdida de parte de su autonomía personal o de su red familiar y social. Sin embargo, es de vital importancia tener presente que cuentan con la experiencia, las capacidades, habilidades y fortalezas, adquiridas a lo largo de toda una vida activa, y útil. A menudo, se trata de competencias personales, de la fortaleza del apoyo familiar, de la riqueza de sus recuerdos y del enorme bagaje de conocimiento concretos y de sabiduría vital, social y emocional, que les son fundamentales para integrarse positivamente en el Centro, para abordar la etapa de la vida en que se encuentran, para enfrentar los retos que se les presentan y para tejer nuevas redes sociales y emocionales de apoyo, en esta nueva y particular situación.

Por todo ello, hemos, enmarcado el diseño del Instrumento de Diagnóstico que presentamos, en base a la perspectiva teórica planteadas, en la confianza de que pueda aportar una visión global e integral y que contemple las fortalezas, de las personas mayores residentes en Centros de Larga Estancia.

2.1. VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO SOCIAL. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Los términos «Valoración» y «Diagnóstico Social» constituyen el principal eje conceptual de esta investigación. Por ello, el Marco Teórico de la misma incluye el análisis de ambos conceptos y de las decisiones que, respecto de su delimitación, ha resultado necesario tomar. Este trabajo ha conllevado especiales dificultades, dado al escaso grado de consenso hallado en el empleo de ambos, tanto en las Historias Sociales analizadas, como en la literatura así como, en general, en el seno de la disciplina; la similitud semántica entre ambos y el mismo uso que, en ocasiones, se realiza de ambos conceptos en el ejercicio práctico del Trabajo Social.

Cabe destacar que, en la revisión bibliográfica, se halló referencia, a menudo, acerca de la preocupación existente en Trabajo social respecto del diagnóstico. El diagnóstico es considerado, por una parte, como el principal fundamento teórico de toda intervención en Trabajo Social. De otra, como refiere García Herrero (2008), «*son muchos los autores que reflexionan y advierten sobre la escasa importancia que se suele dar al diagnóstico, en la intervención del Trabajo Social*» (p. 14). Así, el diagnóstico social ha sido, a menudo, considerado como una debilidad de la disciplina; un procedimiento poco tratado, «*siendo en ocasiones su uso pobre y restrictivo*» (Escartín, Palomar y Suárez, 1997, citado en García Herrero, 2008: 14) y hasta no hace mucho tiempo, sobre todo, carente de la necesaria formalización y sistematización.

A fin de realizar la delimitación conceptual se llevó a cabo la búsqueda y análisis bibliográfico, se consultó a las trabajadoras sociales, en las entrevistas grupales realizadas, así como a expertos de la Universidad Complutense de Madrid.

El resultado de esta parte de la investigación desveló, asimismo, la ausencia de consenso respecto de la delimitación conceptual entre los mismos. La opinión de los expertos se encuentra dividida, entre aquellos que los consideran sinónimos y los que consideran que la valoración es parte del proceso metodológico del diagnóstico, y éste la formalización de dicho proceso y su etapa final.

Por otra parte, cabe destacar que, se hallaron, en las Residencias, varios Modelos de Historia Social que difieren unas de otras en la formulación del apartado dedicado al diagnóstico social. Se hallaron las siguientes denominaciones, indistintamente, para hacer referencia al juicio profesional: Diagnóstico social; Valoración social; Valoración técnica; Valoración Diagnóstica; Juicio Técnico; Necesidades; Necesidades/Problemática.

Nuestra conclusión es que la delimitación conceptual de los términos relativos al diagnóstico social adolece, en Trabajo Social, del mismo grado de indeterminación que la formulación de los diagnósticos en sí mismos, que expondremos en nuestro análisis de resultados.

A través del estudio del material analizado, así como a través del consenso profesional alcanzado en las entrevistas grupales, concluimos que se distinguirá, en este trabajo, la fase de estudio-investigación o valoración de la etapa final del mismo; es decir del diagnóstico social. Consideramos que el diagnóstico social es *el juicio de valor, la síntesis final, la conclusión a la que el trabajador social ha de llegar una vez descritas, analizadas y valoradas las diferentes circunstancias que concurren en la situación dada.*

No cabe duda de que la distinción entre la valoración y el diagnóstico puede presentar lógicas e importantes dificultades. Sin embargo, consideramos importante contemplar la necesidad de afrontar la responsabilidad de la elaboración de diagnósticos sociales, completos, correctos y eficaces. Bien es cierto que dicha responsabilidad conlleva importantes connotaciones éticas y epistemológicas, que abordaremos en la *Posdata* de este artículo. Pero, aún así, consideramos que el Trabajo Social se encuentra ante del reto de delimitar los conceptos y las actuaciones profesionales que le son características, y el diagnóstico social tiene entre ellos especial relevancia. La profusión de términos para designar los mismos conceptos entorpece la labor profesional y perpetúa la indefinición de su especificidad y de su identidad profesional.

Por todo ello, esta investigación considerará el diagnóstico social como *el juicio profesional, elaborado en base al estudio, análisis e interpretación de la situación, y fundamento de la intervención social que, en consecuencia, se planifique y lleve a cabo. Sin detrimento de que el diagnóstico pueda y deba ser modificado en todos aquellos casos en que un mejor o más completo conocimiento del caso, a lo largo del período de intervención, hagan pertinente dicha modificación.*

Por valoración se entenderá, por lo tanto, *parte decisiva del proceso de estudio de la situación en cuestión y elemento imprescindible de la posterior formulación de diagnóstico social.*

3. MÉTODO Y TÉCNICAS

El método escogido para la realización de la investigación es un método descriptivo, a partir del estudio y clasificación de los datos empíricos, acerca de las categorías diagnósticas en uso en las Residencias.

La investigación se llevó a cabo en las siguientes 6 fases: Fase 1: Análisis bibliográfico y documental. Fase 2: Recogida y estudio de los diagnósticos sociales en la Residencia La Paz, Fase 3: Análisis de contenido y clasificación de los diagnósticos Fase 4: Diseño del Instrumento de Diagnóstico Social. Fase 5: Análisis y Conclusiones; y se han empleado técnicas de investigación cuantitativas y cualitativas.

Se recopiló y analizó una muestra de 90 casos de diagnóstico social de personas mayores asistidas, residentes en Centros de la Comunidad de Madrid, y se realizó también un estudio de la relación entre el diagnóstico y la intervención social, en una muestra de 20 casos. El proceso de análisis y recogida de los mismos implicó la lectura de las correspondientes Historias Sociales, a fin de obtener una visión integral de cada caso. Al mismo tiempo, se recogieron con la base de datos en SPSS los diagnósticos completos y literales, efectuados en cada caso y, a continuación, se analizó la totalidad del material resultante con el objeto de hallar y delimitar las diferentes categorías de diagnóstico y de determinar la frecuencia de su utilización. En total, se hallaron 310 categorías de diagnósticos, que constituyeron el material en base al cual se efectuó la correspondiente clasificación y, posteriormente, el diseño del instrumento de diagnóstico.

Este trabajo de delimitación de las categorías de diagnóstico social, de análisis y clasificación de las mismas, así como el diseño del instrumento final, se llevó a cabo a través del consenso alcanzado en las entrevistas individuales y grupales con las trabajadoras sociales de los Centros y con expertos en la atención social a personas mayores en Centros de Larga Estancia.

Se realizaron un total de 16 entrevistas individuales. De ellas 12 fueron entrevistas personales, 2 entrevistas telefónicas y 2 entrevistas a través del correo electrónico. Se grabó el contenido de las entrevistas individuales y se transcribió y analizó el contenido. En el caso de las entrevistas telefónicas, el registro se realizó en soporte de papel, que posteriormente fue informatizado y analizado. Las comunicaciones a través del correo electrónico han sido igualmente registradas y analizadas.

Las entrevistas individuales y grupales se realizaron de manera semi-dirigida, en base a un guión diseñado previamente, a tal efecto y al material recopilado. Este material constó de los diagnósticos completos recogidos, el listado de

las categorías de diagnóstico y de las sucesivas clasificaciones del material recopilado.

Se llevaron a cabo 6 entrevistas grupales con las trabajadoras sociales y la última entrevista de revisión del instrumento, con la presencia del Profesor D. Luis Nogués Sáez, en calidad de experto en la atención a personas mayores en Residencias de Larga Estancia.

El objetivo de las entrevistas grupales fue alcanzar por consenso, y en base al conocimiento de los expertos, una clasificación que incluyera todas las categorías halladas, y las ordenara según las diferentes dimensiones de diagnóstico social. De igual modo, se establecieron los correspondientes indicadores de las mismas.

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Respecto de las conclusiones acerca del análisis de los diagnósticos sociales, en las Residencias para personas mayores asistidas de la Comunidad de Madrid, y del posterior diseño del Instrumento de Diagnóstico, que constituye la principal aportación de esta Investigación, consideramos que los resultados obtenidos de la recopilación y estudio de una muestra de 90 casos, demuestran la necesidad de llevar a cabo un proceso de sistematización del diagnóstico social.

Los principales resultados de este trabajo de recopilación y análisis, demuestran que los diagnósticos sociales, en este ámbito de intervención, presentan una acusada falta de homogeneidad respecto, tanto de las dimensiones que contemplan en cada caso, como de la terminología empleada en su formulación.

De este modo, se hallaron, tanto casos donde los diagnósticos eran completos, como aquellos en que solamente hacían referencia a una o dos dimensiones de la situación general del residente e, incluso, aquellos que, en su formulación, llegaban a presentar cierto grado de contradicción. La terminología empleada variaba de un caso a otro en la formulación de cada diagnóstico, y para designar cuestiones iguales o similares. Dado que, además, no se contaba en las Residencias de la Comunidad de Madrid, con ningún tipo de delimitación conceptual, ni tampoco de criterios de diagnóstico o indicadores al respecto, la formulación de los mismos estaba sujeta al conocimiento y la experiencia individual de cada trabajadora social, a la mayor o menor disponibilidad de tiempo en cada caso e, incluso, a la idiosincrasia y experiencias personales de los profesionales, en ese ámbito de intervención.

Por lo tanto, a lo largo del proceso de clasificación y diseño del instrumento, se vio la necesidad de clarificar aquellos conceptos que presentaban mayor vaguedad en su formulación y que podían ser susceptibles de diversas interpretaciones. Asimismo, se delimitaron las 10 dimensiones de valoración y diagnóstico, por agrupación de todas las categorías halladas, así como las subdimensiones de las mismas, en su caso, y se diseñaron los indicadores para cada una de ellas.

Si bien la definición precisa de la terminología analizada constituye un paso decisivo en el proceso de sistematización del conocimiento en Trabajo Social, se tomó la decisión, en esta fase, de operativizar la definición a través del establecimiento de escalas de valoración y sus correspondientes indicadores. Esta decisión fue motivada por la situación de ausencia de formalización hallada, y por la necesidad de diseñar un primer instrumento de diagnóstico, útil y ágil. Sin embargo, la definición de los conceptos constituye, sin lugar a dudas, una de las principales tareas pendientes, que será abordada en las siguientes etapas de desarrollo del instrumento que presentamos.

Como resultado del análisis de todo el material recopilado y de las clasificaciones realizadas preliminarmente, por consenso del grupo de trabajo, se identificaron, en total, las siguientes 10 dimensiones de valoración y las correspondientes subdimensiones, en su caso, y se diseñó el Instrumento de Diagnóstico, del que presentamos a continuación, una síntesis.

4.1. INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO SOCIAL. RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES ASISTIDAS. COMUNIDAD DE MADRID: DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES

1. Datos personales.
2. Antecedentes.
3. Situación jurídica.
4. Situación económica.
5. Situación sanitaria:
 - 5.1. Situación física:
 - 5.1.1. Estabilidad.
 - 5.1.2. Visión y audición.
 - 5.1.3. Motricidad.
 - 5.1.4. Sueño.
 - 5.1.5. Estado general.
 - 5.2. Situación cognitiva.
6. Autonomía personal.
7. Situación emocional:
 - 7.1. Estado de ánimo.
 - 7.2. Conducta.
8. Sociabilidad:
 - 8.1. Situación relacional:
 - 8.1.1. Relación con el compañero/a de habitación.
 - 8.1.2. Relación con los demás residentes.
 - 8.1.3. Relación con los profesionales.
 - 8.2. Participación.

9. Adaptación al centro.
10. Situación familiar:
 - 10.1. Red de apoyo familiar.
 - 10.2. Cambios en la situación familiar.
 - 10.3. Relación de la familia con el centro.

Anexo I:

Trastornos de la conducta alimentaria.
Trastornos relacionados con sustancias.
Trastornos del ritmo circadiano

Anexo II:

Definición de pluripatología y fragilidad.

A continuación se presenta una síntesis de las principales características del Instrumento diseñado. El Instrumento podrá ser empleado para la realización del primer diagnóstico, a partir del segundo mes de estancia del residente. La información será actualizada ante la presencia de cambios destacados, y al menos cada seis meses.

1. *Datos personales*

Esta primera dimensión recoge los siguientes datos: A: Fecha de Alta, B: Sexo, C: Edad, D: Estado civil, E: Personas de referencia / grado de parentesco y F: Familiares residentes en el Centro

2. *Antecedentes*

La dimensión 2 recoge los datos del residente relativos a las siguientes subdimensiones: A: Institucionalización previa al ingreso, B: Enfermedades relevantes, C: Antecedentes de maltrato-abandono, D: Antecedentes de situación de exclusión social, E: Vida laboral/Profesión, F: Estudios/Formación y G: Aficiones y Habilidades

En el caso de los antecedentes personales, todas las subdimensiones, a excepción de las relativas a los estudios, vida laboral y aficiones o habilidades personales, responden tanto a la importancia de este tipo de información para la elaboración de un diagnóstico social completo e integral y para la correcta planificación de la intervención social, como al hecho de que, efectivamente, se hallaron varios diagnósticos sociales en referencia a este tipo de datos.

Respecto a los estudios y vida laboral, fue muy infrecuente hallar datos relativos a estos aspectos, y no se halló ninguno referente a posibles aficiones y/o habilidades especiales de los residentes, si bien los encontramos en el estudio completo de las Historias Sociales, en algunos casos. Sin embargo, fue una decisión unánime del grupo de expertos contemplar estos aspectos, puesto que per-

miten dar continuidad a la vida personal de las personas residentes. Por otra parte, constituyen información relevante para el diseño de las diferentes actividades de trabajo grupal, que de lo contrario pueden, como ocurre en la actualidad, no contar con las necesidades e intereses de parte de los residentes, por constituir una oferta demasiado homogénea, y limitada, o no tomar en cuenta los variados recursos personales en algunos casos, como factores potenciales de desarrollo personal.

En el caso de las aficiones y habilidades de las personas residentes, se indicarán aquellas que no se desprendan de la titulación y/o la profesión, y que puedan ser relevantes para la intervención social.

3. *Situación jurídica*

Se recogerá información relativa a: A: Incapacitación legal y tipo de representación, B: Ingreso involuntario y C: Ingreso por emergencia social

La situación jurídica de las personas residentes reviste información destacada en la que se recogerán los datos de la situación de incapacitación legal, si procede, así como el tipo de representación en cada caso.

Los casos de ingreso involuntario o por emergencia social, constituyen casos especiales y dichas circunstancias han sido consideradas fundamentales, puesto que condicionan el proceso de adaptación de las personas al Centro; y han de ser objeto de especial atención social.

4. *Situación económica*

A partir de la cuarta dimensión: la situación económica, se ha empleado a lo largo de todo el diseño la escala descrita, a fin de valorar las diferentes situaciones como: **óptima-adecuada-deficitaria-muy deficitaria**.

Respecto de la situación económica, se ha tenido en cuenta el hecho de que las Residencias Públicas de la Comunidad de Madrid se encuentran todas bajo el régimen de financiación total y los residentes abonan a la Comunidad el 85% de sus ingresos, en todos los casos.

Se diseñaron los indicadores relativos a los ingresos de los residentes, y se contemplaron las situaciones económicas especiales, donde la existencia de deudas impagadas o de casos en que los residentes reciben ayuda económica regular de sus familiares, a fin de no contar únicamente con el indicador de la cuantía de los ingresos personales por pensión, puesto que existen casos donde este criterio aportaría, en tal caso, una información incompleta y por tanto errónea. De tal modo, la valoración podrá realizarse, si se cumple uno de los dos criterios establecidos.

5. *Situación sanitaria*

Para la valoración de la dimensión 5 se establecieron 2 subdimensiones, relativas a la situación física y cognitiva de las personas residentes.

5.1. Situación física

La situación física, a su vez, se ha dividido en las siguientes subdimensiones: 5.1.1: Estabilidad, 5.1.2: Visión y Audición, 5.1.3: Motricidad, 5.1.4: Sueño y 5.1.5: Estado general

A excepción del Estado General, de diseño propio, se adoptó, para las otras 4 subdimensiones y para la Situación Cognitiva, el Test Delta de la Escala Barthel.

En el caso de la escala e indicadores del Estado General, se emplearon, asimismo, las definiciones y/o indicadores médicos ya existentes y validados, si bien fueron completados y/o adaptados a la especial situación de las personas mayores residentes, en base al conocimiento y experiencia práctica del grupo de expertos, como ha sido por ejemplo el caso del indicador de ingresos hospitalarios por año y se establecieron los siguientes criterios de valoración: 1: Fragilidad, 2: Ingresos hospitalarios, 3: Pluripatologías y 4: Polifarmacia.

Cabe destacar que la necesidad del empleo de la Escala de Barthel por parte de las trabajadoras sociales responde a la realidad actual en las Residencias, en las que los profesionales que valoraban estos aspectos, los Terapeutas Ocupacionales, han dejado de utilizarla, por excesiva carga laboral y ausencia del tiempo necesario.

6. *Autonomía personal*

En este caso, se estudió la posibilidad de emplear el baremo de valoración de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Sin embargo, se trata de baremos extensos en su aplicación y no lo suficientemente ágiles para las necesidades del entorno residencial. Por lo tanto, se ha adoptado el índice Barthel, que se empleará, salvo en los casos en que ya existe reconocimiento de Situación de Dependencia, en que se indicará el Grado y Nivel reconocidos.

El Barthel Index (Mahoney y Barthel, 1965, en Kane y Kane, 1993) es el instrumento más utilizado internacionalmente para medir la capacidad del individuo de realizar las actividades de la vida diaria, sin ayuda de un asistente. En los Centros de Rehabilitación y Larga Estancia el Barthel Index se correlaciona bien con el juicio clínico y se ha demostrado que predice la mortalidad.

La Escala Barthel evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los residentes en: Independiente: 100 pts. (95 si permanece en silla de ruedas), Dependiente leve: > 60 pts., Dependiente moderado: 40-55 pts., Dependiente grave: 20-35 pts. y Dependiente total: < 20 pts.

En cada ítem se asignen puntos al individuo por ser capaz de realizar independientemente la actividad y menos puntos por realizarla con ayuda. Se asignan valores a las puntuaciones que pueden ser de 15, 10, 5 y 0. La puntuación más alta es de 100 y significa independencia en todos los ítems, aunque los creadores del instrumento dejan claro que esto no significa que la persona pueda vivir sola.

7. Estado de ánimo y conducta

Las Residencias Públicas de la Comunidad de Madrid no cuentan con psicólogos entre el personal del Área Asistencial. Un médico psiquiatra visita los Centros, con una periodicidad de una vez al mes. Dada la escasa disponibilidad de tiempo, a menudo la tarea que puede abordar el psiquiatra es, por tanto, la prescripción de fármacos, fundamentalmente en los casos de problemas de estados depresivos o de ansiedad.

Este tipo de problemas se presentan con frecuencia en el entorno residencial, asociados tanto a las posibles pluripatologías, como a situaciones de duelo, dificultades familiares o en el proceso de adaptación al Centro. Por lo tanto, es el personal sanitario de las Residencias y las trabajadoras sociales quienes pueden observar y detectar este tipo de problemas, siendo estas últimas quienes, en ese caso, ofrecen apoyo emocional y social y, en su caso intervención con el residente y/o con su familia o la derivación a atención psiquiátrica, si procede.

En este caso, las trabajadoras sociales no pueden formalizar un diagnóstico psicológico, pero sí han de contar con el mejor sistema de valoración de los posibles cambios importantes en el estado de ánimo de las personas residentes. Por ello, y dada la importancia del estado de ánimo en las personas mayores, y su implicación destacada en su posible bienestar general, y ante la ausencia de personal especializado, se decidió que la utilización de los criterios de diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales era necesaria y precedente, y se han incluido los criterios para la valoración de alteraciones del estado de ánimo por ansiedad, episodios depresivos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos relacionados con sustancias y trastornos del ritmo circadiano.

La dimensión 6 se ha estructurado en torno a tres subdimensiones relativas a: Buen estado de ánimo general, Alteración del estado de ánimo por depresión y Alteración del estado de ánimo por ansiedad: A: Buen estado de ánimo general, B. Alteración del estado de ánimo por depresión: B.1. Situación de duelo y B.2: Episodio depresivo, C: Alteración del estado de ánimo por ansiedad: C.1: Crisis de angustia y C.2: Ansiedad generalizada

La escala e indicadores relativos al Buen estado de ánimo general son de diseño propio, y su elaboración responde a la decisión de contar, a lo largo de todo el instrumento, con la posibilidad de evaluar tanto los aspectos positivos, como aquellos que puedan presentar algún grado de dificultad.

La subdimensión Conducta responde a la frecuencia en que se hallaron diagnósticos relativos a este aspecto, a lo largo del estudio en el material recopilado, y a la importancia que tiene este aspecto para la convivencia y la sociabilidad en un entorno residencial.

8 y 9. Sociabilidad y adaptación

Las dimensiones de Sociabilidad y Adaptación al Centro que, en las primeras fases de la clasificación, fueron analizadas conjuntamente, han sido incluidas co-

mo 2 dimensiones diferenciadas, en el diseño final. Si bien se encuentran íntimamente relacionadas, el proceso de adaptación tiene características específicas, siendo su valoración, en cierta medida, una síntesis de los distintos indicadores de sociabilidad, aunque se han diseñado asimismo, indicadores específicos relativos a las habilidades de afrontamiento.

Respecto del proceso de adaptación, se ha establecido el límite de tiempo mínimo, para realizar la valoración, en una estancia de 4 meses, atendiendo al criterio establecido por la Comunidad de Madrid de que no se podrá solicitar el traslado del residente a otro Centro hasta pasado ese periodo de tiempo, que es considerado el período mínimo para la adaptación inicial del mayor.

En orden a la naturaleza eminentemente social de estas dos dimensiones, a su elevada frecuencia porcentual en los diagnósticos analizados, así como a la trascendencia de la sociabilidad y la adaptación al entorno para la consecución del bienestar de las personas residentes, la escala y los correspondientes indicadores de Sociabilidad y Adaptación son de diseño propio del grupo de trabajo.

La dimensión 8: Sociabilidad, presenta las siguientes 2 subdimensiones: Situación Relacional y Participación y se ha estructurado en torno a los siguientes ejes de valoración: 8.1: Situación Relacional: Relación con la compañera/o de habitación, Relación con los demás residentes y Relación con los profesionales, 8.2: Participación: Participación en actividades grupales de ocio, Participación en actividades grupales terapéuticas, Grado de participación y Riesgo o situación de aislamiento.

Para la valoración de la Sociabilidad, se ha establecido que han de cumplirse al menos 2 criterios, durante un período de tres meses. En el caso de la valoración del proceso de adaptación al Centro, se ha establecido que deberán cumplirse al menos, 4 criterios.

10. Situación familiar

La situación familiar de las personas residentes representa un elevado porcentaje de los diagnósticos estudiados en La Paz. La valoración se ha estructurado en torno a tres ejes: la red de apoyo familiar, los cambios en la situación familiar y la relación de la familia con el Centro.

Para el diseño de los indicadores de las situación familiar deficitaria y muy deficitaria se ha tomado como referencia el material didáctico, cedido generosamente, por D^a Maite Martín Muñoz que es, a la vez, la evolución a lo largo de los últimos 20 años de su libro, «Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social», siendo el resto del diseño propio del equipo de trabajo.

10.1. Red de apoyo familiar

La valoración de la situación de la red de apoyo familiar al residente se ha estructurado en base a los siguientes ejes: 1: La relación de apoyo mutuo entre los miembros de la unidad familiar, 2: La relación de apoyo de la familia al residente, 3: La capacidad de comunicación entre los miembros de la unidad familiar y

con el residente, 4: La expresión y respuesta afectiva y 5: La calidad y frecuencia de las visitas familiares a la persona residente.

10.2. Cambios en la situación familiar

La valoración de los posibles cambios en la composición del núcleo familiar o de su lugar de residencia responde a la importancia que estos pueden tener para la relación con la persona residente, y para la planificación de la intervención social. Se valorarán los siguientes cambios: 1: Por cambio de lugar de residencia, 2: Por incremento del número de miembros, 3: Por disminución del número de miembros, 4: Por cambios en las relaciones entre sus miembros y 5: Por cambios en la relación con el residente

10.3. Relación de la familia con el centro

La escala de valoración, en este caso, fue establecida en atención a los siguientes ejes: 1: Frecuencia de los contactos familiares con el Centro, 2: Comunicación y trato, 3: Aceptación de la situación residencial del mayor, 4: Colaboración con los cuidados del residente y 5: Tipo de demandas

5. CONSIDERACIONES FINALES

Desde el 15 de junio del presente año, el Instrumento de Diagnóstico se encuentra en período de validación en la Residencia La Paz de la Comunidad de Madrid, proceso en el que participamos junto a dos trabajadoras sociales, en dicha Residencia, y con cuyos resultados esperamos poder proseguir el trabajo de diseño de un Instrumento Estándar de Diagnóstico Social para su utilización tanto en Residencias asistidas, como de personas mayores no asistidas. En esta evolución futura del diseño presentado, que será el tema de la futura investigación doctoral, contamos con validar el Instrumento, mediante la aplicación en las 25 Residencias Públicas de la Comunidad de Madrid, con la aprobación del Servicio Regional de Bienestar Social.

A modo de conclusión, hemos de destacar que consideramos que el proceso de sistematización del diagnóstico social, tanto en España como a nivel internacional, supone un importante paso en la profesionalización del Trabajo Social, en el servicio a los ciudadanos y en la calidad de la atención social, que es nuestro principal objetivo.

Al mismo tiempo, consideramos que significa un avance para la consideración de la disciplina en sí misma, tanto para sus profesionales, como para la delimitación de su identidad y el establecimiento de límites más nítidos entre el Trabajo Social y las disciplinas cercanas a la misma.

Sin alguna forma de clasificación de las situaciones objeto de intervención social, y sin la formalización y homogeneización de los principales conceptos

que le son propios, las trabajadoras sociales debían confiar en formulaciones más o menos descriptivas, que podían o no contemplar los aspectos esenciales de la situación objeto de diagnóstico en cada caso, y que variaba, a menudo, tanto en el lenguaje empleado, como en los aspectos considerados, entre una trabajadora social y otra, y entre instituciones (Karls y Wandrei, 2008).

Se han dado, sin duda, pasos importantes en la superación de esta situación que confiamos impliquen, a lo largo de los próximos años, una evolución tanto en el conocimiento del diagnóstico social, como en la eficacia de su utilización y que contribuya, dada su importancia, a la mejora de la calidad de la atención social, así como al reconocimiento de la disciplina en el seno de la sociedad.

Hemos de destacar, por último, el gran interés y entrega de las trabajadoras sociales en este proceso. Su esfuerzo y colaboración constante en el diseño del Instrumento, y la gran disponibilidad con que hemos contado por su parte, tanto horaria como de sus conocimientos y experiencia, sin las cuales esta investigación no hubiera podido realizarse.

6. POSDATA

El análisis del desarrollo e implantación de diversos sistemas de información y de aplicaciones informáticas de diagnóstico e intervención, así como el propio proceso de diseño del Instrumento de Valoración y Diagnóstico que se presenta, han suscitado cuestiones éticas y epistemológicas y hemos considerado, por tanto, adecuado y necesario incluir nuestra reflexión al respecto, en esta *Posdata*.

Compartimos plenamente la preocupación que late en el seno de la disciplina, respecto del diagnóstico social, de su importancia y de su desarrollo, así como el interés común acerca de la sistematización del conocimiento en Trabajo Social y la superación del aislamiento y fragmentación en que este, a menudo, se ha encontrado, y se encuentra aún, en determinados ámbitos de intervención.

La posibilidad de desarrollo en Trabajo Social reside, al menos en buena parte, en la oportunidad de compartir el conocimiento generado a través de la práctica, sumado al conocimiento teórico en que esta ha de fundamentarse. Pero dicho conocimiento precisa, además, cumplir el requisito de la publicidad del mismo, que le confiere, a su vez, la posibilidad de ser revisado, discutido y corregido en su caso.

Sin embargo ha sido, precisamente, a lo largo del trabajo grupal de diseño del Instrumento de Valoración y Diagnóstico, que ha surgido la necesidad de reflexionar acerca del concepto de diagnóstico o valoración social; concepto, por otra parte, íntimamente ligado al sentido último del Trabajo Social.

Por ello, la reflexión que aquí se presenta es que el diagnóstico social —al igual que todo el conocimiento en Trabajo Social— se basa no solamente en los datos y en el conocimiento que le preceden, sino también en los valores éticos que son, en definitiva, el fundamento de su existencia y su importancia.

En el caso de nuestra disciplina, muy especialmente, nunca está de más recordar que tanto el conocimiento como la propia práctica están, y deben estar, al servicio de las personas con quienes trabajamos, en orden a la naturaleza y compromiso ético del Trabajo Social con los Derechos Humanos y la Justicia Social (Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, 2004) y que, aún previamente y más allá de su desarrollo jurídico, institucional y científico, es, precisamente, este posicionamiento moral la esencia misma del Trabajo Social, y su principal principio rector.

Por tanto, hemos de tener presente que no son, solamente, nuestras teorías o nuestra práctica los elementos que entran en relación con la realidad social, sino que a estos anteceden las elecciones y decisiones morales de nuestra sociedad y de nuestra disciplina. Porque, a diferencia de la mayoría de profesiones, el Trabajo Social *«requiere una suerte de compromiso moral práctico»*. (Chu, W.C.K. y Ming-sum Tsui, 2008: 51).

El conocimiento y, por tanto, la práctica en Trabajo Social responde, de una parte, a la experiencia acumulada y de otra, a las distintas teorías aceptadas como válidas pero, tanto la experiencia como las teorías, se encuentran en íntima relación con aquello que consideramos bueno, beneficioso, correcto y justo, o no, en el seno de la profesión, en un momento, y lugar determinado.

Por ello, y en el caso particular del Trabajo Social, creemos conveniente recordar y destacar el papel y el poder de los factores ideológicos en relación con la ontología de la realidad social. Lo que, indudablemente, nos lleva a la necesidad de posicionarnos, en el debate epistemológico respecto de la relación existente entre conocimiento y realidad, cuestión que, como veremos, se torna especialmente relevante en relación con el tema del diagnóstico social.

En este sentido, queremos hacernos eco de la propuesta que, a este respecto, desarrolla Arias Astray (2003: 15) acerca de *«...la necesidad de encontrar una postura que, sin caer en el realismo ingenuo de los más positivistas, pero sin derivar por ello en posiciones relativistas extremas pueda permitirnos una comprensión más adecuada de las relaciones entre conocimiento, acción y realidad...»*.

Consideramos que ha llegado el momento, en Trabajo Social, de trascender la dicotomía entre ambas posturas epistemológicas y de analizar la relación entre la realidad y nuestra práctica como una relación intrínsecamente dinámica, dialéctica y, por tanto, en constante interacción y mutua influencia.

No cabe ni negar la existencia de la realidad personal y social ni, tampoco, el papel determinante de nuestras teorías y nuestras prácticas en la ontología de la realidad, sino reflexionar acerca de la responsabilidad y las implicaciones que conlleva el hecho de que nuestro trabajo influye directa y decisivamente, no sólo en la evolución posible de una situación determinada, sino en la propia naturaleza de las situaciones sociales que tratamos.

Compartimos, en este tema, el planteamiento del Profesor Arias Astray (2003: 16) *«...llegamos a la conclusión de que los acuerdos alcanzados en torno a los modos de denominar la realidad, a lo que constituye o no los problemas o las nece-*

sidades de las personas, a lo que se entiende por una solución de los mismos, entre otros, representan importantes gestores de nuestra ontología, en tanto y en cuanto que» usuarios» o «clientes» de la misma. Dicho de otro modo, las acciones de los trabajadores sociales, desde la dimensión epistémica que les es inherente, se presentan como uno de los principales gestores de la ontología personal y social.

Partiendo de esta premisa, por lo tanto, se torna imprescindible considerar los factores sociales, éticos e ideológicos como elementos decisivos del conocimiento y de la intervención en Trabajo Social y, por ende, de la realidad social, objeto de nuestro trabajo; y el diagnóstico social tiene un papel fundamental en esta relación dialéctica entre conocimiento y realidad.

En tanto que lenguaje, comparte con este la capacidad de otorgar significado a la realidad, manteniendo, por tanto con la misma, una relación con connotaciones de especial relevancia para el tema que nos ocupa. Dicha relación se encuentra influida y condicionada, sin duda, por las teorías aceptadas como válidas, por la propia ontología de la realidad social pero, también, por el contexto temporal, espacial, institucional y ético en que acontece y que determina, junto con nuestra reflexión, el tipo de conceptualización que de ésta surja.

Dicha conceptualización no es, solamente, una consecuencia de la realidad que diagnosticamos sino que, a su vez, se convierte en elemento fundamental de construcción de la misma. El modo en que denominamos, clasificamos y definimos las distintas realidades sociales objeto de nuestra intervención tiene, por tanto, la trascendencia de configurarse en antecedente de las mismas. Trascendencia aún mayor por cuanto, como sabemos, el diagnóstico define la futura intervención e, incluso, ha sido considerado por algunos autores como parte de la misma.

La tarea de diseñar sistemas de información y diagnóstico mantiene una íntima dependencia con el lenguaje empleado a tal efecto y este, en su dimensión performativa, posee la cualidad de recrear y, por tanto, de posibilitar o limitar la realidad que designa.

Los estudios y análisis sobre el lenguaje y su función performativa son demasiado amplios y complejos para la dimensión de esta *Posdata*. Sin embargo, consideramos relevante destacar algunas de las posibles implicaciones del lenguaje en sí mismo, en la formulación del diagnóstico social y en la relación de este con la propia realidad social.

Si bien existen en la literatura diversas matizaciones al análisis lingüístico de Pierre Bordieu (1987), sus consideraciones respecto de la relación que el autor establece entre las estructuras sociales de poder y el discurso, dentro de lo que denominó «*mercado lingüístico*», son relevantes para nuestro análisis.

Bordieu plantea que la performatividad de los actos del habla es tal en función de las posiciones de poder de los hablantes en la estructura social, de tal modo que el poder de un determinado discurso reside en la capacidad que tienen los diferentes grupos o agentes sociales para imponer sus criterios. El autor destaca que, en concreto, en los «*mercados*» de los diferentes ámbitos profesionales, la

relación entre institución e institución lingüística es inextricable y concluye destacando que, en el proceso del lenguaje, son más determinantes las diferencias entre las posiciones sociales que las posiciones en sí mismas. En definitiva, Bordieu llama nuestra atención acerca del hecho de que una determinada situación lingüística nunca es meramente lingüística sino que, por el contrario, lo que está en juego entre los hablantes es precisamente su derecho a hablar, que varía en función del estatus social y económico, el sexo o la edad, entre otros factores.

Cuanto más se acerca una situación a la oficial, más sometida está a las leyes del mercado que, siguiendo el análisis del autor, ejercen un efecto muy importante de censura en aquellos que sólo pueden hablar en situación de lenguaje espontáneo y que están condenados al silencio en las situaciones oficiales, donde están en juego elementos políticos, sociales o culturales importantes.

Si bien compartimos el análisis que Alonso (2002) hace del planteamiento de Pierre Bordieu, destacando que los usos lingüísticos no sólo suponen la reproducción de las situaciones de poder sino también posibilidades de cambio social, y que el lenguaje, más allá de poder perpetuar las relaciones de desigualdad encierra, al mismo tiempo, un enorme potencial de creatividad, reconstrucción y reelaboración, consideramos importante tener presente los riesgos, la oportunidad y la responsabilidad ética que conlleva la tarea de definir, designar o clasificar la realidad social en la formulación del diagnóstico en particular, y en la construcción de conocimiento en Trabajo Social en general.

Por ello, aún considerando que el diagnóstico social es parte del quehacer profesional, que compete a los trabajadores sociales realizar y formalizar, la participación del usuario, su experiencia, sus intereses y motivaciones son parte esencial del mismo. En aras del cumplimiento de nuestros principios éticos creemos importante, por tanto, destacar el interés de otorgar el mayor protagonismo y capacidad de decisión a los ciudadanos, articulando propuestas participativas de diseño y formulación de los procesos de sistematización del conocimiento en Trabajo Social, en las que todos los agentes contribuyan a la tarea. En el caso del Instrumento de Valoración y Diagnóstico, objeto de este trabajo, no ha resultado posible incluirlo, en orden a la dimensión temporal y a los resultados del análisis de la situación previa del diagnóstico social, en la atención a las personas mayores residentes en Centros de Larga Estancia.

No obstante consideramos que la participación de las personas mayores, de sus familiares e incluso de los adultos de nuestra sociedad en general, deberá ser objeto de estudio en el posterior desarrollo del mismo, en el marco de la investigación doctoral que hemos planteado.

Asimismo, resulta fundamental la necesidad de explicitar los presupuestos éticos y teóricos que dan marco a cada una de estas herramientas, teniendo, además, especial cuidado en no cercenar la realidad social, recogiendo, clasificando o tipificando, únicamente, las necesidades o los aspectos problemáticos o negativos de un situación puesto que, en ese caso, incurriríamos, una vez más, en parcelar y fragmentar la realidad social y en negarle la riqueza de toda su dimensión posible.

Como señala muy acertadamente García Herrero, la posibilidad de conseguir cambios positivos solamente puede estar fundamentada en las potencialidades individuales o grupales si se pretende que la intervención social trascienda la mera gestión de recursos o la acción puramente paliativa. «Por eso, la clave de un buen diagnóstico es identificar adecuadamente estas potencialidades, así como las circunstancias que puedan ser utilizadas para activarlas» (García Herrero, 2008: 18).

Porque un importante potencial de este tipo de herramientas y sistemas de información consiste, precisamente, en que pueden ofrecer una visión global e integrada de la información relevante en cada caso. Visión global que, para ser tal, no puede limitar la realidad meramente a sus aspectos problemáticos.

Estamos seguros de que el presente desarrollo relativo a la formalización del diagnóstico social continuará evolucionando y aportando a la disciplina el conocimiento y la sabiduría práctica acumulada a lo largo de muchos años por los trabajadores sociales. En Trabajo Social, el conocimiento de la realidad social se constituye en pilar fundamental de su práctica, y su sistematización comporta un importante paso en el desarrollo de la disciplina, al tiempo que constituye una valiosa aportación para el cumplimiento efectivo de nuestros principios éticos.

En particular, en este caso, principios tan trascendentes como son nuestro deber de compartir el conocimiento con toda la comunidad profesional, de investigar y reflexionar acerca de los objetivos y la práctica de la disciplina, a fin de asegurar la calidad de sus intervenciones, y de dominar y mejorar de forma constante la práctica de la profesión (Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 1999).

Puesto que el cumplimiento del compromiso social y ético es la esencia de nuestro ejercicio profesional, hemos querido destacar la relación fundamental que tiene el diagnóstico social, y todo sistema o herramienta que articule el conocimiento en Trabajo Social, con su objeto de estudio. Relación eminentemente dialéctica, por cuanto la realidad se modifica y se construye en la medida en que intervenimos con ella. Pero también, y de modo fundamental, en función de nuestros desarrollos teóricos, nuestro lenguaje profesional, los valores y principios éticos subyacentes al mismo y los presupuestos ideológicos desde los que analizamos, definimos y describimos la realidad social.

7. BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, Luis Enrique

- 2002 «Pierre Bordieu. El lenguaje y la comunicación: de los mercados lingüísticos la degradación mediática». <http://www.unavarra.es/puresoc/eus/es/tribuna.htm>
Consultado el 03/03/0.

ANDER EGG, Ezequiel, y AGUILAR IDÁÑEZ, María José

- 2001 *Diagnóstico Social. Conceptos y metodología*. Buenos Aires: Lumen.

ARIAS ASTRAY, Andrés

- 2003 «El problema de la elección teórica en Trabajo Social mediante estrategias empírico-positivas». <http://mastertsucm.blogspot.com/> . Consultado el 03/03/09.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA

- 2000 *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4ª edición. Barcelona.

BORDIEU, Pierre

- 2002 «El mercado lingüístico». En *Sociología y Cultura*. Méjico: Grijalbo, Conalcuta. pp. 143-158.

BRONFENBRENNER, Urie

- 1987 *La ecología del desarrollo humano*. España: Editorial Paidós.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES

- 1999 *Código Deontológico de la profesión de Trabajo Social*. Colombo. Sri Lanka.

CHU, William, y TSUI MING-SUM

- 2008 «The practice wisdom in Social Work revisited». *International Social Work* 51: 47-54. Hong Kong.

COMUNIDAD DE MADRID. CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES. SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL

- 2007 *Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores*.

EQUIPO PORTAL DE MAYORES

- 2005 «Proyecciones de la población calculadas a partir del censo de 2001». Informes portal de mayores. Madrid, [Fecha de publicación: 23/05/2005]. <http://www.imsersomayores.csic.es>

ESCALADA, Mercedes, *et al.*

- 2001 *El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES Y DE LA ASOCIACIÓN DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL

- 2004 *Ética y Trabajo Social. Declaración de Principios*. Adelaida. Australia.

GARCÍA HERRERO, Gustavo

- 2008 «Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la intervención social». Ecos de Mary Richmond. En *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. pp. 10-38.

GOFFMAN, Erving

- 2004 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

- 2009 «Encuesta de Condiciones de Vida 2007.» <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft25%2Fp453&file=inebase&L=0>

- 2009 «Avance del Padrón Municipal de Habitantes a fecha 1 de enero de 2009. Datos provisionales».
- JOURNAL CLUB RESIDENTES DE FAMILIA
2008 El paciente pluripatológico. <http://journalclubfamilia.blogspot.com/2008/05/el-paciente-pluripatologico-en-el.html>.
- KANE, Robert, y KANE, Rosalie
1993 *Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: Editorial Paidós.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y PUBLICACIONES
2006 *Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales. SIUSS. Manual de la aplicación informática*.
- O'KEFFE, Maura, y KARLS, James
2008 *Person-In-Environment Sistem Manual*. 2ª ed. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- PAJARES GIMÉNES, José Antonio (ed)
2000 *Código Civil*, 23ª ed.: Civitas Ediciones.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA DE LA LENGUA
1994 *Diccionario de la Lengua Española*. 23ª edición. España: Espasa Calpe.
- RICHMOND, Mary
2005 *Diagnóstico social*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en coedición Siglo XXI.
- SALEBEEY, Dennis (ed)
1997 *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. 2ª ed. New York: Longman.
- SCARÓN DE QUINTERO, María Teresa
1974 *El diagnóstico social*. Buenos Aires: Humanitas.
- WANDREI, Karin, y KARLS, James (ed)
2008 *Person-in-Environment. The PIE Clasification System for Social Functioning Problems*. 8ª ed. Washington, DC: National Association of Social Workers.