



BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD
EMPRESARIAL
SIGLO VEINTIUNO

Diagnóstico social

Conceptos y metodología

(2.^a edición, revisada y ampliada)

María José Aguilar Idáñez
Ezequiel Ander-Egg

Grupo Editorial Lumen
Humanitas
Buenos Aires - México

Introducción

Pocos aspectos de los métodos de acción e intervención social presentan tanta confusión y tan poco afinamiento metodológico, como el referente a los problemas prácticos de elaboración de diagnósticos sociales. De ordinario, suelen existir dificultades para diferenciarlo claramente del estudio-investigación, y no son pocos quienes directamente piensan que un diagnóstico es una interpretación de los datos recabados en dicho estudio. Esta falta de claridad conceptual se traduce en confusión metodológica y tiene como consecuencia práctica la falta de métodos y técnicas que, en el nivel procedimental, ayuden a los trabajadores sociales y a los diferentes profesionales de los servicios sociales en la tarea de realizar diagnósticos sociales. Por ello, podemos afirmar que, de todos los componentes metódicos que subyacen en las diferentes modalidades y formas de intervención social, sin duda es el diagnóstico el que metodológicamente está menos desarrollado y elaborado.

Este “subdesarrollo metodológico” del diagnóstico social acarrea, por otra parte, no pocos problemas en los componentes subsiguientes (fundamentalmente en la planificación y programación), ya que, al no elaborarse buenos diagnósticos o no emplearse adecuadamente, los programas y proyectos que se diseñan suelen estar “desconectados” de la realidad concreta, disminuyendo considerablemente la potencial eficacia de la intervención, además de carecer —por lo general— de una estrategia de acción adecuada a las circunstancias específicas que se afrontan.

Nuestras primeras reflexiones sobre diagnóstico social se publicaron en el año 1964, y fueron reelaborándose paulatinamente a lo largo de casi treinta años, siempre como parte de libros más amplios. En 1995 elaboramos una obra unitaria y monográfica sobre el tema, totalmente nueva en relación con nuestros escritos anteriores, y que se vio enriquecida por el trabajo de investigación y la experiencia práctica que emprendimos juntos hace más de quince años, para profundizar en los diferentes métodos de intervención social.

Sin embargo, este libro tampoco es ajeno a las limitaciones que mencionamos, relativas a las dificultades y escasa literatura disponible sobre el tema. No obstante, hemos realizado un esfuerzo por superar confusiones, especialmente la que se produce entre investigación y diagnóstico (muy frecuente en los libros de metodología del trabajo social). Asimismo, hemos procurado realizar algunas precisiones conceptuales para comprender el significado teórico-práctico del diagnóstico social. De manera particular, y a través de lo que la práctica nos ha enseñado mostrando nuestras insuficiencias, hemos procurado mejorar los aspectos estrictamente metodológicos y procedimentales. Esta última cuestión constituye, en relación con anteriores publicaciones, un componente totalmente nuevo de la obra. Para su aplicación práctica, mucho nos hemos enriquecido en los siete últimos años, al incursionar en el campo de la educación para la salud.

Amigo/a lector/a: este libro es otro paso, más evolucionado y meditado que los anteriores, de nuestro trabajo teórico, metodológico y práctico, en relación con los métodos de intervención social. La versión que ahora presentamos constituye una ampliación, corregida y mejorada, de la publicada en 1995, en la que se incluyen una serie de nuevos párrafos y apartados, además de varios anexos técnicos inexistentes en aquella primera edición.

MARÍA JOSÉ AGUILAR Y EZEQUIEL ANDER-EGG,
primavera de 1999, en Albacete.

Si pudiéramos primero saber dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos, podríamos juzgar mejor qué hacer y cómo hacerlo.

ABRAHAM LINCOLN

Capítulo 1

Qué es un diagnóstico social

1. Algunas cuestiones preliminares para comprender mejor la naturaleza del diagnóstico social
2. Naturaleza del diagnóstico social
3. Finalidad del diagnóstico social
4. Definición operativa del diagnóstico social

El propósito central de este primer capítulo es precisar el concepto de diagnóstico social. Ésta es una tarea que se impone dentro del trabajo social y de otras formas de intervención social. A título indicativo de esta situación, cabe recordar que, de ordinario, cuando se trata del proceso general metodológico, lo referente al diagnóstico social no suele ser objeto de especial tratamiento. Lo más frecuente es que se lo incluya como una parte de otra fase o momento. De ahí, "la madre de las confusiones": en algunos casos incluyéndolo como si se tratase de una misma cosa que la investigación. En otras circunstancias, el diagnóstico es considerado como parte de la planificación. Otros hablan de diagnóstico participativo, como si hacer un diagnóstico se redujese a conversar con la gente acerca de sus problemas, prescindiendo de técnicas o procedimientos más o menos formalizados... La conclusión más importante o, por lo menos, la más significativa que extraemos de esta nebulosa, es la necesidad de precisar el significado y alcance del diagnóstico social.

Hace más de veinte años, una trabajadora social uruguaya, Teresa Scarón de Quintero, en uno de los pocos libros publicados sobre el diagnóstico social, llama la atención "sobre el inmenso vacío" que existe en el tratamiento de este tema. Según esta autora, "no sólo escasea la bibliografía específica, sino que, aun en los textos y manuales que tratan de la metodología, los enunciados sobre el diagnóstico como etapa del proceso ocupan un volumen de páginas sensiblemente inferior al resto". A pesar del tiempo transcurrido desde que el libro fue escrito, esta afirmación mantiene su validez. Poco se ha escrito y poco se ha elaborado sobre el diagnóstico social, tanto en sus aspectos teóricos, como en los prácticos que hacen a la forma de llevarlo a cabo. "Todo esto pone de manifiesto —volvemos a Scarón de Quintero— que el diagnóstico es una etapa apenas abordada, apenas estudiada, frente a la cual los distintos autores mantienen, o bien una actitud prescindente, o bien una postura equivocada, al confundir su verdadero significado."¹

Procuraremos no eludir el cuerpo del tema. Y, si no logramos precisar suficientemente el concepto de diagnóstico social, al menos trataremos de no confundir.* Y ¡vaya que hay confusión!, como indicamos al comienzo de este capítulo.

1. Algunas cuestiones preliminares para comprender mejor la naturaleza del diagnóstico social

Antes de introducirnos en el tratamiento de la cuestión propuesta en este capítulo, nos parece oportuno plantear algunas consideraciones previas que pueden ayudarnos a la comprensión de la naturaleza de un diagnóstico:

- a. Etimología del término.
- b. El uso del concepto de diagnóstico en el campo de la medicina y su “traspaso” a las ciencias sociales y a las metodologías de intervención social.
- c. El uso del término “diagnóstico” en uno de los textos fundacionales del trabajo social.
- d. “Conocer para actuar”, como principio fundamental en que se basa la necesidad de realizar un diagnóstico.
- e. El diagnóstico social como nexo o bisagra entre la investigación y la programación.

a. Etimología del término

El término “diagnóstico” proviene del griego *diagnostikós*, formado por el prefijo *día*, “a través”, y *gnosis*, “conocimiento”, “apto para

* Nos preguntamos (y preguntamos a los que han leído el libro *Diagnóstico social*, aquí citado): ¿cuántos/as trabajadores sociales han realizado los diagnósticos “por medio de modelos” que propone la co-autora, Nélida Genisans? El capítulo titulado “El juicio-diagnóstico” es un buen ejemplo de cómo confundir y complicar con formalismos metodológicos lo que el método científico y el buen sentido pueden hacer más operativo, utilizable y realizable.

conocer”. Se trata, pues, de un “conocer a través”, de un “conocer por medio de”. Esta breve referencia a la estructura verbal del término nos sirve como primera aproximación para precisar el concepto que queremos dilucidar.

Con este alcance y significado que surge de la misma etimología del término, la palabra “diagnóstico” es utilizada en diferentes circunstancias, para hacer referencia a la caracterización de una situación, mediante el análisis de algunos síntomas. Como término técnico-profesional, ha sido ampliamente empleado en la medicina, desde hace muchas décadas. Esto, naturalmente, ha dado su impronta al uso que luego se le dio en otros campos, particularmente en las ciencias sociales. Veremos ese “traspaso” del término de la medicina a las ciencias sociales para constituir uno de los elementos clave de los métodos de intervención social.

b. El uso del concepto de diagnóstico en el campo de la medicina y su traspaso a las ciencias sociales y a las metodologías de intervención social

Otra forma de aproximarnos al concepto de diagnóstico social consiste en analizar el “traspaso” de este concepto desde la medicina a las ciencias sociales y a las diferentes metodologías de intervención social (trabajo social, educación de adultos, animación sociocultural, desarrollo de la comunidad, etc.). Estas consideraciones nos parecen relevantes, en cuanto que el concepto de diagnóstico social —*mutatis mutandis*— es similar en ciertos aspectos al de diagnóstico clínico, tal y como lo conciben y realizan los médicos.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, es interesante hacer referencia a lo que en medicina se entiende por diagnóstico clínico y al procedimiento utilizado por los médicos para su realización. En este campo de actuación profesional, la palabra designa los procedimientos utilizados para averiguar el estado de salud de una persona, o el carácter de su enfermedad, mediante el examen de su sintomatología, a fin de prescribir el tratamiento más adecuado.

Por lo que se refiere a la forma de hacer un diagnóstico clínico, las líneas generales de la actuación profesional del médico pueden resumirse en lo siguiente:

- El médico, cuando va a atender a un paciente, lleva consigo:
 - todo su bagaje de conocimientos teóricos que comporta su formación profesional;
 - toda su experiencia personal (que incluye tanto lo profesional como el modo de relacionarse con la gente).
- Cuando está con el paciente:
 - lo examina físicamente, haciendo especialmente una auscultación de aquellos sistemas orgánicos que más relación pudieran tener con lo que le está pasando;
 - le hace preguntas para informarse acerca de lo que siente;
 - recurre a su historia clínica (antecedentes).
- Detectada la enfermedad (el problema), procede a:
 - determinar los factores que la han producido;
 - de algún modo, establecer también qué le pasaría al paciente en el caso de que no realizase ningún tratamiento a su mal.
- En algunos casos, encarga el análisis sobre cuestiones puntuales a otros especialistas (bioquímico, radiólogo, etc.).
- Con estas informaciones y teniendo en cuenta las observaciones realizadas de manera directa, el médico procede a:
 - evaluar la situación del paciente;
 - calificar la enfermedad según los síntomas que advierte;
 - considerar los medios o formas de lograr la curación.
- Para esto último tiene en cuenta:
 - los recursos y medios disponibles, incluyendo en ello desde el potencial genético de la persona hasta su situación socioeconómica, pasando por todo lo que implica su medio ambiente, o la tecnología sanitaria disponible.

Esta simple enumeración, aun lejos de ser exhaustiva (en cuanto a explicación de cómo se hace un diagnóstico clínico), nos revela unas líneas y aspectos sustantivos en el modo de realizarlo. Cuando nos ocupemos específicamente del diagnóstico social, importará recordar este modo procedimental.

Las cuestiones que hemos planteado hasta aquí pueden considerarse como los aspectos metódicos en lo que concierne a la realización de

un diagnóstico médico. Sin embargo, hay otros dos aspectos que nos parecen particularmente significativos para hacer un buen diagnóstico, ya sea clínico o social.

- Si bien el médico (lo mismo que un trabajador social, educador, animador, etc.), al hacer un diagnóstico, se apoya en un conjunto variado y complejo de conocimientos científicos y de carácter profesional (mayores o menores según sea su nivel de preparación), tiene también una experiencia profesional acumulada, en la que habrá incorporado elementos positivos (en el sentido de que ayudan a un quehacer profesional más eficaz), pero habrá incorporado también otros que no ayudan mucho, y puede asimismo haber adquirido hábitos que no ayudan a su quehacer específico.
- Al segundo aspecto extra-metodológico, lo consideramos más importante aún: hace referencia al proceso de comunicación en el marco de la relación médico-enfermo. Se trata de un proceso dialéctico/interactivo y retroalimentado entre dos personas, que va mucho más allá del intercambio de información. Ahora bien, si esta interrelación se da en un ambiente de respeto, de empatía y de calidez humana, no sólo se da una mayor satisfacción al usuario y es en sí misma una forma de terapia, sino que crea también las condiciones para que el paciente se manifieste más libre y profundamente, lo que facilitará la tarea de realización del diagnóstico.²

Mejorar las habilidades y cualidades del médico (como de cualquier profesional de la acción social) para relacionarse mejor con el paciente es también mejorar la capacidad para hacer diagnósticos. Afirmando esto porque, para hacer un buen diagnóstico, no basta saber cuál es la información necesaria, hay que saber también cómo conseguirla. Una buena relación humana médico-paciente permite obtener más y mejor información para elaborar el diagnóstico. Para que esto sea posible, tenemos que:

- establecer buenas relaciones;
- desatar un proceso de retroalimentación en la interacción médico-paciente;

- tener capacidad de escucha activa y empatía;
- excluir todo prejuicio respecto al paciente, ya sea por su clase social, raza, religión, sexo, edad, etc.;
- estimular su participación a fin de que esté predispuesto a identificar sus problemas y encontrar vías de solución.

El uso y alcance del término, y la práctica médica consiguiente, pueden ayudarnos a comprender la naturaleza del diagnóstico social, habida cuenta de que en las metodologías de intervención social y en las ciencias sociales se utiliza con un alcance similar.

Sin embargo, y aunque el símil entre diagnóstico clínico (paciente/médico) y diagnóstico social (usuario/trabajador social) se encuentra relativamente extendido y presenta muchas semejanzas por tratarse de un diagnóstico personal individualizado, al trasladar la comparación clínico-social al terreno grupal y comunitario, conviene aclarar ciertos extremos que eviten equívocos que a veces son frecuentes, y que se producen fundamentalmente desde el ámbito de la medicina comunitaria, cuyas aportaciones han tenido y tienen influencia en los diversos campos de intervención social, no sólo en el de la salud. "En primer lugar, la medicina comunitaria y la medicina clínica presentan un panorama muy distinto en lo que se refiere al diagnóstico de los problemas. Así, en esta última existe un procedimiento bien delimitado y adaptado a la taxonomía clínica, que permite identificar y clasificar los problemas de salud: la anamnesis y la exploración física complementaria. En cambio, la medicina comunitaria debe recurrir a un conjunto de métodos y técnicas diversos, cuyas condiciones presentan numerosos problemas de operatividad y que, además, no se encuentran en correspondencia con ninguna taxonomía de 'síndromes comunitarios' legitimada o al menos ampliamente consensuada."³ Otra diferencia radica en el hecho de que, en la medicina, suele aceptarse que el diagnóstico debe preceder siempre a la intervención. En el caso de las diferentes formas y metodologías de intervención social, esto no siempre es así: muchas veces el diagnóstico se realiza a la vez que se desarrollan ciertas actividades e intervenciones con la población.

c. El uso del término "diagnóstico" en uno de los textos fundacionales del trabajo social

Quisiéramos recordar que el primer libro en el que se hizo una sistematización de los métodos de intervención social, publicado en 1917 y escrito por Mary Richmond, se tituló *Social Diagnosis*. Respecto a este libro, que es un hito fundamental en la historia del trabajo social, quisiéramos hacer dos observaciones:

- El diagnóstico social (en el que se incluye también el tratamiento) está concebido de acuerdo con el modelo de actuación profesional de la medicina; ello no es de extrañar, ya que Mary Richmond realizó buena parte de su trabajo junto a un médico. En otras palabras: lo primero que se planteó sobre el diagnóstico social se elaboró sobre el modelo médico-clínico y tiene que ver con lo que hemos hablado sobre el traspaso de este concepto del campo de la medicina al de las ciencias y tecnologías sociales.
- Otro aspecto que quisiéramos señalar es el proceso que propone Mary Richmond para realizar un diagnóstico social, aunque ella incluye en el libro todas las fases del proceso de intervención social. Comienza con lo que ella llama la "evidencia social" (los hechos que, tomados en su conjunto, indican la naturaleza de las dificultades sociales de un determinado cliente y los instrumentos para su solución). Sigue luego con las "inferencias", que para Richmond son el "proceso racional por el cual pasamos de hechos conocidos a hechos desconocidos". A partir de "evidencias e inferencias", se inicia el proceso hacia el diagnóstico, que explica a través de los procedimientos que se utilizan y que comporta cuatro fases:
 1. Entrevista con el cliente.
 2. Primeros contactos con la familia inmediata del cliente.
 3. Búsqueda de otras fuentes y uso de la intuición.
 4. Cuidadosa ponderación de cada uno de los ítems estudiados y la interpretación de todos los datos recopilados.⁴

La importancia otorgada al diagnóstico social por parte de Mary Richmond, unido a la vigencia de muchos de sus planteamientos a pesar del tiempo transcurrido desde la aparición de su obra, justifica que nos detengamos a examinar algunas de sus aportaciones.* Ella describe el diagnóstico social como "el intento de efectuar con la mayor precisión posible una definición de la situación y personalidad de un ser humano con alguna carencia social; es decir, de su situación y personalidad en relación con los demás seres humanos de los que dependa en alguna medida o que dependan de él, y en relación también con las instituciones sociales de la comunidad".⁵

d. "Conocer para actuar", principio fundamental en el que se basa la necesidad de realizar un diagnóstico

Este principio está en contradicción con buena parte de la práctica de las ciencias sociales. Frente al cúmulo de estudios y diagnósticos realizados y los pocos problemas resueltos con los estudios sociales, un observador externo podría pensar que los diagnósticos se hacen con el propósito de "conocer por conocer", como si se tratase tan sólo de "saber qué pasa". Buena parte de los "diagnosticadores" son una suerte de investigadores académicos no comprometidos. Poco les importa lo que se vaya a hacer con sus estudios y diagnósticos. Lo que les importa es cobrar su trabajo. Como dice Pedro Demo, tan acertadamente, "montón de investigaciones para ninguna solución, mero estudio sin aplicación práctica, simple ejercicio académico, por cuestión de método, no de realidad".⁶

La necesidad de realizar un diagnóstico (y la investigación que le sirve de sustento) está basada en el principio de que es **necesario conocer para actuar con eficacia**. Dicho más brevemente y utilizando la conocida frase de Augusto Comte (que él aplicaba a la sociología),

* Lamentablemente, el libro de M. Richmond *Social Diagnosis* no ha sido traducido al castellano de forma completa. Sólo la traducción íntegra del prefacio, junto a un resumen muy breve de la obra, apareció publicado por primera vez en español en la obra de E. Ander-Egg, *Historia del trabajo social*, en 1975. Más recientemente, en 1995, se publican tres de los veintiocho capítulos de la obra, como agregado a una reedición de otro libro de la autora: *Caso social individual*. Para facilitar el acercamiento a la obra *Social Diagnosis*, reproducimos en un anexo la traducción del prefacio y resumen del libro, que se editó en 1975.

diremos que es un **conocer para actuar**.

En este sentido, todo diagnóstico social representa una de las fases iniciales y fundamentales del proceso de intervención social. Constituye uno de los elementos clave de toda práctica social, en la medida en que procura un conocimiento real y concreto de una situación sobre la que se va a realizar una intervención social y de los diferentes aspectos que es necesario tener en cuenta para resolver la situación-problema diagnosticada. El hacer esto (el diagnóstico) ofrece una mayor garantía de eficacia en la programación y ejecución de actividades. Utilizando una expresión de Kurt Lewin, podemos decir que el diagnóstico debe servir para "esclarecer el quehacer profesional en el manejo de los problemas sociales específicos".⁷

Un diagnóstico no se hace sólo para saber qué pasa. Se elabora —como examinaremos más detenidamente en el párrafo 3— con dos propósitos bien definidos, orientados ambos a la acción:

- En primer lugar, ofreciendo una información básica que sirva para programar acciones concretas. Esta información será más o menos amplia, según se trate de elaborar un plan, un programa, un proyecto, o simplemente realizar determinadas actividades.
- En segundo lugar, se trata de proporcionar un cuadro de situación que sirva para seleccionar las estrategias de actuación más adecuadas.

e. El diagnóstico social como nexo o bisagra entre la investigación y la programación

Ya hemos hecho referencia al comienzo de este capítulo a la confusión existente en algunos autores, que incluyen el diagnóstico en la planificación. No es un error grave, pero se presta a cierta confusión conceptual y operativa. Otros consideran el diagnóstico como una parte de la investigación; aquí la confusión es mayor y más grave, entre otras cosas, porque las habilidades para diagnosticar no son las mismas que las capacidades que se necesitan para investigar.

El diagnóstico social es un nexo entre la investigación y la programación; tiene una función "bisagra" entre una y otra fase del proceso metodológico. Sin investigación previa, no puede haber diagnóstico (al menos, un diagnóstico medianamente serio) y, sin apoyarse en un diagnóstico, no se puede hacer una buena programación.

Veamos algo más sobre la confusión entre investigación y diagnóstico: se pueden hacer estudios sobre problemas sociales, sin que ellos sean un diagnóstico, en el sentido estricto del término. El diagnóstico comporta algo más que una investigación. En un **estudio** sobre problemas sociales, se recogen y sistematizan, se relacionan, se analizan y se interpretan datos e informaciones sobre estos problemas. En un **diagnóstico**, además, hay que comprender los problemas de cara a la acción. Esto supone conocer:

- Cuáles son los problemas (en un análisis sincrónico y diacrónico de los mismos), el porqué de esos problemas en una situación determinada.
- Cuál es el contexto que condiciona la situación-problema estudiada.

(Hasta aquí, todo esto podría ser parte del estudio/investigación.)

- Cuáles son los recursos y medios disponibles (o a los que se puede acceder a medio plazo) para resolver estos problemas.
- Cuáles son los factores más significativos que influyen, condicionan o determinan la situación, y los actores sociales implicados en la misma.
- Cuáles son las tendencias previsibles en el futuro, cómo se prevé que puede ir evolucionando la situación, según las diversas opciones de intervención y no intervención en ella.
- Qué decisiones hay que adoptar acerca de las prioridades y estrategias de intervención.
- Cuáles son los factores contingentes que condicionan la viabilidad y factibilidad de una intervención social.

En lo referente a los diagnósticos sociales, en cuanto nexos entre la investigación y la planificación, suelen darse dos insuficiencias:

- En ciertas circunstancias, en la realización del estudio/investigación se estudian fenómenos o hechos, o bien se recoge información, que luego no se utiliza en el diagnóstico.
- En la fase posterior (programación o elaboración del programa o proyecto, según los casos), se dan "rupturas" o "saltos" entre los resultados del diagnóstico y la elaboración del proyecto. Esto significa que se decide hacer o proyectar actividades sin relación con lo diagnosticado o, al menos, sin fundamentarlas en los datos recogidos y sistematizados.

2. Naturaleza del diagnóstico social

Ya hemos hecho una aproximación preliminar al concepto de diagnóstico social. Si queremos ahondar en la naturaleza del mismo, hemos de tener en cuenta algunas cuestiones que nos parecen sustantivas:

- a. El diagnóstico como una fase o momento de los métodos de intervención social.
- b. El diagnóstico como forma de utilizar los resultados de una investigación aplicada de cara a la acción.
- c. El diagnóstico como unidad de análisis y síntesis de una situación-problema.
- d. El diagnóstico nunca es algo totalmente terminado, es un "instrumento abierto", siempre está haciéndose.
- e. Un diagnóstico adquiere su significado más pleno en la medida en que se hace una adecuada contextualización de la situación-problema diagnosticada.

a. El diagnóstico es una fase o momento de los métodos de intervención social

Ésta es la primera cuestión que parece importante dilucidar. Se trata de situar el diagnóstico dentro del proceso global de los métodos de intervención social. Como es harto conocido, todas las formas o modalidades de intervención social están configuradas por la integración y fusión de diferentes fases o momentos lógicos de una estrategia de actuación. Estos momentos se dan dentro de un proceso encabalgado y retroactivo (no fásico, como puede inducir a pensar su formulación). Por otra parte, el proceso puede tener inicio en cualquiera de estos momentos. Esta estructura metódica subyacente (o estructura básica de procedimiento) comporta cuatro aspectos principales y es independiente del campo de intervención; todos ellos se relacionan con el diagnóstico, tal como expresamos en el siguiente esquema:

Estudio-investigación,

que culmina en un **diagnóstico** de la situación-problema, que sistematiza los datos para su comprensión.

Programación,

que se apoya en los resultados del **diagnóstico**, para formular propuestas de intervención con garantías de éxito y eficacia.

Ejecución,

que tiene en cuenta el **diagnóstico** para establecer la estrategia operativa y la implementación de las acciones.

Evaluación,

que se puede hacer sobre y en diferentes momentos del proceso, entre ellos el **diagnóstico**, en cuanto expresará una situación inicial que sirve como punto de referencia de la situación objetivo a la que se quiere llegar, o como elemento de comparación para valorar los cambios producidos.

b. El diagnóstico, como forma de utilizar los resultados de una investigación aplicada de cara a la acción

Cuando se habla de investigación, se suele establecer una diferencia entre la investigación **básica** y la investigación **aplicada**. El criterio con que se hace esta distinción tiene en cuenta el propósito principal con que se aborda el estudio de algún problema en la investigación:

- La **investigación básica, pura o fundamental** tiene como propósito principal acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas. Es más formal y persigue propósitos teóricos en el sentido de aumentar el acervo de conocimientos de una determinada teoría.
- Por su parte, la **investigación aplicada** guarda íntima relación con la anterior, pues depende (en ciertos aspectos) de los descubrimientos y avances de la investigación básica, enriqueciéndose de ellos. Se trata de investigaciones que se caracterizan por su interés en la aplicación, utilización y consecuencias prácticas de los conocimientos que se adquieren. Se puede decir, asimismo, que la investigación aplicada busca el "conocer para hacer", para actuar; ya sea con el propósito de modificar, mantener, reformar o cambiar radicalmente algún aspecto de la realidad social. Le preocupa la aplicación más o menos inmediata de los conocimientos adquiridos acerca de una realidad circunstancial. No está orientada al acrecentamiento del acervo científico, ni al desarrollo del discurso teórico.

Todo diagnóstico se apoya siempre en una investigación aplicada. Se trata de realizar un estudio con la finalidad de tener conocimientos para producir cambios inducidos y/o planificados. O bien con el objeto de resolver problemas, satisfacer necesidades, desarrollar potencialidades, o para actuar sobre algún aspecto de la realidad social.

c. El diagnóstico como unidad de análisis y síntesis de la situación problema

El diagnóstico debe ser una unidad de análisis y síntesis de la situación-problema que sirve de referencia para la elaboración de un programa de acción. Consecuentemente, en el diagnóstico se debe hacer una descripción de los elementos y aspectos integrantes de una realidad que es motivo de estudio. Pero, al mismo tiempo, hay que establecer la interconexión e interdependencia de los mismos, de modo que las partes queden estudiadas como constituyendo un todo estructurado e indisoluble.

Lo que en un momento es separado a los efectos del análisis (éste consiste precisamente en examinar las partes de un todo), luego hay que integrarlo para mostrar el lugar y papel de cada parte en el sistema de una totalidad, en la que existe una unidad dialéctica indisoluble de cada uno de los elementos. En otras palabras, de lo que se trata es de aplicar simultáneamente dos métodos lógicos: el **análisis** y la **síntesis**. De este modo, el diagnóstico es un cuerpo de conocimientos analíticos/sintéticos, pertenecientes a una realidad concreta y delimitada sobre la que se quieren realizar determinadas acciones, planificadas y con un propósito concreto.

d. Un diagnóstico nunca es algo terminado, es un “instrumento abierto” que siempre está haciéndose

Un diagnóstico debe estar abierto a incorporar nuevos datos e información, nuevos ajustes derivados de nuevas relaciones e interdependencias que se establecen a partir de los datos disponibles o de nuevos datos que se van obteniendo.

Desde esta perspectiva, el diagnóstico constituye una fase o momento del proceso metodológico —y a la vez un instrumento operativo— que se va completando y enriqueciendo de manera permanente. Toda intervención en la realidad genera una dinámica que va planteando nuevos interrogantes, va reformulando problemas y va haciendo luz

sobre cuestiones que no se habían considerado suficientemente, o simplemente eran lagunas del diagnóstico.

Y, en la medida en que el proceso de trabajo es verdaderamente participativo, la misma gente va a abrir nuevos horizontes de problemas que permitirán descubrir áreas o aspectos no explorados, señalar deficiencias e ir rectificando y aportando nuevos elementos que enriquecen y mejoran el diagnóstico.

Este carácter de “instrumento abierto” o de “herramienta de trabajo no terminada”, que tiene todo diagnóstico, conduce a una reelaboración permanente del mismo, enriquecido a su vez por la relación entre el trabajador social y las personas con las que y para las que trabaja; más aún si se emplean métodos y técnicas de intervención social participativas.

Para resumirlo brevemente, hacemos nuestras las palabras de Mary Richmond cuando afirma: “El diagnóstico completo —de hecho, el diagnóstico correcto— no siempre es posible, ni siquiera cuando se dispone del tiempo suficiente... Ningún diagnóstico es definitivo.” Pues los descubrimientos tardíos de un caso o situación pueden contribuir a aclarar y comprender mejor las causas del mismo y sus factores condicionantes, por lo que “no es ningún disparate afirmar que la investigación continúa a medida que lo hace el tratamiento” y durante todo el proceso de intervención.⁸

e. Un diagnóstico adquiere su significado más pleno en la medida en que se hace una adecuada contextualización de la situación-problema diagnosticada

En otras palabras: el problema en sí (que ha sido estudiado e investigado) debe ser contextualizado como un aspecto de la totalidad social del que forma parte. Para esta contextualización, proponemos un abordaje sistémico/ecológico/dialéctico. Veamos en qué consiste.

Entendemos por “sistema” a un todo unitario y organizado compuesto de dos o más partes (elementos, componentes o subsistemas) que, por su misma naturaleza, constituyen una complejidad organizada. Todo sistema puede considerarse, a la vez, como un todo o como

parte de un todo mayor. No se puede cerrar un sistema como totalidad, sino que hay que considerarlo entre los sistemas de sistemas de que forma parte.

Decimos, en primer lugar, que el modo de abordaje debe ser **sistémico**. La realidad es sistémica, los problemas son sistémicos; consecuentemente, el modo de abordaje debe ser sistémico. Cada hecho, fenómeno o proceso que se analiza y cada acción o intervención que se propone, debe ser considerada como un aspecto de la totalidad social de la que forma parte. Sólo dentro del sistema que lo incluye, se entiende la significación última de algún aspecto de la realidad.

Afirmamos una segunda dimensión de este modo de abordaje, diciendo que es **ecológico**, porque un enfoque que considere los problemas sociales ha de tener en cuenta que nada ocurre de modo aislado. Nada ni nadie actúa en completa independencia. En la realidad social existe una complicada red de intercambios y retroacciones, a la que puede aplicarse una de las leyes de la ecología que dice: "todo está relacionado con todo" o "todo está relacionado con lo demás".

Este enfoque o perspectiva es válido para los modelos de intervención social. El tratamiento de los problemas (individuales, grupales o colectivos) que no tenga en cuenta los efectos, interacciones y retroalimentaciones que existen entre los diferentes subsistemas, es un modo de abordaje de la realidad que se considera inadecuado para la interpretación y comprensión de los fenómenos y procesos sociales, y para actuar sobre ellos.

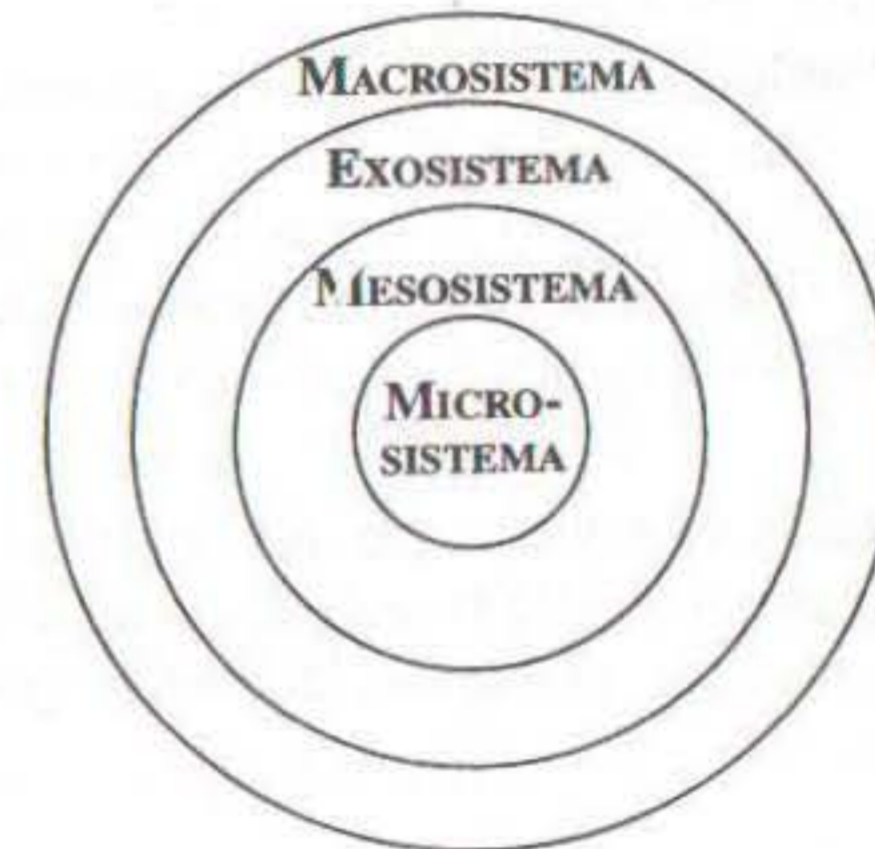
Todo esto puede formularse de una manera mucho más precisa, teniendo en cuenta la distinción de los diversos niveles ecológicos que propuso Urie Bronfenbrenner.⁹ Siguiendo a este autor, se pueden distinguir cuatro niveles:

- El **macrosistema** que, a veces, se llama la escala macrosocial. Constituye el marco general más englobante.
- El **exosistema**: se trata de un marco más inmediato, donde el individuo o grupo desarrolla su vida, pero en el que no interactúa "cara a cara". Sin embargo, en ese marco "pasan cosas que les afectan" o que inciden en sus vidas. En este ámbito se da una

multiplicidad de planos y niveles de intercambios, interacciones y retroacciones en las que están inmersos aquellos que son los destinatarios de los programas, actividades o servicios sociales.

- El **mesosistema**, constituido por el conjunto de microsistemas que configuran redes de interacciones y que supone que el individuo o grupo actúa en una multiplicidad de marcos.
- El **microsistema**, donde los individuos y grupos actúan "cara a cara". Es un ámbito de cercanía vital, como es la tarea en el aula dentro de una escuela, la relación en el seno de una familia, etc.

Estos cuatro niveles pueden expresarse gráficamente del siguiente modo:



Y el modelo es también **dialéctico**, en cuanto procura captar el movimiento mismo de la realidad, cuyas partes están en relación activa, causada por el choque de los contrarios. Este abordaje supone:

- Un **enfoque holístico o totalizador**, donde cada elemento de la realidad es captado en su articulación dinámica con el conjunto o sistema global. Desde una perspectiva holística, el todo determina la naturaleza de las partes, y las propiedades de éstas se explican a partir de las propiedades del todo, sin que ello agote la explicación de las partes.
- **Superación de la dicotomía teoría y práctica**, como si fueran elementos contrapuestos y no interrelacionados. Lo que importa

cuando se realiza un diagnóstico de cara a una intervención social es tener en cuenta la reciprocidad de funciones entre una y otra.

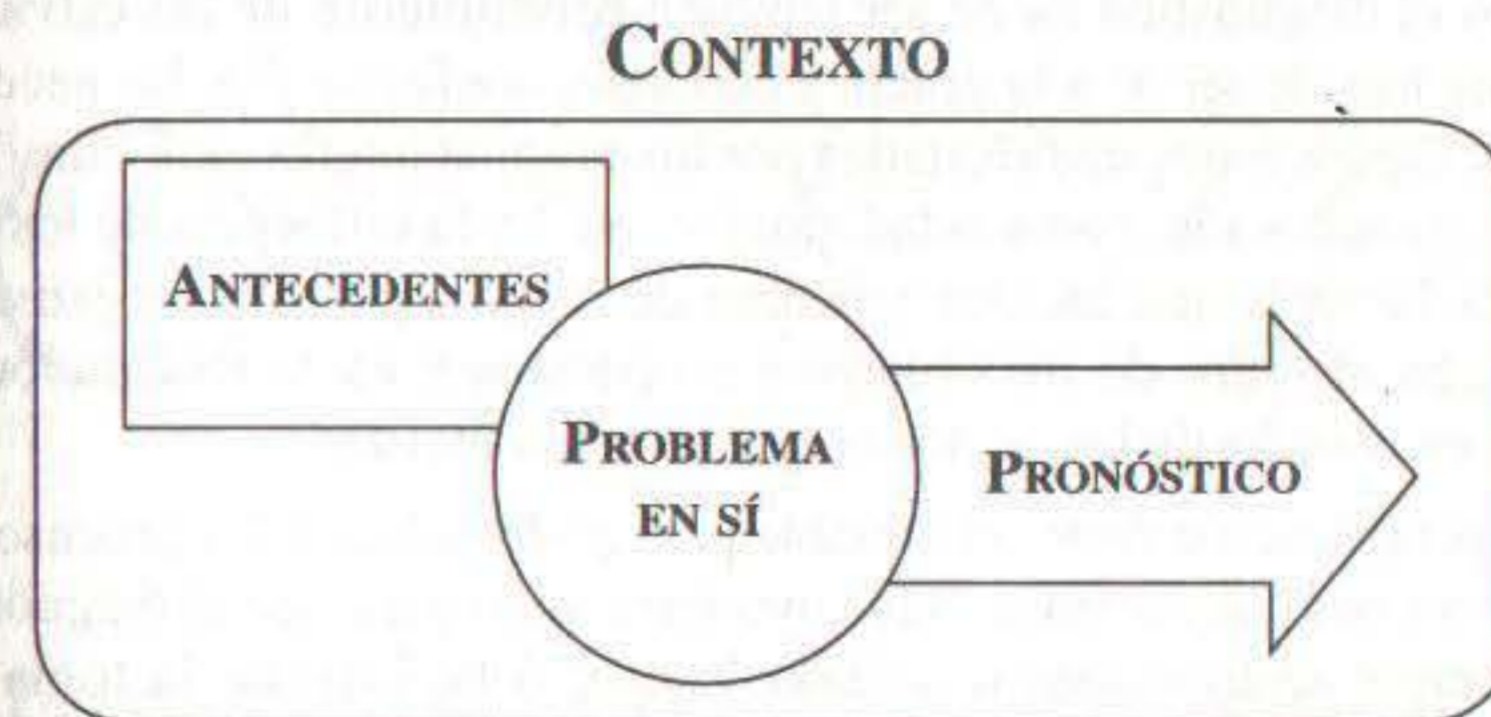
- **Pensamiento crítico**, puesto que la realidad no sólo es “lo dado”, sino también “lo posible” que hay que proponer y realizar. Se trata, como diría Mannheim, de trascender la realidad en su “forma histórica concreta de existencia social”, para ser capaces de pensar un futuro diferente.
- **Función desmitificadora**, que consiste en quitar los “velos” que encubren la realidad y que permiten servidumbres sin que nadie se aperciba de ello. La realidad comienza a ser desmitificada, desde el momento en que comenzamos a dudar de que “lo dado” es lo que “debe ser”.
- **Perspectiva utópica**, en cuanto desentrañamiento e invención de un futuro diferente. El pensamiento utópico se apoya en la realidad histórico-social del presente, pero polarizado por el horizonte de un futuro inédito pero deseable. Este carácter de la utopía es un factor dinamizador y de cambio social.

Dicho esto, debemos subrayar un par de cuestiones que, no por obvias, dejan de ser importantes. En la realización de la tarea de contextualización de una situación problema, fácilmente pueden cometerse dos tipos de errores:

- Excesiva preocupación por explicar la totalidad, con lo cual el diagnóstico queda perdido en las consideraciones generales sobre la situación contextual. A veces se dicen generalidades que ya se conocen y no se agrega nada al diagnóstico de una situación concreta.
- Inadecuada presentación de la realidad que no permite contextualizar el diagnóstico: un análisis de la realidad social presentado de manera atomizada, fraccionada o dispersa difícilmente brinda elementos para descubrir relaciones e interconexiones que permitan contextualizar los problemas y necesidades dentro de la situación más amplia que los condiciona.

Extrema generalización en torno a problemas globales que no se relacionan directamente con el diagnóstico, en un caso; inadecuada e insuficiente contextualización, en el otro.

Todo lo dicho, referente a la contextualización de un diagnóstico, podemos resumirlo en el siguiente cuadro:



3. Finalidad del diagnóstico social

Un diagnóstico no se hace sólo para saber “qué pasa”. Se realiza también para saber “qué hacer”. De ahí que sean dos los propósitos, o las finalidades últimas del diagnóstico:

- servir de base para programar acciones concretas;
- proporcionar un cuadro de situación que sirva para seleccionar y establecer las estrategias de actuación.

De ordinario, siempre se ha mencionado la primera de las finalidades indicadas, pero muy pocas veces se piensa en el diagnóstico como un elemento importante y significativo que puede ayudar a sortear los obstáculos y dificultades que obstruyen la realización de un determinado proyecto, o un conjunto de actividades.

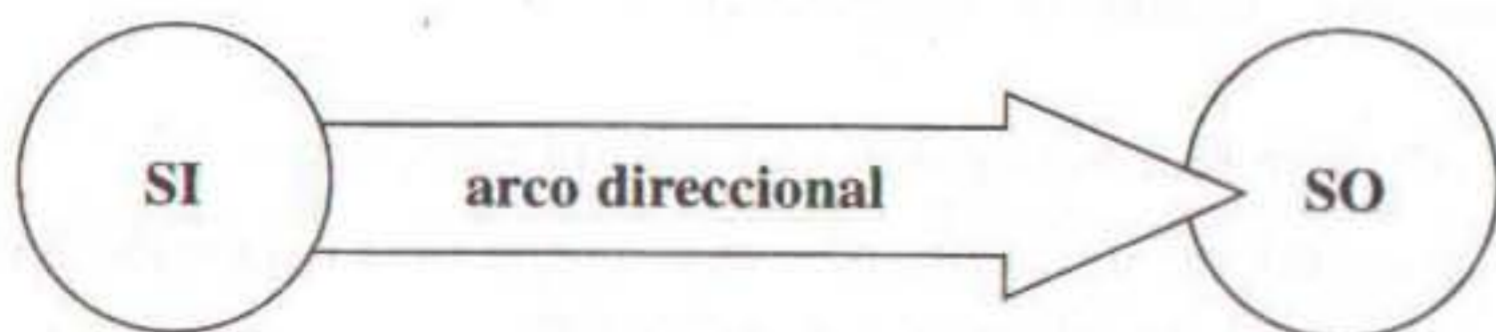
Cuando hablamos de **servir de base para programar acciones concretas**, estas “acciones” pueden ser parte de un plan, de un progra-

ma, de un proyecto, un servicio o, simplemente, de un conjunto de actividades más o menos articuladas entre sí. En otras palabras: a partir de los datos sistematizados del diagnóstico, se diseñan las operaciones y acciones que permiten enfrentar de manera permanente (con la mayor organización y racionalidad posible) los problemas y necesidades detectados en el mismo.

Pero el diagnóstico ha de ser también **fundamento de las estrategias** que han de servir a la práctica concreta, conforme con las necesidades y aspiraciones manifestadas por los propios interesados (familia, grupo, organización, comunidad, pueblo, etc.) y la influencia de los diferentes factores que inciden y actúan de manera positiva, negativa o neutra, en el logro de los objetivos propuestos y en la realización y puesta en marcha de las acciones que se van a realizar.

La planificación debe ser flexible para poder adaptar los procesos a las decisiones que reclama cada coyuntura, pero para ello el diagnóstico (siempre realizándose o actualizándose) debe orientar la toma de decisiones con el fin de mantener o corregir el conjunto de las actividades en la dirección de la situación-objetivo deseada.

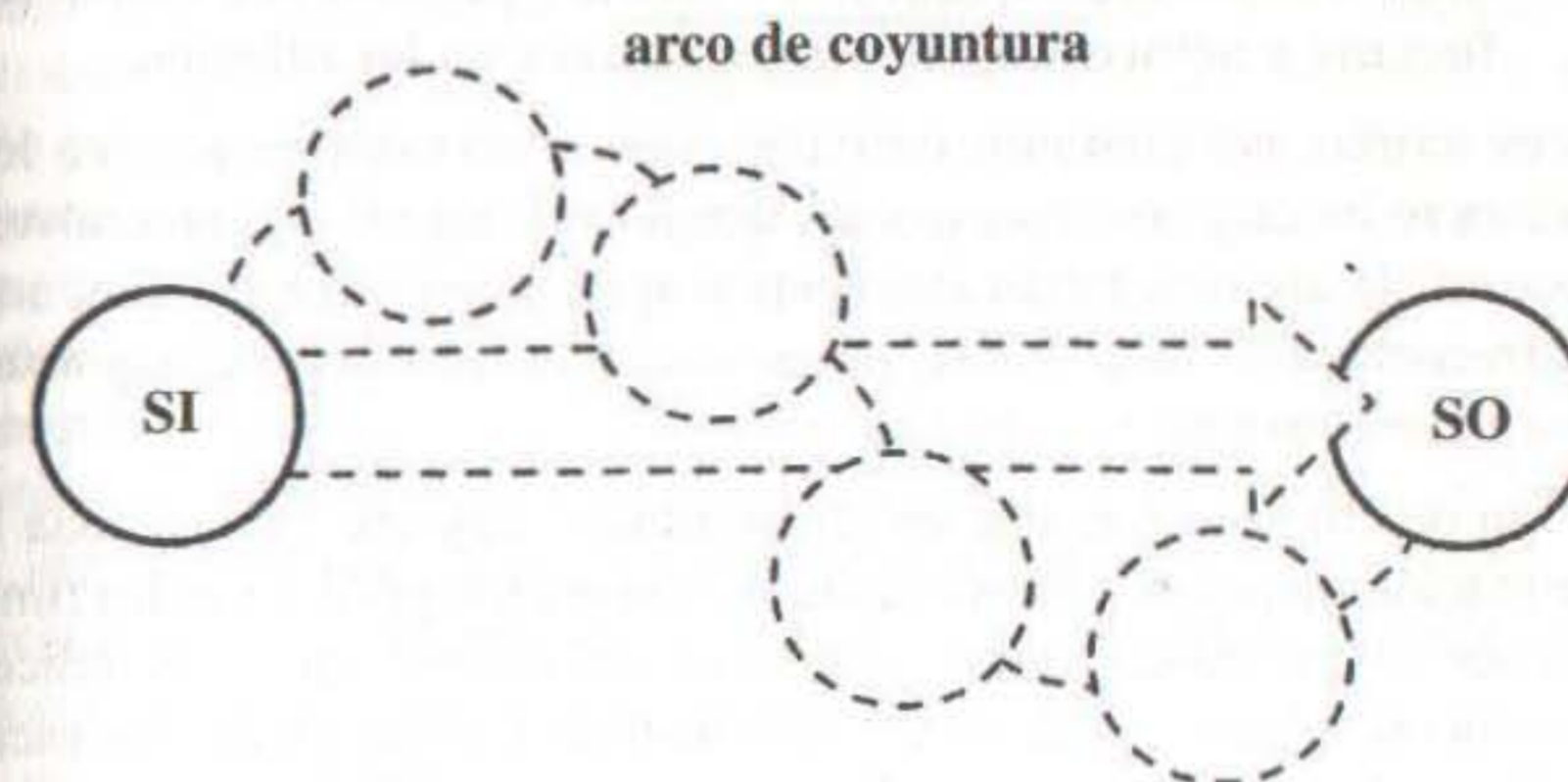
Todo diagnóstico debe servir, en consecuencia, para asegurar que se mantenga el rumbo del **arco direccional**, entendiéndose por tal el camino o trayectoria que se debe seguir desde la situación-inicial para alcanzar la situación-objetivo.



Pero, como una cosa es la lógica de la formulación y otra la lógica de la realización (influida ésta por las condiciones coyunturales), el arco direccional es sólo el camino propuesto que, de antemano, sabemos que no será el camino real. De ahí que, entre la situación-inicial y cada situación-intermedia que va produciéndose, se establece un **arco de coyuntura**, que es el camino efectivo que se recorre entre cada situación.

Aquí, la cuestión sustancial es que el arco de coyuntura, aun cuando sea un rodeo (y hasta podría ser en un momento un andar en direc-

ción contraria, si con eso se tienen más posibilidades de avanzar en un futuro mediano en la dirección deseada), no pierda el rumbo o, lo que es lo mismo, pierda de vista la situación-objetivo y, en lo inmediato, quede sin referente direccional.



Para este control direccional de los arcos de coyuntura (camino entre dos situaciones), los datos del diagnóstico son vitales y deben servir de base para establecer la acción táctica (adecuación de lo programado a cada situación coyuntural o a los hechos no previstos) y como reaseguro de la propuesta estratégica.

4. Definición operativa de diagnóstico social

A partir de todo lo expuesto hasta el momento, y considerando los elementos metodológicos y prácticos que comprende la elaboración de un diagnóstico, nos atrevemos a proponer una definición operativa del concepto de diagnóstico social, a partir de las que consideramos sus características o componentes más relevantes y que lo diferencian de otro tipo de sistematizaciones de información y datos.

El diagnóstico social es un proceso de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias pre-

visibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas.

Por último, no queremos terminar estas reflexiones en torno a los aspectos teóricos y conceptuales del diagnóstico social sin antes advertir acerca de algunas falsas creencias o apreciaciones en las que, con más frecuencia de lo deseable, puede caer con facilidad un diagnosticador poco avezado.

Una de ellas es creer que en el diagnóstico hay que utilizar toda la información disponible. “Ésta es una visión enciclopédica e indiscriminada que sólo conduce a elaborar gruesos volúmenes, en cuyos índices destacan las referencias al clima o a la historia y en los cuáles los escasos datos de significación quedan enmascarados.”¹⁰ Otras veces, lamentablemente, “la experiencia práctica demuestra que, en la mayoría de los casos, los diagnósticos sociales incluyen información bibliográfica, indicadores del nivel y calidad de vida, inventarios de equipamientos, etc.; pero no captan el significado e importancia de los problemas con que se enfrenta la población. De ahí, que sus resultados no puedan convertirse en un insumo útil para la formulación de programas y proyectos (...). Incluso, algunas veces, el análisis se dispersa en el examen de sucesos históricos que bien podrían ser obviados”.¹¹ Nada más lejos del pragmatismo que debe tener todo diagnóstico: hay que utilizar sólo aquella información que se considere relevante y significativa, y que —efectivamente— esté relacionada con los hechos y problemas que interese conocer y comprender para poder intervenir con eficacia.

Si un diagnóstico es demasiado general y demasiado detallado, está condenado a confundir, en lugar de aclarar. Al igual que un diagnóstico en el que se dé poca importancia a los factores relevantes, aun cuando se describa claramente el problema principal. Como aconseja M. Richmond, un buen diagnóstico debe incluir todos los factores significativos que estén presentes en la realidad y que se interpongan, dificulten u obstruyan las posibilidades de desarrollo personal o social. Y especialmente significativos son aquellos que permiten intuir, ima-

ginar y vislumbrar el camino que se ha de recorrer, la estrategia que se ha de desarrollar o el tratamiento que se ha de seguir.

Pero tampoco debemos caer en el extremo opuesto: un diagnóstico tan escueto y esquemático que —además de poco preciso— se limite a describir y clasificar problemas. Las descripciones y clasificaciones son útiles, pero no agotan el diagnóstico. Más aún, un diagnóstico que sólo se quede en eso no servirá prácticamente para nada. Pues lo importante no es sólo identificar y conocer los problemas: el verdadero sentido del diagnóstico es comprender a fondo dichos problemas para poder actuar con eficacia sobre los mismos. Y para tener esta “comprensión profunda” es imprescindible determinar los factores más relevantes (positivos y negativos) que afectan en cada situación concreta, identificar los medios y posibilidades de intervención, y establecer prioridades y estrategias que sirvan para programar las acciones futuras con un mínimo de garantías de éxito.

En definitiva, un buen diagnóstico —para ser verdaderamente útil— debe ser:

- **completo:** incluyendo toda la información verdaderamente relevante y significativa;
- **claro:** excluyendo detalles innecesarios y evitando barroquismos y excesos de información, empleando un lenguaje objetivo y sencillo que sea fácilmente comprensible, utilizando cuadros y esquemas cuando sea conveniente, etc.;
- **preciso,** es decir, que establezca y distinga cada una de las dimensiones y factores del problema, discrimine y brinde información útil para orientar la acción, de manera concreta y específica, incluyendo todos los aspectos necesarios y suficientes; y
- **oportuno,** esto es, realizarse —o actualizarse— en un momento en que pueda ser utilizado para tomar decisiones que afecten a la actuación presente y futura, pues de lo contrario los datos podrían perder actualidad.

Bibliografía citada

1. SCARÓN DE QUINTERO, T., *El diagnóstico social*, Buenos Aires, Hvmánitas, 1973.
2. Ver GONZÁLEZ, M. y DIOS, J. M., "Experiencia de un taller de entrenamiento en habilidades clínicas", en *Centro de Salud*, vol. I, núm. 4, 1993.
3. ANTÓ, J. M. y COMPANY, A., "Diagnóstico de salud de la comunidad: principios, métodos, medidas y fuentes de datos", en *Atención Primaria*, vol. 1, núm. 5, 1984.
4. RICHMOND, M. E., *Social Diagnosis*, Nueva York, The Free Press, 1965 (1.^a ed. Rusell Sage Fundation, 1917).
5. Ídem.
6. DEMO, P., *Ciencias sociales y calidad*, Madrid, Narcea, 1988.
7. LEWIN, K., "Action Research and Minority Problems", en *Journal of Social Issues*, Vol. 2, núm. 4, 1940.
8. RICHMOND, M. E., *Op. cit.*
9. BRONFENBRENNER, U., *Ecología y desarrollo humano*, Barcelona, Paidós, 1988.
10. ANTÓ, J. M. y COMPANY, A., *Op. cit.*
11. PICHARDO, A., *Planificación y programación social. Bases para el diagnóstico y la formulación de programas y proyectos sociales*, San José, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1984.

Capítulo

2

Cómo hacer un diagnóstico social

1. Identificación de las necesidades, problemas, centros de interés y oportunidades de mejora
2. Identificación de los factores causales o determinantes, factores condicionantes y factores de riesgo
3. Pronóstico de la situación
4. Identificación de recursos y medios de acción
5. Determinación de prioridades, en relación con las necesidades y problemas detectados
6. Establecimiento de estrategias de acción
7. Análisis de contingencias

El "mecanismo operativo" del diagnóstico no garantiza los resultados cuando se carece de perspicacia imaginativa.

MARY E. RICHMOND

Una vez examinados algunos aspectos acerca del significado y alcance del concepto de diagnóstico social, es preciso adentrarnos en las cuestiones metodológicas y prácticas en que éstos deben traducirse.

Ante todo, hemos de saber que un diagnóstico está bien hecho y es completo cuando cumple las siguientes funciones o requisitos:

- informa sobre los problemas y necesidades existentes, en el ámbito, área o sector en donde se ha realizado el diagnóstico;
- responde al porqué de esos problemas, intentando comprender sus causas y efectos, así como sus condicionamientos, apuntando posibles tendencias;
- identifica recursos y medios para actuar, según el tipo de ayuda o atención necesaria;
- determina prioridades de intervención, de acuerdo con criterios científico-técnicos;
- establece estrategias de acción, con el fin de responder a los cambios de comportamiento de las variables externas;
- da cuenta de los factores que pueden aumentar la factibilidad de dicha intervención.

Para el cumplimiento de estas funciones o requisitos, el diagnóstico social implica o conlleva, en la práctica, la realización de una serie de tareas o acciones clave, a saber:

1. Identificación de las necesidades, problemas, centros de interés y oportunidades de mejora que presenta una situación determinada.
2. Identificación de los factores causales o determinantes, factores condicionantes y factores de riesgo.
3. Pronóstico de la situación, en el futuro mediano e inmediato.
4. Identificación de los recursos y medios de acción, existentes y potenciales.
5. Determinación de prioridades, en relación con las necesidades y problemas detectados.
6. Establecimiento de las estrategias de acción, necesarias para enfrentar con éxito los problemas que se presentan en cada coyuntura.
7. Análisis de contingencias, para el establecimiento del grado de viabilidad y factibilidad de la intervención.

Acerca de cada una de estas acciones o tareas que comporta la elaboración de un diagnóstico, haremos una explicación en sus aspectos metodológicos, conceptuales y prácticos.

1. Identificación de las necesidades, problemas, centros de interés y oportunidades de mejora

En el diagnóstico, ya se trate de un grupo, familia o comunidad, es preciso distinguir y diferenciar las necesidades de los problemas. Y, además, suele ser conveniente identificar los centros de interés y las necesidades de cambio u oportunidades de mejora que presenta una situación determinada. Veamos a continuación cada uno de estos elementos.

a. Necesidades y satisfactores

Es abundante la bibliografía existente sobre el estudio y la definición de las necesidades sociales. Por ello, y porque —además de desequilibrar el texto— no es el objetivo específico de este libro, no realizaremos un abordaje del tema de forma exhaustiva: preferimos centrarnos exclusivamente en las cuestiones práctico-operativas que son objeto de este capítulo, desde una nueva perspectiva.*

Podemos definir las **necesidades** humanas fundamentales como el conjunto de condiciones de carencia y privación claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución éste tiene potencialidades. Estas necesidades se han conformado históricamente y hoy constituyen un valor generalizado en cualquier cultura. Su satisfacción integral es esencial, y se da mediante un proceso de interrelación cuyo producto va a definir la calidad de vida de los individuos y los grupos sociales. Las privaciones en cualquiera de estas necesidades universales puede desencadenar patologías diversas, y la privación en varias o todas ellas produce un efecto sinérgico o potenciador del impacto de esas privaciones. Esto sugiere que es poco satisfactorio el señalamiento de una sola privación para explicar un único efecto; o intentar resolver un problema solamente con la atención a una necesidad o parte de ella, puesto que los efectos son también integrales en las personas y los grupos sociales.¹

Así, por ejemplo, la subsistencia es una necesidad de validez universal. Sin embargo, las formas que el hombre acepta como válidas en un momento dado para alcanzar la subsistencia se llaman **satisfactores**. En otras palabras, son los modos particulares que cada sociedad o sistema utiliza para satisfacer las necesidades universales. Cada cultura tiene un cierto tipo, cantidad y calidad de satisfactores socialmente definidos. La diferencia en las posibilidades de acceso a los diversos satisfactores de cada una de las necesidades humanas, provoca diferencias culturales y sociales en las condiciones de vida de las poblaciones.

De ordinario, cuando hablamos de “necesidades” —en sentido estricto—, estamos haciendo referencia a la carencia o falta de medios

* Ver anexo 2.

adecuados para satisfacer una o varias necesidades. Conviene, por tanto, no confundir la “necesidad” con el medio de satisfacerla o “satisfactor”.

Por ejemplo, la falta de alimentos sanos y nutritivos (*satisfactor*, o medio de atender una necesidad) impide una respuesta adecuada a la *necesidad* de subsistencia.

En otros casos, también hablamos de “necesidades” para referirnos a la existencia de satisfactores inadecuados, o falsos satisfactores de una necesidad.

Por ejemplo, una asistencia sanitaria fuertemente medicalizada puede ser un mal satisfactor de la necesidad de protección (frente a la enfermedad), ya que su utilización puede generar otro tipo de problemas que van en detrimento de una adecuada promoción de la salud.

Podemos decir que, para atender y responder a cada una de las necesidades humanas, existen satisfactores muy diversos; éstos pueden ser:²

- **Violadores o destructores:** cuando, con el pretexto de satisfacer una necesidad, aniquilan en realidad la posibilidad de hacerlo.
- **Pseudo-satisfactores:** son los que estimulan una falsa sensación de satisfacción de la necesidad (un ejemplo de este tipo de satisfactor lo constituye la limosna en relación con la necesidad de subsistencia).
- **Inhibidores:** los que, por el modo en que satisfacen —generalmente sobresatisfacen— una necesidad, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras. Es el caso, por ejemplo, de la escuela autoritaria con respecto a la necesidad de entendimiento, y que inhibe las necesidades de participación, creación o libertad. Asimismo, el caso referido al tipo de asistencia sanitaria, mencionado anteriormente, también sería ejemplo de un satisfactor inhibidor.

- **Singulares:** que apuntan a satisfacer una sola necesidad, siendo neutros respecto a otras. Suelen ser característicos de los programas sociales tradicionales; por ejemplo, los programas de suministro de alimentos, de viviendas sociales, seguros sociales, etc.
- **Sinérgicos:** que son los que, por la forma en que satisfacen una necesidad, estimulan y ayudan a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Por ejemplo, la lactancia materna, los juegos didácticos, la producción autogestionada, las organizaciones comunitarias democráticas, los programas de autoconstrucción de viviendas por ayuda mutua, o un programa de promoción de huertas orgánicas intensivas destinado a familias pobres.*

En definitiva, lo que aquí nos interesa destacar es que, en el diagnóstico, es preciso identificar cuáles son las necesidades para las cuáles no existen satisfactores sinérgicos ni singulares, pudiendo haberlos. Esto implica, por tanto, no sólo conocer qué falta y de qué se carece, sino el modo en que se atienden esas necesidades de las personas y el papel que esa atención cumple en el desarrollo humano, entendiendo las causas que coadyuvan a ese modo de satisfacción.

b. Problemas sociales

En otro orden de cosas, es preciso identificar, asimismo, los problemas existentes, que no necesariamente están siempre relacionados con la insatisfacción de una necesidad. Puede ser frecuente que una necesidad insatisfecha o mal satisfecha —porque se utilicen satisfactores no adecuados (violadores, inhibidores, o pseudosatisfactores)— termine generando un problema. Sin embargo, pueden existir situaciones-problema que no necesariamente estén producidas o tengan su origen en una necesidad mal satisfecha. Por ejemplo, una familia que tiene un

* Este último ejemplo ilustrativo lo tomamos del *Proyecto Integrado Pro-Huerta*, en Argentina, que, además de contribuir a mejorar la nutrición de sectores muy pobres, ayuda a la organización comunitaria, contribuye a la educación ecológica y la educación para la salud, y favorece la conservación del medio ambiente. De este modo, además de satisfacer la necesidad de subsistencia, se estimula la satisfacción de otras necesidades, tales como: participación, creación, identidad, protección y entendimiento.

hijo discapacitado, al que no sabe cómo cuidar, no tiene tanto una necesidad como un problema.

De ordinario, pueden surgir problemas cuando existen conflictos de intereses entre diferentes actores sociales, cuando las medidas y acciones que se realizan no responden a intereses directamente relacionados con la situación que padecen las personas, cuando las personas deben enfrentarse a situaciones y acontecimientos inesperados y no deseados, cuando se ven obligadas a solucionar un cierto número de cuestiones que sobrepasan su capacidad subjetiva de afrontamiento, cuando surgen situaciones estresantes, cuando los procesos de socialización no han sido potenciadores del desarrollo personal y social sino que lo han deteriorado seriamente, etc.

Para examinar la diferencia entre necesidad insatisfecha o mal satisfecha y un problema, podemos ejemplificarlo de la siguiente forma:

- Si en un barrio hay 350 niños en edad escolar, y sólo existe una escuela con 250 plazas, podemos decir que hay una carencia o falta de puestos escolares que no permite una satisfacción adecuada de la necesidad de educación formal.
- Si en un barrio donde todos los niños pueden ir a la escuela, hay un treinta por ciento que falta regularmente a las clases; o hay un sesenta por ciento que suspende sistemáticamente la mayoría de las asignaturas, entonces lo que hay es un problema de absentismo, o un problema de fracaso escolar.

Esta distinción entre necesidad y problema que acabamos de explicar, no sólo tiene una importancia conceptual: su diferenciación es clave en el diagnóstico si se quiere abordar una solución efectiva a los mismos.* Esta distinción entre necesidades y problemas también ha sido advertida por J. M. Rueda, cuando diferencia la necesidad (él la entiende como carencia de algo) de la afección (“la presencia de un rasgo o factor social que sabemos que es perjudicial, indeseable, etc.”).³

Ya hemos advertido que los problemas sociales no necesariamente están ligados a las necesidades. Queremos profundizar un poco más en

* Ver anexo 2.

el concepto: a diferencia de las necesidades, los problemas sociales suelen ser parte de los procesos de desarrollo. Procesos que avanzan, precisamente, a medida que aparecen y se resuelven dichos problemas. Según Bogardus, los problemas sociales son las situaciones de que se toma conocimiento y se procuran resolver como condición del equilibrio y de la continuidad de la organización social. Así, dichos problemas no deben ser desvinculados de su contexto estructural. Esto hace que, para poder describir y comprender los problemas existentes en una situación determinada, sea necesario considerar el contexto, ambiente, entorno y clima social en que dichos problemas existen, identificando los factores asociados a los mismos, y que analizaremos en el siguiente párrafo.

c. Aspectos básicos para considerar en la identificación de necesidades y problemas

Esta primera tarea del diagnóstico, referida a la identificación de problemas y necesidades, debe llevarse a cabo señalando tres aspectos básicos y fundamentales de cada uno de ellos:

- **Naturaleza del problema o necesidad**, esto es, definir y describir, lo más concreta y específicamente posible, de qué tipo de problema y/o necesidad se trata. No basta con decir “hay problemas de salud”, o “existen problemas educativos”; es imprescindible detallar la naturaleza de los mismos. Por ejemplo: hay un “problema de absentismo escolar”, o hay un problema de “salud medioambiental, al no existir un sistema eficaz de depuración de aguas residuales”. De lo que se trata es de responder con precisión a la preguntas ¿de qué se trata? y ¿en qué consiste el problema?, analizando sus distintas dimensiones o aspectos. Además, puede ser conveniente establecer qué tipo de satisfactores se utilizan para responder a cada necesidad, estableciendo en qué modo pueden afectar al desarrollo humano de las personas afectadas, de cara a identificar posibles satisfactores más positivos y sinérgicos que los actuales. Si se trata de un diagnóstico a gran escala (para una gran cantidad de población o para determinar la creación de ciertos planes y servicios, por ejemplo),

también puede ser de utilidad emplear la distinción de Bradshaw⁴ y diferenciar las necesidades percibidas o experimentadas, de las expresadas, las normativas y las comparativas; tratando de incidir principalmente en la zona compartida por todas ellas.

- **Magnitud del problema o necesidad**, lo que implica determinar el grado o extensión del problema, señalando a cuántas personas afecta (ya sea en términos absolutos o relativos, o mediante medidas estadísticas), o en qué espacio territorial delimitado se plantea el problema (cuando se trate de situaciones en que la magnitud deba expresarse —por razones técnicas— en términos de área de influencia o cobertura espacial del problema, como son —por ejemplo— los problemas ambientales y los comunitarios). En ciertos casos será preciso, además, indicar la frecuencia y distribución de los mismos. Sobre todo, si se trata de problemas cíclicos o estacionales, que no tienen un carácter permanente, considerar su **frecuencia** puede ser de gran utilidad para una correcta previsión de las atenciones, cuidados, servicios o intervenciones necesarias (un ejemplo de necesidad cíclica es la que se plantea en período de recolección de la cosecha a los padres de niños pequeños en zonas rurales, si no disponen de un servicio de cuidado alternativo para sus hijos). Asimismo, y sobre todo si se trata de un problema o necesidad que afecta a una zona determinada, es relevante determinar su **distribución**, ya que el grado de concentración o dispersión de las personas afectadas por un problema dado tiene consecuencias que pueden condicionar de manera importante la cantidad y tipo de recursos necesarios para su solución, así como influir poderosamente en el modo de organización de los servicios, sus recursos humanos, etc. (No es lo mismo el modo en que deberá atenderse a una población de 100 familias que tienen un problema o necesidad común si éstas se concentran en un espacio territorial muy próximo —barrio, pueblo o distrito— que si se encuentran dispersas en una comarca, gran ciudad o región.)
- **Gravedad del problema o necesidad**, o, dicho en otras palabras, la peligrosidad de los mismos. El nivel de gravedad de un problema o necesidad debe establecerse —en el caso del trabajo social— en función de los efectos o consecuencias negativas

que dicho problema o necesidad tiene, o puede tener, en el proceso de desarrollo humano y social de las personas, grupos o comunidades. También es preciso determinar la gravedad de estos efectos, en función del grado de reversibilidad que tengan. Para ello, ante ciertos problemas puede ser necesario considerar tanto el proceso evolutivo y el momento o fase en que se encuentra el problema (inicial o incipiente, desarrollado, o avanzado), como los factores condicionantes y de riesgo asociados el mismo, que mencionamos en el párrafo siguiente.

Por ejemplo, en una familia se detectan los siguientes problemas y necesidades:

1. Falta de dinero para comprar alimentos suficientes y adecuados para los hijos menores de 12 años.
2. Falta de un trabajo estable para la/s persona/s adulta/s responsable/s del sostén de la familia.
3. Vivienda en malas condiciones de habitabilidad debido a su construcción precaria y a sus reducidas dimensiones.

La necesidad número 1 es más grave que la número 3, ya que supone un riesgo mayor en el corto plazo para el correcto desarrollo de los niños; y esto es así porque una alimentación insuficiente e inadecuada puede acarrear discapacidades crónicas para los niños. A su vez, el problema número 2 es más grave que el número 3, ya que —además de estar íntimamente ligado al primero— puede tener efectos en el largo plazo más nocivos que el número 3. Por otra parte, el problema número 3 es el menos grave en esta situación, ya que su abordaje sería más factible y eficaz una vez solucionado el problema número 2.

d. Centros de interés

En el diagnóstico, no solamente es necesario conocer cuáles son los problemas y necesidades que tienen las personas; también es preciso detectar cuáles son sus centros de interés, ya que, en ocasiones, la estrategia de acción más oportuna puede derivarse de uno de esos intere-

ses, en lugar de partir de un problema o necesidad. Esto, por una razón básica: a veces, un centro de interés puede ser más motivador y resultar más movilizador que un problema grave, sobre todo, cuando éste último se perciba de forma fatalista o, efectivamente, esté determinado o muy condicionado por factores sobre los cuales se tienen pocas posibilidades de intervención.

e. Necesidades de cambio y oportunidades de mejora

Asimismo, también es preciso identificar en el diagnóstico cuáles son las necesidades de cambio u oportunidades de mejora, con respecto a lo que se viene haciendo. Esta tarea —muy ligada al pronóstico, del que enseguida hablaremos— es la que permitirá una constante adaptación de los programas y servicios a los cambios sociales, y una mejora en la calidad de los mismos. Dicho en otras palabras, el diagnóstico no debe informar únicamente de necesidades, problemas y centros de interés a partir de los cuales iniciar la acción; también debe dar cuenta del modo en que se actúa profesionalmente y se prestan los servicios, y las posibilidades de mejoramiento de la atención que se brinda a las personas.

Para identificar estas oportunidades de mejora, los estudios y análisis comparativos entre unidades administrativas de una misma organización, o entre niveles administrativos de una misma institución, o entre servicios y programas similares que operan en contextos parecidos, pertenecientes a organizaciones distintas, son procedimientos sumamente útiles. También puede ser útil emplear el análisis comparativo entre las intersecciones reales y potenciales de:

- las necesidades sociales reales;
- la demanda expresada, y
- los servicios ofertados.

Tal como puede visualizarse en el gráfico siguiente,* es preciso analizar y comparar las coincidencias y discrepancias que pueden darse en-

* Adaptado de H. San Martín y V. Pastor, *Salud comunitaria. Teoría y práctica*, Madrid, Díaz Santos, 1988 (p. 94).

tre las necesidades reales detectadas, la demanda de ciertos servicios y atenciones por parte de la población y los servicios sociales ofrecidos.



Así, la zona 1 estaría formada por las necesidades expresadas, sentidas e investigadas (por tanto, identificadas) que coinciden con servicios demandados por parte de la comunidad, pero para los cuales no se ofertan ningún tipo de medidas ni servicios sociales institucionales (públicos o privados). El efecto de esta intersección produce descontento entre la población, ya que siente necesidades que expresa como demanda de servicios que no son ofertados.

La zona 2 está constituida por necesidades realmente existentes y servicios disponibles para atenderlas, pero falta su demanda por parte de la comunidad. Es decir, existen servicios para atender necesidades y problemas realmente existentes, pero esos servicios disponibles no se utilizan —o se infrautilizan— al no existir demanda o conciencia de su necesidad de uso por parte de la población, o porque la población entiende que no son éstos, sino otro tipo de servicios los necesarios.

La zona 3 genera un derroche y despilfarro de servicios, ya que está formada por las demandas de la comunidad que tienen su correlato de respuesta en servicios ofertados, pero que no se corresponden ni dan respuesta a verdaderas necesidades y problemas sociales. Estaríamos ante una demanda que se apoya en una falsa necesidad y la existencia de servicios que responden a dichas demandas pero, al no co-

responderse con problemas reales, los esfuerzos dedicados a la prestación del servicio (o servicios) constituyen un verdadero derroche en términos técnicos.

La zona 4, por su parte, es la integrada por necesidades reales que se expresan como demanda de servicios, y esos servicios se ofertan y están disponibles para la población que los requiere. Esta convergencia entre necesidades, demanda y oferta es, generalmente y por desgracia, escasa. Y suele estar influenciada por el nivel educacional de la población, el nivel de vida, la percepción subjetiva de calidad de vida de la gente y el grado de participación interesada de la comunidad; todo ello mediatizado —en ocasiones— por mecanismos tales como los medios de comunicación masiva.

Utilizar una herramienta analítica como la que acabamos de exponer puede conducirnos a detectar necesidades de cambio o reorientación de los servicios que se vienen prestando en un momento dado a una comunidad. O, simplemente, identificar oportunidades de mejorar el trabajo que se esté realizando con la población destinataria de los programas y servicios sociales. De lo que se trata, en definitiva, es de intentar agrandar en lo posible la zona 4, disminuyendo las zonas de intersección 1, 2 y 3; procurando, asimismo, que dicha convergencia entre necesidades, demanda y servicios sea cada vez más amplia.

f. Qué datos e información necesitamos

Para poder realizar esta primera tarea del diagnóstico —consistente en identificar necesidades, problemas, centros de interés y oportunidades de mejora—, se habrá necesitado averiguar primero:

- cuáles son los problemas y necesidades más importantes, desde el punto de vista de la persona, el grupo o la comunidad a la que se quiere prestar ayuda;
- qué otros problemas y necesidades se pueden apreciar desde el punto de vista técnico (necesidades normativas) y comparativo (necesidades comparativas);

- qué otros problemas observan los demás agentes externos que prestan servicios a la población;
- cuántas personas tienen esos problemas y necesidades;
- qué circunstancias, contextos y prácticas sociales pueden haberlos causado;
- posibles razones de esos acontecimientos, prácticas y actuaciones;
- otras causas de los problemas y necesidades (causas ambientales, políticas, económicas, culturales, etc.).

Para tener esta información habrá sido preciso realizar un estudio-investigación previo al diagnóstico, y estar familiarizado con la situación. A modo de ejemplo, y sin ser exhaustivos, un estudio que sirva de base a un diagnóstico debe incluir el conocimiento de:

- las creencias y valores individuales y colectivos (grupales, comunitarios y/o locales) que afectan la calidad de vida de la gente;
- los tipos de comportamiento que son aceptables para la cultura local o el medio social de las personas afectadas;
- las personas importantes en la familia, grupo o comunidad, líderes naturales y formales, y razones de esa importancia y/o liderazgo;
- la forma en que se adoptan las decisiones sobre los problemas familiares, grupales, comunitarios o locales;
- los servicios de bienestar social disponibles (servicios sociales, de salud, educativos, etc.), tanto tradicionales como modernos, formales e informales, institucionalizados o no, públicos y privados, profesionalizados o voluntarios, etc.;
- localización de esos servicios, accesibilidad de los mismos;
- redes sociales existentes, y de manera especial interesa conocer las redes de apoyo social, ayuda mutua y hetero-ayuda;
- principales ocupaciones de hombres y mujeres, el nivel de instrucción del grupo o comunidad, calidad de las viviendas, etc.; ya que estas circunstancias permitirán conocer mejor las condiciones económicas de la población;

- organizaciones, clubes y asociaciones existentes; de manera particular las que realizan algunas formas de acción social;
- modos locales de compartir ideas y sentimientos.*

Cuando se diagnostica una situación-problema de cara a una intervención social, es muy probable que, en relación con la misma, ya se hayan tomado algunas iniciativas o realizado determinadas acciones —más o menos sistemáticas— para resolverla. En esta primera tarea del diagnóstico, puede ser conveniente —o totalmente necesario, si se trata de identificar oportunidades de mejora— realizar un **análisis de los servicios, programas o actividades ya iniciadas**, respondiendo algunas cuestiones clave:

- ¿Qué tipo de actividades y servicios desarrolla la comunidad frente a sus problemas y necesidades? (formales e informales, individuales y colectivas, profesionalizados o no, etc.).
- ¿Quiénes las realizan o han realizado? (personas, instituciones, grupos, etc.).
- ¿Cuándo se llevaron a cabo, o cuándo se han iniciado?
- ¿Cuáles son los resultados de dichas acciones y servicios?, ¿en qué medida son o fueron eficaces?
- ¿Cuáles han sido las razones de los éxitos logrados o de los fracasos?
- ¿Cómo podrían mejorarse?
- ¿Qué nuevas actividades o servicios haría falta desarrollar?

* Una explicación mucho más detallada de los aspectos que se deben considerar en la realización de un estudio-investigación social, así como de las modalidades operativas y las técnicas para su realización, puede consultarse, referida al **trabajo social y los servicios sociales**: E. Ander-Egg, *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad (aspectos metodológicos y operativos)*, vol. 2, Buenos Aires, 1999; *Investigación y diagnóstico para el trabajo social*, Buenos Aires, ICSA, 1988; *Técnicas de investigación social*, Buenos Aires, Lumen-Hvmanitas, 1997. Aplicado al ámbito de la **educación para la salud**, puede consultarse: OMS, *Educación para la salud*, Ginebra, 1991. En el campo de **animación sociocultural**: E. Ander-Egg, *Metodología y práctica de la animación sociocultural*, Buenos Aires, Lumen-Hvmanitas, 1998; y M. P. Pérez-Campanero, *Cómo detectar necesidades de intervención socioeducativa*, Madrid, Narcea, 1991.

No se trata de hacer una investigación evaluativa de esos programas, sino de algo más simple: tener en cuenta lo que ya se ha hecho o lo que se está haciendo. La experiencia de lo ya realizado puede servir de mucho, aun cuando hayan sido mayores los fracasos que los logros.

2. Identificación de los factores causales o determinantes, factores condicionantes y factores de riesgo

Si queremos intervenir con eficacia en los problemas y necesidades detectados, no basta con disponer de información elaborada y sistematizada acerca de la naturaleza, magnitud y gravedad de los mismos. Estas tres cuestiones son muy importantes, pero insuficientes.

Como ya advertimos en el primer capítulo, el diagnóstico se hace para comprender los problemas de una situación determinada y concreta, entendiéndolos en su evolución a lo largo del tiempo y situándolos en un espacio determinado. El apoyarse en datos e información es una condición necesaria, pero insuficiente para elaborar un buen diagnóstico. Una adecuada contextualización es imprescindible si deseamos saber qué puede llegar a ocurrir en el caso de que todo siga estable, o si se llevan a cabo ciertas acciones. Esta contextualización es necesaria porque todo cuanto acontece en una sociedad es algo que sucede en un sistema social en el que se da una interrelación de los elementos que lo componen y que configuran una unidad total. Dentro de la problemática de la sociedad global, el diagnóstico trata de problemas, necesidades, centros de interés y oportunidades de mejora que se dan, a su vez, en determinados subsistemas. Pero, sobre todo, es importante tener información que facilite posteriormente la toma de decisiones, en el sentido de averiguar qué clase de acciones pueden ser más convenientes, habida cuenta de los factores que positiva o negativamente tienen alguna influencia sobre el problema en cuestión.

En el lenguaje corriente, la palabra “factor” hace referencia al “elemento, causa o concausa que, unido a otras cosas, contribuye a un efecto”. Ampliamente utilizado en el lenguaje científico para designar el estudio de diversos fenómenos, cuando se emplea dentro

del análisis que se realiza en un diagnóstico social se alude a la "causa, determinante o condición necesaria de un acontecimiento o cambio".⁵ Así pues, cuando hablamos de factores, nos referimos a información sobre el ambiente y la exposición de las personas a determinadas circunstancias negativas que pueden ocasionar un problema o necesidad, o que pueden contribuir a agravar la situación. De manera particular, interesa descubrir y evidenciar los factores "que favorecen procesos de desviación, marginación e institucionalización".⁶

Son varios los tipos de factores que conviene identificar en el diagnóstico:

- factores causales o determinantes;
- factores condicionantes, y
- factores de riesgo.

a. Factores determinantes

Por un lado, es imprescindible conocer cuáles son los factores determinantes o factores causales de cada uno de los problemas y necesidades detectados. En general, se habla de factor determinante para designar la causa principal de un fenómeno. Si no llegamos a tener una comprensión mínima acerca de las circunstancias, hechos, acontecimientos o situaciones que han provocado un problema, difícilmente podamos desarrollar estrategias de intervención adecuadas que permitan mitigarlos o resolverlos con eficacia. Es más, podríamos —incluso— estar implementando actuaciones y medidas que, en lugar de mejorar la situación, la mantengan o deterioren. Dicho en otras palabras: el desconocimiento de los factores causales y determinantes del "estado de la situación", en un momento dado, nos condena a "intervenir a ciegas". Y si pretendemos potenciar la utilización de satisfactores sinérgicos, en lugar de otro tipo de satisfactores neutros o negativos para el desarrollo humano, es vital realizar un esfuerzo para identificar este tipo de factores. Su desconocimiento, o su conocimiento superfi-

cial nos aboca irremediamente a intervenir sobre los efectos o consecuencias del problema, y —lo que es peor— nos impide actuar sobre sus causas más o menos inmediatas.

En el ámbito de la salud existen estudios que han permitido identificar cuáles son los factores determinantes y su peso relativo, en el estado de salud de una población. A partir de estos análisis, el descubrimiento o detección de los comportamientos, actitudes, entornos, servicios, hechos y circunstancias que —en un momento y escenario determinado— causan un problema de salud, es relativamente más fácil. Lamentablemente, en el campo de la acción social, carecemos de estudios y trabajos similares que —de forma precisa— nos iluminen acerca de estos factores determinantes.

No obstante, por la experiencia acumulada y sistematizada hasta ahora, podríamos establecer cómo la presencia de ciertos factores causales o determinantes de la "situación social" de un grupo o colectividad inciden en la aparición de determinados problemas. Así, por ejemplo, convendría analizar y descubrir la presencia de factores determinantes relativos al entorno ambiental, el entorno laboral y ocupacional, el ambiente familiar y personal, el entorno de ocio, los estilos sociales de vida y las pautas de relación social, la personalidad y el carácter del sujeto (si se trata de un diagnóstico más personalizado), el estado de salud general, así como otros aspectos de naturaleza psicosocial, etc. En esta misma línea, Sánchez Vidal considera necesario valorar los "factores estructurales y procesos del sistema social implicados en la generación y mantenimiento del problema o necesidad: impotencia percibida, anomia, desintegración, falta de estructura organizativa, medios económicos o apoyo técnico, etc. Es decir, el porqué del efecto a corregir", así como "las estructuras y procesos (actuales o potenciales) de cambio y dinamización del sistema (tensiones, contradicciones, conflictos, fallos funcionales o normativos, expectativas o las propias necesidades insatisfechas), que vienen a ser las 'variables a manipular' para alterar el sistema. También las estructuras y procesos básicos de mantenimiento y reproducción del sistema (su 'naturaleza estable') que, en general, no son alterables (sustituibles, si acaso) sin el riesgo de provocar una reacción homeostática de signo contrario al cambio pretendido".⁷

Es importante identificar y describir estos factores, e intentar establecer el peso relativo entre ellos, habida cuenta de que —con frecuencia— no tendremos posibilidad de enfrentarlos simultáneamente.

b. Factores condicionantes

Por otra parte, también es conveniente identificar en el diagnóstico los factores condicionantes que están presentes en la situación diagnosticada. A diferencia de los factores determinantes (que son los que configuran y producen cada situación-problema), los factores condicionantes son los que “moldean” o “matizan” esa situación. Se trata de hechos, acontecimientos, situaciones o procesos que pueden tener influencia en la evolución del problema, pero que no necesariamente siempre ejercen dicha influencia, ni la ejercen de la misma manera. Son los factores que pueden ayudar o dificultar la solución del problema o la satisfacción de una necesidad, y que —en muchas ocasiones— también pueden actuar de manera neutra, dependiendo de las circunstancias que se confronten.

Para un buen diagnóstico social, la detección de este tipo de factores puede ser muy útil, ya que nos permitirá prever posibles trayectorias de evolución de los acontecimientos, y nos ayudará a construir diversos escenarios de futuro, previos a la decisión de intervenir en una u otra dirección.

Identificar este tipo de factores conlleva su descripción, así como una valoración acerca de su posible influencia (en qué condiciones influenciaría la situación, y en qué dirección —a favor o en contra de su solución—).

Todo lo anterior está íntimamente relacionado con la capacidad del diagnosticador para desentrañar las múltiples determinaciones y condicionamientos de los fenómenos y problemas sociales, que sólo pueden ser entendidos como elementos de un todo. Ahora bien, “para su comprensión no es necesario considerar todos los elementos que están en la realidad observada sino la constitución de relaciones de significación”.⁸ Si se considera necesario y oportuno, puede interesar en ciertos momen-

tos hacer estudios e investigaciones sociales tendentes fundamentalmente a identificar factores determinantes y condicionantes. Ello, además, contribuiría a acrecentar el rigor científico y técnico de los diagnósticos y planificaciones sociales. Para llevar a cabo este tipo de estudios, nos parecen muy interesantes las propuestas que J. M.⁹ Rueda sugiere realizar: estudios epidemiológicos, investigaciones sistémicas y prospecciones (a través de mapas y estudios de estilos sociales de vida).*

c. Factores de riesgo

Por último, conviene considerar los factores de riesgo. Estos factores —que en el campo sanitario son tremendamente útiles— están todavía muy poco estudiados en el ámbito social comunitario. Los factores de riesgo siempre están asociados o relacionados con el proceso o estado de desarrollo de una patología, y lo que conviene hacer en estos casos es medir “el grado de consecuencia que puede tener para los sujetos que están viviendo en ese determinado proceso”. La identificación de estos factores permitirá pronosticar y prescribir en aquellos casos donde se haya detectado una determinada patología. Pueden detectarse factores de riesgo tanto en el ámbito personal como social y ambiental.

Para establecer medidas de riesgo, el procedimiento que propone J. M.⁹ Rueda, y los ejemplos con que lo ilustra, nos parecen sumamente útiles. Así, evaluar el riesgo supone:

1. “Diagnóstico previo de una variable o de un conjunto de variables que se correlacionan con el problema.
2. Conocimiento de la ley de correlación.
3. Diagnóstico del estado de esa ley y según se esté en su fase inicial, media o muy evolucionada, hablamos de bajo, medio y alto riesgo.

No podemos presentar ejemplos conseguidos sino intentos de avanzar en las metodologías, que, aunque no tienen valor científico, pueden servir para orientar:

* Unas breves descripciones de este tipo de estudios pueden encontrarse en la obra citada del autor.

Con los equipos interdisciplinarios de infancia intentamos establecer una medida de riesgo a partir de correlacionar el nivel de nomicidad, capacidad de automanejarse como grupo y el nivel de afección que presentará el niño.

'Cuanto más anómico es el grupo familiar, más discapacidad o inhabilidad existe en el niño.'

'Cuanto más disnómico, más preparado estará el niño para adaptarse a estilos de vida marginantes.'

Esta constatación 'podría' servir para establecer un factor de riesgo.

Con el equipo de la Diputación de Lérida, el camino para determinar el indicador de riesgo fue establecer sobre una misma variable una valoración objetiva y otra subjetiva; por ejemplo, la cantidad real de dinero que entra en la familia (de acuerdo con los indicadores de gasto medio nos permite decir si es o no suficiente para manejarse en la dimensión económica familiar) y estudiar la percepción de suficiencia o insuficiencia del mismo en la vida real de la familia. Si cantidad y suficiencia subjetiva coinciden, tenemos un grupo adaptado. Si cantidad y suficiencia no coinciden, tenemos que si la variable subjetiva está mejor valorada, el grupo es de poco riesgo, pues aun siendo real el problema económico, sabe manejarse; ahora, el grupo será de alto riesgo si la cantidad o variable objetiva está mejor valorada que la subjetiva, pues indica falta de capacidad para manejar lo real; el problema no se podrá resolver desde el exterior, toda ayuda económica que demos al grupo familiar se la tragará y pedirá más.

Aquí, en este apartado [el autor citado se refiere a los factores de riesgo], tenemos mucho que hacer los trabajadores de la comunidad."⁹

3. Pronóstico de la situación

Como ya lo indicamos, en ciertas circunstancias, por la naturaleza, magnitud o gravedad del problema, es necesario estudiar las tendencias previsibles. Es lo que se llama pronóstico o prognosis,* que

* El uso de la palabra *prognosis*, que había quedado más o menos consagrado en la jerga de los planificadores, a fines de los años noventa está en desuso. Se utiliza el término castellano *pronóstico*, que es más correcto, ya que el otro es un anglicismo.

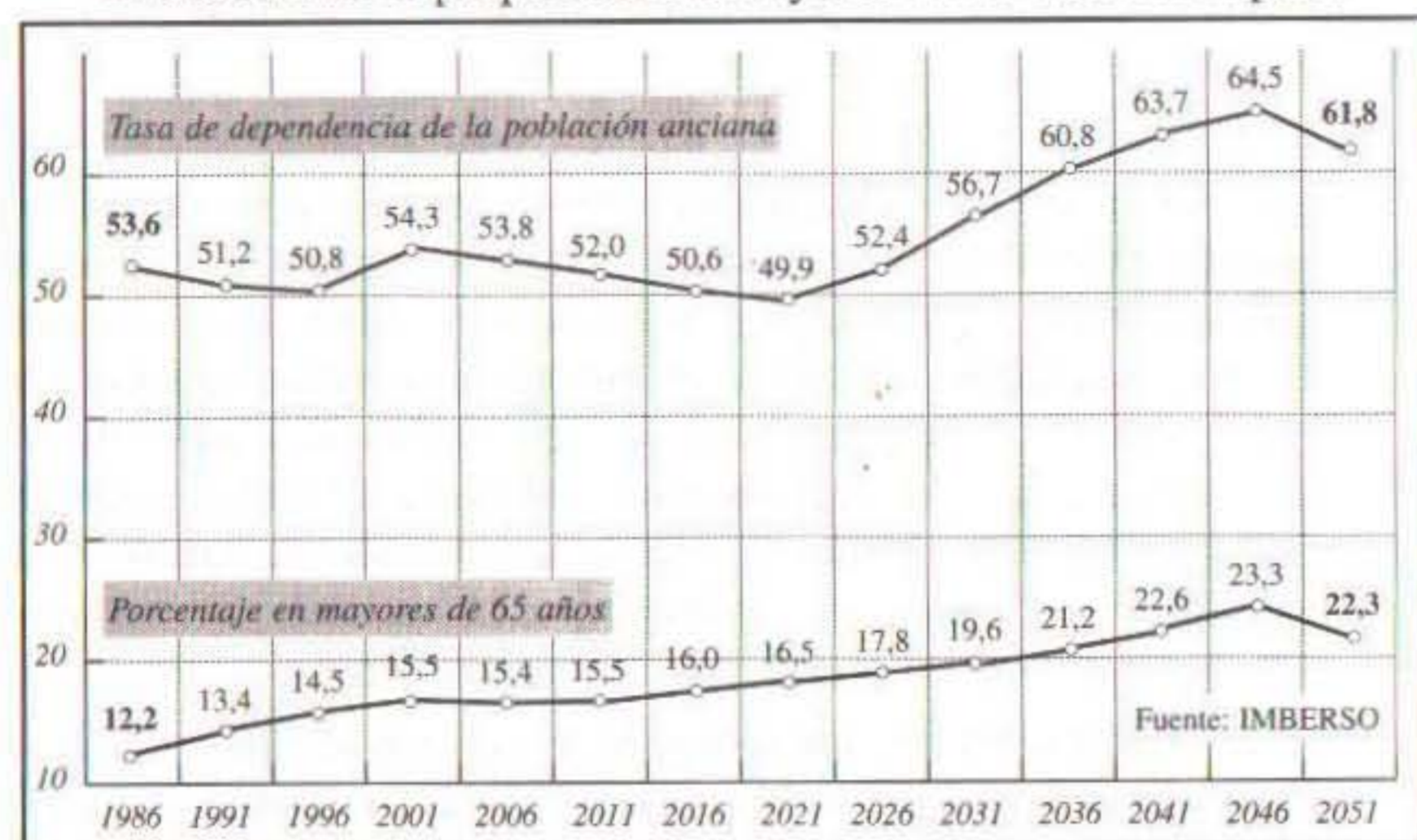
permite prever cuál será el futuro si se mantienen iguales o modificados algunos de los parámetros definitorios de la situación, teniendo en cuenta las tendencias e inercias del pasado y del presente. En este aspecto o nivel del análisis, se trata de ofrecer una apreciación de cómo se pueden configurar otros escenarios en el futuro (pronóstico de situación), ya sea estudiando las tendencias actuales o bien previendo cambios que podrían producirse actuando deliberadamente sobre esas tendencias. Este pronóstico conviene hacerlo de dos formas diferentes:

- Haciendo una **proyección**, que consiste en realizar una extrapolación del pasado y el presente en el futuro, con arreglo a los índices medios de evolución, realizando un análisis de las tendencias dominantes, aplicando el método estadístico-matemático que permite captar probabilidades (procedimientos de extrapolación, proyección de curvas envolventes, etc.). De este modo, lo que se obtiene es la descripción de la tendencia actual hacia el futuro, considerando que todas las variables intervinientes permanecerán estables o igual que hasta el presente.
- Llevando a cabo una **previsión**, en cuyo caso se corrige la proyección, al introducir en el análisis factores de cambio, mediante una intervención deliberada para modificar las tendencias. De esta forma, lo que obtenemos es un pronóstico de la situación que se espera lograr en caso de llevar a cabo ciertas intervenciones concretas, que previsiblemente alterarán una o varias de las variables y factores intervinientes, o bien, modificarán la relación entre ellas. En este caso, más allá de los instrumentos estadístico-matemáticos y de los procedimientos propios del método científico, se recurre también a elementos creativos e imaginativos sobre las posibles relaciones, reacciones y retroacciones de los factores conocidos, con el fin de disponer de algunas claves que permitan construir escenarios futuros posibles.

A continuación reproducimos, como ejemplo ilustrativo de un pronóstico mediante extrapolación, un gráfico que resume y muestra —a partir de proyecciones demográficas— la evolución y el pronóstico de la tasa de dependencia de la población anciana en España. Una proyec-

ción de este tipo es sumamente útil para pronosticar la aparición de nuevos problemas o prever el aumento o disminución de la magnitud de otros; lo que permitirá técnicamente establecer por anticipado las posibles necesidades futuras de atención y cuidados, en este sector de población.

Evolución de la proporción de mayores de 65 años en España



De lo dicho precedentemente se desprende que, para realizar un buen diagnóstico, no basta con “fotografiar la realidad en un momento determinado”; hay que captarla en su devenir: lo que ha sido (desenvolvimiento y evolución anterior a esta situación) y lo que puede ser si no se interviene para modificarla o si, por el contrario, se actúa sobre la misma en una determinada dirección.

Es relativamente fácil estudiar lo que ha pasado (lo que suele denominarse antecedentes del problema) y, con frecuencia, todo diagnóstico de situación revela, al menos en parte, cómo ha ido evolucionando la situación. No ocurre lo mismo con el análisis de las tendencias futuras, o pronóstico. Ésta es la razón por la que nos vamos a detener a considerar algunas cuestiones referentes al pronóstico de las tendencias previsibles.

El estudio de este aspecto es mucho más complejo, pues se trata de prever las situaciones futuras, teniendo en cuenta las tendencias presentes y las perspectivas inmediatas y a medio plazo, en el supuesto de que no se realicen nuevas acciones o intervenciones sobre la situación-problema, ni se modifiquen las que se estén llevando a cabo.

Todo pronóstico se expresa mediante la construcción de escenarios futuros. Éstos deben basarse en datos ciertos y objetivos que excluyan la arbitrariedad o, lo que es más frecuente, que no confundan los deseos con la realidad, o que no se proyecten ni el pesimismo ni el triunfalismo que pueden animar la situación presente.

No cabe duda de que el conocimiento predictivo es limitado (ni la prospectiva ni la futurología ofrecen certezas, sino probabilidades). La libertad y la creatividad humana, lo aleatorio y lo circunstancial hacen imposible una predicción absolutamente cierta. Sin embargo, algunas tendencias más significativas pueden preverse. A este respecto nos parece oportuno recordar que “como todo lo relativo al futuro se sitúa en la incertidumbre, es necesario un tratamiento de lo incierto de la mejor manera que lo permitan las posibilidades científicas de nuestra época. Cada vez más la preparación de las decisiones exigirá el conocimiento subjetivo de buenos expertos. El pasado se proyecta cada vez de manera menos adecuada sobre el futuro y la estadística sólo guía verdaderamente hasta el presente”.¹⁰ No es que podamos pasar del “progreso ciego” a un “progreso vidente”, como pretendía el futurólogo Robert Jungk, pero sí podemos intentar configurar nuestro destino en lugar de sufrirlo.

Un buen pronóstico puede ayudar a lograr los objetivos deseados y, además, puede mostrar los recursos que ello requerirá. Sin embargo, los pronósticos sólo son realmente provechosos y útiles si se dirigen al cambio. Los dos usos más importantes de los pronósticos son:

- identificar las necesidades de cambio en el futuro, y establecer los criterios y las acciones capaces de producir dichos cambios;
- proveer información básica para decidir sobre las alternativas de acción que armonicen prioridades y asignación de recursos.

Por ejemplo, un pronóstico sobre un programa de un servicio so-

cial determinado puede mostrar que durante los próximos cinco años continuará absorbiendo un monto creciente de recursos, pero con sólo muy limitados efectos sobre los objetivos básicos del programa. Esto podría proveer tempranamente a los responsables del programa de una señal de advertencia para decidir acerca de algunos cambios que podrían introducirse en el mismo o en las políticas subyacentes que orientan la prestación de ese servicio.¹¹

Cabe advertir —para no pedir a las proyecciones y previsiones lo que no puedan dar— que estos procedimientos prevén, en el mejor de los casos, tendencias dominantes, trayectorias posibles, líneas de fuerza... Pero, desde el momento que aparecen escenarios de ruptura (lo aleatorio, lo inesperado siempre es posible), terminan siendo previsiones no realizadas; cosa que ocurre con mucha frecuencia con las previsiones económicas. La aleatoriedad de los presupuestos en que se apoyan las previsiones, y los parámetros que se eligen como base de las extrapolaciones, limitan las posibles certidumbres que podamos formular acerca del futuro.

Los pronósticos son, pues, limitadamente útiles, puesto que, aun siendo posible construir “escenarios futuros”, no es posible predecir los “escenarios de ruptura”. Éstos modifican sustancialmente las tendencias dominantes. Tampoco es posible hacer previsiones a partir de hechos considerados como “portadores de futuro”, cuya significación en el mediano plazo puede ser decisiva en la configuración de la sociedad. En todo proceso social, lo inesperado produce bifurcaciones que nos llevan siempre a lo imprevisto.

En síntesis, y para concluir este parágrafo, no debemos olvidar que, en contextos y situaciones de cambios acelerados como los que vivimos, como diría Gaston Berger: “Cuanto más rápido corra un coche, mayor alcance deben tener sus faros.” Y el pronóstico son los faros que —aunque empañados o defectuosos— permitirán que vislumbremos un futuro posible con la anticipación suficiente, como para conducir en la dirección correcta.

4. Identificación de recursos y medios de acción

Podemos conocer la situación-problema, tener conocimiento de cómo surgió y cómo podría ser en el futuro, habida cuenta de la situación actual. Sin embargo, esto es insuficiente para que el diagnóstico sirva operativamente a un programa de intervención social. Hay que ir más allá de la situación-problema, determinando también los recursos y medios disponibles para atender las necesidades o problemas del área o sector de que se trate, y que han sido detectados en el diagnóstico.

Primeramente hay que identificar el tipo y cantidad de recursos que se podrían requerir. Esta tarea puede iniciarse respondiendo a dos cuestiones:

- ¿Quién puede resolver los problemas?
- ¿Qué tipo de ayuda o atención se necesita?

¿Quién puede resolver los problemas?

Es importante responder adecuadamente esta pregunta ya que, para solucionar o resolver algunos problemas, bastan los esfuerzos individuales de los afectados, mientras que, para otros, se requiere la asistencia o la cooperación de otras personas e instituciones, e inclusive de la comunidad en su conjunto. En muchos casos, será preciso un esfuerzo compartido en el que la comunidad deba cooperar y los individuos mantener los servicios creados, o contribuir modificando hábitos o comportamientos. Dicho en otras palabras, lo que necesitamos saber en este punto es qué personas o a qué nivel se pueden resolver los problemas y las necesidades detectadas. Por ejemplo:

- una persona, individualmente, puede ser la responsable de solucionar los problemas derivados de su higiene personal;
- las necesidades o problemas relacionados con la nutrición apropiada pueden ser responsabilidad de toda la familia;

- para alquilar o comprar un vehículo o equipamiento costoso, es posible que sea un grupo el que tenga que compartir su costo;
- para garantizar el abastecimiento de agua potable, será necesario el esfuerzo comunitario junto con el del gobierno local;
- para asegurar un adecuado suministro de vacunas, la responsabilidad podría ser de los servicios de salud a nivel regional o nacional.

¿Qué tipo de ayuda o atención se necesita?

Una vez planteado quién puede resolver mejor los problemas o necesidades, es preciso responder al interrogante sobre qué tipo de ayuda o atención se requerirá, por parte de esas personas, grupos o colectivos sociales, para que puedan —efectivamente— afrontar la solución de los mismos. No es lo mismo que se necesite una ayuda de asesoramiento técnico, que el suministro de alimentos, fármacos o material didáctico, o que se requiera organizar un servicio de voluntariado en ayuda a domicilio. Del tipo de atención/intervención que se necesite, se derivará el tipo de recursos requeridos que, posteriormente, habrá que tratar de obtener.

Una vez que se han identificado las personas que pueden resolver cada uno de los problemas y el tipo de ayuda que se necesita en cada caso, tenemos que identificar los recursos y medios apropiados para prestar esa ayuda; buscando —simultáneamente— las fuentes en donde se podrían obtener dichos recursos.

Esta identificación y búsqueda de recursos es conveniente que se oriente teniendo en cuenta dos fuentes principales:

- recursos existentes en la propia comunidad;
- recursos externos existentes y potencialmente disponibles.

a. Recursos existentes en la propia comunidad

Se trata de los recursos disponibles por las personas, grupos, instituciones, organizaciones de base, y por la comunidad en general. Son

los recursos individuales y colectivos/institucionales existentes y que es posible movilizar por la misma gente.

Es preciso conocer y estar informado acerca de los medios de que disponen los propios afectados o su comunidad, para atender el problema o necesidad. Ejemplos de esta clase de recursos son:

- lugares para realizar diversas actividades;
- aportaciones económicas individuales;
- colaboración voluntaria de personas con ciertas aptitudes útiles para la acción o proyecto de que se trate;
- aportaciones de mano de obra;
- cesión o préstamo de vehículos y otros equipamientos que se necesiten y que puedan ser ofrecidos por personas de la comunidad;
- aportación de materiales, objetos y materias primas que puedan ser necesarios y que puedan ser aportados por otras familias, etc.

Una última consideración sobre este tema podría expresarse en lo que suele llamarse la **necesidad de utilizar recursos apropiados**: tanto en relación con el tipo de acción que se va a implementar, como con las características de las personas que serán objeto de atención.

Por otra parte, la utilización de recursos disponibles entre la misma gente no sólo ahorra dinero —que puede invertirse en la solución de otros problemas—; además, permite que las personas se sientan orgullosas de valerse por sí mismas. Cuando alguien ha logrado algo, ese logro se transforma en un factor que alienta o motiva a intentar resolver otros problemas con su propio esfuerzo. Este modo de actuar suele dar mejores resultados a largo plazo, en tanto que impide el establecimiento de ciertas “dependencias” que pueden resultar negativas (ya sea de instituciones, profesionales, o tecnologías inadecuadas al medio). Esto se expresa sintéticamente en el conocido proverbio: “No le des pescado a tu vecino para que coma hoy. Enséñale a pescar para que coma todos los días.”

Ahora bien, los recursos son tanto más apropiados cuanto mejor se adaptan al tipo de acción que se va a desarrollar, a las características de la gente, a la metodología, y al grado de participación que se quiere dar o que se espera obtener de la gente, en relación con el programa de intervención o la prestación de determinados servicios.*

b. Recursos externos existentes y potencialmente disponibles

Siempre es preferible resolver los problemas o necesidades con recursos propios del individuo, grupo o comunidad, aunque, frecuentemente, ello suele ser insuficiente, ya sea por la complejidad del problema o por la amplitud y extensión del proyecto que se requiere implementar. En estos casos, en el diagnóstico se deberán identificar algunos recursos y fuentes externas, como por ejemplo:

- fondos o apoyo técnico facilitado por organismos públicos y privados;
- técnicos especializados;
- materiales y equipamientos complejos, etc.

Una identificación de recursos que se limite a señalar el tipo y cantidad, así como las fuentes de obtención de los mismos, no basta desde el punto de vista de la finalidad del diagnóstico, ya que no constituye —en sí misma— una información suficiente que permita establecer una estrategia de acción adecuada. Para que la identificación de recursos sea completa, suficiente y relevante, es preciso conocer y explicitar cuáles de esos recursos y medios existen realmente y están disponibles para su utilización en el momento actual. Asimismo, es preciso saber cuáles son recursos potenciales que podrían ser susceptibles de obtenerse en el corto, medio y largo plazo. De ser posible, también

* Debemos tener siempre presente que los medios y recursos no son neutros con respecto a los fines que se persiguen, y tampoco son neutros con respecto a las personas sobre las que se utilizan. Siempre ejercen algún tipo de influencia en los resultados y efectos finales (previstos o no, deseados o no); de ahí la necesidad de intentar el mayor grado de adaptación posible a la realidad concreta que se quiere modificar.

convendría especificar el grado o factibilidad de obtención de dichos recursos, indicando —al menos— las condiciones que deberían darse para su posible empleo en el proyecto de acción o intervención prevista. Si todo lo indicado precedentemente no se tiene en cuenta, todas las propuestas de intervención que se realicen corren el riesgo de ser inviables o muy poco factibles, desde el punto de vista de la disponibilidad de insumos.

Quizá pueda resultar útil, en esta parte del diagnóstico, confeccionar un cuadro como el siguiente:

Necesidades y problemas identificados	¿Quién puede resolverlos mejor?	¿Qué tipo de ayuda o atención se necesita para resolverlo?	Recursos y medios necesarios para prestar la ayuda y atención requerida

Otro cuadro que permite clasificar los recursos identificados, detallando la última columna del anterior y facilitando la elección de recursos de acuerdo con su procedencia y disponibilidad, sería el siguiente:

RECURSOS	De la propia comunidad	Externos
Disponibles	<i>(máxima conveniencia)</i>	<i>(relativa conveniencia)</i>
Potencialmente disponibles	<i>(alta conveniencia)</i>	<i>(mínima conveniencia)</i>

En relación con esta tarea de identificación de recursos, será muy útil y práctico que, en el diagnóstico, se incluyan:

- Información general para la obtención de cada uno de los recursos identificados:
 - nombre de los organismos, organizaciones e individuos que poseen los recursos;
 - descripción del tipo de recursos que facilitan o pueden facilitar;
 - ubicación del organismo o la persona pertinente;
 - requisitos especiales que pudieran exigirse antes de facilitar los recursos.
- Selección de los mejores recursos, indicando ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, teniendo en cuenta la cultura y necesidades o problemas de la gente.
- Realizar visitas y entrevistas de exploración de recursos, conjuntamente con las personas afectadas (si son varias, mejor). Esto contribuye a una mayor y más pronta incorporación y protagonismo de los afectados en el proceso de solución o mejora del problema, y facilitará elementos para que los interesados participen activamente en la selección final de recursos que se van a emplear, y se impliquen —asimismo— en el proceso de obtención de los mismos.

En definitiva, de lo que se trata en esta tarea del diagnóstico, es de registrar y sistematizar la información necesaria sobre los recursos y medios de acción necesarios, de cara a posibilitar un buen establecimiento de prioridades y facilitar la programación de actuaciones posteriores al diagnóstico, de forma que pueda establecerse su grado de viabilidad en lo que disponibilidad de recursos se refiere.

5. Determinación de prioridades, en relación con las necesidades y problemas detectados

Generalmente, en las situaciones objeto de diagnóstico, se presentan múltiples problemas y necesidades, sobre las que no se puede in-

tervenir simultáneamente, habida cuenta de que los recursos son escasos o limitados, o no están siquiera potencialmente disponibles. Por ello, es preciso decidir qué problemas se intentará resolver primero, y cuáles después, en orden sucesivo. Esto es lo que, en el lenguaje técnico, se denomina **establecer prioridades**.

Prácticamente todas las personas jerarquizamos y establecemos prioridades en todos los órdenes de la vida para decidir lo que vamos a hacer (o no hacer), de acuerdo con una escala de valores y con requerimientos de la propia realidad. En la realización de un diagnóstico, y en la planificación, los criterios para establecer prioridades son de dos tipos:

- De carácter **político, ideológico o filosófico**, que establecen una especie de “deber ser”, de lo “deseable”, de acuerdo con fines políticamente priorizados o considerados filosóficamente como más valiosos.
- Otros, de carácter **técnico**, a partir de los resultados de la investigación (en la que lo valorativo no queda excluido). Estos criterios técnicos deben ser congruentes con los fines perseguidos por las políticas sociales que se derivan del marco referencial, ya sea éste político, ideológico o filosófico.

Para decirlo brevemente: el establecimiento de prioridades es una decisión política, pero, para ser realista y viable, debe apoyarse en criterios técnicos valederos.

Ya sea que se utilicen criterios políticos o criterios técnicos (de ordinario, es la combinación de ambos), la determinación de prioridades consiste en establecer un orden de precedencias, de acuerdo con el cual se irán satisfaciendo las necesidades o dando respuesta a los problemas. Sin embargo, conviene diferenciar en este punto la priorización que se realiza en el diagnóstico (referida a problemas y necesidades) de la que se lleva a cabo en la planificación posterior (referida a objetivos alternativos que compiten por los mismos recursos).

Es esta tarea (la determinación de prioridades) la que —por otra parte— establece la articulación, enganche o nexo entre el diagnóstico y la programación, constituyendo —sin duda— el eje central y el pilar

básico del diagnóstico y de la planificación. El resto de las tareas que ya hemos examinado, así como las que veremos a continuación, se realizan en base, o como apoyo, al establecimiento de prioridades. Ya sea que se haga por procedimientos sencillos o sofisticados, o con mayor o menor participación de los afectados, lo cierto es que la priorización de problemas es una tarea primordial e insoslayable del diagnóstico, y tiene una importancia estratégica para la acción que se realice.

a. Cómo establecer prioridades a nivel micro-social

Tanto si se trata de establecer prioridades con individuos o familias, como si se trata de hacerlo con grupos o comunidades, es preciso responder —como mínimo— las cuatro cuestiones siguientes:

- **¿Cuál es el problema más grave?** Es decir, de todos los elementos problemáticos identificados al inicio del diagnóstico, habrá que decidir cuál o cuáles son los más importantes en función de su gravedad y riesgos que comportan para las personas que los sufren. Como ya dijimos anteriormente, para lograr esto será preciso conocer bien los efectos que dichos problemas y necesidades tienen sobre la gente, y la naturaleza de sus consecuencias, así como la vinculación e interrelación que pudieran tener con otros problemas y necesidades y con factores contextuales.
- **¿Qué reportará las mayores ventajas en el futuro?** Esto es, examinar los problemas y necesidades desde el punto de vista de las mejores consecuencias futuras que su abordaje actual represente. Porque, de lo que se trata, no es sólo de resolver temporalmente los problemas más acuciantes actualmente, sino lograr que el futuro sea más prometedor.
- **¿Qué necesidades y problemas pueden atenderse con los recursos disponibles?** Otro aspecto importante para considerar en la priorización de problemas y necesidades es el relativo a la factibilidad de la intervención, ya que lo que interesa saber de los problemas más graves es cuáles son posibles de atender con los medios

de que se dispone en el momento actual. Por otra parte, una priorización que no tenga en cuenta este elemento no servirá para programar una acción eficaz y desalentará el proceso de resolución de los problemas, ya que planteará el tratamiento de unas necesidades para las cuales no existen medios de intervención en lo inmediato.

- **¿Cuáles son los problemas que más preocupan a las personas?** Es decir, priorizar teniendo en cuenta cuál es la percepción social que se tiene de los problemas y necesidades. Esto, por una razón obvia: cuando un problema preocupa mucho a la gente, aumentan las posibilidades de que ésta se movilice para su solución; interés que acrecienta, por ende, las posibilidades de resolución del mismo.

Un ejemplo que ilustra —a nivel familiar— el proceso de establecimiento de prioridades, utilizando los cuatro interrogantes precedentes, es el que presentamos sintéticamente a continuación:¹²

La Sra. Sánchez tiene cinco hijos. El mayor tiene ocho años y el más pequeño nueve meses. La Sra. Sánchez está embarazada de nuevo. La familia comparte una habitación, hecha de tablonés y con el tejado de chapa, adosada a la parte trasera de la casa del padre del Sr. Sánchez. La Sra. Sánchez no se siente muy fuerte en los últimos tiempos. No ha tenido un empleo regular desde hace cuatro años.

El Sr. Sánchez es pescador. Su pesca no ha dado muy buenos resultados últimamente. Ahora pasa varios meses seguidos trabajando en la ciudad como peón. La pequeña cantidad de dinero que gana apenas llega para alimentar a su familia. En realidad, todos los niños tienen un peso insuficiente y son enfermizos.

El Sr. y la Sra. Sánchez discuten sus problemas con un trabajador social. He aquí algunas de las necesidades y problemas que mencionan:

- un lugar más grande para vivir;
- más dinero;

- un trabajo para la Sra. Sánchez;
- adiestramiento para el Sr. Sánchez, a fin de que pueda obtener un trabajo mejor;
- alimentos para los niños;
- medicamentos para los niños;
- una manera de evitar que la familia aumente de tamaño;
- ropa nueva, para que los vecinos no marginen a la familia;
- una radio para la Sra. Sánchez, a fin de que no se sienta tan sola.

¿Cuál es el problema más grave? Para la familia Sánchez, puede ser la falta de alimentos. Los niños mal alimentados están expuestos a sufrir muchas enfermedades que pueden convertirlos en minusválidos para el resto de su vida.

¿Qué reportará mayores ventajas en el futuro? Para la familia Sánchez, adiestrar al Sr. Sánchez en un oficio que le permita obtener un puesto de trabajo mejor pagado será lo que mayores ventajas les reporte en el presente y en el futuro.

¿Qué necesidades pueden atenderse con los recursos disponibles? La familia Sánchez tiene poco dinero, y no es muy probable que la Sra. Sánchez encuentre ahora un empleo. Con los recursos de que disponen, probablemente no puedan permitirse comprar ropa nueva y una radio. Ni siquiera están a su alcance ciertos alimentos. Pero, dentro de los límites de sus recursos, hay alimentos baratos y nutritivos en el mercado local.

¿Cuáles son los problemas que más preocupan a las personas? La Sra. Sánchez tiene grandes deseos de tener la radio, pero tanto ella como su esposo desean que éste obtenga un trabajo mejor pagado.

Después de examinar juntos estas cuestiones, el Sr. y la Sra. Sánchez decidieron que sus prioridades inmediatas eran el adiestramiento del Sr. Sánchez para que pudiera obtener un empleo, y la compra de alimentos más nutritivos dentro de los límites de su presupuesto actual. Como prioridades a medio plazo,

se plantearon acudir a un servicio de salud para la planificación familiar, una vez nacido el nuevo hijo, y buscar recursos (semillas y herramientas) para desarrollar una huerta en el patio de la vivienda.

En el curso de la discusión, las personas acaban dándose cuenta de que muchos de sus problemas y necesidades están relacionados entre sí. Y que, en realidad, la satisfacción de una necesidad prioritaria puede resolver también muchos otros problemas.

Las preguntas expuestas y ejemplificadas precedentemente constituyen una forma útil de establecer prioridades de manera conjunta entre los afectados (individuo, familia, grupo o comunidad) y los agentes externos (trabajador social, promotor, educador, etc.); ya que permiten —de forma sencilla— la participación e implicación de todos en el proceso, empleando —a su vez— criterios de priorización validados técnicamente.

Sin embargo, no siempre un diagnóstico se realiza a nivel micro-social. Muchas veces, la finalidad del mismo es establecer planes, programas y proyectos de gran alcance, ya sea por el elevado número de personas sobre las que se actúa, o por la complejidad de los problemas que se confrontan, cuando éstos exceden una realidad individual/familiar, grupal o comunitaria a pequeña escala. En estos casos de diagnóstico a **nivel macro-social**, los procedimientos para establecer prioridades son —necesariamente— más complejos y tecnificados que la simple formulación y discusión de estas preguntas junto con los afectados.

b. Cómo establecer prioridades a nivel macro-social

En un diagnóstico de estas características, la determinación de prioridades debe dirigirse no sólo a seleccionar los problemas objeto de intervención (*prioridades de acción*), sino, también, a seleccionar aquellos problemas sobre los cuáles se precisa —primeramente— un mayor conocimiento de sus causas y soluciones (*prioridades de investigación*).¹³

En otro orden de cosas, también debemos advertir que, en un diagnóstico a nivel macro-social, si bien la importancia de los problemas puede ser conocida (al haberse realizado la tarea de identificación de necesidades y problemas), la resolución de los mismos no siempre es fácil de establecer. Por ello, dentro del proceso de priorización de problemas, o, mejor dicho, un requisito previo al mismo, es el de llevar a cabo una “**exploración de las alternativas de intervención**”.

El objetivo de esta exploración es encontrar, para cada problema, las soluciones eficaces y, entre ellas, cuáles son factibles o aceptables. Decimos que una intervención es **eficaz** cuando es capaz de prevenir o controlar el problema, o bien de satisfacer la necesidad; dicho en otros términos, la eficacia es la capacidad que tiene una intervención para resolver el problema. Ahora bien, “para ser considerada eficaz, una intervención debe ser a la vez fiable y válida. La *fiabilidad* se refiere a la capacidad de la intervención para producir los mismos resultados cuando es repetida en condiciones semejantes; la intervención es *válida* en la medida en que el resultado obtenido se asemeja al resultado que se espera obtener gracias a su aplicación”.¹⁴ En los programas sociales no suele ser fácil juzgar la eficacia de la intervención, ya que, a la multifactorialidad de los problemas, hay que agregar la escasez de estudios y pruebas que permitan la evaluación controlada de ensayos de intervención.*

Por otra parte, una intervención es **factible** cuando es capaz de resultar operativa en el contexto que le es propio. El estudio —por tanto— de la factibilidad de una intervención “se dirige, pues, a evaluar las posibilidades de éxito de su implantación, es decir, su aceptabilidad”.¹⁵ Esta factibilidad está condicionada por varios factores que favorecen u obstaculizan su realización:¹⁶

* Como bien señalan Pineault y Daveluy, son varias las clases de pruebas que pueden hacerse para juzgar el valor de una intervención: I) las pruebas basadas en, al menos, un *ensayo randomizado*, es decir, realizadas con un reparto al azar de los sujetos entre el grupo experimental y el grupo control; II) las basadas en los *estudios caso-controles*, o en estudios de conjunto con grupos control, sin randomización de sujetos; III) las basadas en *estudios de tipo ecológico*, es decir, en la comparación de lugares o épocas con y sin la intervención; y IV) las basadas en la *opinión de expertos* en el tema. Sin duda, la prueba de mayor validez es la primera, aunque raramente se utiliza en programas sociales, ya sea por razones políticas, éticas o porque se trata de situaciones en que el problema es multifactorial.

- **Factibilidad legal:** que la intervención respete el ordenamiento jurídico y las diferentes legislaciones implicadas, prestando especial atención al respeto de los derechos humanos y los derechos fundamentales de los ciudadanos.
- **Factibilidad política:** que exista una voluntad/decisión política de hacerlo, es decir, que haya un apoyo decidido de la más alta autoridad política de quien depende que algo se haga o no.
- **Factibilidad económica:** que el proyecto sea rentable (si se trata de un proyecto productivo) o que se pueda financiar con los recursos disponibles (si se trata de otro tipo de proyecto o servicio); en este factor juega todo lo referente al costo-beneficio, costo-eficacia, rendimiento, costo de oportunidad, productividad, viabilidad financiera, etc.
- **Factibilidad organizacional:** que existan la o las instituciones u organizaciones necesarias para su realización y que se disponga del personal apropiado.
- **Factibilidad técnica:** disponibilidad de usar y aplicar la tecnología necesaria y apropiada para su realización.
- **Factibilidad sociocultural:** sin barreras socio-culturales capaces de obstaculizar su realización, tales como valores, creencias y modos de ser de la gente. En esto influye también el grado de aceptación o consenso social a favor de la intervención, de parte de los sectores involucrados.
- **Factibilidad ética:** que no existan efectos secundarios indeseables, y que los cambios de comportamiento que se induzcan busquen la decisión autónoma de las personas afectadas respetando en todo momento su derecho a no ser objeto (si no lo desean) de la intervención, salvo en situaciones de alto riesgo o emergencia social.

Para realizar esta exploración de alternativas que permite identificar y seleccionar soluciones eficaces y factibles, es preciso tener en cuenta:¹⁷

- **Objetivo del estudio exploratorio,** tratando de examinar las diversas formas en que se puede intervenir ante un mismo problema y los diversos efectos consecuentes.

- **Población-objetivo de la intervención;** lo que implica identificar y conocer muy bien la población sobre la que se va a actuar: analizar los factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo de los comportamientos puede ser sumamente útil.
- **Nivel al que se dirige la intervención,** es decir, determinar en qué estado de la evolución del problema es pertinente intervenir.

En cuanto a los procedimientos técnicos que pueden emplearse para la exploración de alternativas, podemos destacar los siguientes:

- Modelo PRECEDE.*
- Márketing social.**
- Revisión bibliográfica.
- Técnicas de creatividad.
 - Grupales:***
 - Delphi.****
 - Grupos nominales.*****
 - Grupos de creación participativa.*****
 - Brainwriting.*****

* *Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation.*

** Tanto el modelo PRECEDE como el marketing social son métodos complejos que, además de explorar alternativas, pueden servir para establecer estrategias de acción. Una revisión y comparación de ambos métodos puede consultarse en R. Pineault y C. Daveluy, *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*, Barcelona, Masson, 1997 (pp. 219-224).

*** Las tres primeras técnicas grupales de creatividad (Delphi, grupos nominales y grupos de creación participativa) pueden emplearse también en la elaboración de pronósticos basados en la previsión de expertos.

**** Un manual actualizado y didáctico sobre el procedimiento Delphi puede consultarse en: J. Landeta, *El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre*, Barcelona, Ariel, 1999.

***** Para conocer el procedimiento y aplicaciones de esta técnica, pueden consultarse las siguientes obras: M.ª J. Aguilar, *Técnicas de animación grupal*, Buenos Aires, Espacio, 1997 (pp. 102-107); A. Guillén, "La técnica del grupo nominal", en *Documentación Administrativa*, núm. 223, Madrid, INAP, 1990 (pp. 51-98).

***** Para conocer en qué consiste y cuál es el procedimiento y aplicaciones de esta técnica consultar: M.ª J. Aguilar, *op. cit.* (pp. 93-99).

***** Ver R. Pineault y C. Daveluy, *op. cit.* (p. 225).

- Asociación de ideas:
 - Brainstorming.*
 - Sinéctica.**
 - Pensamiento lateral.***

No cabe ninguna duda de que el proceso de establecer prioridades —como advertimos anteriormente— es esencialmente político, ya que las prioridades están determinadas por factores sociales, medioambientales y organizacionales.¹⁸ Se ha llegado a decir, incluso, que la política es el lenguaje de las prioridades. Sin embargo, la utilización de criterios explícitos facilita el análisis. Cuando hablamos de criterios de priorización de problemas, hacemos referencia a características medibles a las que se asignan valores normativos, o bien, características de referencia que permiten discernir entre dos elementos comparables.¹⁹ Para determinar prioridades acerca de problemas sociales, es conveniente utilizar tres criterios principales, en base a los cuáles estimar y comparar las distintas posibilidades:

- Importancia del problema.
- Capacidad del programa o intervención para solucionarlo.
- Factibilidad del programa o intervención.

El proceso que se debe seguir para determinar prioridades, en un diagnóstico a nivel macro-social, comporta los siguientes pasos o acciones:

1. **Definir los criterios de decisión** (nosotros sugerimos los tres anteriores como mínimo pero, en todo caso, ello depende de quienes tienen el poder de decisión).
2. **Preseleccionar los problemas** identificados, mediante un sistema de "trillaje" si son demasiados (más de 40).

¹⁸ Ver M.ª J. Aguilar, *op. cit.* (pp. 74-77).

¹⁹ Cf. referencias bibliográficas acerca de este procedimiento en R. Pineault y C. Daveluy, *op. cit.* (p. 225).

¹⁹ *Ídem* (p. 225).

3. Estimar y comparar los problemas, mediante la utilización de instrumentos técnicos de priorización, tales como:*

- Parrilla de análisis.
- Método Hanlon.
- Método DARE (*Decisional Alternative Rational Evaluation*).
- Método de la ponderación de criterios.
- Método simplex.
- Escala de medida lineal.
- Comparación por pares.
- Ponderación (*Rank Weight Technique*).
- Asignación directa.
- Clasificación por orden de importancia.

4. Análisis de la importancia del problema y de la capacidad del programa. Esta tarea puede hacerse siguiendo el siguiente cuadro:

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	CAPACIDAD DEL PROGRAMA	DECISIÓN
Considerable	Grande	Prioridad mayor para la implantación del programa
Considerable	Escasa	Prioridad mayor para la investigación
Menos considerable	Grande	Prioridad de menor talla para el establecimiento del programa
Menos considerable	Escasa	Prioridad de menor talla para la investigación

Fuente: adaptado de A. Donabedian, *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Cambridge, Harvard University Press, 1973, p. 170.

* Una explicación de estos procedimientos puede consultarse en: R. Pineault y C. Daveluy, *op. cit.* (pp. 232-255), y E. Ander-Egg, *Introducción a la planificación*, Buenos Aires, Lumen-Hymanitas, 1995 (pp. 108-110).

6. Establecimiento de estrategias de acción

Antes de entrar al desarrollo del contenido de este párrafo, nos parece oportuno hacer una precisión conceptual acerca del término "estrategia". En sentido general, se habla de estrategia para designar el "arte de combinar, coordinar, distribuir y aplicar acciones de cara a alcanzar un objetivo". En el trabajo y la intervención social, "se refiere a las acciones concretas con el fin de mantener y orientar un proceso en una determinada dirección, habida cuenta de que en ese proceso se introduce un flujo continuo de cambios, innovaciones y retrocesos. Se distingue la estrategia de la táctica en cuanto esta última se refiere a lo coyuntural y se interesa por responder a las actuaciones de cada momento, mientras que la estrategia apunta a las metas y objetivos y se preocupa de operaciones que hacen al proceso total".²⁰

Un diagnóstico social tiene que ser también, como ya dijimos, fundamento de las estrategias que han de servir a la práctica concreta, conforme con las necesidades y aspiraciones manifestadas por los propios interesados (pueblo, comunidad, grupo, organización, etc.) y con la influencia de los diferentes factores que inciden y actúan de manera positiva, negativa o neutra en el logro de los objetivos propuestos.

Para que la planificación pueda ser flexible para adaptar los procesos a las decisiones que reclama cada coyuntura, es necesario que el diagnóstico (siempre realizándose y actualizándose) sirva para orientar la toma de decisiones con el fin de mantener o corregir el conjunto de las actividades en la dirección de la situación-objetivo.

Establecer la estrategia que puede ser más apropiada para enfrentar un problema o necesidad requiere conocer:

- sus causas;
- las razones del comportamiento que pudiera reforzarlo, agravarlo o ser causa del mismo;
- los factores contextuales que inciden y/o condicionan el proble-

ma o necesidad; como por ejemplo: la cultura local, la situación económica, mecanismos de presión y control social, etc.

Todas estas cuestiones —si las tareas precedentes han sido bien realizadas— deben estar ya identificadas con cierta precisión. Lo que corresponde hacer ahora es “ponerlas en relación”. Y, para ello, es conveniente realizar un análisis de los puntos fuertes y los puntos débiles que presenta la situación que queremos modificar. Los instrumentos técnicos que presentamos a continuación pueden resultar sumamente útiles en esta tarea.

a. Matriz DAFO

La matriz o método DAFO (detección de **Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades**) tiene diversas variantes, pero aquí queremos reseñar la versión conocida como “modelo Harvard”, que —además de ser esencialmente la originaria— se centra más en las capacidades prospectivas de diagnóstico. Como bien indica Gil Zafra,²¹ este método consiste en ordenar la información extraída en un cuadrante sencillo que localice la misma en función de las limitaciones y potencialidades que vislumbra respecto a la organización, grupo o situación social estudiada. Para ello se somete la información, obtenida rigurosamente, al enjuiciamiento y valoración por parte de los sujetos o miembros del grupo o comunidad afectada, así como por parte del equipo técnico investigador/diagnosticador. Estos juicios y valoraciones, conjuntamente considerados, son los que asignan el valor a la información y los datos, orientando respecto a los aspectos negativos y positivos, internos y externos, que presenta la situación o el problema objeto de diagnóstico. Esta matriz puede facilitar el posicionamiento y la toma de decisiones respecto a la estrategia o estrategias para seguir, ya que nos ayuda a comprender las circunstancias que rodean a los hechos y fenómenos sociales, aportando elementos de consideración y juicio, desde la perspectiva del entorno de actuación.

El cuadrante que define la matriz DAFO es el siguiente:

	Negativas (factores de riesgo)	Positivas (factores de éxito)
Circunstancias internas ("en acto")	DEBILIDADES	FORTALEZAS
Circunstancias externas ("en potencia")	AMENAZAS	OPORTUNIDADES

Se trata de ordenar la información en función de que la misma se refiera más a las circunstancias internas del grupo o comunidad, tanto positivas (fortalezas) como negativas (debilidades), o a las circunstancias externas, sean positivas (oportunidades) o negativas (amenazas); y que esas mismas circunstancias constituyan un riesgo o un peligro para la intervención (debilidades, amenazas) o sean factores de éxito para la misma (fortalezas, oportunidades). Las circunstancias internas (debilidades y fortalezas) se corresponden con un autodiagnóstico del grupo o comunidad. Se trata del punto de partida y de una constatación “de hecho” de todo aquello con que verdaderamente se cuenta o de lo que se dispone, sea positivo o negativo. Las circunstancias externas (amenazas y oportunidades) constituyen una valoración de los condicionantes y situaciones contextuales que pueden afectar —positiva o negativamente— los intereses del grupo y las posibilidades de intervención para enfrentar un problema o necesidad. Se trata de hechos o acontecimientos que pudieran llegar a suceder, teniendo actualmente un carácter potencial. De este modo, se pueden prever acciones para evitar lo que potencialmente no es deseable y para estimular aquello que parece deseable que suceda.

Para emplear la matriz DAFO, es preciso —a veces— utilizar otras técnicas complementarias que aseguren la obtención de ciertos datos necesarios (datos que deberían estar disponibles y sistematizados si se han hecho bien y de forma completa todas las tareas precedentes del diagnóstico), o que ayuden a calificar y valorar esa información de acuerdo con la estructuración que propone el método en sí. Procedimientos tales como el *brainstorming*, la encuesta participativa, los censos de conductas sociales, el diagrama de Ishikawa, el impacto del fu-

turo, los grupos nominales, los grupos de creación participativa o el foro comunitario, pueden ser de gran utilidad para el uso de esta matriz.

b. La regla SODA-MECA

Asimismo, conviene tener presente, en esta tarea del diagnóstico, que, para seleccionar con éxito las estrategias de intervención, no sólo es necesario establecerlas ante problemas o situaciones negativas: muchas veces, la falta de estrategia para mantener, conservar y/o mejorar aquello que es positivo, o para aprovechar una oportunidad que se presenta en un momento dado, puede terminar originando un conflicto o un problema nuevo en el futuro. En los cursos que sobre diagnóstico social impartimos los autores de este libro, hemos comprobado que a muchas personas les resulta de utilidad un juego didáctico mnemotécnico (SODA-MECA) que puede ayudar a visualizar diversos tipos de estrategias, en función de la valoración que realizamos en varios niveles y ámbitos de actuación:

lo que consideramos Satisfactorio, hay que saber cómo	Mantenerlo, para que no se deteriore
a veces se presenta una Oportunidad, y hay que saber cómo	Explotarla a tiempo en beneficio del grupo o comunidad
cuando se detecta una situación o hecho Desfavorable, conviene	Corregirlo cuanto antes, para rentabilizar el "tiempo de reacción"
cuando se identifica algo Amenazante, hay que saber	Afrontarlo sin demora, para neutralizar o eliminar sus efectos

c. Esquema PAM-CET

Como las necesidades y problemas tienen, casi siempre, múltiples causas, las estrategias pueden —y con frecuencia deben— estar orientadas a la intervención en varios niveles. Existen dos procedimientos técnicos altamente sistematizados para establecer estrategias multinivel: el modelo PRECEDE y el marketing social que mencionamos anteriormente, aunque no necesariamente es imprescindible que se empleen estos procedimientos, ya que no en todas las circunstancias es posible o necesaria su utilización. Lo que siempre nos será útil es establecer estrategias a partir —como mínimo— del análisis causal y comportamental de los problemas. De modo tal que, para cada problema —o causa de un problema—, se determine el tipo de acción y medidas necesarias (estrategia de acción), así como algunas sugerencias sobre los métodos y técnicas que resultan más apropiados para implementar cada estrategia. Un ejemplo del esquema que proponemos aparece en el cuadro siguiente, que podríamos denominar esquemáticamente por su abreviatura como PAM-CET (Problema-Acción-Métodos/Causa-Estrategia-Tecnología):

PROBLEMAS (Causas del problema)	TIPO DE ACCIÓN NECESARIA (Estrategia)	MÉTODOS Y TÉCNICAS (Tecnología apropiada)
Falta de conocimientos	INFORMACIÓN	Carteles, radio, televisión, prensa, charlas, folletos, exposiciones, audiovisuales, etc.
Influencia negativa de otras personas	APOYO Y REFUERZO	Grupos de autoayuda, grupos de discusión, asociaciones y clubes, consejo familiar, etc.
Falta de aptitudes	FORMACIÓN	Demostraciones, estudios de casos, juegos educativos, talleres, etc.

Falta de recursos	MOVILIZACIÓN DE RECURSOS	Entrevistas, visitas a grupos y organizaciones, reuniones comunitarias, mancomunidad de recursos, encuestas institucionales, consulta de guías de recursos, etc.
Conflicto de valores	ACLARACIÓN DE LOS VALORES Y TOMA DE CONCIENCIA	Improvisación teatral, juegos educativos, historietas, cómics, audiovisuales, juegos de roles, sociodrama, etc.
Falta de servicios	ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Observación participante, entrevistas en profundidad, contacto con líderes, informantes-clave, contacto global, foros comunitarios, grupos de creación participativa, etc.
Ingresos familiares insuficientes	GENERACIÓN DE INGRESOS Y/O CONSERVACIÓN DE INGRESOS	Autoempleo, micro-empresas, técnicas de gestión, autoorganización, modificación de hábitos de consumo, servicios comunitarios (guarderías, comedores, huertas orgánicas intensivas familiares, etc.).

d. Análisis de importancia-competencia-poder²²

El conocimiento de que el proceso de organización comunitaria se activa en presencia de problemas "sentidos" por los protagonistas del proceso mismo lleva a la reflexión sobre los aspectos que se refieren tanto a la importancia como a la competencia y al poder que las personas involucradas sienten que tienen para resolver el problema. La exigencia de evaluar la importancia atribuida al problema, al poder y a la competencia necesarios para resolverlo, adquiere, en el momento de la elección del problema sobre el que se va a intervenir, una importancia esencial para garantizar el éxito al iniciar y finalizar lo que se ha emprendido.

La **importancia** atribuida a un problema indica el grado de malestar que eso provoca en la persona o el grupo y el consecuente deseo de cambio; éste es un componente esencial del aspecto motivacional, en cuanto un problema reconocido como importante tiene potencialmente un grado de movilización de energía para buscar una solución. La percepción de la importancia es subjetiva y no indica la "importancia real"; para crear la premisa de una acción colectiva es preciso lograr una convergencia social o consenso sobre el grado de importancia, a través de un proceso de integración de las necesidades. Además, tal potencialidad no se transforma en hecho si faltan los otros dos componentes: la competencia y el poder.

La **competencia** la definimos aquí como "el conjunto de conocimientos, de habilidades y de instrumentos que son necesarios para afrontar con éxito el problema". La percepción de la propia competencia general y específica respecto a un problema está ligada a dos aspectos fundamentales:

- la percepción y la anticipación del éxito;
- la autoestima personal y del grupo.

La previsión del éxito es un resorte motivacional indiscutible: las personas, en general, tienden a emprender aquellas acciones para las que prevén resultados positivos y que, por eso mismo, mantienen alto el nivel de la propia autoestima. Un bajo nivel de autoestima produce "dependencia" y "usuarios", y no participación.

La última variable (aunque no en orden de importancia) es la percepción del **poder** personal y de grupo. El término "poder" significa "posibilidad de producir o impedir los cambios"; resolver un problema significa producir un cambio. La percepción del propio poder está fuertemente relacionada con la posibilidad de éxito: quien piensa o cree que no tiene poder tiende a sentirse impotente y no está en condiciones de emprender acciones de cambio; por otra parte, quien piensa que tiene poder, pero no lo tiene, se encamina hacia la frustración y el fracaso.

Las tres variables, importancia, competencia y poder, pueden presentarse frente a la solución de un problema en diversas combinacio-

nes, y cada una de ellas está acompañada de presumibles sentimientos, probables acciones y sugiere la adopción de formas particulares de soporte y apoyo. En la tabla siguiente aparecen indicadas las combinaciones más significativas. En el caso en que el problema sea considerado y sentido como poco importante, es preciso tener presente que falta energía para afrontarlo, porque el nivel de motivación es bajo y la acción posible o sugerida aparece como un "sinsentido". En este caso será preciso empezar el proceso de identificación de los problemas de manera que se individualice uno (o algunos) que sea más movilizador.

Combinación	Sentimientos	Acciones probables	Tipo de apoyo
Elevada importancia Elevado poder Elevada competencia	sentimiento de estar "controlando" la situación; confianza en la propia capacidad para solucionar los problemas; riesgo de "sobrevaloración" de uno mismo	acciones dirigidas al cambio; infravaloración del riesgo y de la complejidad	acciones de puesta en marcha; <i>test</i> de realidad
Elevada importancia Elevado poder Baja competencia	sentido de inadecuación; malestar; conflicto interior	se actúa por "ensayo y error"; acciones no proyectadas; <i>acting out</i> ; rechazo y negación de la realidad	formación; consejo y asesoramiento; asistencia técnica
Elevada importancia Elevada competencia Bajo poder	sentido de impotencia y/o de angustia; resentimiento hacia el que detenta el poder; sentimiento de ser o estar desaprovechado o desperdiciado	crítica a quien detenta el poder; rebelión; delega y/o desplaza el problema	estrategia de la conexión; análisis del contexto; verificación del poder efectivo

Elevada importancia Baja competencia Bajo poder	sentimiento de estar "a merced a otros"; desconfianza del cambio; sentido de impotencia y desmotivación	delegación en otros; pasividad; rebelión activa/pasiva; búsqueda de soluciones y de relaciones individuales	organizar el descontento
---	---	---	--------------------------

7. Análisis de contingencias

Una vez establecida la (o las) estrategia(s) de acción necesarias para enfrentar los problemas y necesidades prioritarios, es preciso realizar un análisis de contingencias que permita identificar posibles obstáculos y dificultades en la implantación de dicha estrategia, así como determinar el grado de viabilidad de la posible intervención.

Esto es necesario para culminar el diagnóstico, ya que determinar la estrategia más conveniente resulta insuficiente: es fundamental conocer los factores contextuales que pueden influir en la aplicación de las medidas. En este punto, de lo que se trata es de identificar —dentro de la situación contextual en que se presenta el problema y se abordará su solución— los factores que, de manera positiva, negativa o neutra, podrían influir sobre la estrategia de intervención y en la misma realización del programa o prestación de un servicio.

En otras palabras, para culminar el diagnóstico, debemos entender y comprender la dinámica que mueve las relaciones entre los hechos sociales, la vinculación de los actores con esos hechos, así como su posible actuación frente a ellos. De lo que se trata en este punto es de identificar las posibilidades de acción, estableciendo el "umbral de lo posible" dentro del arco direccional previsto, considerando los objetivos estratégicos de la acción. Y esto significa determinar bajo qué condiciones y circunstancias es posible intervenir y reconocer las limitaciones y restricciones que puedan obstaculizar dicha acción.²³

Si bien es cierto que, para la realización de todas las tareas anteriores del diagnóstico, se ha precisado del estudio y conocimiento de los factores contextuales, conviene aclarar que se hacía desde la perspectiva de su **influencia en el problema o necesidad**. Sin embargo, los factores a que nos referimos en el análisis de contingencias son los que tienen, o pueden tener, **influencia en las medidas que se quieren adoptar**, es decir, en lo que se pretende hacer.

Para identificar estos factores, y poder realizar el análisis de contingencias pertinente, es preciso hacer dos análisis previos:

- Análisis de actores sociales.
- Análisis de interacción objetivos/relaciones.

a. Análisis de actores sociales

Se utiliza la expresión “actor social” para hacer referencia a cualquier conjunto social que comparte intereses y/o racionalidades en relación con algún problema, cuestión, situación o circunstancia y, por ello, posee un determinado grado de “preocupación por el resultado de la acción”.²⁴ Así pues, en la realización de las acciones y actividades que se pretendan llevar a cabo, conviven una pluralidad de actores sociales, cuyos intereses y distintas racionalidades pueden llegar a producir desencuentros y conflictos.

Debemos abandonar la idea de que se pueden “estudiar conductas sociales como respuestas a situaciones sociales. No hay respuestas a situaciones, sino que se generan reacciones sociales entremezcladas. La situación no es más que el acontecimiento que resulta, en un momento dado, de las relaciones entre actores”.²⁵ Como ya indicamos, el diagnóstico nos tiene que permitir estar en condiciones de “entender la dinámica que mueve las relaciones entre los hechos sociales, la vinculación de los actores con esos hechos y la posible actuación de los actores”. Para ello, es imprescindible realizar un profundo análisis de los actores sociales, presentes y conformadores de una situación determinada, lo que implica:

- **Identificar los actores sociales interesados, implicados y afectados, directa o indirectamente, por las medidas que se van a adoptar.** Si bien en cada situación los actores pueden ser diferentes, conviene tener presente las distintas “partes” sociales que configuran y constituyen lo que se ha dado en llamar el ambiente social o “socio-ambiente”, ya que algunas, o todas ellas, pueden convertirse en “actores sociales”: “Los ciudadanos que forman parte de él; los administradores de los diferentes niveles del gobierno local; las asociaciones y los grupos de carácter político, religioso o asociativo en sentido lato, que operan al interior de la comunidad; los servicios y sus correspondientes operadores sociales y sanitarios del territorio; otros servicios que operan a nivel territorial (la escuela y sus maestros, los servicios de ocio y tiempo libre y sus animadores, etc.); las asociaciones sindicales y empresariales cuya actividad está ligada al territorio en que se inscribe la comunidad; y otros.”²⁶

Por ejemplo, respecto a una residencia de ancianos, podemos fácilmente identificar los siguientes actores sociales o grupos interesados:

- los usuarios atendidos,
- los usuarios en lista de espera,
- el personal que atiende la residencia (en todos los niveles),
- las asociaciones de tercera edad existentes en la comunidad,
- los competidores (otras residencias existentes en la comunidad y que dependen de una organización distinta a la que nos ocupa),
- los diferentes proveedores del centro,
- los poderes públicos,
- los medios de comunicación social,
- las familias de los ancianos,
- la comunidad local del área de influencia de dicha residencia.

La verificación de lo anterior, tiene un corolario obvio: la necesidad de identificar a las personas, grupos, instituciones y sectores sociales directa o indirectamente involucrados o afectados por la realización del programa o proyecto. Hay que tener un cierto conocimiento de los líderes, minorías activas, grupos de incidencia y formadores de opinión, en cuanto a la posición que podrían tomar frente al programa. Igualmente, el diagnóstico tiene que incluir cómo perciben, viven o piensan los "ciudadanos de a pie" un determinado programa, proyecto o actividad, o la oferta de un servicio.

- **Definir, en lo posible, sus exigencias sociales, intereses y racionalidades.** Se trata de hacer un análisis de las relaciones de fuerzas e intereses implicados en el proyecto o intervención que se desea realizar. En el ejemplo citado anteriormente, es obvio que cada clase de interesados (o actores sociales) es muy diferente, teniendo cada uno de ellos motivaciones y exigencias muy diversas.

Así, mientras a los usuarios les puede interesar que no se aumente el número de plazas, a los que están en lista de espera y sus familias les puede resultar primordial. Para los proveedores del centro, un recorte presupuestario que implique aumentar las aportaciones individuales podría no afectarles, pero sí a los usuarios y familiares, etc.

Conviene, pues, tratar de conocer qué tipo de exigencias e intereses tiene cada uno de ellos, para poder prever —antes de que aparezcan— posibles conflictos ante las medidas a tomar.

- **Prever los conflictos que pudieran originar los intereses y exigencias contrapuestos.** Las posibilidades de conflicto entre actores sociales, así como entre ellos y los responsables de tomar decisiones, con frecuencia pueden ser muy elevadas. Quizá en el ejemplo que estamos poniendo no se visualice con facilidad pero, si pensamos que, en lugar de una residencia de ancianos se trata de una cárcel, o de un centro de atención a toxicómanos, o de un centro de rehabilitación para delincuentes juveniles, los conflictos que pueden generarse son más complejos,

pudiendo llegar incluso a enfrentar a profesionales, usuarios, familiares y comunidad local. Si se trata de un centro de acogida a inmigrantes o refugiados, minorías étnicas, etc., los conflictos dependerán, muy previsiblemente, del grado de xenofobia y racismo, o solidaridad, capacidad de integración social y respeto al pluralismo, que exista en la comunidad.

- **Tratar de prever la conducta de dichos actores y, particularmente, de aquellos que —previsiblemente— puedan influir negativamente en la intervención que se va a realizar.** Esto, por una razón de sentido común: a medida que se prevea una conducta negativa, se podrá prevenir la misma o las consecuencias de la misma. En otros casos convendrá corregir la estrategia de acción, si es que dichos actores y sus conductas negativas afectasen gravemente los propósitos del programa, o su peso político y social fuera muy elevado, o sin posibilidades de contrarrestarlo con el apoyo social de la intervención. Cuando los conflictos que pueden generarse entren en colisión con los objetivos de quienes tienen el poder de tomar decisiones, habrá que ponderar a los actores interesados en función de criterios políticos y técnicos. En otras palabras, habrá que jerarquizar —por su importancia y repercusiones— a los diferentes actores sociales implicados, y después ponderarlos, utilizando cualquier sistema de los mencionados en el párrafo cuarto.

b. Análisis de la interacción objetivos/relaciones

Tanto si se trata de una comunidad como de uno o varios grupos en su interior, es preciso —como advierten Martini y Sequi—²⁷ decidir qué tipo de relación establecer con los interlocutores o contraparte (servicios, instituciones del área o sector geográfico, etc.), a lo largo del proceso de intervención: relaciones de colaboración o cooperación, relaciones de conflicto, o relaciones de negociación.

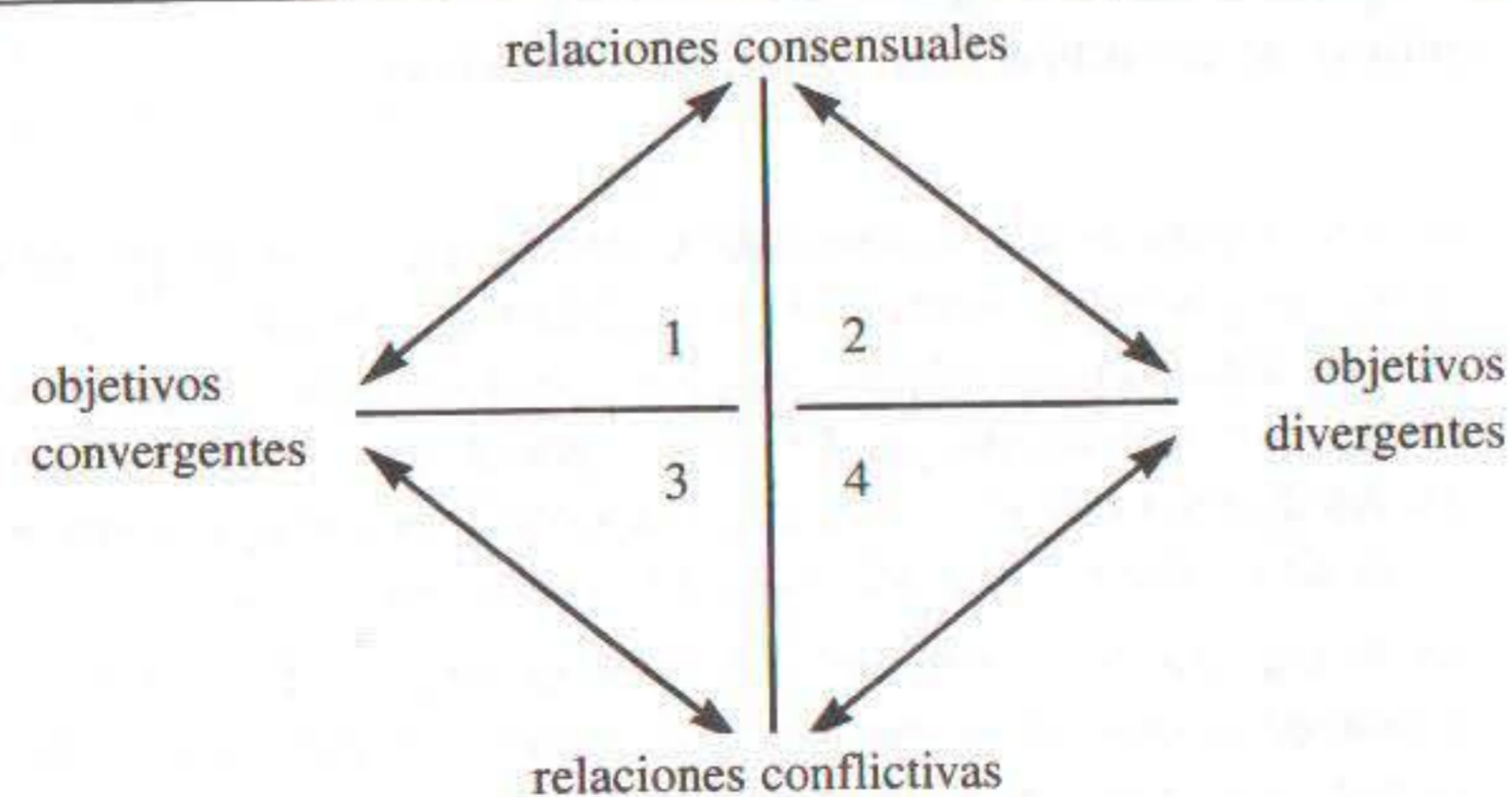
Uno de los objetivos principales del trabajo social y la intervención social, cuando se trata de un ámbito comunitario, es crear relaciones y conexiones entre los individuos y los grupos, de modo que éstos des-

cubran las necesidades que tienen en común y las ventajas que pueden obtener del esfuerzo conjunto. No obstante lo anterior, las relaciones que se han de adoptar no deben establecerse exclusivamente en función de los valores del grupo; se requiere también un análisis atento de la realidad, referido particularmente a:

- la distribución del poder entre las partes en juego;
- el tipo de relación existente entre las partes (que puede variar desde un máximo de conflictividad a un máximo de consenso);
- los objetivos que cada una de las partes persigue (que pueden ser convergentes o divergentes).

Cuando el poder está demasiado desequilibrado a favor de una parte, o ésta no visualiza la satisfacción de sus propios intereses en la colaboración o en la negociación, es muy difícil aceptar el proceso cooperativo o de negociación. Alinsky²⁸ establece una diferenciación muy clara entre negociar y mendigar, y sostiene que sin poder no se puede negociar. Las dos variables, cualidad de la relación y grado de convergencia-divergencia de los objetivos, permiten definir con más precisión la situación y, por consiguiente, elegir con mayor seguridad la estrategia de alianzas más apropiada.

Interacción objetivos/relaciones



Si nos encontramos en presencia de una situación caracterizada por objetivos convergentes y relaciones consensuales, la vía de la cooperación está abierta. Si, por el contrario, nos encontramos en presencia de objetivos divergentes (intereses contrapuestos) y relaciones conflictivas (cuadrante 4), estamos expuestos a una situación de abierta hostilidad y conflicto. Las áreas 2 y 3 del gráfico anterior abren la vía al proceso de negociación, porque en cualquier caso la obtención del objetivo de una parte depende del logro del mismo por parte de la otra. A causa de las numerosas interdependencias entre los diversos componentes de la comunidad, los espacios para procesos de negociación y cooperación son mayores que las que generalmente se cree. El desarrollo de prácticas sociales de cooperación y colaboración, así como la creación de lazos e interconexiones y el refuerzo del sentido de comunidad, son claramente objetivos de la organización y el desarrollo comunitario.

Conviene tener cuidado, sin embargo, ya que la presencia de un "enemigo común" siempre refuerza la cohesión del grupo. Y, en un mundo que cada vez es más complejo, no siempre es fácil identificar al "verdadero" enemigo. Es decir, muchas veces se busca al enemigo, sin preocuparse demasiado por el que sea.

Por último, advertir que, para prolongar las posibilidades de cooperación y colaboración entre los miembros de una comunidad, es precisa una correcta circulación de la información, además de una cuidadosa gestión de los "fantasmas" que caracterizan las relaciones entre grupos. A este respecto es oportuno recordar que gran parte de la dinámica de una comunidad no responde a criterios de racionalidad lógica, sino psicológica.

Si descuidamos la consideración de estas cuestiones (análisis de actores sociales y análisis de interacción objetivos/relaciones), se harán proyectos o programas que operan en una especie de vacío socio-político. Nada hay pues de sorprendente en el hecho de que se hagan formulaciones ingenuas, como si los planes se hiciesen "sobre un lecho de rosas comandado por el cálculo científico-técnico"; en la realidad, existen "otros hombres con distintas visiones, objetivos, recursos y poder, que también hacen un cálculo sobre el futuro".²⁹ Siguiendo a C. Matus, pero adaptando sus sugerencias a los propósitos de este trabajo, diremos que esta cuestión —que, en lo sustancial, es un análisis de viabilidad política— comporta los siguientes aspectos:

- identificar y precisar cuáles son las fuerzas sociales implicadas en la decisión, naturaleza y consecuencias de la intervención;
- precisar cuáles son los intereses de las fuerzas sociales relevantes, respecto del proyecto (valor que le asignan al mismo);
- estimación del poder de esas fuerzas sociales;
- análisis de las fuerzas propias y de las que pueden ser aliadas de cara a la realización del programa o proyecto.

Una vez conocidos los cuatro aspectos que acabamos de explicar, se está en condiciones de realizar el análisis de contingencias, que —por otra parte— es imprescindible en las tareas de planificación para establecer la viabilidad de un programa.

Esto exige un esfuerzo para detectar y analizar todos los obstáculos posibles que puedan presentarse en la acción, problemas potenciales, amenazas y riesgos, etc. Estableciendo anticipadamente todas las contingencias negativas que pueden afectar a la intervención, las decisiones en el momento de planificar y operar sobre la realidad serán mucho más realistas y eficaces. Otras contingencias aparecerán en el transcurso de la ejecución, pero aquellas que puedan preverse ayudarán al éxito de la intervención.

Por cuanto acaba de decirse, el análisis de contingencias debe servir a los responsables de la planificación/programación posterior al diagnóstico para:

- decidir qué proyectos y actividades específicas conviene hacer coyunturalmente para implementar con éxito la estrategia general;
- establecer sobre bases realistas un plan de contingencias, o de actuación en situaciones de riesgo, que incluya medidas:
 - *preventivas* (que conviene aplicar permanentemente, dado que reducirán las posibilidades de existencia de riesgos);
 - *cautelares* (aplicables desde el momento en que aparezcan señales de alarma), y
 - *reactivas* (que se emplearán cuando se produzca el hecho contingente negativo o la situación de riesgo o amenaza).

Esto que hemos venido tratando ha sido un aspecto poco considerado en la elaboración de diagnósticos sociales. Más aún, frecuentemente no se consideraba, ya que se partía del supuesto —reiteradamente desmentido por la realidad— de que lo que cuenta es lo que ha decidido el sujeto planificador. Con los aportes de la planificación estratégica y de algunas corrientes de la sociología política, esta perspectiva ha quedado superada. Hoy está claro que programar actividades y actuar sobre la realidad social supone un conjunto de acciones que se realizan con el propósito de alcanzar determinados objetivos, siendo muy conscientes de la existencia de otros sujetos planificadores, que no necesariamente actuarán en la dirección que a nosotros nos interese.

Bibliografía citada

1. MAX NEEF, M. et al., *Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro*, Santiago, CEPUR - Fundación Dag Hammarskjöld, 1986.
2. ELIZALDE, A., "Desarrollo a escala humana", en *Perspectivas metodológicas en la política social*, Tomo I, Valencia, UIMP, 1992.
3. RUEDA, J. M., *Programar, implementar proyectos, evaluar*, Barcelona, INTRESS, 1993.
4. BRADSHAW, J., *Una tipología de la necesidad social*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 1985.
5. FAIRCHILD, H. P. (ed.), *Diccionario de sociología*, México, FCE, 1949.
6. CORAGLIA, S. y GARENA, G., *L'operatore sociale. Programmazione, organizzazione, metodi e tecniche dell'azione professionale*, Roma, NIS, 1992.
7. SÁNCHEZ VIDAL, A., *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención* (2.^a ed.), Barcelona, PPU, 1991.
8. SILVA, J. A., *Notas de clase sobre metodología de la investigación social*, Caracas, Centros de Estudios del Desarrollo, Universidad Central de Venezuela, 1974 (citado por Pichardo, A., *Op. cit.*).
9. RUEDA, J. M., *Op. cit.*
10. LANDETA, J., *El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre*, Barcelona, Ariel, 1999.
11. FALK, N. y LEE, J., *Planning the Social Services*, Westmead, Saxon House, 1980.
12. OMS, *Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud*, Ginebra, OMS, 1989.
13. PINEAULT, R. y DAVELUY, C., *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*, Barcelona, Masson, 1987.
14. Ídem.
15. Ídem.
16. ANDER-EGG, E., *Introducción a la planificación*, Madrid, Siglo XXI, 1991.
- y
BLUM, H. L., *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*, Nueva York, Human Sciences Press, 1974.
17. PINEAULT, R., *Op. cit.*
18. Ídem.
19. Ídem.
20. ANDER-EGG, E., *Diccionario del trabajo social*, Buenos Aires, Lumen-Hvmanitas, 1996.
21. GIL ZAFRA, M. A., *Planificación estratégica: "Método DAFO"*, Apuntes de clase del Master en Investigación, Gestión y Desarrollo Local, Madrid, Universidad Complutense, 1999.
22. MARTINI, E. R. y SEQUI, R., *Il lavoro nella comunità. Manuale per la formazione e l'aggiornamento dell'operatore sociale*, Roma, NIS, 1993.
23. PICHARDO, A., *Planificación y programación social*, San José, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1986.
24. MEDINA ECHAVARRÍA, J., *La planeación en las formas de racionalidad*, Santiago, Cuadernos del ILPES, 1972.
25. TOURAINE, A., "Actores y analistas", en *Movimientos sociales de hoy*, Barcelona, Hacer, 1990.
26. CORAGLIA, S. y GARENA, G., *Op. cit.*
27. MARTINI, E. R. y SEQUI, R., *Op. cit.*
28. ALINSKY, D. S., *Rules for Radicals*, Nueva York, Vintage Books, 1971.
29. MATUS, C., *Política y plan*, Caracas, IVEPLAN, 1982.

Anexo 1

RESUMEN DE *SOCIAL DIAGNOSIS*
Mary E. Richmond

PREFACIO*

Hace quince años, empecé a tomar notas, a recoger ilustraciones y aun a redactar algunos capítulos para un libro sobre trabajo social con las familias. Con él, yo esperaba transmitir a la gente más joven que ingresaba en el campo de las organizaciones de caridad una explicación de los métodos que sus mayores habían encontrado útiles. Pronto resultó evidente, sin embargo, que ninguno de los métodos o fines eran particular y únicamente adaptados al tratamiento de las familias que se acercaban a una organización de caridad; que, en lo esencial, los métodos y fines del trabajo social de caso eran o debían ser los mismos en todos los tipos de servicios, ya sea si el sujeto era un paralítico sin hogar, un niño abandonado de padres ebrios, o una viuda madre de niños pequeños. Algunos procedimientos, por supuesto, eran peculiares para un grupo de casos y algunos para otros, conforme con la especial inhabilidad social del tratamiento. Pero las cosas que más necesitaban ser dichas sobre el trabajo de caso eran las cosas comunes a todos. La división del trabajo social en departamentos y especialidades fue a la vez una conveniencia y una necesidad; sin embargo, las semejanzas fundamentales permanecían.

Con otros profesionales —con los médicos y abogados, por ejemplo— hubo siempre una base de conocimiento común. Si un neurólogo tenía ocasión de consultar con un cirujano, cada uno podía suponer del otro un dominio de los elementos de todo un grupo de ciencias básicas de la experiencia formulada y transmitida por su propio gremio. Pero ¿qué conocimiento en común podrían suponer los trabajadores sociales en un caso similar? Ésta era mi pregunta hace 15 años. Me parecía entonces, y es aún hoy mi opinión, que si los elementos de diagnóstico social eran formulados, deberían constituir una parte de la base en la que todos los trabajadores sociales de caso pudieran emplear en común, y que resultara posible con el tiempo el acceso de todos los trabajadores a un conocimiento y dominio de

* Traducción de María José Estela.

esos elementos, y de las modificaciones que en ellos traería, seguramente, cada década de práctica.

Esto limitó mi tema propuesto al comienzo de los procesos del trabajo de caso, pero, al mismo tiempo, lo amplió enormemente al requerir, para ser tratado, experiencia en todos los variados tipos de tal trabajo. En aquellos días, como directora ejecutiva de una gran agencia de familia, tenía poco tiempo para el estudio; por lo tanto, la tarea fue dejada de lado durante casi 9 años.

Hace más de 6 años, sin embargo, después de llegar a ser miembro de la Russell Sage Foundation, la retomé nuevamente.

Mientras tanto, había empezado a atisbar la utilidad más amplia de la evidencia social (*social evidence*), el diagnóstico social y el tratamiento social; cada uno en su propio campo específico y en otras profesiones, aun cuando éstas últimas trataran con gentes que no eran ni dependientes ni delincuentes. Era evidente que el trabajo social de caso podía completar el trabajo de la justicia, de la salud y de la enseñanza. Además, los grupos de trabajadores en algunas ciudades norteamericanas estaban haciendo cosas notables en las agencias sociales ordinarias; ellos estaban desarrollando, calladamente, una habilidad para diagnosticar en el trato con las dificultades de los seres humanos, a la cual debe dársele amplia oportunidad, en especial en los períodos formativos, de crecer hasta la altura de la técnica social, sustentada en tradiciones profesionales establecidas hace tiempo, ya sea en tribunales, hospitales o escuelas.

Retomé esta tarea en el invierno de 1910-1911 por segunda vez, en consecuencia, con una visión bastante diferente de aquélla de los primeros tiempos y con la determinación de impulsar mis investigaciones tanto más allá de los límites de mi propia experiencia personal como fuera posible. Francis H. Mc Lean —que fue colega mío en la Fundación en la época de esta segunda etapa y que ha prestado una ayuda invaluable durante toda la tarea— había invitado a un grupo de trabajadores de caso (la mayoría de ellos, pero no todos, conectados con sociedades de caridad) a preparar pequeños artículos que describieran informalmente sus métodos y experiencias al dar pasos que, en su trabajo, preceden al desarrollo de un plan de tratamiento. Este grupo se am-

plió posteriormente y algunos de sus informes —sobre temas tales como, por ejemplo, el vecindario como fuente de información, relaciones con los empleadores en el estudio de un informe de trabajo, métodos para la conducción de la primera entrevista, etc.— fueron impresos y se les dio una circulación limitada entre sus compañeros de trabajo en la organización de caridad. Esto fue hecho, en parte, con el propósito de obtener el beneficio de la crítica. Los artículos eran demasiado experimentales para ser publicados; sin embargo, contenían pasajes de gran valor, de los cuales se ha hecho libre uso —con el debido reconocimiento— en la segunda parte de este libro.

El siguiente paso fue comprometer a los trabajadores de caso con experiencia —uno en familia y otro en trabajo médico-social— para estudiar informes originales de casos durante un año. La lectura de casos se realizó en 5 ciudades diferentes. No se hizo ningún intento de llegar a un punto común del trabajo de caso en estas ciudades. Por el contrario, nuestro objetivo era revelar la mejor práctica de trabajo social que pudiera encontrarse, siempre que estuviera realmente en uso y no fuera de carácter totalmente excepcional. Además, estos lectores de caso mantuvieron muchas entrevistas con trabajadores de caso, que fueron todas cuidadosamente relatadas. Como mi propia experiencia había sido tan amplia en el campo de la organización de la caridad, se tuvo especial esmero para centrar la mayor parte de esta lectura de caso y entrevistas en la asistencia de niños y agencias médico-sociales. Una gran parte del material ilustrativo usado tan libremente en la segunda parte de este libro se extrajo de un *stock* mucho mayor de notas sobre caso y de informes de las entrevistas preparadas por estos dos lectores de caso, aunque también se ha hecho uso de las notas de mi propia lectura de casos y de las memorias de campo de mis colegas en el Departamento de Organización de Caridad de la Fundación.

Como este departamento había estado interesado desde su organización en la enseñanza de trabajo de caso en varias de las escuelas para trabajadores sociales, comencé a preparar un grupo de informes originales, la mayoría de ellos, casos corrientes, para ser usados en el aula. Éstos fueron impresos completamente con todos sus pecados sobre sus cabezas (el mal trabajo es casi tan instructivo como el bueno) y eran usados en clase por un pequeño y acreditado grupo de profesores

de trabajo de caso. También se recogieron críticas y comentarios de algunos especialistas basados en determinados informes. Como se destacó anteriormente, el experimento de imprimir los informes de casos no podía ser público, puesto que los sujetos eran personas reales cuyas confidencias debían ser respetadas. Aun cuando todos los nombres habían sido cambiados, encontramos que había unas pocas cosas más identificables que un completo informe de caso.

El experimento, aunque limitado, ha mostrado muchas sugerencias valiosas que son utilizadas en estas páginas.

Para la mayoría, el tema del diagnóstico social desafía el trato estadístico, aunque como una forma de comenzar y de llegar a una medida cuantitativa, aproximativa, de la frecuencia relativa con que se consultan las variadas fuentes externas de información y cooperación, se hizo un breve estudio estadístico. Cincuenta y seis agencias sociales, trabajando en varias formas diferentes de servicio social de caso en 3 ciudades, nos permitieron hacer una lista de las fuentes externas consultadas por cada una, en 50 casos. Los resultados de este estudio se dan en la parte segunda y en uno de los apéndices.

Uno de los métodos de estudio secundario adoptados fue el mantener correspondencia o entrevistar a trabajadores sociales de caso que habían cambiado de un tipo de trabajo de caso a otro —del trabajo con familias, a la protección de niños; del trabajo en centros asistenciales, al servicio médico-social— a fin de conocer los cambios de métodos y distintos énfasis que se hacían necesarios por el cambio de tarea.

Los métodos precedentes proporcionaron los datos para la segunda parte; y la selección de estos datos y la interpretación de lo que era significativo en ellos han sido el trabajo de parte de varios años que pudieron dedicarse a esta tarea. Los errores que se encontraron han sido abiertamente explicados en este libro. Como los métodos en el trabajo de caso están mejorando rápidamente, éstos pueden ahora pertenecer al pasado en los lugares determinados en que los encontramos. Sin embargo, queda siempre la posibilidad de que subsistan en alguna otra parte.

Para las variaciones en los procesos conducentes al diagnóstico, se probó aún otro método de recogida de datos. ¿Cómo podrían estas variaciones, muchas de ellas necesarias por los diferentes tipos de inca-

pacidad social, ser señaladas en forma lo suficientemente comprensiva y compacta como para servir de referencia diaria? Se comentó el plan de recoger sugerencias de muchos especialistas para una serie de cuestionarios tipo, no que consistieran en preguntas para hacerle al cliente del trabajador social, ni programas para ser llevados a cabo, sino una lista de interrogantes sugestivos, que en algún momento de su investigación el trabajador social podría considerar beneficioso plantearse. Tal batería de interrogaciones como se presenta en la parte tercera será seguramente tomada en sentido erróneo por algunos; es reconocidamente un recurso fácil de manejar, pero ni a mis colegas ni a mí se nos ha ocurrido otra manera de dar al trabajador de caso, en pequeña extensión, una visión a vuelo de pájaro de las posibles implicaciones de una inhabilidad dada. Se verá que algunos cuestionarios fueron preparados por una persona, y algunos por otra, mientras que otros aun han sido hechos por miembros del personal de nuestro departamento de consulta con los trabajadores de caso. Estos últimos, en particular, deben entenderse como experimentales en su forma presente; ellos deben ser revisados tanto cuanto sea posible para sacar claridad de los especialistas que comprenden no sólo su propia especialidad, sino las necesidades de los trabajadores sociales.

La mayor dificultad de todos mis problemas ha sido hacer una presentación del tema de evidencia en la primera parte, que fuera de valor práctico para el trabajador de caso. Él está manejando evidencias todo el tiempo. ¿Cómo puede aprender a manejarlas de tal manera que le ayuden a obtener un verdadero resultado social? Cuando el profesor Hans Gross estaba preparando su extenso manual para los funcionarios de investigación de los tribunales europeos, planeó al principio que cada parte fuera escrita por un especialista (por un médico, un armero, un fotógrafo, etc.). Pero estos especialistas no podían (según Gross) satisfacer las necesidades de los funcionarios de investigación manteniendo lo suficientemente a la vista sus propósitos y las condiciones de su trabajo. En consecuencia, aunque Gross consideró que los varios capítulos de su libro "podrían haber sido tratados de una manera más científica" mediante tal plan, él fue forzado, en razón de su objetivo, a adoptar uno menos ambicioso. Con mucho menor equipo que Gross, que tenía una mente enciclopédica, esto es lo que yo hubiera tenido

que hacer, y no podría haberlo hecho sin la ayuda muy generosa de crítica y revisión de aquellos que conocían derecho e historia, psicología y lógica.

El profesor J. H. Wigmore, decano de la Escuela de Derecho de la Universidad del Noroeste, y la profesora Lucy Salmon, jefe del Departamento de Historia en Vassar, han hecho, amablemente, sugerencias con respecto a los capítulos individuales. Especial gratitud también debe hacerse a la ayuda invaluable prestada por la señora Ada Eliot Scheffield de Cambridge, Massachusetts, quien no sólo ha leído y criticado la mayor parte de mi manuscrito, sino también, en conexión con la parte primera, ha reunido parte del material ilustrativo y ha hecho una completa revisión a toda la parte, sumando su colaboración en dos de sus capítulos por lo menos. El amplio conocimiento de la señora Scheffield sobre el trabajo social bajo el auspicio estatal y privado ha hecho su ayuda doblemente valiosa.

No puede hacerse un reconocimiento individual de los varios cientos de trabajadores de caso que han contestado cartas, examinado cuestionarios, prestado informes de casos, y que me han ayudado de otros varios modos. Ellos llevan vidas llenas de exigencias y están acostumbrados a brindarse pródigamente; por lo tanto, respondieron a mi solicitud gozosamente. Se puede hacer mención, no obstante, de aquellos que han estado asociados conmigo en la Russell Sage Foundation, reuniendo datos para este libro o corrigiendo el primer borrador. Deben encabezar esta lista el señor Francis H. Mc Lean y los dos lectores de casos, la señora Hilbert F. Day y la señora H. S. Amsden. También estoy en deuda con la señorita Margaret F. Byington, la señorita Caroline Bedford, y mi socia actual, la señorita Mary B. Sayles. Una valiosa ayuda prestaron, en una etapa de la recolección de material, los departamentos de investigación social de la Escuela de Instrucción Cívica y Filantrópica de Chicago, y de la Escuela de Asistentes Sociales de Boston.

En 1914, estando como conferenciante Kennedy de la Escuela de Filantropía de Nueva York, usé parte de estos datos que tenía entonces colectados, en un curso de seis conferencias. Debía rechazar en esa época, y lo hago ahora, cualquier idea de que, si uno se "llena" de discusiones técnicas de método, llega a ser, en consecuencia, un profesional eficiente. No sólo es necesaria la práctica supervisada —además

del conocimiento intelectual—, también una personalidad atractiva y enérgica es un factor indispensable. El método que ignora o estorba la individualidad del trabajador está condenado no sólo en el trabajo social, sino en la enseñanza, en el ministerio, en el arte y en todas las formas de esfuerzo creativo. Sin embargo en ninguna de estas disciplinas, los profesionales han rehusado beneficiarse con los estudios metódicos dentro de su especialidad, en ninguna han encontrado que el conocimiento ordenado fuera el enemigo de la inspiración. Phillips Brook, en una oportunidad, decía de un cierto tipo de ministerio: "La cabeza vacía, cuanto más brilla y arde, más hueca, delgada y seca se torna." Cualquier trabajador social que ha tenido que llegar a una conclusión según su supuesto genio original que ha prescindido de antecedente y técnica, dudaría en decir quién deja tras de sí el terreno más completamente quemado, el trabajador que sigue puramente su inspiración o aquel que se apoya demasiado en reglas y fórmulas.

Para beneficio de aquellos que encuentran demasiado limitadas algunas de las referencias bibliográficas en las notas de pie de página, debe ser explicado que éstas han sido deliberadamente acortadas a la forma más breve posible dondequiera que los libros o artículos citados, porque ellos trataban directamente sobre mi tema, han sido incluidos en la bibliografía al final del volumen. Mayores detalles siempre se encontrarán allí. Debe agregarse que, en los ejemplos ilustrativos tomados de casos reales que se dan a través de toda la obra, los nombres han sido cambiados.

Por último, nadie me acusará de deslealtad a mi grupo —con el que me he identificado tanto tiempo— porque no he dudado en señalar sus debilidades con respecto al diagnóstico. Mi tarea fue emprendida porque había debilidades, pero no podría haber sido llevada adelante si muchos trabajadores sociales de caso no hubieran hecho un trabajo original y efectivo, aunque a menudo con grandes dificultades. Si, después de examinar estas páginas, el profesional fatigado y sobrecargado se inclina a considerar que sus consejos son impracticables bajo las condiciones que necesariamente limitan su tarea diaria, que se pregunte si "necesariamente" no asume la verdad del asunto en cuestión, y si algunas de aquellas condiciones no deben y pueden ser cambiadas. Entonces, si aún está seguro de que estoy equivocada, o si encuentra otros

errores de acción o de omisión, que me escriba diciéndomelo. Tengo buenas razones para invitar a la crítica. Nadie sabe mejor que yo, que esta exposición es un ensayo. Sin embargo, ante la remota posibilidad de que hubiera otra edición de este libro, me gustaría hacerlo aún más útil de lo que, con mis mayores esfuerzos, puedo hacerlo ahora.

MARY RICHMOND

Resumen de *Social Diagnosis**

El libro se divide en tres partes:

- evidencia social;
- el proceso hacia el diagnóstico, y
- variaciones en el proceso.

Evidencia social

¿Qué es una **evidencia social**? La evidencia social es definida en esta obra “como compuesta de todos los hechos tales como historias personales o familiares que, tomadas en su conjunto, indican la naturaleza de las dificultades sociales de un determinado cliente y los instrumentos para su solución. Como depende menos de hechos visibles que de una tendencia del comportamiento, la evidencia social frecuentemente consiste en una serie de hechos, cualquiera de los cuales tendría poco valor probativo pero que, puestos todos juntos, tienen un efecto acumulativo”.

La evidencia es utilizada también en derecho, medicina, historia, lógica y psicología; pero el trabajo social tiene su propia modalidad de acceso a la evidencia, que es precisamente lo que se explica en la primera parte del libro.

Mary Richmond distingue diferentes clases de evidencia social:

- **evidencia real:** el hecho en cuestión se presenta ante nuestros sentidos y, en general, es la base de toda inferencia;

* Traducción de Raquel Corominas.

- **evidencia testimonial**, que incluye a otras personas, entre las que hay que distinguir entre aquellas que vieron y oyeron el hecho en cuestión, y aquellas que hablan porque “otro” lo dijo;
- **evidencia circunstancial**: es la que no está incluida en las anteriores.

Existen otros tipos de evidencias que, en ciertas circunstancias, deben ser utilizadas:

- testimonio oral;
- evidencia documental;
- evidencia de experto, y
- evidencia de carácter.

Respecto al diagnóstico social a que se hace referencia en este libro, Mary Richmond aclara que el límite de tiempo es inelástico, comparado con otras formas de investigación social. Por otra parte, el diagnóstico debe realizarse en función de la acción benéfica que se va a realizar. Con una terminología acuñada con posterioridad, diríamos que el diagnóstico de que habla Richmond es siempre una “investigación aplicada”, vale decir, orientada a un hacer concreto y específico.

Antes de explicar las diferentes modalidades para obtener evidencias, la autora precisa el alcance que ella le da a la palabra “hecho”: no está limitada a lo tangible —nos dice—, pensamientos y sucesos también son hechos. “El problema de si una cosa es hecho o no es cuestión de que pueda o no ser afirmada con certeza.”

En el capítulo IV se habla de “evidencia testimonial”. Dos factores condicionan el valor de un testimonio: la competencia y la parcialidad del testigo. La **competencia** es la oportunidad que el testigo ha tenido de conocer y la forma que ha utilizado en esa oportunidad. La **parcialidad** incluye aquellas ideas y emociones que pueden llevar a prejuicios una opinión. La capacidad del testigo para aprovechar su oportunidad está condicionada por su capacidad de atención, su memoria y su sugestionabilidad. Por otra parte, la atención que se le presta a un incidente

depende de la importancia que uno le da a ese problema y del marco de ideas y pensamientos que tiene el observador. Además, hay que tener en cuenta que el material de la memoria se deteriora con la repetición; la primera declaración es la más digna de confianza. Una revisión para ganar asentimiento o para reproducir las afirmaciones de otros, a menudo perjudica el valor del testimonio de un testigo, pues hasta puede conducir a confidencias erróneas. Estrechamente vinculada a esta característica de sugestionabilidad, está el peligro de hacer preguntas de modo tal que la respuesta está orientada. No siempre es posible evitarlo, pero el trabajador social debe tener cuidado de que las preguntas (por el modo de ser formuladas) no lo traicionen a sí mismo, aceptando como hechos aquellos que él mismo sugirió por la forma de preguntar. En cuanto a las formas de prejuicios más comunes que se encuentran en el trabajo social, son los prejuicios raciales y los nacionalistas; entre estos últimos, la autoestimación colectiva es una de sus modalidades.

“Inferencias” es el tema del capítulo V. ¿Qué es la inferencia? Para Mary Richmond, se trata de un “proceso racional por el cual pasamos de hechos conocidos a hechos desconocidos”. En otras palabras: de una serie de casos particulares, podemos llegar a una formulación general o, como sucede con más frecuencia en el trabajo social de caso, de una verdad general, se pueden inferir algunos hechos nuevos acerca de un caso particular. El primer paso o fase para una inferencia es la formulación de una hipótesis, cuyo ingenio en formularla y la paciencia para probarla es la base del éxito del trabajo social. Para corroborar una tentativa de inferencia, puede hacerse de manera deliberada, o bien, apoyándose en la experiencia anterior. Cuanto más rica y variada es una experiencia, mayor es la posibilidad de hacer inferencias y de hacerlas correctamente. Los vacíos o lagunas de una evidencia exigen la búsqueda de confirmación de una hipótesis a través del experimento. Richmond advierte que la experimentación bajo control en trabajo social es muy difícil de lograr. Además de los riesgos de distorsión de un testimonio, ya sea por incompetencia o prejuicio, hay riesgos en el proceso de razonamiento a partir de un testimonio, aun cuando se sepa que es confiable; este riesgo tiene que ver con la formación intelectual del que hace la inferencia. Los riesgos involucrados en el proceso racional pueden darse bajo cuatro formas:

- podemos apoyarnos en una ley general equivocada;
- en un caso particular equivocado;
- en una analogía equivocada, o
- en una relación causal equivocada.

Las leyes generales que se aplican a la conducta humana nunca son de aplicación universal. También con frecuencia ocurre que un caso particular que se supone cae bajo una determinada ley general es diferente de lo que se supone, pues no pertenece a esa ley. Las semejanzas entre dos casos, a veces, son superficiales, de ahí el peligro de razonar por analogía. Otro riesgo relacionado con el pensamiento son los equívocos en las relaciones causales: la inclinación común es buscar una causa; cuando la causa debe ser buscada en motivos humanos, no hay que esperar encontrar una causa sola o simple, sino causas múltiples y complejas. El riesgo principal de distorsión de las causas está en la predisposición personal y profesional del investigador y en aquello que él presupone como producto de su experiencia. El mejor control de las predisposiciones es el ser conscientes de ellas; una vez que un prejuicio es conocido, su influencia sobre el pensamiento puede ser neutralizada. Cuando el investigador considera que su suposición es improbable, ante la ausencia de evidencia, puede actuar sobre ella, probando que ésta no es válida, de una manera apresurada. Por último, Mary Richmond previene al trabajador social que realiza la investigación, del uso habitual de sus fuentes favoritas de cooperación y del hábito de pensar en términos medios o de atenerse a una primera e ingeniosa hipótesis.

Proceso hacia el diagnóstico

La segunda parte del libro se refiere a la marcha o avance del proceso hacia el diagnóstico (*The Processes Leading to Diagnosis*), y los capítulos se refieren a la primera entrevista, al grupo familiar, a las fuentes generales (estadísticas), los parientes como fuentes, las fuentes médicas, las escuelas como fuentes y los empleados donde trabajó co-

mo fuente para el diagnóstico. Veamos brevemente cada uno de los capítulos en particular.

Mary Richmond inicia esta segunda parte de su obra, que explica el método en forma más detallada, diciendo que es más fácil describir el proceso, que el proceso mismo que cotidianamente utiliza el trabajador social para llegar al diagnóstico. El proceso general comporta cuatro fases:

- 1) entrevista con el cliente;
- 2) primeros contactos con la familia inmediata del cliente;
- 3) búsqueda de otras fuentes y uso de la intuición;
- 4) cuidadosa ponderación de cada uno de los ítems estudiados y la interpretación de todos los datos recopilados.

Esta primera entrevista es de fundamental importancia para el trabajo social que se ha de efectuar. Su método es flexible, y se debe modificar según una serie de circunstancias:

- La naturaleza del trabajo social que se va a realizar.
- El origen de la solicitud o pedido de servicio (una agencia, un individuo interesado o el solicitante mismo).
- El lugar de la entrevista (domicilio o agencia).
- La experiencia registrada disponible, en los archivos de la agencia, ya sea de un registro del mismo interesado o de su familia. También se ha de buscar cualquier otro registro previo posible en otras organizaciones sociales, que muestren relaciones con el solicitante.

¿Cómo llevar a cabo la primera entrevista? Mary Richmond hace cuatro recomendaciones fundamentales:

- a) debe ser una conversación clara y paciente;
- b) se ha de buscar establecer un buen entendimiento mutuo;

- c) hay que apuntar a conseguir indicios, para futuras fuentes de comprensión y cooperación;
- d) fomentar en el cliente el desarrollo de la autoayuda y de la confianza en sí mismo, dentro de lo que sea posible en esta primera entrevista.

La entrevista, por lo tanto, no debe ser acelerada; debe hacerse en privado y con mucha consideración hacia los sentimientos del entrevistado, aunque siempre con una meta definida en mente.

Muchas preguntas son contestadas antes de ser formuladas; éstas no deben hacerse, pues la información ya se ha obtenido. Las preguntas deben ser dirigidas de tal manera, que sea fácil contestarlas con veracidad. Las preguntas que pueden ser mejor respondidas por otros no deben hacerse al cliente. Los indicios que se necesitan más frecuentemente en la primera entrevista son: parientes, médicos y agencias de salud, escuelas, empleadores pasados y presentes, domicilios anteriores y vecinos. Las esperanzas, proyectos y actitudes frente a la vida del propio cliente son más importantes que cualquier otra información. No es aconsejable tomar notas durante la entrevista, aunque esto depende de la naturaleza del cuestionario y del lugar de la entrevista. Se debe evitar dar consejos o hacer promesas, hasta conocer el problema y poder planear la acción y realizarla. En los 5 ó 10 minutos previos al fin de la entrevista, el trabajador social deberá enfatizar su deseo de ser útil y preparar el camino para ir más allá en futuros intercambios. Las entrevistas de emergencia exigen habilidades especiales, pues se está presionado por el tiempo, y la capacidad de captar pistas esenciales es más necesaria que en las entrevistas habituales.

El capítulo VII —referente a “*La familia como grupo*”— no es un análisis de las teorías sobre la sociedad y la organización de la familia, sino el problema de la familia tal como lo debe enfrentar de ordinario el trabajador social. El capítulo se divide en cinco partes: la familia como un todo, el marido y padre, la esposa y madre, los niños, y otros miembros de la familia.

El trabajo con el caso individual y aun los buenos resultados obtenidos se pueden desmoronar porque el trabajador social ha sido ignorante de la historia familiar del cliente. Los contactos con miembros de

la familia están en un plano diferente de aquéllos con otras formas de información, porque la necesidad de su cooperación para el tratamiento es generalmente muy grande, y es muy posible que sea necesario contar con ellos. La familia tiene su propia historia, aparte de la historia de aquellos que la componen; el conocimiento de la marcha de la vida familiar es muy útil y necesario para distinguir, entre todos los datos recogidos, aquellos que son más significativos.

Otra ayuda para aclarar el pensamiento del trabajador social es habituarse a clasificar las familias con respecto a su cohesión. Una familia unida es aquélla capaz de mandar a sus hijos a cualquier parte del mundo, sin que eso afecte el vínculo que los une. En una familia sin cohesión, basta cambiarse a otra calle para que la estabilidad se ponga en peligro. El poder de cohesión es sólo uno de los elementos para la reconstrucción en un caso de familia; existen otros, tales como la capacidad de afecto, de admiración, de esfuerzo enérgico, de diversión y de desarrollo social. Entre los niños, los menores indicios de aptitud, ambición y realización son dignos de probar y fomentar. La habilidad de descubrir, notar y usar los elementos para la reconstrucción revelan al verdadero trabajador de caso social individual.

Hay que tener en cuenta —al tratar problemas de incompatibilidad en el matrimonio— que, si bien los esposos tienen una vida común, hay un pasado que no lo es. Entre las causas de inestabilidad, se señalan las siguientes: disparidad de edad, segundas nupcias por razones económicas, interferencia de parientes, diferencias de nacionalidad, raza o religión.

Cuando se trabaja con el grupo familiar, los trabajadores sociales ignoran con frecuencia al padre, y tratan exclusivamente con la esposa y los niños. Richmond insiste en la necesidad de que el hombre sea tenido en cuenta en el trabajo social con el grupo familiar (*The Man Should be Seen*). Este requerimiento es importante, cuando la asistencia se presta a familias de hombres jóvenes y capaces.

Respecto del aspecto material del hogar, tres cuestiones principales deben ser tenidas en cuenta: ingresos y gastos, hábitos alimenticios y vivienda. Lo más difícil es estudiar los hábitos alimenticios, que tienen incidencia directa en la salud y en el gasto. En cuanto al estudio de la

esposa y madre, comprende en términos generales los aspectos físicos del trabajo, de la casa y el hogar familiar.

Por último, se han de estudiar los niños, cuya individualización debe incluir todas las variaciones en su condición física y mental. Su edad tiene relación vital con su adaptabilidad a un número de leyes sociales e instituciones.

Cuando las circunstancias así lo exijan, también se estudiarán otros miembros de la familia, ya sean parientes del esposo o de la esposa.

El trabajador social no debe limitarse a estudiar a la familia; esto por dos razones: las relaciones sociales del cliente no se limitan a su familia inmediata y el profesional no debe establecer límites a las fuentes de cooperación y comprensión. En consecuencia, debe recurrir a las fuentes exteriores o extrafamiliares. La indicación de estas fuentes y los principios de elección de las fuentes son el tema central del capítulo VIII.

Las fuentes exteriores que indica Mary Richmond son: las agencias sociales, las iglesias, los médicos y agencias de salud, los vecinos (anteriores y actuales), los parientes, los empleadores (viejos y actuales), las escuelas, los amigos y los registros públicos.

En *Social Diagnosis* se proponen una serie de principios de elección de fuentes extrafamiliares y el orden con que deben ser preferidas, aunque ciertos problemas como distancia, accesibilidad y la urgencia de una acción introduzcan modificaciones en su uso. He aquí los principios propuestos:

- Arrojar libremente a la historia.
- Buscar primero aquellas fuentes que presumiblemente son ricas en historia y luego aquellas que también lo son en cooperación.
- Buscar primero aquellos testigos que pueden proporcionar información directa, luego aquellos que tienen información de segunda mano.
- Reconocer el valor especial de pistas suplementarias, es decir, fuentes de información no reveladas en la primera entrevista o en las subsiguientes con el grupo familiar, pero que salen a la luz mientras se van formulando las preguntas.

- Pensar las fuentes en grupo y considerar cada grupo para nuevas experiencias.
- Distinguir aquellos grupos que posiblemente están completamente de acuerdo y en los cuales una sola fuente de consulta puede ser suficiente, de aquellos en los cuales hay diferentes opiniones o experiencias.
- Reconocer cuando hay evidencias contradictorias o, en una evidencia que revela falta de acción, la necesidad de posterior investigación.

Las consultas de fuentes extrafamiliares es conveniente que las realice la persona que efectuó la primera entrevista y que ha visitado a la familia.

Es igualmente importante tener presente que la evidencia obtenida cara a cara puede ser ponderada, controlada, “colocada” por un tenue proceso que no puede ser aplicado a las cartas, formularios o mensajes telefónicos.

“*Los parientes como fuentes*” es el tema del capítulo IX, pero no se refiere a los parientes inmediatos, sino a las personas con las cuales el cliente está emparentado por nacimiento, matrimonio o descendencia. Es necesario tener en mente en todos nuestros contactos —dice Richmond— la distinción entre relaciones por nacimiento o descendencia, y la relación por matrimonio, porque este último es asociado, frecuentemente, con una clase particular de prejuicios. También hay que determinar qué parientes visitan y cuándo; ellos no deben ser excluidos de otras fuentes importantes. No hay que sobrestimar el valor del parentesco, sin considerar el carácter, hábitos o circunstancias.

Cuando se recurre a los parientes como testigos o fuentes de información, hay que tener en cuenta ciertas limitaciones o distorsiones que provienen de estas fuentes:

- a) sus prejuicios;
- b) su idea de que saben más de lo que realmente saben;
- c) su falta de comprensión de una situación social y de los valores sociales.

Pero, al mismo tiempo, el diagnóstico y el tratamiento se verían empobrecidos, sin esta ayuda a la comprensión del problema y sin la cooperación para su solución. Aparte de la utilidad que puedan prestar los parientes, éstos tienen el derecho moral (cuando han tratado de cumplir con su deber) de ser consultados. Además, se les debería dar oportunidad para dar forma a la política que ha de seguir el trabajador social, en lugar de tener planes ya hechos que le son impuestos desde fuera. A veces, las agencias caen en el error de considerar sólo la ayuda financiera que, conforme con la ley, deben prestar los parientes, y prescinden de otros tipos de ayuda.

Hasta el momento en que Mary Richmond escribe su libro, el trabajo social tiene un marcado énfasis en todo lo concerniente a salud (situación que se mantendrá por algunas décadas); de ahí la importancia de este tipo de fuentes.

El fracaso de fuentes médicas como testimonios se debe a tres razones principales: actitudes no sociales, diagnósticos y pronósticos en conflicto, y registros médicos erróneos. Sin embargo, los diagnósticos y pronósticos conflictuales son más comunes en trabajo social que en medicina. Las dos clases de datos —sociales y médicos— son complementarios. De ahí se desprende que los trabajadores sociales pueden tener una posición estratégica para reconocer los primeros síntomas y prevenir crisis físicas o mentales. Para que el trabajador social pueda ser un vigía atento, debe cultivar hábitos de conocimiento que le permitan descubrir los más oscuros signos de crisis.

En cualquier relación con médicos u hospitales, deberíamos:

- pedir pronósticos a la vez que diagnósticos, por la duración probable y surgimiento de la enfermedad, y para las maneras de ayudar a acelerar la recuperación y evitar las recaídas;
- economizar los recursos médicos, eligiendo las mejores fuentes y utilizándolas al máximo;
- buscar información que provenga de la fuente y no depender de frases tales como “el médico lo dijo”;
- fijarse en la fecha de un diagnóstico médico antes de convertirlo en la base de la acción social;

- buscar la intervención de un médico, para asegurar información médica que no puede ser obtenida de otro modo;
- informar con cuidado especial la parte social de los casos médicos.

El capítulo XI trata de “*Las escuelas como fuentes*”. Cuando el maestro es capaz de individualizar a los alumnos y adaptar su enseñanza a sus necesidades y posibilidades, es el mejor testigo social. Pero, si las escuelas hacen imposible la individualización de los alumnos, muy poco puede hacer el maestro, tanto para la adaptación social como en la información testimonial que podría ofrecer al trabajador social.

La evidencia social de los maestros puede ser clasificada como evidencia con respecto a las siguientes cuestiones:

- a) **Grado:** no tiene mayor importancia, excepto con otros hechos como, por ejemplo, la edad del niño cuando entró a la escuela, los cambios de la familia de una ciudad a otra, inasistencia por causa de enfermedad, conocimiento del niño de la lengua, etc.
- b) **Conocimientos:** una nota general sobre el conocimiento no tiene tanto significado como las notas que muestran capacidades relativas en diferentes materias, y éstas son menos significativas que las observaciones del propio maestro del niño.
- c) **Comportamiento:** abarca algo más que lo que puede ser visto en la nota de conducta; debemos aprender a buscar los actos, motivaciones, deseos, tendencias del niño, etc.
- d) **Condiciones físicas y mentales:** ciertas variaciones individuales de los niños, que se deben a perturbaciones físicas o mentales, se muestran sólo a aquel que las tiene bajo observación continua. Los maestros tienen más posibilidades que cualquier otro en ese sentido, a no ser que los miembros de la familia del niño sean buenos observadores. La evidencia de la escuela debe jugar un papel muy importante en el descubrimiento y superación de defectos.

e) **El hogar:** aun los maestros que nunca han visto el hogar de sus alumnos pueden dar referencias de signos de buena nutrición en el hogar o signos de hogares donde hay negligencia.

f) **Resultado del tratamiento social:** como una forma de medir el resultado del tratamiento, el testimonio del maestro, tomado al comienzo del tratamiento y en diferentes momentos, tiene un gran valor para orientar al trabajador social.

"Empleadores y otros trabajos como fuentes." Las razones para estudiar la trayectoria de trabajo de un cliente —tema del capítulo XII— son:

- a) la gran variedad de grados de empleo, desempleo y posibilidades de trabajo;
- b) la falta de estandarización de salarios y condiciones de trabajo en los mismos procesos dentro de una industria;
- c) posibilidades de progreso del cliente;
- d) posibilidades de rehabilitación.

El trabajador social que estudia la trayectoria de trabajo del cliente deberá interpretar esos hechos a la luz de otros en la historia del cliente (salud, capacitación, antecedentes familiares, etc.). Un registro de trabajo tiene poca significación sin ese contexto.

En los registros sociales de los empleadores, éstos hacen anotaciones como si estuvieran enterados de asuntos que sólo conocen de oído como, por ejemplo, las condiciones de un hogar, el carácter de la esposa de un empleado, etc. Las cartas de recomendación pueden no tener valor y a veces cambian la verdad respecto de un empleado que puede ser particularmente útil.

Los empleadores anteriores pueden ser consultados con mayor libertad que los actuales, y la información que ellos dan, a veces, hace necesario hablar con estos últimos. Como testigo, el más útil de todos los empleadores es aquel para el cual el cliente trabajó más tiempo. Sin embargo, en algunos casos es necesario el testimonio del empleador actual. En casos de no mantenimiento, por ejemplo, es necesario saber

el salario exacto, duración del empleo, número de inasistencias, supuestas causas de estas inasistencias, y número y monto de las deudas. Salvo casos excepcionales, los posibles empleadores no deben ser consultados. Las visitas personales a establecimientos industriales son más fructíferas que la comunicación por carta, aunque algunas firmas se nieguen a dar información que no sea por carta.

En casos de accidentes que no están comprendidos en algunas de las leyes laborales vigentes, es necesario evitar comprometer los intereses del empleo. El registro de trabajo de los jornaleros que trabajan por contrato, especialmente cuando el trabajador es extranjero, presenta ciertas dificultades, para saber en dónde trabajó últimamente y cuánto le pagaron. Aparte de los empleadores, las más importantes fuentes de información son los gremios y compañeros de trabajo. Un conocimiento íntimo de las condiciones de trabajo en los establecimientos industriales visitados por los trabajadores sociales hará de él un mejor pronosticador y cooperador con aquellos que quieren mejorar las condiciones de la industria.

"Las fuentes documentadas" (capítulo XIII) pueden ser, según Richmond, impresas y no impresas, y cada una de éstas pueden ser una fuente primaria o secundaria (original y derivada, según las expresiones de la autora). Las fuentes documentales son más satisfactorias en aquellos asuntos objetivos de tiempo, lugar, cantidad, procedimiento, etc., en los cuales la exactitud es vital. Son menos satisfactorios en aquellos asuntos de experiencia personal y relaciones humanas, pues las motivaciones y capacidad del testigo, la atmósfera y espíritu del informe, son cuestiones de gran importancia.

Las razones más frecuentes que tienen los trabajadores sociales para consultar documentos son las siguientes: nacimiento, muerte, matrimonio, divorcio, propiedad, emigración, conducta. Mary Richmond explica luego detalladamente en dónde obtener estas informaciones, vale decir, a qué fuentes recurrir.

"Los vecinos son también fuentes de información" (capítulo XIV), pero confiarse demasiado en la evidencia del vecindario hace notar un grado muy bajo de habilidad para el diagnóstico. Los vecinos pueden ser testigos prejuiciados, ya sea porque desean hacer un favor o porque

quieren saldar algún rencor. Al consultarlos, se corre también el riesgo de humillar al cliente. Sin embargo, hay ciertas dificultades que no pueden ser resueltas sin la evidencia de los actuales vecinos, especialmente cuando se trata de protección legal o física, para alguno cuya integridad pelagra seriamente. Es posible utilizar ex vecinos de muchas formas mucho menos arriesgadas que las consultas con vecinos actuales, especialmente en casos cuando otra evidencia es contradictoria o en la cual las pistas no son suficientes, y el último vecindario puede proporcionarla.

Aparte de la evidencia de los vecinos, los barrios o vecindarios hablan por sí mismos; sus características físicas, morales y sociales deben ser tenidas en cuenta. Los representantes de cualquier agencia que tengan conexión con un cliente que es inquilino deben evitar al propietario del inmueble, porque ello podría crear prejuicios. Los comerciantes locales, almacenero, farmacéutico, etc., son fuentes en el vecindario que el trabajador social también ha de tener en cuenta. Cuando se trata de barrios de extranjeros, es muy importante establecer contacto con el líder que los representa.

El capítulo XV hace referencia a "*Diversas fuentes*", entre las cuales Richmond distingue tres grupos principales: oficinas públicas (policía y otros oficiales públicos) algunos tipos de negocio y sociedades de beneficencia.

La policía como fuente de información es útil por el conocimiento que tiene del vecindario y de lo que ocurre en él, pero el tipo de relaciones que tiene con la gente puede hacer que sea la fuente menos satisfactoria. Algunos negocios, como la venta de una máquina de coser o el cobro de un seguro, aunque frecuentemente no tengan valor, pueden ilustrar por algunas evidencias circunstanciales. Las sociedades de beneficencia pueden informar sobre miembros vinculados a la misma.

"*Las agencias como fuentes*" (capítulo XVI) son también conducentes al diagnóstico, y su testimonio o informaciones apuntan a dos funciones: suplir los datos de la propia experiencia y suplir los resultados de los propios cuestionarios.

Las agencias sociales en sus relaciones deben pasar de la competición entre sí a la mutua cooperación. Como fuentes exteriores, las

agencias sociales pertenecen a un plano diferente de todas las demás, y a sus evidencias hay que aplicar normas y *tests* de evaluación un tanto diferentes.

Un intercambio sistemático y confidencial de información entre las agencias sociales asegura mejor diagnóstico y tratamiento, proporciona un mejor entendimiento entre las agencias, reduce el exceso de esfuerzo y aumenta el entendimiento entre las agencias, a la vez que fomenta el sentido de responsabilidad individual por el trabajo asumido. El orden en el cual las pistas de una agencia social deben ser consultadas depende de una serie de factores, pero, en general, lo primero que debemos hacer es asegurarnos de que al entrar en un caso determinado no estamos aumentando el esfuerzo o interfiriendo en el tratamiento de alguna otra agencia; en segundo término, hay que buscar una historia útil a nuestro propio diagnóstico; y tercero, buscar cooperación en el tratamiento. La investigación adicional no es necesariamente una duplicación de esfuerzos, pero un nuevo cuestionario se hace mejor con estándares de diagnóstico más ampliamente aceptados. La comunicación entre los encargados de realizar determinadas prácticas sociales debe ser directa y no a través de clientes u otros intermediarios.

Los mejores medios de comunicación para casi todos los propósitos del trabajo social son los que se establecen por medio de la entrevista personal; el peor medio es por los cuestionarios que se responden por escrito. A este tipo de cuestionarios, al teléfono, mensajes y otros medios parecidos, se refiere el capítulo XVII.

Un cuestionario es frecuentemente una cuestión de rutina, pero su valor es probado por las siguientes preguntas:

- a) ¿Debe ser escrito el cuestionario o hay otro medio de comunicación que llenaría mejor nuestros propósitos?
- b) ¿Debe ser escrito ahora? ¿Se han hecho todas las encuestas preliminares que harían del cuestionario el siguiente paso en el orden lógico?
- c) ¿Qué relación tiene con todo el proceso?
- d) ¿Teniendo en cuenta los fines propuestos, se ha elegido a la persona indicada?

- e) ¿Qué forma de presentación evitaría problemas innecesarios?
- f) ¿Qué hechos relacionados con la educación, cargo o funciones, etc., del responsable del cuestionario modificarían el acercamiento por carta?

Cuando el trabajador social contesta una carta de indagación, debe demostrar que la ha leído y que su contenido ha sido comprendido. Cuando es imposible cubrir todas las preguntas, la respuesta debería incluir los puntos no cubiertos y las causas de la omisión. Una carta respuesta a una indagación no debe confundir las inferencias de quién la escribe con la información en que se basa. La carta debe contener las dos, pero debe distinguirlas. Un telegrama siempre debe ser seguido de una carta el mismo día. La carta debe contener una copia del telegrama. El teléfono como medio de comunicación en el trabajo de casos es demasiado conveniente para ser abandonado, pero sus inconvenientes no son entendidos y la gente no se cuida de ellos; hay muy buenas razones por las cuales la gente no es tan sincera en la conversación telefónica como cuando está "cara a cara", ni tampoco entiende muy bien lo que se dice.

Después de recogido el material o elementos testimoniales, encuestas, etc., es necesario comparar los datos y luego interpretarlos. El capítulo XVIII se refiere a este tema: "*Comparación e interpretación*"; esta culminación del trabajo es lo que Mary Richmond denominaba el *diagnóstico*.

Hasta este momento del proceso de investigación, ha habido poca relación entre el material recogido y su interpretación. El comparar la información es un proceso crítico e incluye la revisión de cada punto con todos los otros que están en mente y a veces con los otros puntos excluidos deliberadamente. No hay que enfatizar los hechos que han sido establecidos con dificultad, ni tampoco las primeras y últimas declaraciones e hipótesis. Se debe volver a probar cuidadosamente las inferencias que han reforzado la conducta de la indagación hasta ese momento. A este efecto, Mary Richmond propone un cuestionario, que ofrece sugerencias detalladas para la comparación de información.

Sin embargo, se pueden hacer todas las comparaciones de manera cuidadosa, sin que se llegue a ningún resultado. La "maquinaria de tra-

bajo" del diagnóstico no asegura resultados donde faltan fundamentos imaginativos. Un buen diagnóstico social está completo y terminado, cuando se ha puesto énfasis en los rasgos que indican el tratamiento social por seguir. El diagnóstico resumido en una palabra o en una frase es una simple clasificación y es de escaso valor; pero un diagnóstico detallado puede carecer de valor si le están faltando los factores principales que están influyendo en el caso. El diagnóstico social no sólo debe definir claramente las dificultades, sino también descubrir aquellos elementos en la situación que pueden llegar a ser obstáculos o ayuda en el tratamiento.

La manera de hacer el sumario del diagnóstico puede tener diversas formas según la índole del trabajo, pero generalmente debe incluir:

- una definición de las dificultades;
- una lista de los factores causales, que tienen que ver con las dificultades;
- una enumeración de los elementos disponibles y riesgos que deben ser reconocidos con el tratamiento.

En cuanto al tiempo dentro del cual hay que terminar el diagnóstico, debe controlarse evitando dos tendencias igualmente perjudiciales: ir demasiado rápido cuando no se trata de una emergencia y tratar todo muy minuciosamente.

Ningún diagnóstico puede considerarse completo y definitivamente terminado, siempre hay posibilidades de mejorarlo o de poner de relieve nuevos aspectos.

El capítulo XIX, cuyo título podríamos traducir como "*Filosofía fundamental*" o "*Filosofía subyacente*", es quizás el más importante para la comprensión del pensamiento de la autora, pues de algún modo se explicitan ciertos supuestos en que apoya su pensamiento.

A pesar de que ya en otros capítulos se hizo mención a la interdependencia existente entre la mejoría del individuo y la mejoría de la masa, en éste la autora procura reforzar la posición tomada acerca de que la reforma social y el trabajo de caso social tienen necesidad de

progresar juntos. Menos énfasis ponemos —dice Richmond— en el número de reformas sociales que han sido consecuencia directa del trabajo de casos y en el número que le deben a este trabajo una enmienda efectiva o una administración adecuada.

Dos cuestiones fundamentales aborda en esta “filosofía fundamental”: diferencias individuales y el “yo” más amplio. Diferencias individuales *no significa* que el parecido entre los hombres no sea socialmente importante; la semejanza ha hecho posible la mejoría de la masa, mientras que la individualidad ha hecho que la adaptación sea una necesidad. La teoría de un *yo más amplio*, si bien tiene otras implicaciones, parece estar en la base de todo trabajo de caso social que, poco a poco, abandonó sus pocas clasificaciones generales, para tratar de considerar al hombre en su totalidad. Se ve, además, aunque sea de una manera más lenta, que la mente del hombre (y en un sentido real la mente es el hombre) puede ser descrita como la suma de sus relaciones sociales.

Todavía será necesario hacer diferentes cosas con y para gente diferente, y estudiar sus diferencias, siempre y cuando al hacerlo obtengamos más provecho que pérdida. Será necesario estudiar las relaciones sociales, no sólo para entender sus diferencias, sino también para encontrar un remedio a las enfermedades que continuarán azotándola. Las enfermedades cambiarán de forma, muchas serán eliminadas, y es de esperar que los niveles de vida sean más altos, pero, a pesar de que el nivel en el cual operará el trabajador social también subirá, el trabajo social de casos seguirá siendo necesario.

Variaciones en el proceso

La tercera parte hace referencia a las *Variaciones en el proceso*, considerando diferentes casos, como la “familia de inmigrantes”, “abandono y viudez”, “el niño abandonado”, “la madre soltera”, “la no vidente”, “la persona sin hogar y el alcohólico”, “el demente y el débil mental”; en todos estos capítulos hace una breve referencia al problema y luego presenta un cuestionario que puede ser utilizado en cada caso. En el primer capítulo de esta tercera parte hace algunas observa-

ciones al uso del cuestionario y en el último se refiere a la supervisión y revisión.

Richmond hace dos objeciones a los cuestionarios:

- a) **Sus peligros:** es posible que los propósitos y límites de los cuestionarios se presten a malentendidos por cualquiera que trate de usarlos, aun cuando están claramente redactados. Simplemente son largas listas que, cuando son formuladas por el trabajador social, pueden sugerirle varios indicios o pistas para seguir. Por otra parte, como ya se indicó antes, las preguntas dirigidas pueden sugerir las respuestas; en este caso, el trabajador social se hace preguntas a sí mismo.
- b) **Su uso ilustrado:** muchas preguntas pueden hacer surgir dudas acerca de la veracidad del camino que se está siguiendo, y pueden, en cambio, sugerir otro. Hay que tener cuidado de no “encasillar” a una persona o a una familia dentro de un determinado cuestionario, porque se corre el riesgo de ser parcial; para tener una idea cabal de los problemas de una familia, probablemente habrá que hacer 3 ó 4 cuestionarios.

¿Qué es verdadero para todos? Al recoger nuestro material, frecuentemente tenemos pedidos acerca de un esbozo comprensible y bien hecho de lo que debe ser cubierto en cualquier diagnóstico social. Ninguna pregunta puede ser considerada no importante y todas se aplican bastante universalmente a las situaciones humanas; no se pueden hacer cortes en un diagnóstico. Entre una clara concepción de las cosas que son verdaderas para todos y una igualmente clara concepción de las cosas que son verdaderas para ese complejo de experiencias y relaciones sociales representado por un cliente individual, cualquier cosa puede ser importante.

El capítulo XXI versa sobre “*La familia de inmigrantes*”. Al tratar con clientes extranjeros, el trabajador social corre el riesgo de caer en dos errores: puede considerarlos como miembros de una colonia o de una nacionalidad con características *fijas*, o, por el contrario, puede ignorar las características sociales y nacionales, y tratar de aplicarles las mismas medidas estándares que les aplica a sus propios compatriotas;

si sigue este último camino, es probable que encuentre muchas sorpresas y pronto se dará cuenta de que no puede ignorar las características propias de cada nacionalidad.

Sobre "Abandono y viudez" habla el capítulo XXII. Hay ciertas semejanzas entre el caso de una madre cuyos hijos han sido abandonados por el padre, y el de una madre viuda, aunque presentan ciertas diferencias que son puestas al descubierto en dos cuestiones diferentes. En el primer caso, el trabajador social debe conocer las leyes acerca del castigo que corresponde a los que abandonan su familia; además, cuando se encuentra con uno de estos desertores del hogar, lo primero que debe hacer es tratar de entenderlo.

Acercas del "Niño abandonado" (capítulo XXIII), sólo hace referencia al cuestionario preparado por el doctor Brannick y lo transcribe.

En el capítulo XXIV se habla de "La madre soltera". Antes que nada, se trata de ver qué influencia tuvieron sobre ella sus padres. Por lo general, en el tratamiento de mujeres o niñas solteras en esta situación, se deja un poco de lado al padre, cuando en realidad éste tiene gran importancia (esto es considerado en la primera parte del cuestionario).

En la última parte del cuestionario se trata acerca de la identidad y responsabilidad del padre de la criatura. Frecuentemente, él escapa a toda responsabilidad por diferentes causas: primero, porque la evidencia de su paternidad no siempre es convincente, y en segundo lugar, la agencia social —que tiene que cumplir con otros muchos trabajos— piensa que no vale la pena tomarse el trabajo de establecer el paradero y llevarlo a juicio por la escasa suma de dinero que ella recibirá. Aun las pequeñas sumas que se establecen cuando la paternidad ha sido establecida tienen la influencia de modificar la opinión pública, y hacen al padre, tanto como a la madre, responsable de la manutención del hijo.

Sobre "El no vidente" habla el capítulo XXV. El trabajador social puede encontrarse con casos en que la ceguera es la causa de la presente situación, o puede haber una situación ya declarada y que se complica con la de la ceguera. Al hacer el cuestionario sobre la ceguera (elaborado por la señorita Wright), el material ha sido ordenado bajo estos encabezamientos: prevención de la ceguera y conservación de la

vista, educación especial, empleos especiales, consuelo y alivio especial y recreación.

"La persona sin hogar y el alcohólico" (capítulo XXVI); la primera es cliente de una agencia social, el segundo debe estar al cuidado de un médico, pero con tratamiento social.

La persona sin hogar: bajo esta denominación se comprende a toda clase de niños y hombres, desde el que sale en busca de aventuras, el "trabajador golondrina", hasta el vagabundo. Por persona ebria no se comprende a todo aquel que bebe, ni a todo aquel que está en estado de ebriedad, sino aquel que, debido a una peculiaridad o defecto constitucional, es vencido habitualmente por el alcohol y es incapaz de tomarlo sin llegar a un exceso. La ebriedad es una enfermedad y como tal debe ser tratada. El alcoholismo no es curable, en el sentido de que aquel que lo ha padecido nunca puede volver a confiar en sí mismo como para llegar a probar nuevamente alcohol sin peligro de una recaída. A diferencia de otras enfermedades, en ésta, más que los medicamentos o los cuidados del médico, lo que se necesita es un fuerte deseo del paciente para reconquistar el autocontrol necesario.

En el capítulo XXVII se habla sobre "El demente y el débil mental". La insanidad es un término que tiene un contenido más legal que médico, y es aplicado a desórdenes mentales que difieren mucho en su origen y manifestación, y que, además, no pueden ser captados con la aplicación de un solo cuestionario. Para trabajar en este campo, el profesional de trabajo social debe tener entrenamiento médico; de lo contrario, no sabrá enfrentar las diferentes situaciones que se le presentarán.

En el último capítulo del libro (XXVIII), Mary Richmond habla de "Supervisión y revisión" y presenta un cuestionario que sirve para supervisar y revisar el trabajo. Hay una serie de preguntas, que en cierto modo responden a dos cuestiones fundamentales: ¿qué es lo que se debe buscar cuando la indagación en la situación de un cliente ha alcanzado un estadio de la evidencia recogida, pero no ha sido todavía comparada e interpretada? O ¿qué debe buscarse cuando, ante la ausencia de supervisión, el trabajador social debe revisar la evidencia sin asistencia o supervisión?

* * *

Todo lo anterior, en apretada síntesis, es el contenido del libro de Mary Richmond. La razón por la que no se hacen comentarios ajenos a la opinión de la autora es para que —en lo posible— sea comprendido tal como es, y no como nosotros lo interpretamos.

Anexo 2

NECESIDADES HUMANAS Y SATISFACTORES

Con frecuencia, la mayoría de los diagnósticos sociales han partido de un concepto de necesidad que la entienden como sinónimo de carencia (conceptualización que responde a los planteamientos más tradicionales y antiguos del desarrollo humano). Se trata, en todos los casos, de un concepto formulado “en negativo”, ya que se define en términos de “lo que falta”, y no de algo “que existe”. Este tipo de razonamientos ha partido siempre de la consideración de las necesidades humanas como algo no absoluto ni universal, sino que, por el contrario, éstas son prácticamente ilimitadas y siempre están condicionadas histórica y socioculturalmente.

El concepto de necesidad que en esta obra hemos manejado pertenece más bien a la corriente de pensamiento conocida internacionalmente como “**desarrollo a escala humana**”, donde las necesidades humanas se conciben no tanto como carencia, sino como espacios y ámbitos de desarrollo potencial del ser humano. Por lo tanto, las necesidades humanas fundamentales son universales. Lo único determinado y condicionado por la cultura y la sociedad son los satisfactores sociales y los artefactos, medios y bienes económicos que se emplean en ellos.

“Las necesidades humanas cambian con la aceleración que corresponde a la evolución de la especie humana. Es decir, a un ritmo sumamente lento. Por estar imbricadas a la evolución de la especie, son también universales. Tienen una trayectoria única. Los satisfactores tienen una doble trayectoria. Por una parte se modifican al ritmo de la historia y, por otra, se diversifican de acuerdo a las culturas y las circunstancias, es decir, se acuerdo a ritmo de las distintas historias. Los bienes económicos (artefactos y tecnologías) tienen una triple trayectoria. Se modifican a ritmos coyunturales, por una parte, y por la otra, se diversifican de acuerdo a las culturas, y dentro de éstas, se diversifican de acuerdo a los diversos estratos sociales.”*

De acuerdo con esta nueva perspectiva teórica, que tiene un fuerte componente crítico hacia los modelos de crecimiento y desarrollo vigentes hasta ahora, las necesidades humanas son limitadas o finitas y

* Max Neef, M. et al., *Op. cit.*

universales. Se han identificado nueve en función de categorías axiológicas, y en cada una de ellas se pueden distinguir a su vez cuatro ámbitos de respuesta, satisfacción, atención y/o desarrollo, de acuerdo con categorías existenciales, tal como se muestra en el cuadro siguiente:

ANEXO
Matriz de necesidades y satisfactores

Necesidades según categorías existenciales	Necesidades según categorías axiológicas			
	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia	1/ Salud física salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad.	2/ Alimentación, abrigo, trabajo.	3/ Alimentar, procrear, descansar, trabajar.	4/ Entorno vital entorno social.
Protección	5/ Cuidado, adaptabilidad autonomía, equilibrio, solidaridad.	6/ Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo.	7/ Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender.	8/ Contorno vital, contorno social, morada.

Afecto	9/ Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor.	10/ Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines.	11/ Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar.	12/ Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
Entendimiento	13/ Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad.	14/ Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicaciona- les.	15/ Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar.	16/ Ámbitos de interacción formativa, escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia.
Participación	17/ Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor.	18/ Derechos, responsabilida- des, obligaciones, atribuciones, trabajo.	19/ Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, aca- tar, dialogar, acordar, dialogar, acordar, opinar.	20/ Ámbitos de interacción participativa, partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias.
Ocio	21/ Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupa-	22/ Juegos, espectáculos, fiestas, calma.	23/ Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evo-	24/ Privacidad, intimidad, espacios de encuentro,

	ción, humor, tranquilidad, sensualidad.		car, relajarse, divertirse, jugar.	tiempo libre, ambientes, paisajes.
	25/	26/	27/	28/
Creación	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad.	Habilidades, destrezas, método, trabajo.	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar.	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal.
	29/	30/	31/	32/
Identidad	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad.	Símbolos, lenguajes, hábitos, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo.	Comprometerse, integrarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer.	Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas.
	33/	34/	35/	36/
Libertad	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia.	Igualdad de derechos.	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar.	Plasticidad espacio-temporal.

Fuente: Max Neef, M. et al., *op. cit.*

A continuación, incluimos los cuadros ilustrativos de los diversos tipos de satisfactores que se han elaborado en el CEPAUR. Nos parece interesante su consideración, ya que una intervención de impacto se garantiza mejor si está orientada hacia satisfactores sinérgicos que posibilitan un efecto multiplicador que estimula la satisfacción de otras necesidades. Como puede apreciarse en el último cuadro, las acciones preventivas y de amplia participación pueden generar ese efecto. Por otra parte, el lector podrá completarlos de acuerdo con sus posibilidades y áreas de interés e intervención.

CUADRO 1
Satisfactores violadores o destructores

Supuesto satisfactor	Necesidad que se pretende satisfacer	Necesidades cuya satisfacción imposibilita
1. Armamentismo	Protección	Subsistencia, afecto, participación, libertad.
2. Exilio	Protección	Afecto, participación, identidad, libertad.
3. Doctrina de Seguridad Nacional	Protección	Subsistencia, identidad, entendimiento, participación, libertad.
4. Censura	Protección	Entendimiento, participación, ocio, creación, identidad, libertad.
5. Burocracia	Protección	Entendimiento, afecto, participación, creación, identidad, libertad.

6. Autoritarismo	Protección	Afecto, entendimiento, participación, creación, identidad, libertad.
------------------	------------	--

Los violadores o destructores son elementos de efecto paradójico. Aplicados con el pretexto de satisfacer una determinada necesidad, no sólo aniquilan la posibilidad de su satisfacción en un plazo inmediato o mediato, sino que imposibilitan además la satisfacción adecuada de otras necesidades.

CUADRO 2
Pseudo-satisfactores

Satisfactor	Necesidad que aparenta satisfacer
1. Medicina mecanicista: <i>A pill for ever ill</i>	Protección
2. Sobreexplotación de recursos naturales	Subsistencia
3. Nacionalismo chauvinista	Identidad
4. Democracia formal	Participación
5. Estereotipos	Entendimiento
6. Indicadores económicos agregados	Entendimiento
7. Dirigismo cultural	Creación
8. Prostitución	Afecto
9. Símbolos de salud	Identidad
10. Productivismo eficientista obsesivo	Subsistencia
11. Adoctrinamiento	Entendimiento
12. Limosna	Subsistencia
13. Modas	Identidad

Los pseudo-satisfactores son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. Sin la agresividad de los violadores o destructores, pueden en ocasiones aniquilar, en un plazo mediato, la posibilidad de satisfacer la necesidad a que originalmente apuntan.

CUADRO 3
Satisfactores inhibidores

Satisfactor	Necesidad	Necesidades cuya satisfacción se inhibe
1. Paternalismo	Protección	Entendimiento, participación, libertad, identidad.
2. Familia	Protección	Entendimiento, participación sobreprotectora, ocio, identidad, libertad.
3. Producción tipo	Subsistencia	Entendimiento, participación taylorista, creación, identidad, libertad.
4. Aula autoritaria	Entendimiento	Participación, creación, identidad, libertad.
5. Mesianismos (milenarismos)	Identidad	Protección, entendimiento, participación, libertad.
6. Permisividad	Libertad	Protección, afecto, identidad, ilimitada participación.
7. Competencia económica obsesiva	Libertad	Subsistencia, protección, afecto, participación, ocio.
8. Televisión comercial	Ocio	Entendimiento, creación, identidad.

Los satisfactores inhibidores son aquellos que, por el modo en que satisfacen (generalmente sobresalen) una necesidad determinada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades.

CUADRO 4
Satisfactores singulares

Satisfactor	Necesidad que satisface
1. Programas de suministro de alimentos	Subsistencia
2. Programas asistenciales de vivienda	Subsistencia
3. Medicina curativa	Subsistencia
4. Sistemas de seguros	Protección
5. Ejércitos profesionales	Protección
6. Voto	Participación
7. Espectáculos deportivos	Ocio
8. Nacionalidad	Identidad
9. Tours dirigidos	Ocio
10. Regalos	Afecto

Los satisfactores singulares son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad; siendo neutros respecto de la satisfacción de otras necesidades. Son muy característicos de los planes y programas de desarrollo y cooperación.

CUADRO 5
Satisfactores sinérgicos

Satisfactor	Necesidad	Necesidades cuya satisfacción estimula
1. Lactancia materna	Subsistencia	Protección, afecto, identidad.
2. Producción autogestionada	Subsistencia	Entendimiento, participación, creación, identidad, libertad.
3. Educación popular	Entendimiento	Protección, participación, creación, identidad, libertad.
4. Organizaciones comunitarias democráticas	Participación	Protección, afecto, ocio, creación, identidad, libertad.
5. Medicina descalza*	Protección	Subsistencia, entendimiento, participación.
6. Banca descalza*	Protección	Subsistencia, participación, creación, libertad, participación.
7. Sindicatos democráticos	Protección	Entendimiento, participación, identidad.
8. Democracia directa	Participación	Protección, entendimiento, identidad, libertad.
9. Juegos didácticos	Ocio	Entendimiento creación.

* Nota del editor: el autor hace referencia a experiencias de servicios de salud y financieros respectivamente, que no persiguen fines de lucro, que están al servicio de la comunidad y que preferentemente utilizan recursos propios.

10. Programas de autoconstrucción	Subsistencia	Entendimiento, participación.
11. Medicina preventiva	Protección	Entendimiento, participación, subsistencia.
12. Meditación	Entendimiento	Ocio, creación, identidad.
13. Televisión cultural	Ocio	Entendimiento.

Los satisfactores sinérgicos son aquellos que, por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades.

La propuesta metodológica de análisis de necesidades y satisfactores nos permite:*

- Explicar el origen de los problemas que se atienden cotidianamente, en tanto pueden identificar niveles de privación en la satisfacción de diversas necesidades que pueden estar dando origen a los problemas.
- Analizar las implicaciones de los problemas en el desarrollo humano, al identificar las necesidades que se impactan negativamente con la aparición de los problemas.
- Planificar la acción dirigiéndola a las áreas del desarrollo humano que están privadas, tanto en individuos como en grupos sociales.
- Evaluar programas y proyectos que se dirigen a la atención integral de individuos y grupos y en los que habrá que verificar dicha atención integral, tanto hacia las nueve necesidades como en los cuatro niveles existenciales en que éstas se satisfacen.

* Ruiz Rojas, A. I., "Necesidades y calidad de vida", en *Curso de Educación a Distancia: Salud comunitaria y promoción del desarrollo. Módulo 1*, Lima, CELATS, 1991.