


Cita bibliográfica: Cardona-Cardona, J., Cuartero-Castañer, M.E, y Campos-Vidal, J.F. (2025). El diagnóstico relacional colaborativo (II). Ampliando el diagnóstico relacional en la práctica del Trabajo Social [Collaborative relational diagnosis (II). Expanding relational diagnosis in Social Work practice]. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 32(1), 218-252. <https://doi.org/10.14198/ALTERN.26553>

El diagnóstico relacional colaborativo (II). Ampliando el diagnóstico relacional en la práctica del Trabajo Social

Collaborative relational diagnosis (II). Expanding relational diagnosis in Social Work practice


JOSEFA CARDONA-CARDONA

Universitat de les Illes Balears, Palma, España
jp.cardona@uib.es

 <https://orcid.org/0000-0001-6524-3132>


M. ELENA CUARTERO-CASTAÑER

Universitat de les Illes Balears, Palma, España
me.cuartero@uib.es

 <https://orcid.org/0000-0002-9510-8721>

JOSÉ FRANCISCO CAMPOS-VIDAL

Universitat de les Illes Balears, Palma, España
quico.campos@uib.es

 <https://orcid.org/0000-0003-1076-6635>

Resumen

Introducción. El diagnóstico, de naturaleza relacional y colaborativa, se sustenta en un proceso cualitativamente distinto de participación de las personas atendidas y se dirige a la creación de una evaluación compartida entre el profesional y la persona. El proceso de elaboración de esta evaluación compartida, a la que denominamos co-diagnóstico, considera criterios esenciales que se vinculan a una práctica del Trabajo Social post-estructural y a un posicionamiento centrado en el enfoque de las fortalezas. El objetivo del presente trabajo se centra en desarrollar el proceso completo de elaboración del co-diagnóstico, incluir los criterios relacionales de

Abstract

Introduction. Relational and collaborative diagnosis is based on a qualitatively different participation process of the assisted individual, directed towards creating a shared assessment between the professional and the person. The elaboration of this shared assessment, which we call co-diagnosis, rests on essential criteria linked to a post-structural Social Work practice and to a Strengths approach. The study objective was to develop the comprehensive co-diagnosis process, to include the relational criteria of joint research, and to define the logical sequence of the process. The practice moves away from a conventional position in which

Recibido: 06/12/2023

Aceptado: 24/09/2024



Este trabajo se comparte bajo la licencia de Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.

investigación conjunta y en ordenar la secuencia lógica del proceso. En su aplicación, se aleja de las posiciones que consideran al profesional como el experto y al cliente como mero receptor de ayuda. Se adentra en una propuesta relacional de colaboración en la cual las personas mantienen y amplían sus fortalezas y su capacidad de decisión respecto a su futuro preferido y sus objetivos vitales. *Metodología.* Se ha indagado el procedimiento de cómo co-construir visiones compartidas entre el profesional y la persona o familia que hagan posible construir un co-diagnóstico que facilite, mediante estrategias conversacionales, que las personas identifiquen y decidan cuál es su futuro posible y deseado. Para ello se han estudiado las fuentes bibliográficas de las últimas vanguardias en la práctica del Trabajo Social. Se ha excluido la producción bibliográfica que hace referencia al diagnóstico desde una visión convencional, propia del estructuralismo y de los supuestos de la primera cibernética. Desde una compatibilidad epistemológica, se ha optado por centrarse en textos fundamentales del Trabajo Social centrado en soluciones, del Trabajo Social narrativo y del enfoque de las fortalezas, con un marco temporal que arranca en los años noventa hasta la actualidad. *Resultados.* El proceso de construcción compartida del co-diagnóstico se apoya en tres grandes pilares. En primer lugar, la escucha ampliada. Ésta comprende la escucha empática clásica, la doble escucha propuesta por la narrativa y la escucha constructiva planteada por la práctica centrada en soluciones. En segundo lugar, la consideración de las fortalezas de las personas: experiencias, conocimientos, habilidades, esperanzas o sueños que las personas atesoran. En tercer lugar, la práctica de la externalización, es decir, el proceso relacional y conversacional por el cual las personas y los problemas son reconocidos por separado y no son fusionados en la conversación. *Discusión.* Los resultados proporcionan los elementos clave para diseñar el proceso lógico de construcción del co-diagnóstico, organizado por pasos: 1. Ordenar y sistematizar el contenido de los encuentros de indagación colaborativa; 2. Construir una historia compartida y, 3. Encuentro de co-diagnóstico. *Conclusiones.* El trabajo detalla las claves para el desarrollo de cada paso. Indica el contenido de las conversaciones a desarrollar, así como los desafíos que deben afrontarse para formular conjuntamente el co-diagnóstico: qué mantener, mejorar o cambiar, qué metas y objetivos desea alcanzar la persona y qué obstáculos y apoyos se identifican.

Palabras clave. Diagnóstico; Co-diagnóstico; Trabajo Social relacional; Prácticas narrativas; Prácticas colaborativas; Enfoque de fortalezas.

the professional is the expert and the client a mere recipient of assistance. A relational approach to collaboration is adopted, in which people maintain and expand their strengths and their capacity to decide about their preferred future and life goals. *Methodology.* We investigated how the professional and the person or family co-constructed shared visions, generating a co-diagnosis which, through conversational strategies, helped the persons to identify and decide about their possible and desired future. To this end, a state-of-the-art literature review was conducted on Social Work practice. We excluded works on conventional diagnosis, typical of structuralism and the assumptions of early cybernetics, and ensured epistemological compatibility by focusing on fundamental texts relating to Solution Focused Social Work, Narrative Social Work, and the Strengths Approach, from the 1990s until the present day. *Results.* The shared construction process of co-diagnosis is based on three pillars. The first is extended listening: this includes classical empathic listening, the double listening proposed by the narrative, and the constructive listening of solution-focused practice. The second pillar is the consideration of people's strengths: experiences, knowledge, skills, hopes or dreams valued by people. Third, the practice of externalisation, i.e., the relational and conversational process by which people and problems are acknowledged separately and not merged in conversation. *Discussion.* The results provided the key elements allowing to design the logical process of co-diagnosis construction, which can be divided into the following steps: 1. Ordering and systematising the content of the collaborative enquiry meetings; 2. Building a shared story; and 3. Co-diagnosis meeting. *Conclusions.* The work details the keys to the development of each step. It indicates the content of the conversations to be developed, as well as the challenges that must be faced in order to jointly formulate the co-diagnosis: what to maintain, improve or change, what goals and objectives the person wishes to achieve, and which obstacles and support measures can be identified.

Keywords: Diagnosis; Co-Diagnosis; Relational Social Work; Narrative Practices; Collaborative Practices; Strengths Approach.

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de construcción del co-diagnóstico ha sido propuesto y organizado en tres pasos. El primer paso, *Ordenar y sistematizar el conocimiento co-construido* (Cardona et al., 2017), está pensado para compartir con la persona o familia el balance realizado durante los encuentros iniciales de indagación colaborativa, a través de una narrativa respetuosa con las personas, su cultura y su identidad (Figura 1 y Tabla 3). Al escuchar dicho balance, la persona reconoce sus palabras, identifica los obstáculos, amplifica sus fortalezas y entra en un diálogo con la profesional para ajustar, matizar, o añadir al balance expuesto, lo que valore necesario. El objetivo es que sea un balance co-construido, es decir un co-diagnóstico relacional colaborativo. En el presente trabajo, procederemos a exponer nuestra propuesta teórico-práctica, describiendo en detalle los dos siguientes pasos. Ambos son momentos críticos para que la valoración de lo que está sucediendo sea compartida por todos los actores del sistema de ayuda: *crear una historia compartida* (segundo paso) y el *encuentro de co-diagnóstico: compartir, ajustar y co-construir la historia compartida* (tercer paso).

Usando una terminología clásica, habría una cierta similitud entre la indagación colaborativa y las entrevistas de estudio. Las entrevistas de estudio son dirigidas por una persona profesional experta que asume el control para analizar las situaciones en las que están involucradas personas o familias, mientras que los encuentros de indagación colaborativa fomentan una relación apreciativa (Subirana y Cooperrider, 2013), donde ambos colaboran en la construcción de soluciones a través de conversaciones.

Generalmente, una concepción clásica de diagnóstico hace referencia a la práctica por la cual una persona profesional experta, con competencias teórico-prácticas, emite un juicio que sintetiza y contempla la magnitud de las dificultades, necesidades, problemas o conflictos que afectan de forma estructural o circunstancial a las personas que está atendiendo (Díaz-Herráiz y Fernández-de Castro, 2013; Fuster, 2020). Esta práctica está frecuentemente sesgada por una especial atención en lo que no funciona, lo que falla o aquello de lo que se carece (Saleebey, 2000; Greene y Lee, 2011). Se trata de una visión unilateral que también ha sido criticada desde otras disciplinas (Livesley, 2018), prestando mayor atención a enfoques más integradores. Sin embargo, en la práctica del Trabajo Social en la mayoría de los dispositivos de atención social (servicios sociales, servicios socio-sanitarios, etc.), el diagnóstico convencional está especialmente condicionado por el requerimiento de distribuir recursos escasos ante necesidades crecientes (Escuderos, 2023).

La narrativa dominante identifica el diagnóstico como una clasificación que permite decidir qué personas pueden o no pueden acceder a recursos y

prestaciones. Esta visión se extiende a ámbitos diversos. Así, se efectúan diagnósticos para determinar situaciones de riesgo o de desamparo, situaciones de vulnerabilidad o de precariedad extrema, entre otros muchos. Se trata de determinar quién entra en el sistema de protección o emergencia y quién no. De alguna manera, se trata de determinar los criterios por los cuales los ciudadanos pueden acceder a una determinada forma de redistribución de la renta o de salario indirectos (Gough, 1982) y, desde la perspectiva profesional, del inevitable ejercicio del poder del experto.

No obstante, desde la propia práctica del Trabajo Social están surgiendo iniciativas que proponen abandonar esta línea de diagnóstico clásico y unilateral, para avanzar en prácticas relacionales donde se supera la recogida de datos y se avanza en estrategias conversacionales colaborativas y apreciativas, con el fin de lograr visiones compartidas que faciliten llegar a acuerdos conjuntos de trabajo (Escuderos, 2023)

Como ya se comentó con anterioridad (Cardona-Cardona et al., 2017) desde la Teoría Crítica (Habermas, 1982) hasta el post-estructuralismo (Foucault, 2005; Derridá, 1971, 1989), se ha prestado especial atención a las relaciones de poder que se desarrollan en las interacciones humanas. En congruencia teórico-epistemológica, las propuestas colaborativas (Anderson, 1997; Anderson y Gehard, 2007; Madsen, 2007; Madsen y Gillespie, 2014) y dialógicas (Arnkil y Seikkula, 2016), se apartan de la visión de personas profesionales poderosas que evalúan unilateralmente y hacen diagnósticos. Desde las vanguardias del Trabajo Social, especialmente las relacionadas con la prácticas narrativas (White y Epston, 1993) y la práctica centrada en soluciones (de Shazer, 1992, 1999; Berg, 1994; De Jong y Berg, 2013), también se desarrolla una crítica a la práctica tradicional y restringida del diagnóstico.

Desde la perspectiva colaborativa, el desarrollo de una valoración compartida y construida conjuntamente entre profesional y actores individuales, familiares o comunitarios, no se sustenta exclusivamente en la identificación y clasificación, de lo que falla, lo que no funciona y lo que debe o puede ser modificado. El co-diagnóstico o “diagnóstico relacional,” forma parte de un proceso colaborativo en el que el/la trabajador social y la persona o familia trabajan juntos para construir un mapa de comprensión de la situación que está atravesando la persona o la familia, valorando la influencia de los problemas y los obstáculos, así como de los apoyos internos y externos que permita la construcción de su mapa de futuro. Creemos y fomentamos el desarrollo de un co-diagnóstico que también recoja, reconozca y valore las fortalezas y las capacidades de personas, grupos y comunidades. Ello no significa ignorar el sufrimiento de las personas; el malestar y el dolor existen; el racismo y la

exclusión existen; el abuso y la agresión sexual existen; el trauma existe; la explotación laboral, la pobreza y la discriminación de las poblaciones vulnerables, también existen.

Sin embargo, la práctica de numerosas profesionales del Trabajo Social ha demostrado que cabe otra visión y otra forma de pensar y desarrollar las relaciones de ayuda. En lugar de centrarse de manera predominante en los problemas y las dificultades, la mirada y la propuesta relacional se orienta y amplía hacia las posibilidades (De Jong y Berg, 2013) y las fortalezas (Saleebey, 2000).

Después de haber desarrollado el proceso de indagación apreciativa y colaborativa, la construcción del co-diagnóstico se enfrenta a un significativo desafío: en primer lugar, ordenar y sistematizar el conocimiento co-construido durante la indagación colaborativa; en segundo lugar, construir una historia compartida como propuesta narrativa y, en tercer lugar, mantener un encuentro, que hemos denominado “encuentro de co-diagnóstico”, para que todos los actores implicados - persona, familia y trabajadora social- puedan ajustar, ampliar y validar la historia co-construida, es decir, los resultados compartidos y las implicaciones de futuro que se derivan de los mismos.

La pregunta que nos hemos hecho es sencilla: ¿en base a qué criterios iniciamos la construcción de una historia compartida? ¿cómo lo hacemos sin volver a embarrancar en la práctica clásica en la cual, el/la trabajador/a social desarrolla un rol de experto/a y tiene el encargo de construir un diagnóstico unilateral, como resultado de la evaluación de la situación? La posición que defendemos abarca tres ámbitos: 1) ampliar la escucha; 2) enfocar las fortalezas; y 3) usar la externalización como estrategia relacional.

2. METODOLOGÍA

Se ha indagado el procedimiento de cómo co-construir visiones compartidas entre el profesional y la persona o familia que hagan posible construir un co-diagnóstico que facilite, mediante estrategias conversacionales, que las personas identifiquen y decidan cuál es su futuro posible y deseado.

Se han estudiado las fuentes bibliográficas (sobre textos originales) de las últimas vanguardias en la práctica del Trabajo Social. Se ha optado por textos fundamentales del Trabajo Social centrado en soluciones, del Trabajo Social narrativo y del enfoque centrado en las fortalezas, con un marco temporal que arranca en los años ochenta del siglo XX y todavía continúa en la actualidad. Sin duda, la selección es limitada. Sin embargo, la saturación de contenidos nos ha indicado que la selección es suficiente.

Nos hemos centrado en estas corrientes, y no en otras, dado que comparten una epistemología post-estructural que hacen compatible la combinación de

tesis teóricas y proposiciones prácticas. Hemos excluido la producción bibliográfica que hace referencia al diagnóstico desde una visión convencional, aunque no por ello menos legítima, más propia del enfoque estructuralista y de los supuestos de la primera cibernética. Así mismo, hemos considerado las aportaciones de las prácticas colaborativas y dialógicas formuladas también por Andersen (1994), Anderson (1997), Anderson y Gehard (2007) y Madsen (2007). En la Tabla 1 se reflejan las personas autoras de referencia.

Tabla 1. Fuentes bibliográficas de referencia.

Enfoque	Fuentes seleccionadas
Práctica narrativa	White y Epston (1993); White (2007, 2015, 2016) Carey y Russell (2004); Baldwin (2013); McTighe (2018)
Práctica centrada en soluciones	Selekman (1996, 2010); de Shazer (1992, 1999); Berg (1994); de Jong y Berg (2013); Lipchik (2004); Beyebach (2006); Bannink, (2010, 2014, 2015); Greene y Lee (2011); Winbolt (2011); Ratner et al. (2012); Warner (2013); Furman (2017); Metcalf (2020)
Enfoque basado en las fortalezas	Saleebey (1992, 2000, 2009) Glicken (2004, 2006)
Enfoque colaborativo	Andersen (1994); Anderson (1997); Anderson y Gehard (2007); Madsen (2007); Madsen y Gillespie (2014)

Fuente: elaboración propia.

Se han sintetizado estas aportaciones y se han operativizado para ser aplicadas en un contexto experimental controlado, desarrollado en el Laboratorio de Mediación y Orientación Familiar de la Universidad de las Islas Baleares (España). Así mismo, los resultados de esta experimentación y la aplicación del proceso de elaboración del co-diagnóstico, se han aplicado en contextos laborales vinculados a los Servicios Comunitarios de Atención Primaria municipal y en Unidades de Trabajo Social en servicios de salud. Su aplicación ha permitido experimentar la generación de espacios cooperativos mediante conversaciones y preguntas en la práctica cotidiana.

No hemos buscado establecer clasificaciones o categorías porque entendemos que este proceder opaca la voz y las características singulares de las personas y porque, de este modo, la influencia de la cultura y el contexto social en la vida de las personas no queda suficientemente reflejada. Nuestra intención es compartir con las personas lectoras una reflexión crítica, además de una guía que nos ha resultado útil para ordenar y sistematizar el conocimiento co-construido a lo largo de las conversaciones colaborativas y apreciativas. Ello

nos ha permitido construir un diagnóstico relacional y colaborativo donde las voces y los significados de las personas queden reflejados, ya que, desde el inicio de la relación de ayuda, el proceso se ha tejido colaborativamente.

Durante los últimos años de nuestra práctica, hemos ido ajustando el encuentro de co-diagnóstico a diferentes tipologías de casos y contextos de intervención profesional: mediación, asesoramiento relacional, asistencial, evaluación, control, clínico e informativo (Cardona-Cardona y Campos-Vidal, 2009). Hemos pasado de plantear el co-diagnóstico en un solo encuentro, a adaptarnos a la complejidad y al ritmo de la persona y la familia, flexibilizando y planteando el encuentro de co-diagnóstico en dos o más encuentros. Nuestra propuesta actual es que el co-diagnóstico, pueda transitar a lo largo de diferentes encuentros, los que la persona y la familia necesiten y los que profesionales y servicios puedan facilitar.

3. RESULTADOS

3.1. Criterios para la elaboración y la práctica del co-diagnóstico

a. Ampliar la escucha

a) 1. La escucha empática

La historia compartida sólo puede ser viable escuchando a las personas y a las familias. Se crea y se construye a través de las historias que nos cuentan. Si pretendemos escapar a la trampa de la fascinación y la atracción que genera el conocimiento y la comprensión de las dificultades por encima de las fortalezas (Sharry et al., 2012), debemos ampliar la escucha.

Damos por sentado la relación entre la escucha empática y una práctica adecuada del Trabajo Social (Campos y Cardona, 2017). Baron-Cohen (2012), comenta que “la empatía se produce cuando suspendemos nuestro enfoque de atención único centrado exclusivamente en nuestra mente y, en su lugar, adoptamos un enfoque de atención doble que también se centra en la mente del otro” (p. 27). Se trata de comprender la dimensión cognitiva y emocional de las personas con las que contactamos. Este proceso de contacto posibilita y fortalece la generación de confianza, activando procesos constructivos de alianza (terapéutica, de trabajo o de ayuda, como se prefiera). Ello nos permite contactar, escuchando la historia problemática de la persona o la familia, mediante un proceso de indagación que, en este caso, no será apreciativo: *¿cuándo, dónde, quién está implicado?, ¿qué te genera o qué sientes?* son las preguntas frecuentes, las palabras mágicas importadas desde lo que en ocasiones se ha denominado

“el modelo médico” que restringen la mirada del Trabajo Social relacional al ignorar las fortalezas de personas y familias (Winbolt, 2011).

La escucha empática no debe ser desdeñada y no es esta nuestra intención. Nos permite compartir el alcance y significado del malestar, el sufrimiento y el dolor. Hace posible que las personas puedan experimentar que son significativas e importantes para nosotros, que sus historias merecen ser escuchadas. Su dolor, reconocido y respetado. Sus intentos de soluciones previos, legítimos y valorados, aunque no hayan sido útiles. Creemos honestamente que las personas hacen todo lo que pueden para salir de su situación de malestar, incluso a pesar de que sus soluciones sean poco eficaces o generen todavía más sufrimiento. Se trata de una escucha en la cual el “qué pasa” y el “a quién le pasa” son centrales. En esa visión, al trabajador social o a la trabajadora social le importan las historias de las personas y las familias. Desgraciadamente, en demasiadas ocasiones los procesos de escucha empática se limitan a escuchar una única dimensión de las personas, la dimensión problemática que da un cierto sentido a la relación y a la conversación. El peso de conocer y comprender exclusivamente los problemas para desarrollar diagnósticos está muy presente. A pesar de ello, seguimos creyendo que una buena práctica profesional debe sustentarse sobre la escucha empática, aunque no en exclusividad (Castillo, 2016; Warner, 2013).

a) 2. La doble escucha

La práctica clásica de la escucha empática se interesa especialmente por aquellas situaciones en las que tiene sentido el ser contadas y compartidas porque transmiten y reflejan malestar psíquico, dolor físico y sufrimiento emocional y relacional. Sin embargo, habitualmente deja de lado las historias de éxito o, como indicaron White y Epston (1993) y White (2007, 2015, 2016), trabajadores sociales fundadores de la práctica narrativa, las historias que no encajan en la narración que las personas han construido para darse a sí mismos y dar a los demás una explicación o una justificación de lo que les está sucediendo.

La evidencia nos indica que las dificultades no suceden siempre. Hay momentos y situaciones en la vida de las personas y las familias que están pintadas con pinceles de éxito, de competencia y de capacidad. Momentos y situaciones en las cuales, personas y familias manejan las dificultades con mayor éxito, mostrando pericia en sortear las adversidades. Sin embargo, si en nuestra práctica del Trabajo Social sólo nos interesamos por lo que no funciona, por lo que falla, por los sentimientos negativos, las experiencias de derrota, la ausencia de expectativas de cambio o, si cometemos el error de contribuir a consolidar una identidad de fracaso mediante conversaciones

que sólo se centran en el fracaso, se hace muy difícil, por no decir imposible, conocer y compartir “las otras historias”.

Las “otras historias” son aquellas en las cuales se dan excepciones a momentos de dificultad o soluciones imaginativas ante viejas dificultades. Historias que explican sueños y deseos, esperanzas e ilusiones. Son las historias en las cuales las personas y las familias comparten cuáles son sus objetivos, lo que realmente es importante para ellos y que también implican a las personas más significativas. Son historias de competencia, de habilidad y de pericia. Historias de éxito que describen momentos en los cuales las personas van haciendo camino para conseguir sus sueños (Baldwin, 2013). Creemos firmemente que los/as trabajadores/as trabajamos con las personas, no sólo con sus problemas. La re-escritura de sus vidas, de sus historias vitales y de sus historias de resistencia, está íntimamente relacionada con la consideración de esas “otras historias”. Son las historias que nos permiten compartir y recuperar la idea de White y Epston (1993), de que la persona no es el problema; el problema es el problema. De ellos hablaremos más adelante en las conversaciones de externalización (White, 2002) Desde esta perspectiva, entendemos que el proceso de construcción de un co-diagnóstico relacional y colaborativo, debe tener necesariamente en consideración las fortalezas de las personas que en breve pasamos a considerar. Así, el rol del profesional o de la profesional debe ayudar a que las personas conecten con sus vidas preferidas, frente a la postura tradicional de evaluar las disfunciones o déficits (Moreno, 2014).

a) 3. La escucha constructiva

La escucha constructiva es aquella que se interesa por la agencia personal. El sentido de agencia es definido como la experiencia de control en la generación de una acción propia, es decir, el reconocimiento de uno mismo como su agente. Corresponde a un fenómeno cognitivo complejo que forma parte de la autoconsciencia básica (Pereira y Zúñiga, 2020). En situaciones de dificultad, vulnerabilidad y de vivencias potencialmente traumáticas, se observa un deterioro del sentido de agencia. Las personas pueden con facilidad considerar que no controlan el transcurso de los acontecimientos que están experimentando, pueden percibir una progresiva pérdida de control de la experiencia y un incremento negativo de la experiencia de autoeficacia. Es frecuente encontrar expectativas de éxito negativas del tipo “no lo conseguiré”, experiencia de un sistema atribucional (locus de control) negativo del tipo “no depende de mí, yo no puedo hacer nada” y expectativas de capacidad del tipo “no seré capaz”.

Consideramos que, a pesar de las dificultades, las personas y las familias siempre se enfrentan u ofrecen resistencia a la situación de dificultad, por lo

que interesarse y escuchar sus estrategias de afrontamiento permitirá, a todos los partícipes de la conversación, conocer cuáles han sido los resultados de las mismas. Ratner et al. (2012) ejemplifican la escucha constructiva con estas palabras:

Una pregunta como la siguiente aborda el problema (indirectamente) y dirige la curiosidad hacia las fortalezas y recursos del cliente: “Dado lo deprimido que se ha sentido los últimos días y lo difícil que es para usted usar el transporte público, ¿Cómo encontró los medios para cumplir su palabra y honrar esta cita?” (p.35)

La escucha constructiva no significa que los problemas de la persona cliente no sean reconocidos. Al contrario, las situaciones problemáticas se utilizan para redefinir el logro. Cuanto más grave es el problema o la dificultad, mayor es el logro de la persona o la familia para hacerle frente. La escucha constructiva nos dirige a “la historia que hay detrás de la historia”, ya que, para cada descripción de situaciones de dificultad, hay una historia de lucha, de perseverancia y de afrontamiento.

La práctica centrada en soluciones (Selekmán, 1996, 2010; de Shazer, 1992, 1999; Berg, 1994; Lipchik, 2004; Beyebach, 2006; Bannink, 2010, 2014, 2015; Ratner et al., 2012; Metcalf, 2020) ha desarrollado un conjunto de estrategias de conversación que facilitan reforzar el sentido de agencia: son las denominadas preguntas de afrontamiento y preguntas de resultado que invitan a las personas a conocer e identificar fortalezas, competencias y posibilidades. Bannink (2014, 2015) nos muestra el diseño de posibles preguntas de afrontamiento que ilustran el uso de un oído constructivo: “¿Cómo te las arreglas para ...?”; “¿Cómo supiste que eras capaz?”; “¿Cómo crees que hiciste eso?”; “¿Cómo has abordado el problema hasta ahora y qué ha ayudado?”; “¿Cómo encontraste el coraje para ...?”; “¿Qué te dio la fuerza para...?”; “¿Cómo llegaste a hacer eso?”; “¿Dónde encuentras el coraje para cambiar cuando quieres?”; “(Nombre)... Por favor, respóndeme a esto: Cómo has conseguido (mantener, aguantar, superar) después de... pasar por... perder, ...convertirte en ..., no sólo (usar un éxito o un logro) sino que además... (el mejor éxito o logro)”.

b) Enfocar las fortalezas

El Trabajo Social ha construido gran parte de su teoría y práctica en torno a la suposición de que las personas se convierten en nuestros clientes porque tienen déficits, problemas, carencia de medios, patologías y enfermedades o se encuentran en los márgenes. Esta orientación salta desde un pasado ya remoto en el que una visión particular de los pobres, los despreciados, los locos y los desviados cautivó al colectivo profesional (Campos y Cardona,

2018). El enfoque basado en las fortalezas tiene claras raíces en el Trabajo Social. Dennis Saleebey, profesor de Trabajo Social de la Universidad de Kansas (Estados Unidos), describió este enfoque con gran detalle como una alternativa al modelo basado en el déficit que era y sigue siendo, predominante en nuestra práctica.

La perspectiva de las fortalezas supone un cambio radical en la práctica convencional del Trabajo Social. Practicar desde una orientación de fortalezas significa ayudar a descubrir y embellecer, explorar y explotar las fortalezas y recursos de los clientes con la intención de ayudarles a alcanzar sus objetivos, realizar sus sueños y alcanzar su vida preferida (Saleebey, 1996).

Muchos de nosotros creemos (o hemos creído alguna vez) que nos basamos en las fortalezas de los clientes. Sinceramente, creemos que esta creencia se trata de una simple declaración de intenciones. Practicar desde una perspectiva de fortalezas requiere que cambiemos la forma en que pensamos, y nos relacionamos con las personas. En lugar de centrarse exclusiva o predominantemente en los problemas, la mirada se dirige a las posibilidades. En la espesura del trauma, el dolor y los problemas, se buscan brotes de esperanza y transformación. Para Saleebey (2000), la fórmula es sencilla: se trata de reunir los intereses, las capacidades, las motivaciones, los recursos y las emociones de las personas y familias en el trabajo de alcanzar sus esperanzas y sueños, ayudándoles a encontrar caminos hacia esos objetivos.

b) 1. Perspectiva de las fortalezas: supuestos básicos sobre las personas y sus recursos

Los trabajos de Saleebey (1992, 1996, 2000) y los desarrollos posteriores de Glicklen (2004, 2006) consolidan la idea de que, desde la perspectiva de las fortalezas, todas las personas y comunidades desarrollan habilidades, competencias y recursos relacionales que no están siendo usados, están subutilizados o, simplemente, han sido olvidados. En los procesos de construcción del cambio, las habilidades, competencias y recursos personales, familiares o colectivos, pueden ser usados en beneficio de personas, familias y comunidades. Se contempla que todas las personas son capaces de continuar creciendo y aprendiendo y todas las personas tienen sueños. Así mismo, en situaciones de estrés, es muy frecuente observar que las personas desarrollan ideas y estrategias de afrontamiento que son útiles para alcanzar sus objetivos de cambio. La evidencia de las investigaciones sobre los mecanismos de resiliencia (Becoña-Iglesias, 2006; Fernandes-de Araújo y Bermúdez, 2015) demuestran, incluso que en los entornos más duros hay una gran cantidad de recursos naturales disponibles (personas, familias, asociaciones e instituciones). Y aunque los

individuos hayan estado durante años bajo circunstancias adversas, casi siempre saben lo que es correcto para ellos. Para Saleebey, (2000), la curación, la transformación, la recuperación y la resolución de problemas casi siempre se produce en el marco de una relación personal, significativa, amistosa, solidaria y dialogante.

Este conjunto de ideas orienta también la acción de los/as trabajadores/as sociales. Las personas no compartirán con nosotros sus fortalezas si no nos interesamos por ellas. Sólo hay que buscarlas, es así de simple. Con una práctica apreciativa y con curiosidad genuina, podemos descubrir cuáles son esos recursos y qué potencial tienen para revertir y contrarrestar las dificultades. En el marco del proceso de construcción del co-diagnóstico, sólo podremos conocer las fortalezas si nos interesamos por las narraciones e historias (la doble escucha) que las personas comparten con nosotros, respetando la significación que dan a sus experiencias.

Por tanto, parece evidente que no podemos conocer las fortalezas en una conversación centrada sólo en problemas (Greene y Lee, 2011). Las personas podrán compartir sus fortalezas cuando nosotros asumamos que ellos son competentes, que son conocedores, que tienen experiencias que son valiosas, que tienen esperanzas y sueños, intereses y expectativas, habilidades y competencias prácticas. Están ahí, simplemente hay que interesarse y preguntar por ellas.

La perspectiva de las fortalezas se sustenta en la existencia de un foco de esperanza que posibilita una proyección al futuro. Para nosotros, la esperanza es relacional y se hace realidad mediante el desarrollo y la nutrición de las relaciones de nuestra red personal y comunitaria: la familia, los amigos, el vecindario y la comunidad cultural a la que pertenecemos. Entendemos que ver y enfocar a las personas desde las fortalezas, representa una mirada que se aleja del enfoque de daño (lo que no funciona) y se acerca al enfoque de desafío. Coincidimos con Furman (2017) al ver a las personas como sujetos activos que aprenden habilidades y desarrollan competencias. En situaciones marcadas por experiencias potencialmente traumáticas, en las cuales hay sufrimiento y probablemente habrá cicatrices, la perspectiva de las fortalezas invita a las personas y las familias recuperar y desarrollar capacidades para enfrentarse a los desafíos de la recuperación. Como señala Bannink (2014), la creencia en la recuperación basada en las fortalezas y la esperanza, genera recuperación.

b) 2. Indagación sobre fortalezas

Hoy en día se han desarrollado múltiples opciones para iniciar una conversación centrada en las fortalezas. Nos inclinamos a desarrollar conversaciones

sobre las fortalezas entendiéndolas como prácticas, es decir, como aquellas cosas que las personas hacen intencionalmente en sus vidas, y no como aquellas cosas que las caracterizan. Por ello, entendemos a las fortalezas como prácticas intencionales que están avaladas por creencias, valores y esperanzas. Si en las conversaciones conseguimos conectar, compartir y hacer evidente las fortalezas y los valores que las sustentan, sin duda las personas pueden tener más oportunidades de incrementarlas, fortalecerlas o usarlas en sus procesos de cambio.

Por razones de espacio, limitaremos los ejemplos a las opciones originales de Saleebey (1996). Este sugiere cinco tipos de preguntas para que los/as trabajadores/as sociales puedan indagar las fortalezas de sus clientes (Tabla 2): preguntas de posibilidad, estima, supervivencia, apoyo, excepción.

Tabla 2. Preguntas para la indagación de fortalezas.

1. Posibilidad	¿Qué quieres de la vida, para ti y para tus hijos? ¿Cuáles son sus esperanzas, visiones y aspiraciones? ¿En qué punto te encuentras para alcanzarlas? ¿Qué personas o cualidades personales te ayudan a avanzar en esa dirección? ¿Qué te gusta hacer? ¿Cuáles son tus talentos y habilidades especiales? ¿Qué fantasías y sueños te han dado especial esperanza y orientación? ¿Cómo puedo ayudarte a conseguir tus objetivos o a recuperar esas habilidades y momentos especiales que has tenido en el pasado?
2. Estima	Cuando la gente habla bien de ti, ¿qué es lo que suelen decir? ¿Qué hay en tu vida, en ti mismo y en tus logros que te da verdadero orgullo? ¿Cómo sabrás que las cosas van bien en tu vida? ¿Qué harás, con quién estarás? ¿Cómo te sentirás, pensarás y actuarás? ¿Qué es lo que te da verdadero placer en la vida? ¿Cuándo empezaste a creer que podrías lograr algunas de las cosas que querías en la vida? ¿Qué personas, sucesos e ideas estuvieron involucrados
3. Supervivencia	¿Cómo ha conseguido sobrevivir (o prosperar) hasta ahora, teniendo en cuenta los retos a los que ha tenido que enfrentarse? ¿Cómo ha sido capaz de superar los retos que se le han planteado? ¿Cuál ha sido tu mentalidad al enfrentarte a estas dificultades? ¿Qué has aprendido de ti mismo y de tu mundo durante los momentos más difíciles? ¿Cuáles de estas dificultades te han dado una fuerza, una visión o una habilidad especiales? ¿Cuáles son las cualidades especiales en las que puedes confiar?
4. Apoyo	¿Qué personas te han dado una comprensión, un apoyo y una orientación especiales? ¿Quiénes son las personas especiales de las que puedes depender? ¿Qué es lo que estas personas le dan de excepcional? ¿Cómo las encontraste o cómo llegaron a ti? ¿A qué han respondido en ti? ¿Qué asociaciones, organizaciones o grupos le han sido especialmente útiles en el pasado?

5. Excepción	Cuando las cosas iban bien en la vida, ¿qué era diferente? En el pasado, cuando sentías que tu vida era mejor, más interesante o estable, ¿qué había en tu mundo, tus relaciones, tu forma de pensar era especial o diferente? ¿Qué partes de tu mundo y de tu ser te gustaría recuperar, reinventar o revivir? ¿Qué momentos o incidentes de tu vida te han aportado una comprensión especial, resistencia y orientación?
--------------	--

Fuente: elaboración propia, a partir de Saleebey (1992).

Queremos destacar el arsenal de recursos conversacionales que ha desarrollado la práctica centrada en soluciones y la práctica narrativa, ambas creadas por trabajadores y trabajadoras sociales, permite identificar las conexiones con la perspectiva de las fortalezas, y asociarla con una coherencia epistemológica bajo el paraguas del Post-estructuralismo.

c) Usar la externalización

La externalización es un proceso y una propuesta relacional en el marco de una conversación por la cual, una dificultad, problema, atributo o cualidad negativa es separada de la persona y es dotada de una identidad propia. Hace posible dos aspectos que en la práctica del Trabajo Social devienen centrales. En primer lugar, permite deslindar a la persona del problema, evitando los procesos de identificación de la identidad de la persona con la identidad de la dificultad. Es muy diferente conversar con una persona que se define como alcohólica, en la cual se ha fusionado la identidad del sujeto con la propia dificultad, que conversar con una persona que tiene una relación problemática con el consumo de alcohol. Este deslinde hace posible aliarse con la persona y no aliarse con el problema. Es más, hace posible una segunda singularidad: externalizando el problema (el consumo de alcohol), separando a la persona de la dificultad mediante el uso del lenguaje, podemos desarrollar una alianza con la persona que se transforme en una coalición «en contra del problema», o de un aspecto concreto de la vida de la persona (Beyebach y Rodríguez, 1994).

Carey y Russell (2004) señalan que

La práctica de la externalización es una alternativa a la internalización. La externalización sitúa los problemas no dentro de cada individuo, sino como producto de la cultura y la historia. Los problemas se entienden como algo que ha sido creado socialmente a lo largo del tiempo (p. 2)

Se trata de la estrategia relacional que permite a las personas experimentar que ellas y sus problemas, no son lo mismo. De ahí la idea de que “La persona no es el problema. El problema es el problema”.

De la misma forma que es posible externalizar dificultades y problemas, también es posible conversar sobre las fortalezas de forma externalizada. Así, una cualidad, un sueño o una habilidad adquiere entidad propia y puede ser objeto de atención, presencia y cuidado por parte de la persona. La fortaleza externalizada se convierte en una aliada de la persona. Por ejemplo, “*Por lo que comentas, parece que la sensibilidad te acompaña en este proceso de cambio. ¿Cómo te das cuenta de que la sensibilidad te permite apreciar mejor las necesidades de ... (tus hijos, tu pareja, tu amiga, etc.)? ¿Cómo crees que la sensibilidad que te acompaña cada día hace mejor tu relación con ... (tus hijos, tu pareja, tu amiga, etc.)?*” Podíamos formular numerosas preguntas sobre los efectos saludables o positivos que esta cualidad tiene en la persona.

La externalización usa el lenguaje para hacer posible este proceso de separación cognitiva y relacional entre la persona y el problema. Su desarrollo utiliza un arsenal de preguntas, que sin haber sido estandarizadas (Cardona-Cardona y Campos-Vidal, 2022), pueden usarse en numerosos contextos y situaciones de dificultad o cambio. Beyebach y Rodríguez (1994) indican que la externalización, cuyo desarrollo no podemos desplegar por razones de espacio, puede ser usado en situaciones en las cuales sea posible incrementar la responsabilidad y el sentido de agencia de la persona, evitando la culpabilización. Por ejemplo, en situaciones en las cuales las personas tienen sentimientos y pensamiento paralizantes relacionados con la culpa que está relacionada al problema. En situaciones en las cuales los conflictos familiares son el eje de las dificultades, en donde la externalización hace posible crear espacios de colaboración entre los miembros de la familia o la pareja para afrontar el conflicto (Cardona-Cardona y Campos-Vidal, 2022). Situaciones en las cuales las personas están inundadas e identificadas con las etiquetas diagnósticas que confieren identidades deterioradas. Situaciones en las cuales se ponen en cuestión las creencias lesivas o destructivas que argumentan las personas, sin amenazar la alianza en la medida de que no son atacados (McTighe, 2018).

Se trata entonces de hacer posible la construcción de historias que permitan a las personas y las familias generar oportunidades de futuro, con conocimiento de cómo afecta el problema externalizado a sus vidas y de qué manera ellos han generado opciones de resistencia y superación (Carey y Russell, 2004). Así, el desarrollo de un co-diagnóstico relacional y colaborativo como el que

se propone a continuación en sus pasos 2 y 3, requiere del uso de estrategias conversacionales y de externalización, tanto de los aspectos positivos evidenciados en la conversación sobre las fortalezas y en la escucha ampliada, como en relación con las áreas de dificultad que se han hecho también evidentes.

4. DISCUSIÓN

La construcción del co-diagnóstico a partir de tres pasos es una propuesta elaborada y reconsiderada por las personas autoras, fundamentada en la teoría y transformada en una aplicación práctica. A modo de resumen, el primer paso, «ordenar y sistematizar el conocimiento», se basa en un proceso de exploración conversacional de las distintas o posibles áreas de dificultad relacionadas y afectadas con la situación definida como problemática, mediante un proceso de la indagación colaborativa. Una indagación que mantiene a las personas centradas en su proceso de exploración y respetando su propia sabiduría acerca de qué aspectos serán importantes y útiles (Erskine et al., 2017).

Para el segundo paso, es necesario un espacio íntimo donde el/la profesional, basándose en los encuentros iniciales de indagación, elabore una propuesta de historia compartida, que será posteriormente contrastada, con el fin de organizar la información co-construida en el paso 1. Este paso es esencial para que tenga sentido el paso 3, que implica compartir los hallazgos.

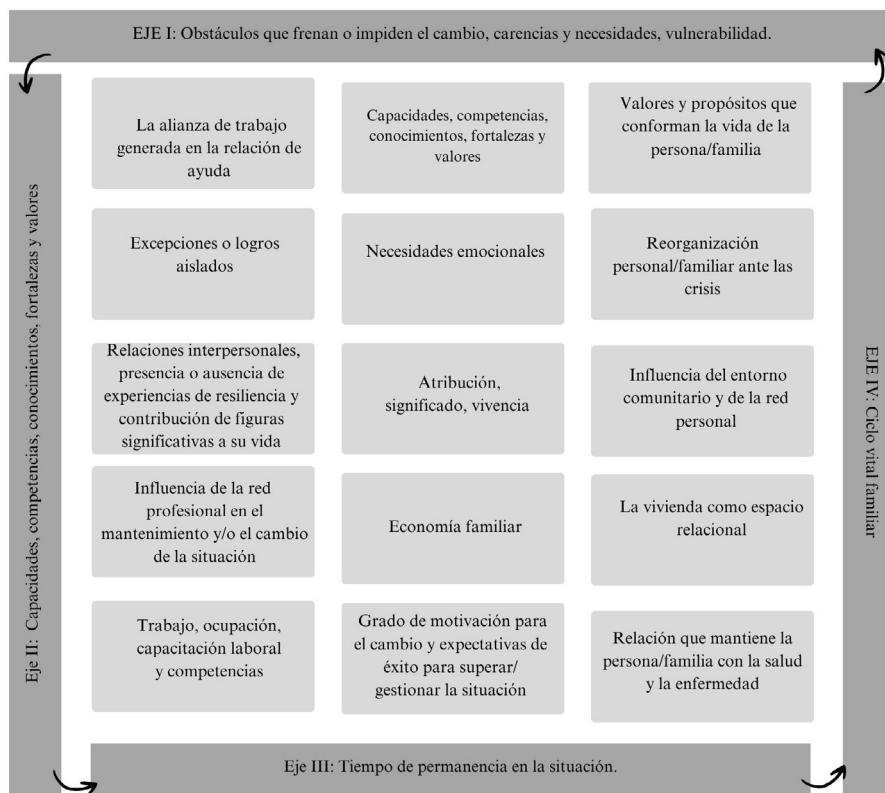
El tercer paso ha de posibilitar la trasmisión y el enriquecimiento de la historia compartida, y la generación de escenarios de futuro en los cuales las personas se convierten en los actores protagonistas del proceso de cambio.

4.1. La construcción del co-diagnóstico

a) Paso 1 del co-diagnóstico. Ordenar y sistematizar el conocimiento co-construido

Desde nuestra experiencia práctica de Trabajo Social Relacional Colaborativo (a partir de ahora, TSRC), el momento de co-diagnóstico se encuentra en la mitad del proceso metodológico y de ayuda. El primer paso se denominó *Ordenar y sistematizar el conocimiento y los micro saberes construidos a lo largo de las conversaciones colaborativas* mantenidas en los encuentros de indagación (Cardona-Cardona et al., 2017).

Figura 1. Ordenar y sistematizar el conocimiento co-construido en encuentros previos de indagación colaborativa-apreciativa.



Fuente: Cardona-Cardona et al. (2017).

Recordamos que, para ubicarnos en este paso, ha sido necesario previamente haber transitado por varios encuentros de indagación colaborativa y apreciativa, cuyo objetivo ha sido comprender las diferentes áreas relacionadas con el problema, así como recuperar, ampliar y potenciar los apoyos, las fortalezas, habilidades, sueños y competencias de las personas y familias. Para orientar a las personas lectoras, presentamos un resumen (Figura 1) de las diferentes conversaciones/áreas que fueron ampliamente descritas en el trabajo referenciado (Cardona et al., 2017).

La Tabla 3 proporciona una visión global del proceso de co-diagnóstico (Campos-Vidal y Cardona-Cardona, 2019). Hay tres constantes que debemos tener en cuenta en todo el proceso: una mirada externalizadora, focalizar

las fortalezas y habilidades de las personas y mantener activa una escucha ampliada.

Tabla 3. Esquema del proceso de construcción del co-diagnóstico.

1) ORDENAR Y SISTEMATIZAR EL CONOCIMIENTO CO-CONSTRUIDO (Intervención indirecta)	Escucha ampliada
1.1. Identificación de las áreas influidas por el problema	
1.2. Identificación de las áreas de fortaleza y competencias * Para cada área, conocer lo que se desea mantener, mejorar/ ampliar y cambiar	
2) CONSTRUIR UNA HISTORIA COMPARTIDA (Intervención indirecta)	Fortalezas
3. ENCUENTRO DE CO-DIAGNÓSTICO (Intervención directa con la persona o familia)	
3.1. Momento social	
3.2. Momento de desarrollo: transmitir la historia ajustándola y enriqueciéndola con la persona/familia para que pueda ser una historia compartida.	Externalización
3.3. Momento de desarrollo: co-construir el futuro posible y deseado	
a) <i>Qué aspectos desea mantener, mejorar y cambiar</i> b) <i>Definir metas y objetivos de los aspectos que se desea mantener, mejorar y cambiar</i> c) <i>Qué ayudará a cambiar: fortalezas y apoyos existentes o potenciales</i> d) <i>Obstáculos personales, relacionales y socioculturales que dificultan el cambio</i>	
3.4. Momento final	

Fuente: Campos-Vidal y Cardona-Cardona (2019).

b) Paso 2 del co-diagnóstico. Construir una historia compartida

Para construir una historia compartida referida a una persona o familia, deberemos sistematizar las conversaciones mantenidas en los encuentros anteriores (Cardona-Cardona-Cardona, 2012; Campos-Vidal y Cardona-Cardona, 2019). Lo haremos desde una posición de no saber, alejados del saber experto y cerca de una mirada apreciativa hacia la persona o la familia (Madsen y Gillespie, 2014).

No hay una receta mejor que otra para preparar la historia compartida, siempre que los principios del TSRC estén presentes. Algunas profesionales del Trabajo Social prefieren construir “una lista de la compra” donde siempre están presentes las palabras utilizadas por la persona o la familia y, además, los ingredientes que valoran necesario ir relatando de la lista. Otras prefieren tejer un relato que después de ajustar con la persona, ésta pueda llevarse a casa; otras prefieren construirlo en el descanso de la sesión y mandarlo por correo después de haberlo compartirlo con la persona o la familia en el encuentro de co-diagnóstico.

En nuestra práctica, solemos utilizar durante todo el proceso de ayuda una pizarra de papel (rotafolio), donde apuntamos sus propias palabras, añadiendo dibujos si la conversación nos lleva a ello. Estos “papeles” resultan ser muy útiles para ambos, ya que en el transcurso del proceso nos facilita ordenar la conversación, hacer pequeños resúmenes, clarificar y construir recapitulaciones al final de cada encuentro. Estos apoyos documentales, suelen ser una fuente de inspiración porque nos muestran, a través de sus palabras, los contenidos compartidos.

En todos los casos, comporta realizar lo que en Trabajo Social se denomina una “intervención indirecta”, es decir, dedicar un tiempo para pensar y construir, en este caso tejer un relato para que la historia pueda ser experimentada por la persona como una historia compartida.

Esta historia, resultado de hilvanar los diferentes encuentros, no es el resultado de una valoración unidireccional, construida desde el saber experto, con palabras predeterminadas que etiquetan y encasillan relaciones. La historia compartida está co-construida bajo el paraguas de un profundo respeto, identificando los saberes de la persona, sus saberes sobre el problema y sus fortalezas. Desde esta práctica colaborativa, el relato será transmitido en el encuentro de co-diagnóstico en forma de historia compartida.

Tejer una historia compartida es semejante a construir una recapitulación. En nuestra práctica de TSRC, cuando llegamos al final de cada encuentro, transmitimos un mensaje de recapitulación que, acto seguido, ajustamos con la persona o la familia. La trabajadora social comparte sus impresiones sobre el contenido de cada encuentro y la persona o la familia matiza, añade y ajusta. Ambos comparten y ajustan, y la acción de ajustar se convierte en una práctica colaborativa que facilita que la historia que estamos hilvanando sesión tras sesión, sea fruto de una valoración compartida.

Lipchik (2004) ya planteaba que el mensaje de recapitulación tiene la cualidad de proporcionar alivio emocional. En nuestra práctica, hemos podido comprobar que escuchar la historia compartida, genera alivio emocional

porque la persona tiene la experiencia de sentirse escuchada, reconocida, respetada y abrazada en sus propias palabras.

Pasamos a compartir, una lista de posibles ingredientes para tejer la historia compartida. Dependerá de cada caso potenciar, reducir o descartar cada uno de los ingredientes:

- Empezar con un breve comentario sobre cómo se inició la relación de ayuda.
- La narración debe incorporar sus palabras. Deben estar presentes las palabras que los miembros de la familia han utilizado para referirse a los obstáculos/retos por un lado y a sus apoyos/ fortalezas por otro. Esta práctica pone en valor la voz de la persona, transmite cercanía y sobre todo un profundo respeto al compartir su historia con su lenguaje. Esta micro-práctica colaborativa es un ingrediente indispensable para que la persona reconozca la narrativa que transmitimos, como su historia compartida.
- Dedicamos un espacio de la historia a compartir un balance sobre los retos, obstáculos, dificultades, carencias o puntos débiles. Continuamos utilizando sus palabras al identificar las áreas de su vida que se ven afectadas por ello. No obstante, ponemos en valor y hacemos visible todos aquellos aspectos que han quedado preservados a pesar de la influencia del problema (White, 2016) No nos olvidamos de destacar las cosas que la persona ha puesto de su parte para que la situación no desbordara reconociendo su competencia (de Shazer ,1992).
- En este balance, nombramos los temas que juntos hemos identificado que son principales y aquellos que son secundarios. Aquellos que inicialmente manifestó querer mantener, mejorar o ampliar y cambiar.
- La evolución de su grado de esperanza a lo largo de los encuentros realizados.
- Como hemos explicado en este artículo, el mayor reto para construir esta historia compartida es identificar los problemas, las dificultades, las habilidades y fortalezas, de forma externalizada. No como características internas de la persona, sino como la relación que mantiene la persona con ellas y la relación que mantienen cada una de ellas con la persona.
- Con admiración apreciativa, ponemos en valor sus capacidades, competencias, fortalezas, valores y potencialidades, manifestando nuestra satisfacción en que formen parte de su vida.
- En esta línea, identificamos aquellas personas significativas que, en el pasado o ahora, forman parte de su red e influyen positivamente en

su vida. En estos casos, solemos utilizar una narrativa basada en una concepción recíproca de la relación (White, 2002). Al tejer la historia, nombramos el apoyo que representan estas personas para la vida del cliente, no obstante, también incorporamos lo que el cliente aporta a la vida de estas personas, logrando que sus vidas sean más ricas en alguna medida. La identidad de la persona no queda restringida a “soy una persona que necesita ayuda”, sino que se amplía a una “también soy una persona que ayuda”.

- Damos un espacio para nombrar lo que la práctica centrada en soluciones se denominan “excepciones”, aquellos momentos de inflexión en su historia con el problema. Son momentos en los que la persona pudo dominar, desbancar o aparcarse el problema, a pesar de que las condiciones seguían siendo propicias para que el problema siguiera estando en su vida. En este caso, la narrativa que transmitimos a la persona siempre pone en valor el mérito de su logro por pequeño que sea, estamos hablando de atribuir competencia y agencia personal mediante el relato.
- Al hilo de lo conversado en los encuentros anteriores, valoramos si la persona se encuentra atrapada en narrativas dominantes, actualmente aún aceptadas, por la sociedad como “verdades” (las buenas madres deben sacrificarse, las personas mayores ya no tienen sueños) y como consecuencia, la persona lo experimenta como un obstáculo a superar para seguir avanzando. Ante estas situaciones, ponemos en valor su intención, sus deseos y sus esfuerzos para continuar avanzando a pesar de estar “atrapada circunstancialmente” en una idea.
- Hacer uso de metáforas puede ser un buen recurso si conectan con su cultura y sus valores. Por supuesto, utilizar las metáforas que hayan sido sugeridas o aceptadas por la persona, denota respeto hacia sus palabras y que sus sugerencias son tenidas en cuenta. Lo mismo ocurre cuando incorporamos resúmenes y reformulaciones que han sido consensuados en encuentros anteriores.
- En aquellos casos que debamos tejer una historia compartida para una familia y sus miembros, será útil construir puentes de unión (Lipchik, 2004), identificando en primer lugar lo que los une (en ocasiones sólo será la impotencia, la tristeza...), y posteriormente, las diferencias entre ellos, siempre utilizando un punto de unión: *A mamá le gustaría que Daniel curse sus estudios cerca de casa y a papá le gustaría que acudiera a un colegio de otra localidad. Ambos desean lo mejor para Daniel.*

- En estos casos, introduciremos el significado que cada miembro de la familia le da a la situación que está atravesando y, sobre todo, identificar qué dice de cada uno de ellos, como persona, como padres, como hijos, cómo lo están afrontando a pesar de lo complejo de la situación (White, 2002)
- Si es oportuno para el caso en concreto, podemos dedicar un espacio de la narrativa a identificar los diferentes significados que los miembros de la familia han atribuido al problema a lo largo del tiempo. En el pasado: qué ha significado el problema o parte del problema para la persona; a qué atribuyó lo sucedido; qué significó para las personas de su entorno más cercano. En el presente: destacamos por pequeño que sea, cualquier acción donde la persona deja de atribuirse culpa o bien deja de normalizar conductas violentas u otro tipo de conductas no saludables o de no respeto. En el futuro: destacamos sus deseos de cómo en el futuro le gustaría vivir la situación. Tenemos en cuenta el contexto social: qué significa socialmente, en su comunidad y en su cultura el problema en concreto y la superación de este.

En resumen, construir una historia compartida se concreta en, tejer un mensaje hilvanado sobre los contenidos conversados y co-construidos en los encuentros de indagación colaborativa-apreciativa para posteriormente, compartir dicha historia con la persona para que pueda ser ampliada, consensuada y validada por el sistema de ayuda. La finalidad es que la historia acabe siendo una historia compartida, un co-diagnóstico.

c) Paso 3 del co-diagnóstico. El encuentro de co-diagnóstico: compartir, ajustar y co-construir

El encuentro de co-diagnóstico no es un encuentro más donde seguimos indagando y conversando con la persona, es más bien un encuentro previamente acordado con la persona. En el encuentro anterior al encuentro de co-diagnóstico, invitamos a la familia a un próximo encuentro para compartir impresiones y reflexionar juntos sobre lo acontecido hasta el momento: identificar la situación que atraviesan, la influencia del problema y también la influencia de los apoyos y las fortalezas re-descubiertas en los encuentros anteriores, aquellas que también forman parte de sus vidas a pesar de la existencia del problema. Acordar previamente este encuentro con la persona genera expectación y curiosidad, una apertura a la escucha necesaria para este tipo de encuentro.

Para una mayor organización, presentamos la sesión de co-diagnóstico estructurada en tres momentos: momento social, momento de desarrollo

y momento final. Sin embargo, como ya manifestamos con anterioridad, en muchos casos llegar a un co-diagnóstico requerirá de varios encuentros (Cardona-Cardona, 2012).

Paso 3.1. Momento social del encuentro de co-diagnóstico

Como es habitual en cada encuentro, realizaremos acciones de acogida, un breve resumen del encuentro anterior, recordando el objetivo que juntos acordamos para el encuentro de hoy. Mediante una pregunta de escala, nos interesamos por conocer su grado de esperanza antes de empezar el encuentro. Damos una explicación sobre cómo vamos a proceder, siempre contando con su aprobación. Así mismo, nos interesaremos por conocer los cambios acontecidos desde el último encuentro.

Paso 3.2. Primer momento de desarrollo: transmitir y enriquecer la historia compartida

El relato construido en el paso 2, será transmitido por la trabajadora social y ajustado con la persona. Tejer la historia desde los conocimientos co-construidos, junto a compartir y ajustar, es una acción práctica que marca una diferencia en otros tipos de “co-diagnósticos”. En este hacer, está la esencia de una práctica colaborativa y apreciativa. La voz de la persona es la que finalmente hará posible que la historia sea compartida. Alejarse de esta práctica puede llevarnos a un relato unidireccional del o de la profesional del Trabajo Social. Los peligros de un relato unidireccional son generar resistencia, dependencia y la dominación que genera un relato amablemente impuesto, donde la evaluación, el plan de trabajo y el proyecto no recogen la voz de las personas que lo deberán llevar a cabo, en pro de una voz experta.

Cómo transmitir la historia:

- El tono debe ser cálido y afectivo, el mismo que hemos mantenido en encuentros anteriores
- Mantenemos la intención de transmitir afecto y respeto hacia su persona y su cultura.
- La mirada hacia la persona debe transmitir cercanía y reconocimiento.
- Las etiquetas y juicios de valor están ausentes.
- Desde la consciencia de que mediante la transmisión de la historia facilitamos que la persona pueda escuchar su mejor historia, aquella que habla de su historia de resistencia, de los sueños a los que ha dado de nuevo voz, de sus valores, aquellos que ha redescubierto y le alientan a continuar sorteando las piedras del camino.

- Sin aconsejar y sin sermonear. Facilitando, acompañando a su ritmo.
- Con humildad, priorizando sus palabras sobre las nuestras.
- Con ausencia de lenguaje “yo”. La protagonista de la historia es la persona, no la profesional que la transmite. Podemos cambiar expresiones como “*Me alegro de que mis propuestas te hicieran reflexionar*”, “*Me alegro de que te hayas abierto a mí*” ... por expresiones más apreciativas como “*Me alegro de que te tomaras un tiempo para reflexionar las propuestas que surgieron en este espacio, esto dice mucho de ti, de cómo estás avanzando, según tus palabras, de cómo estás invirtiendo en ti misma*”. “*Me alegro de tu apertura, de que, como tú dices, te hayas dado el gusto de decir lo que pensabas y hayas podido escuchar tu voz*”, o “*Para mí, es un privilegio poder acompañarte*».
- En esta historia las personas deben quedar reconocidas y legitimadas, otorgando valor a su persona y cultura, sus sueños, sus valores y sus fortalezas. Lo que transmitimos, debe ser creíble, debe ser expresado desde nuestro adentro hacia afuera.
- El o la profesional que narra transmite, y no necesariamente de forma verbal, el privilegio que experimenta al compartir con esta persona en concreto, un espacio de posibilidades como este que se ha generado.

Justo después de transmitir la historia, debemos introducir una micro-práctica colaborativa que denominamos “ajustar”, devolviendo la voz a la persona y animándola a introducir sus matices. Esta práctica, no solo enriquece la historia, sino que la hace compartida.

Al ajustar, situamos a la persona como experta que colabora activamente desde el inicio, en el diseño de su vida. Le transmitimos que sus matizaciones o divergencias son importantes para nosotras, especialmente para encauzar el proceso de ayuda en la dirección que ella desea y necesita.

En este “ajustar con el otro”, la trabajadora social realiza un moviendo de apertura desde adentro hacia afuera, es decir, flexibiliza su mirada e incluye la del otro. Así, vamos conformando el espacio colaborativo que facilita construir historias compartidas.

Paso 3.3. Segundo momento de desarrollo: co-construir el futuro

Centrado en co-construir el futuro posible y deseado, hacia donde transitará la relación de ayuda y la dirección hacia el cambio (Campos-Vidal y Cardona-Cardona, 2019).

Juntos hemos co-construido una historia compartida, un co-diagnóstico. A continuación, preguntamos a la persona si quiere continuar trabajando para

mejorar la situación reflejada en la historia compartida. Si acepta abrir una puerta hacia su futuro, le propondremos dedicar un tiempo para concretar la dirección del cambio que debe tomar la relación de ayuda para que le sea útil, y aquí se inicia este segundo momento de co-construir el futuro.

Invitamos a la persona a conversar y concretar el futuro a partir de tres tablas conversacionales: mantener, mejorar y cambiar; identificar metas y objetivos; identificar obstáculos y apoyos. Las tres tablas están íntimamente relacionadas y pueden abrir conversaciones de forma simultánea (Campos-Vidal y Cardona-Cardona, 2019).

Nuestra práctica nos ha demostrado que las tablas conversacionales (Tabla 4), deben ser visibles para la persona.

Disponer de una pizarra o de folios grandes puede resultar muy útil porque facilita que la persona vaya ordenando visualmente su mapa actual y de futuro. En pequeños momentos de silencio, cuando la persona contempla su mapa, el/la trabajador/a social puede aprovechar para atribuir control y competencia. Podemos aprovechar el espacio para preguntar qué han puesto las personas de su parte para que en su mapa se mantengan espacios libres de la influencia del problema, territorios de esperanza habitados por sus valores. Las personas podrán escuchar su respuesta y poner en valor el mérito de sus logros.

Las tablas conversacionales no pretenden servir para rellenar casillas, sino para mantener una conversación que facilite identificar deseos, metas y objetivos, obstáculos y apoyos. Entendemos que son recursos colaborativos que nos facilitan concretar con sus palabras la dirección por donde debe transitar la relación de ayuda. Así como concretar un acuerdo y un plan de trabajo.

Son recursos que facilitan a la persona identificar su vida preferida a través de concretar objetivos y metas. Hace posible que la relación de ayuda sea clara, priorizando los objetivos: ¿qué objetivo necesita empezar a trabajar? En este contexto, “ayudar a las personas a contestar” es una mala práctica a pesar de las mejores intenciones.

Dicho esto, la trabajadora social invita a la persona a contemplar la tabla: *¿qué dice esto de ti?, ¿crees que estamos en presencia de tu mapa de futuro deseado?, ¿qué significa para ti ver escrito tu camino hacia tu futuro deseado?*

En este punto, necesitamos dar otro paso más, identificando con la persona metas y objetivos. Hemos comprobado que es necesario conocer y compartir qué cosas referidas a las “mejoras y los cambios” quiere y/o necesita que trabajemos juntas: *¿en qué temas concretos necesitas que te sigamos acompañando?, ¿qué cosas de las que has descrito en las columnas de “mantener, mejorar y cambiar” quieres que trabajemos juntas (desde este servicio)?*

A pesar de que esta cuestión parece obvia, la experiencia nos dice que no plantear estas cuestiones, es dar por sentado que, en este momento, la persona está en disposición para iniciar un proceso de cambio en todas las cuestiones identificadas en las filas de “*mantener, mejorar y cambiar*” y esto no siempre es así. Por otro lado, el/la profesional debe tener la competencia y posibilidad de trabajar directamente con dichos temas o bien tener la posibilidad de establecer puentes con otros servicios. Así pues, es necesaria una petición explícita y clara por parte de la persona y una disposición real por parte del centro y el equipo profesional.

Tabla 4. Tablas conversacionales.

4.I. MANTENER, MEJORAR Y CAMBIAR		
1. Mantener	2. Mejorar	3. Cambiar
<ul style="list-style-type: none"> • Aquello que la persona o familia desea que siga formando parte de su vida. • Aquello que es bueno para ella, que le gusta y que valora en su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vamos a poner nombre a aquello que ya forma parte de tu vida, pero que necesitas que mejore, o que haya “más de esto” en tu vida. • ¿Qué deseas mejorar? 	<ul style="list-style-type: none"> • Vamos a poner nombre a aquello nuevo que necesitas que entre en tu vida era que esta sea mejor. • Vamos a poner nombre a aquello nuevo que deseas que salga tu vida era que esta sea mejor.
4.II. METAS Y OBJETIVOS		
1. Metas	2. Objetivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo sabrás que has alcanzado tu meta, que lo has logrado • Quién o quiénes lo sabrán, cómo se darán cuenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Qué mejoras o cambios necesitas que ocurran en tu vida • Qué quieres que suceda a partir de ahora 	
4.III. OBSTÁCULOS Y APOYOS		
Apojos	Obstáculos	
<ul style="list-style-type: none"> • Qué apoyos facilitan el cambio 	<ul style="list-style-type: none"> • Qué obstáculos impiden el cambio 	

Fuente: elaboración propia, a partir de Cardona-Cardona (2012).

La tabla 4.I se centra en conversar sobre lo que la persona ya tiene y quiere *mantener*, sobre lo que desea *mejorar o ampliar* (activando sus deseos), y lo que desea *cambiar* en su vida (trasladándola al futuro cercano).

Iniciar la conversación con aquello que la persona desea *mantener*, lo que le gusta y valora de su vida actual, facilitará a la relación generar vinculación

y complicidad. A la persona le facilitará poner nombre a lo que valora, lo que es importante para ella y desea que siga formando parte de su vida. En nuestra práctica, hemos comprobado que iniciar la conversación con lo que las personas desean *mantener* en su vida, les permite experimentar esperanza en una vida más rica y por lo tanto una apertura a seguir ampliando su historia de vida en la dirección de sus deseos.

En segundo lugar, orientar la conversación hacia lo que persona quiere *mejorar*. En nuestro caso significa que es algo o un conjunto de situaciones, relaciones o realidades que ya forman parte de la vida de la persona/ familia, pero que quieren ser ampliadas o incrementadas, especialmente de forma cualitativa. La tercera posibilidad está relacionada con aquello que la persona quiere *cambiar*, es decir, las situaciones que necesita introducir o alejar en su vida para que ésta sea mejor o más llevadera.

La Tabla 4.II hace referencia a objetivos y a metas. Proponemos invitar a la persona a identificar y hacer explícitos los objetivos relacionados con lo que se desea *mantener, mejorar o ampliar y lo que se quiere cambiar*. Habitualmente las personas hacen referencia a cosas, situaciones o relaciones que no quieren que sucedan, como por ejemplo “quiero dejar de beber”, “no quiero tener más miedo” o no quiero depender más de mi ... (marido/esposa/padre...). Está bien que las personas identifiquen qué es lo que no quieren, aunque este tipo de quejas, peticiones o deseos no impliquen soluciones alternativas. La conversación sobre lo que las personas quieren cambiar la orientamos lo antes posible hacia aquello que la persona desea hacer en contraposición a lo que quiere cambiar: “*Bien, has dicho que quieres dejar de beber. ¿Qué quieres hacer o que harás cuando hayas de dejado de beber? ¿Qué harás cuando dejes de tener miedo? ¿Qué te veremos hacer diferente cuando ya no dependas de ...?*”. Se trata de continuar con un proceso conversacional que genere ventanas de futuro abiertas a las posibilidades.

Campos et al. (2000) proponen un conjunto de cualidades acerca de las metas de los objetivos bien formulados: *¿Cómo deben ser los objetivos bien formulados para que sean útiles a las personas?* 1) Deben ser interaccionales, incorporando explícitamente la relación con otras personas; 2) Formulados en términos de conducta, directamente observables y cuantificables; 3) Ser relevantes, importantes para la persona, no para la trabajadora social; 4) Generan agencia personal, lo que significa que alcanzarlos pasa por lo que hará el que formula el objetivo, no por otras personas; 5) Concretos, delimitados y puntuales; 6) Formulados en positivo como algo que va a ocurrir y no como algo que va a dejar de ocurrir; 7) Alcanzables, que existan altas posibilidades de

ser alcanzados en la cotidianidad de la persona y 8) Compartidos con varias personas que están a favor de la consecución de los mismos.

Consideramos que definir metas y objetivos relacionados con lo que las personas desean mantener, mejorar, ampliar y cambiar, debe ser vinculado a una valoración y conversación de los obstáculos y los apoyos (Tabla 4.III). Se trata de invitar a las personas a conversar para identificar los obstáculos y los apoyos de forma externalizada, en cada uno de los objetivos identificados. También implica identificar los territorios a nivel social, relacional y cultural, aquellos donde los “*obstáculos*” se hacen fuertes y aquellos donde los “*apoyos*” se enriquecen y amplían.

Principalmente, buscamos desarrollar una visión proactiva, identificando los obstáculos y dificultades, así como los apoyos y las posibles soluciones. Esta doble mirada, si es externalizada, facilitará que la persona pueda tomar decisiones sobre su presente y su futuro alejados de la culpa.

Nuestra sugerencia es que los *obstáculos* y los *apoyos* sean descritos de forma externalizada: la persona es la persona y el obstáculo algo distinto a la persona y que los *apoyos*, sean identificados como fortalezas promovidas por sus valores, sueños y esperanzas.

Por el contrario, valoramos que mantener conversaciones para identificar *obstáculos* y *apoyos* considerándolos como características de la personalidad (esta persona “es”), comportaría retroceder a una visión diagnóstica fija, alejarse de una visión narrativa y relacional, donde la identidad se concibe en continua evolución, alejada de la esencia de la propuesta que planteamos (White, 2002; Madsen y Gillespie, 2014). No se trata de clasificar *obstáculos* o *apoyos* de forma rígida, sino de considerar que las ideas, creencias y experiencias presentes y pasadas pueden jugar, en ocasiones, un papel de *obstáculo* y a la vez, de *apoyo*. La identificación de obstáculos debe ir acompañada de la externalización y de preguntas para detectar excepciones: *¿en qué ocasiones o circunstancias este obstáculo no logró impedir que...?*

Para introducir reflexión con los *obstáculos* y *apoyos*, puede ser útil el uso de las metáforas (piedras en el camino, nubarrones, notas de música afinadas o desafinadas, un faro en la niebla, un rayo de luz...) No está de más recordar que desde un TSRC existen obstáculos sociales como la política social, los valores sociales de la comunidad en la que vive la persona, la discriminación, el machismo, la soledad, la exclusión o el maltrato. También apoyos sociales como políticas anti opresivas, de inclusión, feministas y de solidaridad.

Paso 3.4. Momento final del encuentro de co-diagnóstico

El momento final del encuentro de co-diagnóstico es especialmente relevante porque se acuerdan con la persona los contextos de intervención para el cambio sobre los que transitará a partir de ahora, la relación de ayuda. Pasamos a describir los diferentes pasos de este momento final (Campos-Vidal y Cardona-Cardona, 2019):

1. Elaboramos y compartimos con la persona una recapitulación de lo acontecido en el encuentro.
2. Esta recapitulación debe ser ajustada con la persona. *¿Cree/Creen que lo comentado se ajusta a su vivencia?, ¿creen ustedes que hemos captado su situación?, ¿hay algo que hayamos pasado por alto o no le hayamos dado la importancia que tiene para usted? Nos ayudaría mucho que ustedes introdujeran sus matices.*
3. Identificamos los contextos de intervención para el cambio sobre los que transitará la relación de ayuda teniendo en cuenta las metas y los objetivos que hemos acordado trabajar en la Tabla 4.II. En base a ello, daremos una explicación clara sobre cómo solemos trabajar en cada contexto de intervención que forme parte del plan de trabajo conjunto. Invitaremos a la persona a colaborar en la propuesta sobre “cómo” solemos trabajar, si valora que puede serle útil, si desea matizar o añadir sugerencias.
4. Comentamos que, en el próximo encuentro, aportaremos una redacción en forma de acuerdo /contrato donde constarán los compromisos alcanzados en este encuentro. Explicamos a la persona que *nuestra intención es que podamos revisar juntas este borrador de acuerdo de compromisos, ajustar si cabe, y finalmente firmarlo, como un compromiso hacia tu proceso de cambio y también como un documento que nos facilitará a ambas ir evaluando los posibles retrocesos y los logros que vamos alcanzando.*
5. Nos aproximamos a la persona con afecto y mostramos interés en conocer cómo se encuentra, así como en mostrar reconocimiento hacia su proceso y su persona.
6. Manifestamos el deseo de conocer la opinión de la persona solicitando un *feedback*. *¿Qué cosas le han inspirado más del encuentro?, ¿la dirección en la que vamos transitando, se ajusta a su dirección, le es útil?, ¿en qué momento pensó que valía la pena continuar trabajando juntas?*
7. Manifestamos interés en conocer su grado de esperanza sobre la utilidad del encuentro de hoy, al finalizar este. *De 1 a 10, siendo 1 ninguna*

esperanza y 10 toda la esperanza, ¿cuál es su grado de esperanza ahora que estamos finalizando el encuentro?, ¿a qué atribuye la subida/bajada de puntuación en relación con el inicio de la sesión?, ¿cómo podríamos aumentar 0,5 en el próximo encuentro?

8. Acordamos un nuevo encuentro, en este caso, para revisar, ajustar y firmar el acuerdo de compromisos una vez consensuado.
9. Se procede a la despedida del presente encuentro y aprovechamos para transmitir un elogio sincero, creíble y personal.

5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en relación con el análisis de los enfoques teórico-prácticos de naturaleza post-estructural, ligados a la práctica narrativa, la práctica centrada en soluciones y el enfoque de las fortalezas, proporciona bases relacionales y de procedimiento que ensanchan las posibilidades de relación para construir el co-diagnóstico con las personas y las familias. En primer lugar, el proceso de elaboración del co-diagnóstico se sustenta sobre una escucha amplia compuesta por la escucha empática clásica, la doble escucha y la escucha constructiva. Esta triple escucha amplia la posibilidad de mantener conversaciones que no solo se interesan por las dificultades o los problemas, sino que también consideran aquello que está funcionando y aquellas estrategias de afrontamiento que las personas o las familias están utilizando para resistir y sobreponerse a las situaciones de dificultad. En segundo lugar, tiene permanentemente en consideración las fortalezas de las personas y familias, al conjunto de conocimientos, habilidades, competencias, capacidades, experiencias, sueños, esperanzas, aficiones y relaciones que personas y familias atesoran en su historia y biografía. La indagación de fortalezas proporciona posibilidades para el diálogo que se interesa por las posibilidades, la estima, la supervivencia, los apoyos y las excepciones, dando posibilidades a la indagación compartida del pasado y del presente.

En tercer lugar, en congruencia con las dos primeras, la externalización hace posible la separación cognitiva y relacional entre la persona y el problema, evitando la identificación entre ambos y salvaguardando la identidad y la competencia de las personas.

Bajo estas premisas, la construcción compartida del co-diagnóstico, se organiza en tres pasos y su contrastación con la práctica ha demostrado su viabilidad. Un primer momento de indagación apreciativa y colaborativa en el cual se comparte e identifican áreas conversacionales que afrontan dificultades y fortalezas, obstáculos y apoyos. Este primer momento hace posible al primer paso de la construcción del co-diagnóstico: ordenar y sistematizar

el conocimiento co-construido. Se trata de una intervención indirecta. Un segundo paso, también de intervención indirecta, de construcción de una narrativa que facilita la creación de una historia compartida. Por último, un tercer paso de encuentro en el cual se construye de forma compartida el co-diagnóstico. Transitando por diferentes momentos, en él se ajusta y se enriquece esta historia que facilitará la creación de escenarios de futuro que hagan posible el diseño de planes y compromisos de trabajo.

Consideramos que esta propuesta es lo suficientemente flexible como para aplicarse en diversos contextos, incluidos aquellos en los que la persona cliente puede ser involuntaria (De Jong y Berg, 2001). El reconocimiento mutuo, que es la base de esta propuesta, proporciona una base sólida para el trabajo, ya que exige que reconozcamos la humanidad común del otro, independientemente de la etiqueta social asignada (Smith, 2020). Por lo tanto, se trata de adaptar la propuesta a cada contexto, otorgando voz a los clientes y siempre respetando la legislación vigente. Esta flexibilidad permite su aplicación en casos judicializados, demandas involuntarias, situaciones de vulnerabilidad, riesgo y desprotección, así como en peritajes (Selekman, 2010; Casado 2019)

Por último, queremos manifestar lo siguiente. La lectura de los textos seleccionados proporciona una perspectiva que profundiza en el componente relacional de la práctica del Trabajo Social. El proceso de construcción del co-diagnóstico, de naturaleza relacional y colaborativa, contribuye a poner en primer lugar lo que en ocasiones perdemos de vista: la fortaleza de la práctica del Trabajo Social, más allá de la complejidad, se sustenta en las relaciones. En la capacidad de respetar la voz, desarrollar, cuidar, mantener y potenciar las relaciones con las personas y las familias. Por ello, a pesar de los vientos de gestión y de burocracia que nos asedian, seguimos creyendo y practicando que otro Trabajo Social es posible.

6. REFERENCIAS

- ANDERSEN, T. (1994). *El Equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Gedisa.
- ANDERSON, H., & GEHARD, D. (Eds.) (2007). *Collaborative Therapy. Relationships and conversations that make a difference* (1st ed.). Routledge.
- ANDERSON, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Basic Books.
- ARNKIL, T.E., y SEIKKULA, J. (2016). *Diálogos terapéuticos en la Red Social*. Herder.
- BALDWIN, C. (2013). *Narrative Social Work. Theory and application*. The Policy Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t89hwd>

- BANNINK, F. (2010). *1001 Solution-Focused Questions. Handbook for Solution-Focused Interviewing*. W.W. Norton & Company.
- BANNINK, F. (2014). *Post Traumatic Success Positive Psychology and Solution-Focused Strategies to Help Clients Survive and Thrive*. W.W. Norton & Company.
- BANNINK, F. (2015). *101 solution-focused questions for help with trauma*. W.W. Norton & Company.
- BARON-COHEN, S. (2012). *Empatía Cero*. Alianza Editorial.
- BECOÑA-IGLESIAS, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>
- BERG, I. (1994). *Family Based Services*. W.W. Norton & Company.
- BEYEBACH, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.
- BEYEBACH, M., y RODRÍGUEZ, A. (1994, octubre). *Prácticas de externalización: la enseñanza de habilidades para externalizar problemas [Comunicación]*. En Actas del XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar (pp. 281-290). <https://xdoc.mx/preview/practic-as-de-externalizacion-5f120e1549500>
- CAMPOS, J. F. y CARDONA, J. (2017). El dolor del vínculo: la fatiga por compasión. En C. Guinot C. y A. Ferran (Eds.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos* (pp.229-240). Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- CAMPOS, J., LÓPEZ, M., NÁJERA S., y RIVERO, O. (2000). *Sistema de codificación de objetivos de la pregunta milagro*. Manuscrito no publicado.
- CAMPOS-VIDAL, J. F., y CARDONA-CARDONA, J. (2019). Trabajo Social Relacional: una visión colaborativa. En E. Sobremonte y A. Rodríguez (Coords.), *El Trabajo Social en un mundo en transformación: ¿distintas realidades o nuevos relatos para la intervención?* (pp. 223-270). Tirant Humanidades.
- CAMPOS-VIDAL, J. F., y CARDONA-CARDONA, J. (2018). El desarrollo del Trabajo Social en sus orígenes: el caso de los Estados Unidos, una lectura crítica. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 8(14), 56-79. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.6717>
- CARDONA-CARDONA, J., y CAMPOS-VIDAL, J. F. (2009). Cómo determinar un contexto de intervención: Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el trabajador/a social y el cliente en la fase de estudio y evaluación de la situación problema. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 9(2), 17-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3125022>
- CARDONA-CARDONA, J. (2012). La definición del contexto de intervención en el Trabajo Social de Casos [Tesis de Doctorado, Universidad de las Islas Baleares (UIB)]. UIB Repositori. <https://hdl.handle.net/11201/2477>
- CARDONA-CARDONA, J., y CAMPOS-VIDAL, J. F. (2022). Mediación narrativa con familias en conflicto. En C.A. Chimpén, D. Conde, M.A. Ferrer, y L. Mariano (Coords.), *Terapia narrativa en la práctica: ampliando historias de resistencia* (pp. 123-157). Aula Magna.

- CARDONA-CARDONA, J., CUARTERO-CASTAÑER, M. E., y CAMPOS-VIDAL, J. F. (2017). El diagnóstico relacional colaborativo (I). *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (24), 67–90. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.05>
- CAREY, M. & RUSSELL, S. (Eds.) (2004). *Narrative therapy: responding to your questions*. Dulwich Centre Publications.
- CASADO, T. (2019). *Factores descriptores de la intervención con familias especialmente vulnerables y sus sistemas amplios desde el Trabajo Social* [Tesis de Doctorado, Universidad de les Illes Balears - UIB]. Repositorio institucional UIB. <https://www.tdx.cat/handle/10803/671414#page=1>
- CASTILLO, A. (2016). *La enseñanza y el aprendizaje de la empatía para el trabajo social* [Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional Universidad Complutense de Madrid. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/26939>
- De JONG, P., & BERG, I. K. (2013). *Interviewing for Solutions*. Cengage Learning. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- De JONG, P., & BERG, I.K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work*, 46(4), 361-374. <https://doi.org/10.1093/sw/46.4.361>
- De SHAZER, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Gedisa.
- De SHAZER, S. (1999). *En Un Origen, Las Palabras Eran Magia*. Gedisa.
- DERRIDA, J. (1971). *De la gramatología*. Siglo XXI.
- DERRIDA, J. (1989). *La escritura y la diferencia*. Anthropos Editorial.
- DÍAZ-HERRÁIZ, E., y FERNÁNDEZ-DE CASTRO, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 431-443. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.39550
- ERSKINE, R. G., MOURSUND, J. P., y TRAUTMANN, R. L. (2017). *Más allá de la empatía: Una terapia de contacto-en-la-relación* (2nd ed). Desclee de Brouwer.
- ESCUDEROS, A. M. (2023) Creemos que, desde lo público, otra intervención social es posible. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, (130), 87-100. <https://www.serviciosocialesypoliticassocial.com/-133>
- FERNANDES-DE ARAUJO, L., y BERMÚDEZ, M. P. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 33(3), 257-276. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300009>
- FOUCAULT, M. (2005). *Vigilar y castigar*. S. XXI.
- FURMAN, B. (2017). *Habilidades para niños*. Herder.
- FUSTER, N. (2020). *El diagnóstico social: una propuesta metodológica desde el Trabajo Social* [Tesis de Doctorado, Universidad de Barcelona]. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <https://hdl.handle.net/2445/177084>
- GLICKEN, M. (2004). *Using the Strengths perspective in Social Work Practice. A Positive Approach for the Helping Professions*. Pearson Education.
- GLICKEN, M. (2006). *Learning from Resilient People: Lessons We Can Apply to Counseling and Psychotherapy*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781452232539>

- GOUGH, I. (1982). *Economía Política del Estado del Bienestar*. Blume.
- GREENE, G., & LEE, M. Y. (2011). *Solution-Oriented Social Work Practice*. Oxford University Press.
- HABERMAS, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Taurus.
- LIPCHIK, E. (2004). *Terapia centrada en soluciones. Más allá de la técnica*. Amorrortu.
- LIVESLEY, W.J. (2018). Terapia transdiagnóstica y transteórica para el trastorno de personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 89-110. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.249>
- MADSEN, W. (2007). *Collaborative Therapy with Multi-Stressed Families*. Gilford Press.
- MADSEN, W., & GILLESPIE, K. (2014). *Collaborative Helping*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781394259403>
- McTIGHE, J. (2018). *Narrative Theory in Clinical Social Work Practice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-70787-7>
- METCALF, L. (2020). *Terapia narrativa centrada en Soluciones*. Desclée de Brouwer.
- MORENO, A. (2014). Terapia narrativa. En A. Moreno (ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 481-524). Desclée de Brouwer.
- PEREIRA-PERDOMO, P., y ZÚÑIGA-ITURRA, B. (2020). Sentido de agencia y sus disrupciones en la depresión: una perspectiva interdisciplinar. *Límite (Arica)*, 15, 8. <https://doi.org/10.4067/S0718-50652020000100208>
- RATNER, H., GEORGE, E., & IVESON, C. (2012). *Solution Focused Brief Therapy. 100 Key Points and Techniques* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203116562>
- SALEEBEY, D. (1992). *The Strengths Perspective in Social work Practice* (Fifth Ed, 2009). Pearson Education, Inc.
- SALEEBEY, D. (1996). The Strengths Perspective in Social Work Practice: Extensions and Cautions. *Social Work*, 41(3), 296-305. <https://www.jstor.org/stable/23718172>
- SALEEBEY, D. (2000). Power in The People: Strengths and Hope. *Advances in Social Work*, 1(2), 127-136. <https://doi.org/10.18060/18>
- SALEEBEY, D. (2009). *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (5th ed.). Allyn & Bacon.
- SELEKMAN, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Gedisa.
- SELEKMAN, M. (2010). *Collaborative Brief Therapy with Children*. Gilford Press.
- SHARRY, J., MADDEN, B., & DARMODY, M. (2012). *Becoming a Solution Detective. A Strengths-Based guide to Brief Therapy* (2nd ed.). Rouledge. <https://doi.org/10.4324/9780203153765>
- SMITH, M. (2020). Recognising Strategy and Tactics in Constructing and Working with Involuntary Social Work Clients. *Australian Social Work*, 73(3), 321-333. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2020.1717562>

- SUBIRANA, M., y COOPERRIDER, D. (2013). *Indagación Apreciativa: Un enfoque innovador para la transformación personal y de las organizaciones*. Kairós.
- WARNER, R. (2013). *Solution-Focused Interviewing*. University of Toronto Press.
- WHITE, M. (2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Gedisa.
- WHITE, M., y EPSTON, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- WHITE, M. (2016). *Mapas de la Práctica Narrativa*. Pranas Chile Ediciones. https://pranaschile.org/wp-content/uploads/2023/04/1_White-M.-Mapas-de-la-practica-narrativa-Pranas-Chile-Ediciones.pdf
- WHITE, M. (2007). *Maps of narrative practice* (1st ed.). W. W. Norton & Company.
- WHITE, M. (2015). *Práctica Narrativa. La conversación continua*. Pranas Chile Ediciones. https://pranaschile.org/wp-content/uploads/2023/04/2_White-M.-Practica-Narrativa.-La-conversacion-continua-Pranas-Chile-Ediciones.pdf
- WINBOLT, B. (2011). *Solution Focused Therapy for Helping Professions*. Jessica Kingsley Publishers.