



IV FORUM Interxarxes – Diputació de Barcelona

“Quins límits i quines possibilitats ofereix el treball en xarxa en l’atenció de casos?”

23 d’octubre de 2009

Límites y Posibilidades del Trabajo en Red en la atención de casos

Lourdes Aramburu Otazu.

Psicóloga CSS Horta. Ajuntament de Barcelona

Esta exposición nace de mi experiencia de trabajo en el Distrito de Horta-Guinardó y específicamente desde el proyecto Interxarxes que ofrece un marco estructurado y una metodología formalizada del trabajo en red a partir de:

- El trabajo de un caso en el que intervienen profesionales de diferentes servicios
- Para el que se construye un plan de trabajo con unos objetivos generales para el caso y particulares para cada servicio.
- Al que se le determina un profesional referente.
- Del que se prefijan los encuentros profesionales para valorar su evolución y ajustar la intervención.

Sobre las Posibilidades que nos ofrece el Trabajo en red:

- 1) Desde servicios sociales me referiré en concreto a una serie de casos en los que el trabajo en red es casi de obligado cumplimiento, es decir las familias consideradas multiproblemáticas. Son familias con varios miembros ya identificados como usuarios o pacientes, familias segregadas de sus redes familiares, con niveles de exclusión social elevados, con un funcionamiento desorganizado y muchas dificultades en el ejercicio de las funciones parentales. Presentan varios problemas que requieren atención y activan una corte de profesionales. En estas familias se potencian recíprocamente las situaciones sociales adversas y las patologías o disfunciones psíquicas y relacionales. Alrededor de estas familias, en realidad multiasistidas, aparecen una gran cantidad de profesionales y servicios que trabajan de manera parcial,

fragmentada y a menudo descoordinadamente, aliándose cada uno con el usuario al que atienden o con el problema al que enfocan.

Los servicios sociales tienden a mimetizarse y terminan en muchos casos funcionando como servicios también multiproblemáticos, es decir con la misma desorganización, a golpe de urgencia, con la misma desesperanza...

La actuación de los servicios sociales corre así fácilmente el riesgo de cronificarse en una repetición de crisis múltiples en la que los recursos utilizados no han mejorado la autonomía ni los procesos familiares. La cantidad de servicios constituye a menudo también un escollo importante para la intervención.

Trabajar en red permite integrar un funcionamiento con una orientación común, representada en un plan de trabajo consensuado que actúa como un antídoto contra la tendencia a la fragmentación. Naturalmente, el consenso conseguido potencia la fuerza de la intervención.

Al mismo tiempo trabajar en red favorece la sostenibilidad del caso contrarrestando las tendencias a veces confrontadoras, a veces abandonicas de los miembros de estas familias con los diferentes servicios.

Los profesionales nos beneficiamos también del trabajo en red cuando la fluctuación de los usuarios entre servicios y servicio se ve compensada por la relación entre estos mismos servicios.

- 2) El trabajo en red contra “la actuacionitis”. Nos critican y también nos autocriticamos nuestra tendencia a actuar más que a teorizar o reflexionar. Parece que los profesionales de primaria se preocupan más por la solución de los problemas del usuario que por las dudas o las dificultades para comprender las situaciones en las que han de intervenir. Nuestra respuesta se hace más dependiente de la existencia o no de los recursos externos que de las dificultades que plantea la relación con el usuario y el paso al acto suple la falta de reflexión. La red en cambio nos ayuda al darnos un tiempo para comprender, un tiempo reflexionado y compartido. El tener que explicar nuestra aportación, mostrándonos a los otros, nos compromete a pensar mejor el trabajo y a darle sentido a la intervención. Esto nos conduce a darle visibilidad a nuestro trabajo, especialmente aquel aspecto del mismo que consiste en atender situaciones duras y complejas, mucho más allá de la prestación de recursos. Estoy hablando de la función de promoción del trabajo social, el estímulo socioeducativo, la intervención psicosocial y/o terapéutica, el apoyo y la contención, funciones muy diferentes del estereotipo aplicado a los “rácanos y quejosos” profesionales de los servicios sociales.
- 3) La red como fuente de apoyo interpersonal para los profesionales cobra en estos momentos especial relevancia ante:
 - La crisis económica que exacerba tanto la función frustradora y frustrante de los trabajadores sociales como la desesperación de los usuarios y las expectativas respecto de los servicios. Los lazos personales y la comprensión mutua son un ingrediente valioso de la red profesional, más necesarios en estos tiempos de crisis (también profesional)

- Los cambios en la organización de los servicios básicos municipales. Con la nueva organización se recentralizan los servicios sociales, predomina un funcionamiento más autárquico y se protocolizan las actuaciones bajo un mal entendido principio de equidad para los ciudadanos (algo así como para todos lo mismo y de la misma manera).

Los cambios organizativos junto al aumento de la demanda de protección social hacen que la profesionalidad quede mediatizada por los recursos (cartera de servicios) o por la organización y parece que la competencia profesional es menos importante. La lógica de la gestión de los recursos no se corresponde con los procesos de atención a los procesos personales, emocionales y relacionales que un importante número de usuarios requiere.

En este sentido trabajar en red nos permite movernos por encima de los protocolos de cada servicio, en un nivel metaprotocolario, superando mediante el intercambio entre servicios la mera sumatoria de las recetas.

Algunas limitaciones del Trabajo en Red.-

- 1) La primera limitación proviene del número limitado de los casos que se pueden trabajar y por tanto la selección de los mismos. No todos los casos son para interxarxes. El intercambio y la coordinación entre servicios sociales ha existido desde siempre, los casos para Interxarxes requieren además de ciertas condiciones:
 - Cierta incomodidad e inquietudes del profesional con el devenir del caso (cronificación, complejidades que desafían todo protocolo y metodología básica)
 - El nivel de coordinación habitual y de trabajo en equipo resulta insuficiente.
 - Varios servicios implicados y diferentes grados de motivación para intervenir.
- 2) En segundo lugar, y más que una limitación, el riesgo de que la red se convierta en una Verdad absoluta sobre el caso. Si una ventaja de la red es justamente la ampliación del foco, al reencuadrar el caso desde otro espacio, incorporando nuevas perspectivas hemos de evitar que la red sea tan compacta que una vez definido el problema y plan de acción, se convierta en la verdad que obtura o bloquea otros planteamientos. En este sentido un indicador de flexibilidad y apertura sería la variación de los profesionales que integran la red en función de la evolución del caso y de las sucesivas redefiniciones del problema.
- 3) Necesita un líder impulsor y animador. Aunque ya tengamos una metodología rodada, la inercia de los servicios es superior a la de la red y se hace necesaria una fuerza de empuje y atracción para contrapesar esa inercia. Este liderazgo requiere un

reconocimiento de los distintos sistemas que integran la red y fuerte respaldo institucional de más alto nivel.

- 4) Finalmente, quiero decir que el trabajo en red tiene una utilidad básica que se limita al trabajo sobre el caso pero que no persigue una transformación de los servicios que lo integran. A veces los profesionales nos preguntamos para qué trabajar en red, si no podemos mejorar de alguna manera el funcionamiento de los mismos. Trabajar en red el caso por caso permite afrontar juntos los escollos, resolver mejor algunas dificultades, sobrellevar mejor situaciones duras y pesadas pero los servicios seguirán siendo los mismos, con sus mismas disfunciones y limitaciones.



IV FORUM Interxarxes – Diputació de Barcelona

“Quins límits i quines possibilitats ofereix el treball en xarxa en l’atenció de casos?”

23 d’octubre de 2009

Límits i possibilitats del treball en xarxa en l’atenció de casos avui. Eulàlia Bassedas, EAP B-01 Nou Barris (Barcelona)

En el treball psicopedagògic als centres educatius partim de la constatació de la complexitat de les situacions en les que ens trobem, i veiem la necessitat d’anar fent recerca constant d’estratègies que ens permetin tenir en consideració aquesta complexitat i no tenir la il·lusió de poder tenir respostes simples a situacions complexes: la situació d’un alumne amb paràlisi cerebral que està a una aula ordinària, l’angúnia d’una adolescent amb distrofia muscular davant el canvi de centre, el nen de 5è de Primària que li costa incorporar les normes d’ortografia, el nen que pateix la mala relació dels pares amb l’escola que estan en desacord amb les decisions que prenen les seves mestres per ajudar-lo... Tot això són situacions reals que ens mostren malestars que impliquen a diferents actors dins de l’escola. Més encara podríem dir d’altres situacions en les que per cadascuna de les situacions hi ha d’altres actors que participen i que estan fora de l’escola (serveis socials, salut,....)

A l’interior dels centres educatius encara fa molta falta (i el treball en xarxa ens ho permet) que diferents persones donin imatges diferents dels alumnes per poder facilitar possibilitats de canvi. Els psicopedagogs dins dels centres escolars podem ser una de les persones que intentem “donar una altra mirada”. Per això és important tenir estructures/organitzacions dins dels centres educatius que ens permetin ampliar el camp de visió del professional que està implicat en el dia a dia en les dificultats. Aquestes són diverses i no són objecte de discussió en aquest àmbit però n’enumerarem algunes: reunions de tot l’equip docent que té un alumne determinat, reunions de cicle per poder parlar de les dificultats que es presenten dins dels grups classe, comissions d’atenció a la diversitat per identificar criteris i estratègies de millora per atendre millor la diversitat dins del centre, comissions socials on es puguin buscar estratègies

de millora per aquelles famílies que passen situacions de dificultat per poder donar resposta als requeriments que l'escola demana als seus fills,... En totes aquestes situacions intentem ampliar la visió de la situació que cadascun de nosaltres aporta des del seu coneixement. Molts cops, aquestes trobades en surten possibilitats de continuar treballant en un sentit o altre per poder ajudar al nen que mostra dificultats a l'escola.

Els centres educatius fan treball en xarxa, treball col·laboratiu? Cada cop hi ha més aquest plantejament, però encara estem molt lluny. Recordem les dites populars: "cada maestrillo su librito"; "el que vale, vale y el que no para letras", que donen idea de la consideració de l'altre: la persona que no fa estudis científic-tècnics, la necessitat de posar-se d'acord en el que cal ensenyar perquè l'alumnat pugui establir llaços entre l'estudi de la realitat i les disciplines,...En el món educatiu encara cal avançar en una cultura educativa que permeti respondre intel·ligent i també eficaçment als reptes de la ciutadania del segle XXI.

De tota manera, en el món educatiu es parla molt del treball en xarxa i sobre tot en la idea que l'educació és una tasca col·lectiva i cal una complicitat entre l'escola i la comunitat, els agents de l'entorn, les entitats externes, ja que tothom educa.(Collet,2009; Gordó,2009) En els documents que es parla d'aquesta idea, es fa referència a la necessitat d'anar cap a una escola que funcioni com un sistema intel·ligent (*basat en la deliberació i síntesi, en relacions de confiança, en la ciència que es basa en la pluralitat de perspectives, amb una concepció de l'aula com a xarxa i interdependència...*) en contra del paradigma de la racionalitat (*la veritat com a font d'autoritat de l'ensenyant, model de relacions d'obediència, concepció de l'aula com una illa autosuficient i tipus de relacions d'eficàcia...*) Hi ha experiències de xarxes d'escoles i comunitat que han vist incrementar la seva capacitat de donar resposta a les situacions difícils amb les que es troben (Plans d'entorn, projectes pedagògics de comunitat,...) Les escoles que entren en aquest plantejament també segurament tindran una mirada favorable en relació a avançar en el treball en xarxa en el seguiment de casos.

De vegades aquesta nova mirada és necessari que també ens la donin a nosaltres (dins de l'escola), en el treball amb xarxa amb d'altres serveis de la comunitat (sanitaris, socials) La mirada de diferents professionals ajuda a poder tenir perspectives del cas diferents, que ens permeten desencallar una situació que amb un o altre servei pot estar estancada. De vegades, la intervenció és deixar treballar els altres per poder entrar els altres serveis. El treball col·laboratiu ens pot ajudar a ampliar el focus de la nostra mirada: la resistència a l'entrada de nous professionals que parlin amb la família dins de l'escola, pot ser ajudada a veure des dels serveis clínics, com a por a que es vegi la pròpia inseguretats de la família en la situació en que es troba, per exemple.

Però cal anar avançant perquè encara ens trobem dos plantejaments que poden ser antagònics en el plantejament de les expectatives del professorat en les trobades que podem plantejar amb d'altres professionals: o bé la fantasia de solucions màgiques (simples: ens diran el que hem de fer amb aquest alumne difícil) o bé la nul·la expectativa (no hi ha res a fer, no tenim cap bona experiència). Cap d'elles ens ajuda a avançar. No podem pensar que la solució està en l'altre, sinó en la possibilitat conjunta de comprendre millor la situació d'aquest alumne i pel qual tots (professors, psicopedagogs, psicoterapeutes, educadors socials,...) podem i hem d'actuar buscant d'altres plantejaments.

Però cal que aprenem a explicar-nos, és a dir el psicopedagog i el mestre/professor ha de poder explicar en quines situacions la situació de l'alumne és insostenible, el psicoterapeuta ha de poder explicar perquè per aquest noi aquestes situacions poden ser insostenibles, i què li pot ajudar a fer-les sostenibles; la treballadora social ha de poder transmetre aquells elements de dificultat familiar que repercuteixen a l'alumne;

Com a avantatges del treball en xarxa en el seguiment de casos podem esmentar prioritàriament que la conversa dels diferents professionals sobre un cas permet modificar la visió del que està passant en aquests moments i tenir possibilitat de no actuar precipitadament. Quina pot ser de vegades la millor intervenció? De vegades la no intervenció. Crec que només la posta en comú, la conversa pot ajudar a avançar cap a plantejaments compartits. Posar en comú ens pot ajudar a passar de veure l'alumne, el pacient, l'usuari, a un nen/família que intenta sobreviure a la situació que té al seu voltant, i que busca la millor manera de sobreviure.

Els límits en el treball en xarxa jo els veig molt en el nostre cap: cal anar entrant en paradigmes ètics i conceptuals que valorin les aproximacions complexes, les visions àmplies,....Hi ha professionals que no volen/no poden (*estan molt segurs d'una altra perspectiva, no confien en el saber dels altres, no reconeixen l'altre com a interlocutor*) entrar en aquesta perspectiva multidisciplinària i segurament quan ens trobem amb professionals que tenen un plantejament radicalment diferent al nostre, en aquesta situació, el més realista és continuar fent treballs paral·lels, fent una atenció multilateral, si s'han intentat buscar línies de "conversa".

Referències bibliogràfiques

Collet,J(2009); Educació eficaç o educació intel·ligent? El treball en xarxa com a nova cultura educativa. *Guix*, 356-357, 71-81
Gordó,G. (2009): Posem l'accent de l'acció educativa en la xarxa. *Guix*, 356-357, 14-17.



IV FORUM Interxarxes – Diputació de Barcelona

“Quins límits i quines possibilitats ofereix el treball en xarxa en l’atenció de casos?”

23 d’octubre de 2009

Presentación del AULA DE TROBADA de la Fundación Nou Barris para la Salud Mental

Susana Brignoni, Cordinadora del Aula de Trobada de la FNB

El Aula de Trobada(AT) es una experiencia de formación que surge en la Fundación Nou Barris (FNB) en el año 2006. La FNB para la salud mental tiene como dispositivo principal el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Nou Barris(CSMIJ) y los programas de Atención a niños y adolescentes tutelados (SAR), de atención al Trastorno Mental Grave (TMG) y el programa Salud y Escuela.

El Aula de Trobada es una respuesta a tres cuestiones:

- a. una investigación que realizamos en la Fundación Nou Barris en colaboración con la Universidad Autónoma: “Estudi qualitatiu dels factors psicosocials implicats en l’evolució dels TMG en nens i adolescents”. (2001-2003)
- b. una experiencia de trabajo con educadores sociales en el ámbito de la protección a la infancia y adolescencia en riesgo.
- c. los datos extraídos del programa de TMG.

A partir de estos tres espacios se deducen algunas necesidades y dificultades a la hora de convivir, tanto en el espacio familiar como en el espacio profesional, con niños y adolescentes que padecen TMG o algún otro tipo de trastorno. Voy a destacar las que nos parecieron las más importantes, en tanto se repetían en ambos casos (familiares y profesionales) aunque me centraré a partir de ahora en los profesionales:

- A- Cuando se detecta un niño u adolescente con TMG quedan muchos y diversos profesionales, que provienen de múltiples dispositivos implicados. Y sin embargo...
- B- Hay la SOLEDAD cuando uno ha de convivir con un sujeto con un trastorno. Una soledad hecha de la sensación y a veces la constatación de que no hay a quien recurrir y que resulta difícil compartir esta experiencia.
- C- Hay la sensación de NO ESTAR PREPARADOS para atenderlos: los profesionales repiten que no han recibido la formación necesaria para ocuparse de los problemas que presentan los niños y adolescentes en la actualidad.
- D- Hay la impresión, y no sólo, de que todo empieza a girar alrededor del niño con TMG: esto implica un profundo sentimiento de insatisfacción ya que tanto familiares como profesionales tienen la impresión de que deberían ocuparse de otras personas y que sin embargo el TMG los absorbe casi en su totalidad. Es decir ocupa todo su espacio y tiempo: y pone en primer plano el sentimiento de urgencia.
- E- Otra cuestión que los profesionales perciben es que hay más casos con TMG, que eso exige realizar más reuniones, pero cada vez entienden menos cuál es su finalidad. O sea se produce una paradoja: cada vez más reuniones y sin embargo cada vez más soledad.

En resumen lo que aparece es un gran sentimiento de malestar, acompañado por la impotencia y esa sensación de haberlo probado todo y que ya no hay nada que hacer.

El Aula de Trobada se dirige a todos los profesionales que en la red trabajan con niños y adolescentes que padecen algún tipo de trastorno o que así lo parece.

Nos planteamos la siguiente pregunta que es en sí mismo un principio y también un objetivo general: ¿Cómo hacer para convivir con alguien que padece un trastorno sin segregarlo y al mismo tiempo sin que el profesional o familiar quede absolutamente colapsado?

El objetivo entonces es generar espacios de formación que sean a su vez una experiencia ya que la respuesta formativa en nuestro campo no puede obviar el malestar sino que ha de tomarlo para ponerlo a trabajar. Casi me atrevería a decir que es gracias al malestar que podemos ponernos investigar. Se trata de generar espacios que aborden viejos problemas y que produzcan nuevas soluciones.

Tomamos entonces las necesidades detectadas como una demanda triple: de formación, de información y de soporte. A partir de ellas pensamos que una investigación ha de ser el motor para la creación de nuevos dispositivos.

Pero además que para poder dar cuenta de ello hay que ayudar a salir de la soledad. Por eso Aula de trobada. Se trata de encontrarse con otros para poder transformar esas quejas y malestares en preguntas.

De hecho aunque podemos distinguir tres demandas creemos que en las prácticas inscriptas en la xarxa sanitaria, social y educativa, **estas tres demandas no pueden tomarse de manera aislada**. Tiene que haber una interrelación: es decir: no hay formación sin información y soporte. Esos tres registros están anudados: y para eso hay que trabajar a partir de las preguntas.

El AT es un espacio de investigación y acción: es decir en el mismo momento en que se trabaja sobre las preguntas de los participantes, se producen nuevas estrategias y al mismo tiempo esas nuevas estrategias producen otros interrogantes. Ponemos en el centro de nuestra acción lo que no se sabe. Es por eso que el AT se organiza a partir de distintos espacios: el más trabajado hasta el momento son los talleres (Otros espacios son las jornadas, las interconsultas e incluso los cursos), con un máximo de 16 participantes de disciplinas y ámbitos diversos: trabajadores sociales, educadores, psicólogos. Se los convoca para trabajar un tema por ej: el TMG o la adolescencia. Al revés que en la universidad, no partimos de clases magistrales sino más bien partimos de las hipótesis que los profesionales ya tienen a veces sin saberlo de lo que es un TMG o un adolescente y a lo largo de las 5 reuniones vamos haciendo un recorrido a través de materiales vinculados a la cultura (libros, DVD, etc.) para tratar de construir nuevas hipótesis respecto a los problemas que a cada profesional les aqueja. Así entonces: cuestiones como con “estos niños no se puede trabajar”; o “les enseñas algo y al día siguiente lo han olvidado” o la creencia, a menudo, de que se agitan o nos desafían para molestarnos adquiere otro relieve. De alguna manera este es un espacio donde podemos trabajar colectivamente a partir de preguntas cómo ¿Qué hay detrás de ciertos trastornos conductuales? Y cada uno individualmente puede llevarse una respuesta. Es decir la clave es pasar del no puedo al no sé.

El siguiente paso es convertir la respuesta encontrada en una nueva manera de intervenir.

Otra cuestión importante es que la coordinación del AT es en sí misma interdisciplinar: tres disciplinas están convocadas y los propios coordinadores tienen que hacer la experiencia de la interdisciplinariedad. Las tres disciplinas son la educación social, la psicología social y el psicoanálisis. ¿Cuál es el resultado? Creo que se trata de la delimitación más precisa de los campos de intervención en relación a un mismo sujeto. El efecto es de alivio y aligeramiento.

El principal problema que puede haber cuando uno da lugar al malestar es que la experiencia se interrumpa o quede estancada en el beneficio catártico. Que el malestar tenga un lugar no quiere decir convertir el taller en un espacio psicoterapéutico. Creo que este puede ser el principal obstáculo. Sortear este obstáculo requiere de una coordinación activa dispuesta a cambiar los soportes con los que trabaja: de hecho en cada grupo las preguntas, las líneas de trabajo son distintas.

Por otro lado a lo largo de los talleres hemos verificado que conviene que los participantes que intervienen no provengan de los mismos lugares de trabajo. El no conocerse entre ellos al principio se hace difícil pero luego favorece el que no aparezcan sobreentendidos o incluso posiciones que no se expresan. Una cuestión que me parece interesante señalar es que dentro de los talleres siempre hay un tiempo de lectura individual. En cada uno de estos aparece la idea de que esa lectura podría hacerse afuera, antes de venir. La experiencia nos indica que no debemos consentir a ello. Creo que en nuestra época hacer experiencias a contracorriente de las urgencias y las exigencias es fundamental para la formación. En ese sentido leer en un espacio común, interrogar un texto de manera individual y luego verter y discutir esos interrogantes con el resto no es un hecho más. Se trata en realidad de mostrar que cuando uno aborda un caso en la práctica hace en realidad un ejercicio de lectura. El caso en sí mismo no existe, es una construcción que a su vez es efecto de una lectura. Lo que hay que descubrir es qué es lo que orienta esa lectura: si es un prejuicio, si es la simpatía o la antipatía o si es una concepción precisa de lo que entendemos por sujeto.

Continuar es la meta. De hecho cada taller lo tomamos como un nuevo laboratorio de investigación: ¿es posible avanzar a partir de la verificación del “no saber”? ¿Es posible autorizarse a inventar respuestas que pongan en entredicho ciertos imperativos sociales? ¿Es posible entonces “saber no saber” y desde ahí dar un lugar privilegiado a los sujetos con los que trabajamos y aprender de ellos los modos mediante los cuales se arreglan con lo real? Creo que la forma de seguir es aunque trabajemos en distintos lugares como trabajadores sociales o educadores o psicólogos, tener también algunos lugares en los que estemos a título de investigador. Pero no como investigador “honoris causa” sino más bien cómo el investigador infantil que pone en primer plano una curiosidad auténtica llena de preguntas, no todas con respuestas, más bien como una aspiración a descompletar las respuestas que ya traíamos.



IV FORUM Interxarxes – Diputació de Barcelona

“Quins límits i quines possibilitats ofereix el treball en xarxa en l’atenció de casos?”

23 d’octubre de 2009

AJUNTAMENT DE CENTELLES. Protocol d’intervenció d’infància en risc

1.- **Ubicació:** Centelles actualment és una municipi de 7300 habitants, i l’any 1999 era un municipi inferior a 6000 habitants. Situat a la zona sud de la comarca d’Osona. L’equip de Serveis Socials d’Atenció Primària està gestionat directament per l’Ajuntament de Centelles.

Centelles compta, actualment, amb un IES fins 2n.batxillerat, un CEIP, una escola concertada des d’educació infantil fins a 4t.ESO, dues escoles bressols municipals, una Àrea Bàsica de Salut (gestió privada).

Protocol: La demanda sorgeix, l’any 1999, del CEIP Ildefons Cerdà i de pediatria, arrel de la intervenció en un cas concret. **La demanda és elaborar un circuit d’actuació.** Es demana que el lideratge sigui des de SSAP, que és qui té la competència, i es demana la implicació de les altres institucions educatives (IES Pere Barnils, escola Sagrats Cors i EAP d’Osona)

- En aquell moment cada institució escolar funcionava per separat, sense projecte comú conjunt (una de les escoles és concertada, i en aquells moments dirigida per religioses)

CONTEXT - Evolució

- L’escola concertada passa a tenir la direcció laica, l’any 2001, i és quan s’inicien les coordinacions periòdiques interserveis
- Al 2001 a L’escola bressol es crea la necessitat a partir de la presentació del protocol d’infància en risc.
- L’EAIA no estava descentralitzat el territori, en aquell moment
- L’any 2008, la comarca d’Osona ha presentat el seu protocol d’infància en risc social (molt basat amb el de Centelles)

Els objectius d'elaborar el protocol d'infància en risc:

- Donar eines als professionals perquè puguin realitzar **la detecció** de possibles situacions de risc o de maltractament
- **Sensibilitzar** els professionals i a la població en general, que els infants / adolescents són subjectes de protecció als quals cal garantir un bon tracte
- Arribar un **consens** entre els professionals que treballem amb els menors sobre el què entenem per situacions de risc i maltractament, i com intervenir-hi

La població a qui s'adreça el protocol d'infància en risc:

- els infants / adolescents de 0-18 anys
- professorat en general + direcció / pediatria i metges de família / policia local / professionals de SSAP
- la població en general.

Procés d'elaboració del protocol.

Entoma el lideratge l'Àrea de Serveis Socials de l'Ajuntament de Centelles.

- Recollida d'experiències d'altres administracions (Ajuntament de Lleida, Comunitat de Madrid, Protocol institucional d'infància en risc de l'Hospital General, "Ep, no badis!" de Vic)
- Definir els apartats del protocol
 - Definició / classificació dels maltractaments / factors de risc
 - Marc legal
 - Procés a seguir, diferenciant entre PREVENCIÓ, DETECCIÓ, VALORACIÓ I INTERVENCIÓ
 - Importància de cada professional en el procés a seguir
 - Diferenciar entre denúncia i notificació administrativa
 - Guia de relació de tracte amb el menor i/o amb els pares
 - Passos a seguir en cas de detecció d'una situació d'alt risc social
 - Qüestionaris de detecció d'àmbit educatiu, sanitari i familiar i altra documentació (autoritzacions)
- Presentacions del protocol
 - Presentació general al municipi dirigida als professionals (hi va assistir els nous membres de l'equip de l'EAIÀ, ja descentralitzat)
 - Presentació a l'equip de professorat + equip de professionals sanitaris del CAP + equip de la policia local
 - "Bustiada" d'un fulletó informatiu a la població en general
- Intervencions que genera el protocol
 - S'estipulen coordinacions periòdiques –bimensuals- amb els quatre centres educatius i pediatria (des de l'any 1999 s'estan duent a terme)
 - Paral·lelament, des de SSAP hi ha coordinacions bimensuals amb CSMIJ, CAP salut mental adults, CADO (atenció drogodependències), EAIÀ. Seguiment bianual amb els serveis d'atenció al disminuït psíquic (Tris Tras, servei ocupacional...)

- Intervenció puntual en casos concrets, via interserveis (escola, pediatria i SSAP)
- Avaluacions continuades del protocol
 - Avaluació anual del funcionament del protocol, conjuntament amb l'avaluació dels altres protocols (absentisme escolar i detecció i actuació en casos de consum de risc de substàncies tòxiques)

2.a- Aspectes claus de l'experiència que considereu que afavoreixen una praxis interdisciplinària

- Periodicitat regular (bimensual): haver-ne de parlar...
- Interlocutors clars a cada servei (com a aspecte a millorar, és que l'equip directiu és l'últim a assabentar-se'n)
- Facilitat que tenen els serveis a informar de situacions socials que es poden valorar de risc (trucades)
- Tan a nivell polític, com a nivell de les institucions, amb el temps s'ha creat una línia de treball conjunt / compartit, que la majoria d'ells es creuen. Voluntat política de treballar en una sola línia i no en funció de cada centre (exemple: municipi inclusiu)
- Importància de treballar de forma preventiva i de detecció; això genera un volum important d'intervenció tan pels equips d'atenció especialitzada dels centres educatius, com per Serveis Socials.

2.b- Aspectes claus de l'experiència que considereu que afavoreixen un aprofitament dels espais de treball col·lectiu en benefici d'una construcció del cas compartida

- Serveis Socials d'Atenció Primària es desplaça a la institució per coordinar-nos a cada servei per separat
- A cada canvi d'equip directiu, SSAP s'ha desplaçat als diferents institucions per presentar qui som i què fem
- Davant la valoració d'haver de fer un pla de treball conjunt, hi sol haver bona disponibilitat per part de tots, per trobar un espai de temps per fer-ho
- Davant una intervenció d'urgència, també hi ha disponibilitat per part de tots, de col.laborar-hi i de ser-hi present.

3.a- Aspectes que no convé desenvolupar i/o dificultats en el treball interdisciplinari

- Percepció "d'urgència" diferents de cada professional
- Dificultats d'entendre que hi ha un tempo d'intervenció a cada servei
- En funció de com és cada persona, les coses funcionen d'una manera o una altra (I això és el què volia evitar el protocol)
- "Acting out" d'alguns professionals
- Quan hi ha canvi de direcció d'alguna institució. Desconeixement i manca d'interès per la intervenció de SSAP i del seu propi servei d'atenció psicopedagògica

- El ritme de treball de totes les institucions i la disponibilitat de temps dels professionals (agendes plenes) comporta una dificultat més a l'hora de treballar en xarxa

3.b- Aspectes que no convé desenvolupar i/o dificultats en els espais de construcció de casos

- Dificultats de derivació de les famílies a Serveis Socials. És a dir, no hi ha dificultat en comunicar els indicadors de risc, però sí a com i quan s'ha d'intervenir a SSAP. Possiblement hi ha una por a la reacció de les famílies.
 - o **És l'aspecte principal, i consensuat amb els centres educatius, com a principal dificultat actualment**
- Dubtes de SSAP de citar a una família o no, quan tenim la informació, però no "el permís" de la institució per actuar.
- La llei de confidencialitat de dades té una funció protectora tan per part de l'usuari com del professional, però a la vegada dificulta / limita la coordinació.
- Des de les institucions es valora que el protocol suposa "molta paperassa", perquè el protocol no es valora com a una eina facilitadora (en el sentit que hem posat per escrit el què hem de fer).
 - o Costa passar el qüestionari.
 - o La majoria de vegades el recordatori de fer ús del protocol-qüestionari sorgeix de SSAP; tot i que després ens en podem oblidar.

4.- Perspectives i/o canvis que hi pot haver en la continuïtat i/o millora d'aquests dispositius i del propi treball en xarxa

- S'ha verbalitzat als membres de la xarxa, aquesta dificultat de derivació dels casos a SSAP
 - o Hi ha disposició de plantejar-se de fer formació conjunta sobre el tema
 - o Algun centre educatiu ha fet demanda d'una supervisió de la intervenció en xarxa
- Bona disponibilitat de continuar fent aquest treball
- Valorar quines persones / responsables hi ha d'haver a la reunió d'avaluació anual del protocol



IV FORUM Interxarxes – Diputació de Barcelona

“Quins límits i quines possibilitats ofereix el treball en xarxa en l’atenció de casos?”

23 d’octubre de 2009

REFLEXIONES HACIA UNA ÉTICA DEL TRABAJO EN RED

JOSÉ LEAL RUBIO

Notas para la intervención

- 1.- La red es lo que genera y sostiene vínculos.
La red de servicios necesita una urdimbre que los vincule
Esa urdimbre debe ser permanentemente cuidada.
Esos cuidados son formales (organizativos) e informales (vínculos “de libre disposición”)
La red, en tanto organización, no debe olvidar las características del entramado en el que funciona, la comunidad. Mas bien al contrario, debe saberse que forma parte de una red mas amplia, que está constituida, que tiene sus déficits y sus valores.
Trabajar(se) en red disminuye los nada desdeñables efectos totalizadores de las prácticas aisladas. En la desinstitucionalización está el origen del trabajo coordinado y en red que limita los efectos devastadores de la institución total.
- 2.- El trabajo en red es necesario cuando la tarea lo requiere. Es bueno ir hacia tareas lo mas autónomas posibles que fuercen la mas alta rentabilidad de cada servicio y de su vínculo con el usuario.
- 3.- El problema ya no es solo la complejidad de los problemas sino la complejidad de las instituciones y los vínculos profesionales. Podemos decir que también los servicios en una comunidad son generadores, utilizadores y transmisores de culturas múltiples. El reto actual es el paso de la multiculturalidad de los servicios a la interculturalidad de sus acciones. Para ello es básico contar con la presencia (externa e interna sobre todo) del otro (profesional, servicio, institución, etc.). Y conviene pensar sus necesarios encuentros no solo, aunque también, como una búsqueda de soluciones sino como un espacio de deliberación y generación de una nueva cultura que pasa por reconocerse – como profesional, equipo, servicio o institución- en falta o con límites.
- 4.- La complejidad de las problemáticas de los usuarios tienen que ver con la multicausación de los hechos que les aquejan. Podemos decir que, con mucha

frecuencia, sus problemas son “las malas pasadas del pasado”, como el título del libro de Manuel Cruz.

Que muchas de esas dificultades se deben al peso excesivo del azar, la mala suerte o la injusticia.

- 5.- Frente a tanta dificultad y dolor, con frecuencia, no hay una solución; si acaso hay pequeñas soluciones que, de alguna manera, palián los efectos de tanta carencia: de recursos materiales y de vínculos sostenedores.
Al hablar de “soluciones” pienso tanto en los intentos de arreglo de la necesidad como en el afrontamiento de los, a veces, devastadores efectos sobre el mundo psíquico y, por ende, social.
Para los profesionales comprometidos en prácticas de calidad y éticamente sustentadas esta percepción de “imposible” es altamente hiriente, inquietante, cuestionadora e impotentizante. Frente a todos esos productos “contratransferenciales” caben diversas respuestas y encontrar la adecuada no siempre es fácil.
- 6.- Los profesionales y sus instituciones están obligados a acordar intervenciones para:
 - 1.- no marear al usuario y evitar una práctica de efectos iatrogénicos.
 - 2.- no derrochar recursos públicos, siempre escasos.
 - 3.- cuidar de sí mismo, que es legítimo y posible intentar combinarlo con el cuidado de los usuarios.
- 7.- Lo primero que debe reunir un equipo o conjunto de equipos que están/son red o que se constituyen en red es un conjunto de referencias éticas.
Estas se sustentan básicamente sobre el reconocimiento y ejercitación del respeto y la dignidad de las personas así como la combinación del buen trato y el buen tratamiento. El usuario ha de saber en que estructura organizativa está “metido”, que consecuencias se derivan de estar en esa red y cual es la cantidad y calidad de su permanencia en la misma.
El modo de obtener la información, el tratamiento y “divulgación” de la misma es siempre una cuestión capital.
Hay un gran campo a recorrer entre la “exhuberancia obsesiva” y la “parquedad paranoide” en relación con la información. De ahí que se hace imprescindible concretar cual es la información pertinente.



IV FORUM Interxarxes – Diputació de Barcelona

“Quins límits i quines possibilitats ofereix el treball en xarxa en l’atenció de casos?”

23 d’octubre de 2009

Xarxa Local per a la infància i l’adolescència de Sant Boi de Llobregat
Dori Rascón, educadora social (SSB)

1- DESCRIPCIÓ DE LA XARXA

La Xarxa Local per a la infància i l’adolescència és un espai per a la prevenció, atenció i protecció dels infants i adolescents que viuen a Sant Boi de Llobregat. Neix a partir de la realització d’una experiència pilot portada a terme per professionals d’àmbits diferents que treballen al barri de Camps Blancs a l’any 1999.

Posteriorment l’Ajuntament, que és qui lidera el projecte, treballa de forma interna en una proposta metodològica de treball en xarxa que finalment és presentada a tots els agents del municipi en el marc d’unes jornades a l’octubre del 2006.

La seva finalitat és la de vetllar pel benestar i la qualitat de vida dels infants del territori i de les seves famílies.

Volem aconseguir un major nivell de **eficàcia** en la prevenció, la detecció i la intervenció de les situacions de risc. Major nivell d’ **eficiència** pel que fa a l’abordatge global i integral, aprofitament de recursos humans i econòmics i optimització de les oportunitats del territori.

Pel que fa als professionals és vol aconseguir millorar:

- La cura dels professionals de primera línia.
- La corresponsabilitat.
- La participació en el, procés de disseny i de decisió.
- Compartir coneixements i eines.
- Rentabilitzar recursos
- Construcció del saber conjunt.

COM S' ESTRUCTURA I DESENVOLUPA LA XARXA

L'organització s' estructura en tres nivells de treball

1. Primer nivell més institucional que és el Consell general de la xarxa: és el principal òrgan de decisió de la xarxa i està format pels representats polítics i/o directius dels ens i institucions públiques i privades. Aprova les línies generals d' actuació i representa institucionalment la xarxa. Compromís de treballar en xarxa reflectit a la signatura del conveni d' adhesió en el marc de les jornades d' octubre del 2007

2. Segon nivell de caràcter tècnic Comissió tècnica local: espai permanent de coordinació d' àmbit local format per tècnics de diferents disciplines i àmbits que treballen al municipi que s' encarrega de la programació general , el seguiment de la feina que es porta a terme a les comissions territorials i la seva avaluació per tal d' anar perfeccionant l' espai de treball.

3. Tercer nivell i més proper al territori son les Comissions territorials :on s' aborden de forma interdisciplinar els casos en situació de risc .S'han format 4 comissions que corresponen a les 4 zones del municipi i es troben representats sempre professionals dels àmbits educatiu, psicològic, social (EAIA i SS) i sanitari així com altres professionals que intervenen de forma directa en el cas (policia, educadors c. Oberts...).aquestes comissions es troben un cop cada dos mesos com a mínim però depèn de la intensitat de la intervenció.

Cada comissió territorial té un referent que dinamitza .

Objectius:

- Prevenir i detectar situacions de risc.
- Elaboració conjuntament del pla de treball de millora i avaluació del mateix.
- Assessorament i interconsulta entre professionals.
- Conèixer els àmbits d' actuació de cada professional(competències, límits...) I definir responsabilitats compartides

Els casos a treballar en xarxa han de ser casos que acompleixin els següents requisits:

- generin al professional una certa angoixa o neguit.
- Intervinguin de forma simultànea professionals de diferents àmbits i/o disciplines.
- Es preveu que tenim un marge de temps per dissenyar un pla de treball de millora.

Qualsevol professional de primera línia pot proposar un cas per ser treballat de forma conjunta a la comissió territorial. La proposta l'ha de fer arribar al referent de la xarxa que és l' encarregat d' iniciar el procés. Recopila la informació que des dels diferents serveis que intervenen és té i la posa en comú (existeix una fitxa comuna) per tal de poder després a la primera trobada elaborar una hipòtesis de treball inicial compartida i consensuada..

A partir d' aquesta primera hipòtesis és dissenya el pla de treball on cada professional és responsabilitza de portar a terme uns acords que a la propera trobada s'avaluen.

Si els resultats d' aquest pla de millora son positius el cas es dona per tancat a l' espai de la xarxa però si els resultats son negatius és decideix de forma conjunta la derivació a equips especialitzats

2- ASPECTES CLAU DE L'EXPERIÈNCIA

ELEMENTS POSITIUS:

- La figura d' un professional de referència que dinamitza la comissió territorial (convoca, recull la informació , la retorna..).
- Coneixement mutu del funcionament, capacitats, limitacions, dels agents socials de la zona que permet agilitzar en moltes ocasions tràmits i gestions que en altres ocasions es podrien fer eterns
- Documentació compartida de recollida de la informació inicial d'un cas, pla de treball conjunt, unificació o compartir d'objectius, actes de reunions...
- Flexibilitat de funcionament a les comissions territorials per tal poder adaptar-se a les necessitats i a la realitat de cada barri o situació a abordar..

3- ASPECTES QUE HAN DIFICULTAT EL TREBALL INTERDISCIPLINARI

ELEMENTS NEGATIUS O ERRORS

- Que els professionals utilitzin l' espai interdisciplinar com un lloc on dir-li a l'altre el que ha de fer no respectant el principi d' igualtat que és un principi bàsic per garantir la bona feina.
- Que els professionals no respectin el principi de corresponsabilitat i deleguin funcions o responsabilitats que els hi pertoca de forma directa. Manca d' implicació efectiva.

- No compartir la informació necessària per portar a terme el diagnòstic i el pla de treball conjunt. Llavors no és parteix d'una situació d'igualtat entre els professionals.
- Quan la comissió ja ha arribat a un nivell d'implicació i treball òptim, el canvi de professionals en la comissió que representa en moltes ocasions tornar a començar.....
- Hi ha ritmes de treball diferents en les diferents administracions implicades que fa prioritzar la urgència del dia a dia per sobre de l'abordatge global i reflexiu dels casos
- Dificultats en mantenir el ritme de treball un cop iniciat i creat l'espai.

4- QUINES PRESPECTIVES I/O CANVIS VEIEU EN LA SITUACIÓ ACTUAL PER LA MILLORA DEL TREBALL EN XARXA.

4- 1. Impulsar el ja format Consell general de la xarxa

Pensem que encara que hi hagin canvis de professionals la implicació es pot preservar amb la implicació política i directiva. El treball en xarxa ha de ser una filosofia de treball de l'entitat o institució no ha de dependrà dels professionals. El treball en xarxa implica un esforç i una dedicació important dels professionals i cal que sigui reconegut i valorat i potenciat pels diferents estaments

4- 2. Tornar a activar la Comissió tècnica local. Per tal de donar sortida a les inquietuds que puguin sorgir de formació, assessorament, etc en les comissions territorials..i també a aquest aspectes del funcionament quotidià de la xarxa que cal millorar.

4-3. Necessitat de rodatge de les comissions territorials que ens doni més pistes per saber si estem en el camí encertat



IV FORUM Interxarxes – Diputació de Barcelona

“Quins límits i quines possibilitats ofereix el treball en xarxa en l’atenció de casos?”

23 d’octubre de 2009

La construcción del caso en el trabajo en red

José R. Ubieta. Psicólogo clínico y psicoanalista. Coordinador del proyecto Interxarxes

En las prácticas asistenciales actuales partimos –como se destacó en las ponencias presentadas¹- *de la constatación de la complejidad*, la multicausación y las multiproblemáticas que convocan una corte de profesionales y servicios que trabajan “de forma parcial, fragmentada y a menudo descoordinadamente”, aliándose cada uno con el usuario al que atienden o con el problema al que enfocan”. Cuando esta situación se prolonga el riesgo, nos recuerdan, es el “de cronificarse en una repetición de crisis múltiples en la que los recursos utilizados no han mejorado la autonomía ni los procesos familiares.”

Este punto de partida: la complejidad, no es hoy el único. De hecho vemos como la corriente principal apunta más bien a la simplicidad como ideal de los modelos asistenciales. De hecho parece haber una coincidencia entre los expertos en que estamos asistiendo a una progresiva “sanitarización” de lo social que abarcaría todos los ámbitos, desde las hipótesis causales (diagnóstico), las predicciones (pronostico), las tareas asistenciales y sus técnicas, los modos de evaluación, el funcionamiento por programas,.. Quizás por ello vale la pena conocer con más detalle esa lógica médica que parece servir de referencia en las actuales políticas públicas de lo social. Que mejor forma que irnos a las fuentes mismas, allí donde se forjó el paradigma que hoy prevalece en la medicina moderna.

¹ Ver trabajos de Lourdes Aramburu, Eulàlia Bassedas y José Leal: www.interxarxes.net

Una breve historia sobre el origen de la medicina

Claude Bernard ha pasado a la historia del pensamiento no sólo por sus contribuciones a la fisiología, sino también por su intento de fundamentar la posibilidad misma de una medicina -y por extensión, de una biología- científicas. Una obra de referencia, a punto de cumplir 150 años, es su, *Introducción a la medicina experimental*² del año 1865.

“El fisiólogo no es una persona normal, es un científico, un hombre absorbido por la idea científica que persigue; él ya no oye los lloros de los animales, ya no ve la sangre que derraman, solamente ve su idea y los organismos que le esconden los problemas que él desea descubrir. No siente que está perpetrando una horrible carnicería; bajo la influencia de una idea científica él examina con placer el repugnante filamento nervioso y la carne lívida que a cualquier otra persona provocarían disgusto y horror...”

Claude Bernard, Introducción a la medicina experimental (1865)

Tenemos aquí ya una primera idea de la labor de un científico en la que no faltan alusiones a su posición subjetiva (placer) y al efecto que ello puede provocar en los otros (horror).

Ni la vida profesional de Claude Bernard ni su vida familiar fueron sencillas. En lo que afecta a su vida personal, Bernard se separó de su esposa en 1869, tras largos años de mutua incompreensión en los que su mujer llegó a fundar, junto a sus dos hijas, un asilo para perros y gatos con el que expresaba su oposición a la experimentación con animales. Además, el matrimonio hubo de afrontar la muerte prematura de uno de sus hijos. Desde el punto de vista profesional, la obra de Claude Bernard sólo fue reconocida por la comunidad académica a lo largo de los últimos veinte años de su vida.

Una de sus primeras constataciones fue el sorprendente descubrimiento de que la “materia inerte” y los “cuerpos vivos” no son la misma cosa. Escribió lo siguiente (página 145): *“La materia inerte no tiene espontaneidad en sí misma, carece de una diferencia individual, y por lo tanto uno puede estar seguro de los resultados obtenidos. Sin embargo, cuando tratamos con un ser vivo, la individualidad aporta un elemento de inquietante complejidad: más allá de las condiciones externas, es necesario considerar también las reacciones orgánicas intrínsecas, a las que doy el nombre de ‘medio interior’ (milieu intérieur)”*.

Hay todo un desarrollo de esta idea del medio interior y de su interacción con el medio. Bernard parte de la idea de que los organismos vivos se encuentran en constante interacción físico-química con el medio que les rodea. Esta interacción es bidireccional, y está orientada a un fin: la autoconservación de dicho organismo, y/o su interacción con otros para la conservación del todo. Dado que en los seres complejos esta interacción se sitúa a nivel celular, dicho medio debe ser denominado en ellos "medio interno" (el medio interno es, según este modelo, el líquido que baña las células). Los fenómenos vitales vienen soportados por procesos estrictamente físico-químicos. Cuando un agente físico-

² Bernard C. Introducción al estudio de la Medicina Experimental. Editorial Fontanella, Conducta Humana nº 26, Barcelona, 1976.

químico interacciona con una célula, ésta "produce" un efecto fisiológico que le es propio (segregar una hormona, contraerse, emitir una descarga eléctrica, dilatarse...), sin que el análisis científico de los fenómenos vitales pueda extenderse más allá.

Pero quedémonos con esta diferencia entre lo inerte, que asegura la veracidad de los resultados, y lo vivo que presenta una "inquietante complejidad".

De este modo, junto con su carta de ciudadanía como auténtica ciencia, Bernard impone a la biología unos límites claros: jamás podrá pronunciarse acerca de la esencia de la vida, si bien será capaz de elaborar leyes relativas a sus condiciones físico-químicas. La ciencia deberá renunciar a dar una respuesta a la vieja pregunta por el "qué" (qué es la vida), para limitarse a un positivista "ver para prever"³.

Es a finales del XIX cuando nace la medicina científica moderna, amparándose en la obra de Bernard. El sostenía la determinación de los fenómenos biológicos y la importancia de que el investigador encontrase la causa cierta, necesaria y suficiente. Rechazaba la estadística porque "sólo puede dar probabilidades, no certidumbres". Este modelo, determinista y monocausal, se consolidó con el descubrimiento de los agentes microbianos en la segunda mitad del Siglo XIX.

Después se comprobó el simplismo del modelo ya que si bien el agente microbiano es necesario, no es suficiente, hacen falta otros factores (sociales, fisiológicos, nutricios,..) los cuales no siempre tienen un valor exclusivamente biológico.

Constatar que hace falta más de un factor llevó al modelo multicausal o multifactorial: un factor será causa de enfermedad si en su presencia aumenta la posibilidad de enfermar o el riesgo. Por eso se habla de factor de riesgo más que de causa. Teniendo en cuenta además que los factores que deben estar presentes para constituir causa suficiente no son exclusivos de una única enfermedad.

Esta nueva complejidad que surge sólo es analizable mediante el razonamiento probabilístico: nace así el método epidemiológico que se impone como la nueva lógica médica: ya que la certidumbre no es alcanzable, sólo existe el conocimiento probable.

Y en eso estamos hoy: en la EBM (*Evidence Based Medicine*) que busca datos objetivos y pruebas de evidencia científica: las investigaciones habrán de ser validadas en un proceso llamado investigación clínica. Es, como decía Prigogine⁴, el final de las certezas.

³ Es más, es precisamente la presencia previa (Claude Bernard utilizará la expresión "a priori") de hipótesis en la mente del investigador lo que le permite observar y registrar hechos. Una mente sin hipótesis es, para Bernard, una mente ciega, incapaz de abrirse a la naturaleza. Bernard emplea a menudo la equívoca expresión "ideas a priori" para referirse a las hipótesis científicas. Con ello quiere poner de manifiesto que éstas no deben ser entendidas como un mero destilado de los hechos que nuestra mente se limita a recoger y a plasmar. El proceso de génesis de dichas hipótesis se debe, más bien, a la creatividad del científico que las elabora. Proceden de una cualidad psicológica a la que Bernard denomina sentimiento o corazón, si bien no pueden carecer de unos criterios mínimos de racionalidad.

⁴ Prigogine Y. The end of certainty : Time, chaos and the new laws of nature. The Free Press, New York, 1997.

La EBM⁵ –Medicina Basada en la Evidencia- nace en los años 90 como consecuencia de la crisis del conocimiento científico como fuente de certeza. Busca la evidencia para obtener el mejor tratamiento. A ella se contraponen la medicina centrada en el paciente en la que la participación del paciente en la toma de decisiones es crucial. Por tanto la única aproximación válida a la causa de la enfermedad es la probabilística.

Los modelos que se derivan de esta medicina científica son también diversos: el paternalista (por el paciente sin él), el informativo -contractual (aséptico), el interpretativo (ponerse en la piel del otro) y el deliberativo (incluye el diálogo).

Expertos en bioética como Marc A. Broggi⁶ señalan los límites de una EBM no inclusiva de todas las formas rigurosas de investigación, opinión experta y experiencia. La estadística puede fallar allí donde el sujeto vacila entre percepción, deseo, expectativa o aceptación. Broggi indica cómo procede verificar la interpretación (de los cuestionarios) antes de basarse en ella.

Que la investigación tenga pendiente de perfeccionar modos de aproximación a la subjetividad del paciente, no hace que por ello lo subjetivo esté menos presente en el proceso de enfermar ni en el de curar.

Una nueva legitimidad en la intervención social

Junto a esta referencia médico-sanitaria, las políticas sociales públicas beben de otra fuente privilegiada. Si tradicionalmente la atención se organizaba a partir de los imperativos morales derivados del discurso religioso-caritativo y luego de los principios democráticos y de solidaridad social, hoy ese modelo –que tenía al Estado como eje vertebrador- ha entrado en cuestión y asistimos a la generalización, con todos los matices y excepciones que podamos señalar, de un modelo asistencial, tanto en salud como en educación o atención social, que se funda en una nueva legitimidad: la satisfacción del usuario-cliente. Para ello se proponen nuevos modelos de gestión pública, procedentes en su mayor parte del ámbito empresarial.

En la tradición de la medicina, la docencia y el trabajo social, el juicio, la opinión y decisión del profesional era un activo fundamental. Él estaba investido de autoridad, se le suponía un saber y la clave de su eficacia estaba en los vínculos que él sostenía, a través de la palabra, con los pacientes, alumnos o familias que lo requerían.

La calidad de su trabajo, sus resultados, estaban pues indisociablemente ligados a su individualidad, lo cual no anulaba la dimensión colectiva –otros profesionales- ni tampoco

⁵ Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 1992 Nov 4;268(17):2420-5.

⁶ Broggi Trias M. "Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica" en *Medicina clínica*, ISSN 0025-7753, Vol. 121, Nº. 18, 2003, pags. 705-709

la institucional –organización de los cuidados- pero sí que situaba el centro, el foco asistencial en esa relación profesional-sujeto, a veces demasiado inefable y privada, sin transmisión posible. La continuidad de los cuidados se aseguraba por la perseverancia, los tiempos largos de permanencia en el mismo servicio y por un contexto social que aseguraba el refuerzo de esa posición singular de cada profesional. Era un lazo privilegiado que acompañaba a algunos sujetos una buena parte de su vida y que se transmitía, en ocasiones, a las siguientes generaciones con las que el médico, el maestro o la trabajadora social seguían en contacto.

Era una época en la que el tiempo y el espacio eran coordenadas básicas, fundamentales y por tanto con poca variabilidad. Nadie se avergonzaba ni ocultaba el hecho de que el profesional formase parte del caso, en tanto era parte del problema y de la solución. Ese estrecho vínculo aseguraba que lo que se definía como problema fuera variando de forma a medida que subsistía la relación, por el mero hecho de haberse abierto a la intervención de ese otro, profesional externo pero muy cercano. Los sentimientos de vergüenza, culpa, engaño, agradecimiento, a veces hostilidad, estaba incluidos en ese lazo. Era función del profesional manejarse con toda esa “contaminación” subjetiva, esa transferencia que no podía dejarle nunca indiferente y que a veces le sorprendía a horas inesperadas y en lugares alejados del despacho, como saben bien los educadores más antiguos.

Hoy tiempo y espacio se han virtualizado, son referentes mutables e instantáneos, cuantificables y tarificados acto por acto. Se busca deconstruirlos secuencia a secuencia para contabilizar el rendimiento y para descontaminarlos de toda injerencia subjetiva. Se persigue limpiarlos de todo desperdicio, de todo resto que no añada ningún plus de valor a la mercancía resultante. El famoso **método Lean**, que dio el éxito a la industria automovilística japonesa y que luego fue importado a la norteamericana y hoy sirve de base para la mejora de la gestión pública, aspira a crear sistemas de producción flexibles, ágiles y que sean capaces de responder a la demanda de los clientes. Consiste en eliminar cualquier despilfarro, todas aquellas actividades que no aportan valor añadido y cuyo origen es triple: el despilfarro la inestabilidad y la variabilidad de los procedimientos.

¿Cómo sabe una empresa o una institución asistencial si tiene problemas de productividad? El método Lean parte de un diagnóstico previo en el que destaca la “Understanding Consumer Value” que es la comprensión de lo que es valor para el cliente. Se realiza un mapa del flujo de valor que existe en la compañía y a partir de ahí se establece cómo deben hacerse las cosas y en qué secuencia. El foco se externaliza desplazándose hasta el consumidor final (usuario-cliente) que es quien decide lo que es importante y le aporta valor. Los dos grandes valores son la FLEXIBILIDAD y la capacidad de ADAPTACION con la finalidad de COMPETIR y responder a las NECESIDADES de PERSONALIZACION de los clientes, sea cual sea la complejidad de los productos.

Una vez resuelto el diagnóstico se trata de operar con esos principios: simplificar la tarea mediante protocolos generalizados y difusión de buenas prácticas que garanticen la reducción de la inestabilidad, la variabilidad y eliminen los desperdicios, restos que siempre embarazan a los profesionales y entorpecen los resultados.

Las intervenciones que hemos escuchado, en esta plenaria, nos advierten sobre las dificultades de un procedimiento de este estilo. Es verdad que no podemos mantener un estilo paternalista, centrado en el diálogo íntimo y privado del profesional con el sujeto, que hace de la mutabilidad del profesional una variable absoluta y deja poco margen de maniobra a la dimensión colectiva y a la rectificación de los impasses de ese lazo.

Pero ¿eso justifica el paso a un extremo donde la ventanilla única parece ser la única vía de relación con los usuarios? O ¿Dónde la relación entre los profesionales del *front office*, puerta de entrada de las demandas, y los del *back office* (planificadores y directivos) se base en una jerarquización excesiva, la reducción de intercambios recíprocos y una disminución de la valoración de una comunidad de trabajo? O ¿Dónde la decisión del profesional pase de ser la única clave a desaparecer, sustituida por una monitorización guiada excesivamente por las guías de práctica clínica o los decálogos y protocolos de buenas prácticas?

La conversación como estrategia de construcción del caso

Seguramente entre ese viejo modelo, heredado de prácticas filantrópicas y esta nueva gestión pública, importada del *business management*, hay otras vías de trabajo más acordes con la complejidad de lo que tenemos en juego. Modos que no renuncien a las nuevas tecnologías y a la necesidad de hacer transmisible las prácticas y sus resultados pero todo ello es compatible con mantener lo que es esencial en cualquier relación asistencial, clínica, educativa o social: la naturaleza ética de ese lazo que implica a las dos partes y que no es por tanto reducible a una cuestión de técnica. No hay técnica sin ética quiere decir que la calidad asistencial exige poner en juego las posiciones, los compromisos y el saber de todos los implicados, profesionales y demandantes⁷.

Para ello el trabajo en red es una oportunidad para restaurar la variable tiempo, favorecer la perspectiva global del abordaje del caso y sostener esa orientación del lazo ético irrenunciable.

Si aceptamos esta premisa de la implicación de cada uno concluiremos que la primera construcción del caso es la que hace el propio sujeto, él es el primero que se inventa una explicación para aquello que le ocurre. Explicación en la que suele escamotear, de entrada, su implicación en el enredo en que está metido, imputando al destino, a los padres o tutores, a la administración o a nosotros, la causa de todo eso. Ya el sólo hecho de explicárnoslo va introduciendo variaciones en ese relato que seguro, al cabo de un tiempo, ya no es el mismo. Captar ese progreso narrativo es una de las primeras tareas que tenemos y para ello la red puede ser una gran ayuda.

Una mujer puede quejarse de su madre que le impide progresar y con la que, sin embargo, está atrapada. Así se presenta, una joven paciente víctima de la sumisión materna. Cuando le señalamos alguna contradicción, ella empieza a admitir los beneficios

⁷ Ubieta, J. (2009) El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales". Barcelona: Gedisa

que le procura esa posición victimista, le evita p.e. tener que enfrentarse a una serie de elecciones profesionales, sexuales,..

Nuestro trabajo de construcción es pues una reinterpretación de los dichos del usuario, sin desmentirlos pero sin quedar encandilados con ese relato que nos ofrece y que para él mismo es su "verdad" más auténtica. A nosotros nos toca hacer las objeciones, señalar las contradicciones y las inconsistencias entre ese relato y lo que no va. Ese no saber, por parte del sujeto, no es una ignorancia de conocimientos, hay muchas formas de no saber: no querer saber, no querer extraer las consecuencias de lo que se sabe, no prestar atención a lo que pasa alrededor y a nuestros propios signos de alarma.

No nos podemos, pues, limitar a escuchar, debemos leer más allá, señalar en cada caso lo particular de esa situación, la forma singular en que cada uno obtiene la satisfacción y se recrea en ello. No todas las familias donde hay violencia, consumo de drogas, trastorno mental o precariedad económica responden de la misma manera, ni se posicionan igual frente a eso todos sus miembros. Lo que nos importan son las diferencias, los detalles de cada caso.

Esa construcción, por definición, es una construcción inacabada ya que las descripciones completas sólo sirven a la satisfacción del observador-amo y se identifican al fantasma del neurótico: "todo marcha". Nuestra posición de no-saberlo todo (que no es ausencia de saber) es necesaria para poder extraer del "saber acumulado" (el conjunto de relatos de sí mismo, versiones familiares, diagnósticos precios) un saber que todavía no es sabido. En ese sentido todo caso es una sorpresa por lo que tiene de no sabido y pendiente de advenir, la sorpresa, p.e., de las invenciones que ese sujeto o esa familia encontraran, como búsqueda propia y como reacción a nuestra intervención. Lo que percibimos del caso es siempre un episodio, un ciclo más o menos largo donde a la crisis inicial le sigue la demanda al servicio (s), una intervención y la posibilidad de una nueva homeostasis a la que inevitablemente seguirá otra crisis. No hay soluciones eternas, todas son caducas por definición. Esa provisionalidad no es signo de impotencia, indica que de un caso siempre hay algo no dicho, algo por venir y eso caerá siempre del lado del usuario. El decidirá que hace con eso que le pasa y con nuestras propuestas.

Por eso la continuidad de la red es fundamental para permitir esas modulaciones. Una familia marcada por el grave trastorno mental de la madre se encuentra atrincherada en casa, con escasa socialización y escolarización de los menores, con un padre atemorizado de sus propios temores y con una madre obsesionada por sus ideas delirantes. La red interviene desde hace más de 10 años, en diferentes etapas y con diversas estrategias. Un giro radical con internamiento de la madre envía un mensaje a ésta claro: hay que poner un límite al encierro familiar. De entrada parecen no escucharlo pero en un segundo tiempo, alcanza su objetivo y es la propia familia y la madre quienes alcanzan una solución que permite una cierta liberación para los menores y seguramente un alivio para la madre.

Ese trabajo de construcción del caso, en el marco de la red, no es secreto ni inefable. Se escribe, se exigen argumentos, precisión de los datos, se expone en público, se formaliza

por escrito, se invita a alguien de afuera a que lo comente. Todo ello constituye una serie de casos que es ya una forma de evaluación, importante y seguramente la más conforme a la naturaleza de nuestro trabajo.



IV FORUM Interxarxes – Diputació de Barcelona

“Quins límits i quines possibilitats ofereix el treball en xarxa en l’atenció de casos?”

23 d’octubre de 2009

RECOLLIDA TAUOLA 1

COM GESTIONAR LA DIVERSITAT I PLURALITAT DE PROFESSIONALS, DISCIPLINES I XARXES EN L’ATENCIÓ DELS CASOS : ALLÒ QUE DIEM INTERDISCIPLINARIETAT ?

1. DESCRIPCIÓ BREU DE LES EXPERIÈNCIES

- Marta Dot : INTERXARXES i CSMIJ Sant Rafael.
- Susana Brignoni : AULA de TROBADA FUNDACIÓ NOU BARRIS x SALUT MENTAL.
- Núria Serra : APLICACIÓ del PROTOCOL DE PREVENCIÓ I DETECCIÓ en L’ÀMBIT D’INFÀNCIA (0- 18), AJUNTAMENT DE CENTELLES.
- Dori Rascón : XARXA LOCAL D’INFÀNCIA. CREACIÓ DE LES COMISSIONS SOCIALS TERRITORIALS.

2. ASPECTES CLAU DE LA VOSTRA EXPERIÈNCIA QUE AFAVOREIXEN UNA PRAXI INTERDISCIPLINÀRIA.

Es fan aportacions en dues línies : **A** Què ens aporta la interdisciplinarietat / **B** Com afavorir-la :

A

(Marta Dot)

- Tenir més en compte l’entorn escolar, familiar i social de la persona.
- Major efectivitat i satisfacció dels professionals que es tradueix en les intervencions.
- El fet d’articular els sabers possibilita establir un vincle entre professionals que va més enllà de la coordinació i que permet consensuar criteris i objectius.
- Major adherència al tractament de les famílies.
- El coneixement mutu ajuda a regular les expectatives que tens dels altres.
- Aprenem a escoltar.
- Passar de ser un servei singular a ser un servei entre els altres.

B

(Marta Dot)

- La figura del referent ajuda a vertebrar, clarificar, a canalitzar la intervenció. Evita que ens dispersem.

(Susana Brignoni)

- El centre de la intervenció de l'Aula de Trobada és el fet de partir del que no sabem.
- No es fan classes magistrals si no que es parteix de les hipòtesis naturals dels professionals per a trobar noves respostes.
- La clau : intentar passar del 'no puc' al 'no sé' / passar de la resposta trobada a 'com intervenir-hi'.
- El fet d'acotar i delimitar millor el què ha de fer cadascú comporta un efecte d'alleugeriment. La coordinació en sí mateixa és interdisciplinària.

(Núria Serra)

- El fet de tenir un temps i un espai per a trobar-te.
- Tenir interlocutors claus a cada servei.
- Tenir clar quina és la línia de treball, política i tècnica.
- El treballar preventivament i des de la detecció afavoreix que la xarxa funcioni.

(Dori Rascón)

- Existència d'un referent que dinamitza, aglutina.
- Tenir un coneixement mutu dels límits, possibilitats i competències de cadascú.
- Compartir la documentació i la informació.
- La flexibilitat : adaptar la comissió a la realitat del barri permet un abordatge més efectiu.

3. ASPECTES QUE NO CONVÉ DESENVOLUPAR I/O DIFICULTATS EN AQUEST TREBALL INTERDISCIPLINARI

(Marta Dot)

- El volum de casos difícil d'assumir
- Les agendes, la logística.
- Les resistències dels professionals a canviar la seva manera de fer.
- El maneig de la informació –de vegades massa - que fa diluir els objectius de les actuacions.
- Quan la protocolarització és feixuga i complexa els processos s'enlenteixen.
- La immediatesa i la impulsivitat de l'actuació.

(Susana Brignoni)

- El fet que el malestar envaeixi la xarxa i aquesta passi a ser un lloc només de catarsi. Es tracta de transformar el malestar en una experiència de saber.
- Les rivalitats imaginàries en relació al saber que té cadascú. Llença la pregunta de si és possible transmetre un saber fer sense donar receptes.

(Núria Serra)

- El ritme de treball i la disponibilitat
- La llei de protecció de dades protegeix i limita també.
- La percepció de la urgència diferent que té cada professional.
- Dificultats en entendre que cada servei té el seu temps d'intervenció.
- L'acting out : ' fer, fer ... però el què ?'
- Les dificultats de derivar en el cas d'algunes famílies.
- La paperassa que hi implica i la sensació de que comporta molta feina.

(Dori Rascón)

- No respectar el principi d'igualtat, bé per l'ús de l'espai, per part d'alguns professionals, per dir-li a l'altre el que ha de fer, bé per que no s'assumeix la responsabilitat pròpia.
- No compartir la informació necessària pel treball conjunt.
- Els ritmes de feines.
- Dificultat de mantenir en el temps el ritme i intensitat del treball.
- Els canvis de professionals.

4. PERSPECTIVES I/O CANVIS EN LA SITUACIÓ ACTUAL PER LA CONTINUÏTAT I/O MILLORA D'AQUESTS DISPOSITIUS I DEL TREBALL EN XARXA.

(Marta Dot)

- Perfeccionar allò que ens funciona.

(Susana Brignoni)

- 'Continuar' és la meta.
- 'Obtener lugares en los que estemos como investigadoras que parten de una curiosidad llena de preguntas, y replantearnos las respuestas que tenemos'.
- Tenir noves mirades sobre els casos amb els que treballem.

(Núria Serra)

- Continuar aprenent sobre com treballar conjuntament
- Tenir la disponibilitat per continuar.

(Dori Rascón)

- Impulsar el consell general de la xarxa.
- Activar el que ja funciona.
- Tenir més temps de rodatge.