



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 (pronóstico), 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.