

Treball en xarxa i interdisciplinari (I)

L'atenció de casos en el treball en xarxa

José Ramón Ubieto Pardo

PID_00185367



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

| | |
|--|----|
| Introducció | 5 |
| Objectius | 8 |
| 1. L'atenció de casos en el treball en xarxa | 9 |
| 1.1. Fonaments teòrics de la construcció del cas | 9 |
| 1.1.1. Breu història sobre l'origen de la medicina | 10 |
| 1.1.2. Una legitimitat nova en la intervenció social | 15 |
| 1.1.3. Les estratègies professionals en la intervenció social | 18 |
| 1.1.4. Els beneficis del treball en xarxa | 23 |
| 2. El nostre mètode: la disciplina de la construcció del cas | 26 |
| 2.1. Per què cal un mètode per a la construcció del cas? | 27 |
| 2.2. Un mètode “contaminat” per la subjectivitat | 29 |
| 2.3. Produir col·lectivament un nou saber sobre el cas | 32 |
| 2.4. Les lleis del mètode (I): la repetició | 34 |
| 2.5. Les lleis del mètode (II): tenir en compte allò que és inconscient | 35 |
| 2.6. Les lleis del mètode (III): el vincle transferencial | 38 |
| 3. Procediments i eines en el treball en xarxa | 41 |
| 3.1. El treball en equip com a preliminar a tota intervenció possible | 41 |
| 3.2. La teoria dels cicles com a guia d'actuació | 43 |
| 3.3. Una “disciplina” com a suport de la construcció del cas | 45 |
| 3.4. La interdisciplinarietat com a paradigma | 47 |
| 3.5. La conversa com a principi rector | 50 |
| 3.5.1. Les reunions de l'equip del cas | 53 |
| 3.5.2. Seminari d'anàlisi de casos (SAC) | 57 |
| 3.5.3. La supervisió com a espai de construcció del cas | 60 |
| 3.6. Proposta de protocol per a la construcció del cas | 60 |
| 3.6.1. Criteris d'inclusió | 61 |
| 3.6.2. Mètode i fases d'actuació | 62 |
| 3.6.3. Criteris de tancament i avaluació | 68 |
| 4. Annexos | 73 |
| Resum | 78 |
| Glossari | 79 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| Bibliografia..... | 80 |
|--------------------------|-----------|

Introducció

L'atenció de casos en el treball en xarxa es basa en l'existència d'una conversa regular entre els diferents professionals que integren la xarxa. Aquesta conversa implica una comunitat d'experiència que es constitueix com un vincle social entre els serveis d'atenció social, educació i salut, a partir d'un territori comú i d'una realitat de treball compartida (infància en risc, violència de gènere, adolescències, etc.).

Perquè aquesta conversa sigui productiva, i no un simple bla, bla, bla, fa falta que es donin algunes condicions que constitueixen el que caracteritza el nostre "mètode" de treball. Una disciplina que vectoritzi la feina d'aquests professionals i permeti, d'aquesta manera, trobar una orientació conjunta, un requisit bàsic per a no perdre's en les derives i derivacions, tan freqüents en el sistema de la multiassistència, caracteritzat pel fet d'organitzar-se a partir de la resposta a una pregunta bàsica enfront d'un cas susceptible d'atenció: "Això em toca a mi?". A partir d'aquí, i seguint els protocols que hi ha, el professional atén o deriva el cas, sense implicar-se en la resta de serveis, buscant la màxima optimització dels recursos. Una il·lusió vana que la tossuda realitat desmenteix ja que aquesta realitat, que es vol evitar, retorna sempre rere la forma de reincidències, boicot terapèutic, falta d'adherència al tractament o fins i tot violència de l'usuari envers els professionals.

La proposta del treball en xarxa, i de la construcció del cas com l'element central d'aquest treball, s'organitza a partir d'una altra pregunta: "Com puc col·laborar en l'atenció del cas?". La pregunta mateixa ja inclou l'altre professional com a company o *partenaire* en aquest treball de col·laboració i exigeix, per tant, la recerca de consens i el compromís mutu, exigències que prenen la forma d'un supòsit ètic: participació i coresponsabilitat.

El segon supòsit, l'epistemològic, és el que emmarca la construcció del saber com el resultat d'una elaboració col·lectiva, no pas com una cosa que els professionals ja saben *a priori*, sense haver d'escoltar la família ni haver-se d'escoltar a ells mateixos. Implica rebutjar el saber com un tot ja constituït i suposar que l'altre sempre té alguna cosa a dir, sempre hi ha alguna cosa per arribar a aquest vincle transferencial que establím amb els subjectes i les famílies que atenem.

Aquesta conversa s'ha de fer, doncs, en el límit vacil·lant entre el que "ja és sabut" i el que "no és sabut", el que queda per construir. El lògic Charles S. Peirce parlava de l'abducció per a referir-se a certes zones de l'elaboració de saber en què no es pot operar sense la capacitat d'endevinar, ja que no pot funcionar cap aplicació mecànica del que ja és sabut (Hoffmann, 1998). Allà es necessita anticipació i no es pot deduir exactament, sinó que s'ha d'abduir,

inventar hipòtesis explicatives noves. Aquest endevinar es funda sobre el que Peirce anomena *el costum*, l'hàbit (el vincle social, el que s'ha sedimentat, el que ja és sabut).

El tercer supòsit del nostre mètode, el supòsit metodològic, ens assenyala la conversa com la modalitat específica d'articular aquests sabers diversos, procedents de disciplines diferents. Una manera que implica la interacció, i no solament el sumatori de dades. Allò que és real del nostre objecte d'atenció (fenòmens de violència, negligències parentals, fracassos i precarietats, etc.) no obeeix a una llei previsible, ni tampoc les persones amb les quals treballlem. Per a nosaltres, es tracta d'altres lleis en què el que és subjectiu, i les seves característiques pròpies, conformen una altra manera d'abordatge i un altre mètode ajustat a aquest objecte de treball. La conversa és una resposta a l'absurditat de l'acte, al fet obvi que això que és real no es revela sempre com a comprensible perquè no és mai lineal ni previsible. Més enllà del sentit i la significació que sempre busquem als comportaments humans, la realitat és que de vegades mostren l'absurditat de manera crua (suïcidis, conductes de risc extremes).

Les famílies, com la vida mateixa, són plenes de secrets i de sorpreses. El terme *cas* mateix procedeix de *casus*, que és una cosa que cau per sorpresa, de manera desafortunada, com una contingència. Ignorar aquesta dada és signe d'un rebuig a allò que és més propi i íntim de l'ésser humà. Per això quan trobem, en alguns professionals, resistències a conversar podem suposar que es tracta de resistències a aquella realitat en joc. Quan no hi ha conversa tenim una altra cosa; tenim la negociació, en què ja no es tracta de construir un cas sinó de salvaguardar l'estatut i els privilegis de cadascú. L'opció és clara: és una cosa o l'altra.

L'alternativa a la construcció del cas és la ritualització de la intervenció, mitjançant l'abús dels protocols. És una pràctica dominant que va en el sentit de la repetició, sense lloc per a la sorpresa i la invenció, que ens fa tornar sempre al mateix punt de desacord, en lloc de prendre les regnes del cas. El culte a l'estàndard de la pràctica monitorada va contra tot allò que constitueix el nostre principal actiu com a professionals: el nostre judici i la nostra valoració crítica. El judici és sempre un art i no pas l'aplicació automàtica de la teoria; per això implica riscos. Entre allò que és universal (totes les famílies funcionen igual) i el cas particular, s'hi ha d'incloure l'acte de jutjar, que no és universalitzable ni automatitzable. La construcció del cas és precisament un mètode per a sostenir aquest acte de jutjar, al qual no ha de renunciar mai cap professional (educador, metge, treballador social), sota pena de tornar-se vulnerable a qualsevol altre judici decisor, sia de l'usuari o de les directrius administratives.

En el treball en xarxa, tot cas s'hauria de construir, doncs, a la manera de *Las Meninas*. Com Velázquez en el quadre, els professionals es retraten allà mateix perquè formen part del quadre. L'educador social, a diferència de

l'experimentador al seu laboratori, no és un personatge extern ja que pertany de ple a l'experiència. La "contaminació" subjectiva està assegurada perquè el vincle transferencial que estableix un educador social amb les persones a les quals atén no és asèptic ni neutral, sinó que és un vincle de compromís en què l'educador posa el seu saber teòric, les seves competències i obligacions legals i sobretot la seva implicació personal com a element clau en la gènesi de la confiança i de la seva autoritat professional.

El mètode, que hem descrit i analitzat aquí, i també els casos exposats deu molt a l'experiència del projecte Interxarxes, en el qual, des que va començar ara fa onze anys, participem en el districte d'Horta-Guinardó (Barcelona). Hi participen un bon nombre de professionals i serveis de salut, educació i atenció social, entre els quals hi ha una àmplia representació d'educadors socials.

Els seus ensenyaments ens han permès extreure l'essencial d'aquesta experiència i plantejar així les línies de força d'un mètode, inacabat, que progressa pas a pas sostenint una conversa interdisciplinària.

Objectius

Havent acabat l'estudi d'aquest mòdul, les activitats complementàries i la lectura i discussió dels articles recomanats i de la bibliografia bàsica, l'estudiant ha de ser capaç del següent:

- 1.** Conèixer i analitzar de manera crítica les raons que justifiquen l'elecció del mètode de treball en xarxa en el context social actual en què es produeix l'acció professional.
- 2.** Establir de manera precisa i rigorosa les característiques bàsiques del mètode de la construcció del cas i les lleis en què es fonamenta aquest mètode.
- 3.** Fer-se una idea detallada dels diferents espais de construcció del cas i distingir les possibilitats de cadascun.
- 4.** Ser capaç d'ordenar les dades d'un cas seguint la lògica de la construcció que té i les variables bàsiques que s'han de tenir en compte.
- 5.** Posicionar-se professionalment, com a educador social, en el vincle educatiu amb els subjectes i les famílies prenent com a referència els principis ètics de la participació i la coresponsabilitat.

1. L'atenció de casos en el treball en xarxa

1.1. Fonaments teòrics de la construcció del cas

Una crítica freqüent a la feina dels professionals de la intervenció social és la falta de mètode que tenen o, en cas de tenir-ne, l'absència de tot rigor científic. Són considerats, a vegades, com a operadors "poc professionals" que requereixen la tutela d'altres disciplines més exigents i més metòdiques. Aquesta "avaluació", com passa sempre, parteix d'una comparació entre les ciències humanes o conjeturals i les ciències exactes o dures. La paradoxa és que aquesta comparació no sol sorgir de les files dels científics, ocupats en les seves recerques, sinó de la d'estudiosos o professionals de les ciències socials mateixes que miren de legitimar la seva condició emparant-se en el mètode científic, com si fos exportable a qualsevol àmbit.

El cert és que una ciència es defineix per l'objecte que la constitueix, i així com hi ha ciències físiques que el tenen molt ben definit, d'una manera precisa i limitada, n'hi ha d'altres, com les ciències socials i humanes, que, per la naturalesa mateixa del seu objecte (persones, societat), no poden aconseguir aquest rigor. Com veurem més endavant, hi ha objectes d'estudi que són susceptibles de predicció (objectes de la física), però n'hi ha d'altres (comportament humà) que difícilment es poden predir sobre la base de lleis fixes (Peteiro, 2010).

Aquesta incertesa sobre l'evolució d'aquests objectes "estranyos", com la societat o les vides humanes, ha estat un factor de desassossec per a molts i una temptació de reduccionisme per a d'altres. Un anhel de reduir la complexitat de l'ésser humà i de les seves formacions socials i culturals a codis simples i automatitzables. La primera disciplina que ho va intentar va ser la medicina, que, com que s'ocupava de la vida, va mirar de fer de la vida una cosa universal i regida per característiques fixes i comunes. Va néixer així la medicina moderna, que, per a alguns, és una ciència del mateix nivell que les ciències físiques. La realitat, no obstant això, és que la vida és una cosa local i contingent, la definició mateixa de la qual és un enigma per als biòlegs. No hi ha ningú que pugui afirmar o negar que n'hi hagi en altres planetes, ja que les seves formes poden ser molt variables i no se sotmeten a un patró universal.

Aquestes limitacions de la medicina i de les ciències de la salut no han impedit que avui hi hagi una coincidència entre els experts segons la qual assistim a una progressiva "sanitarització" social que abraça tots els àmbits, començant per la manera en què s'estableixen les hipòtesis causals dels fenòmens que formen part del camp social, en què els termes (diagnòstic) o els instruments de valoració són importats del camp sanitari. Passa el mateix amb l'afany de trobar prediccions que facilitin el pronòstic evolutiu dels casos atesos, o la matei-

xa definició i configuració de les tasques assistencials i les tècniques d'aquestes tasques. Un nou model d'atenció social, implantat en els serveis socials bàsics de l'Ajuntament de Barcelona, ja parla d'"episodis" per a definir la intervenció que fan els treballadors socials a partir d'una demanda de la família.

Podem dir el mateix de les maneres d'avaluació i el creixent funcionament per programes específics (educadors de carrer, atenció a dones maltractades, entrenament en habilitats socials per a persones vulnerables, etc.). La majoria d'aquests programes, si no tots, segueixen les pautes dels programes de salut pública, dissenyats per a prevenció de malalties –salut bucodental (com ara prevenció de càries), prevenció de consums tòxics, hàbits saludables, etc.

Potser per això val la pena conèixer amb més detall aquesta lògica sanitària que sembla que serveix de referència en les actuals polítiques públiques socials. Per a això no hi ha res millor que anar a les fonts mateixes, allà on es va forjar el paradigma que avui preval en la medicina moderna.

1.1.1. Breu història sobre l'origen de la medicina

Claude Bernard (1813-1887), fisiòleg francès, ha passat a la història del pensament no solament per les seves contribucions a la fisiologia, sinó també pel seu intent de fonamentar la possibilitat mateixa d'una medicina –i per extensió, d'una biologia– científica. Una obra de referència, a punt de fer cent cinquanta anys, és la seva *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*, de 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..."

(Bernard, 1865/1976).

En aquesta citació ja hi tenim una primera idea de la feina d'un científic, en la qual no falten al·lusions a la posició subjectiva que té: l'obtenció d'un plaer i, alhora, l'efecte d'horror que pot provocar això en els altres. De fet, sabem que ni la vida professional de Bernard ni la vida familiar van ser senzilles. Pel que fa a la vida personal, Bernard es va separar de la seva esposa el 1869, després de llargs anys de mútua incomprensió en què la seva dona va arribar a fundar, al costat de les seves dues filles, un asil per a gossos i gats amb el qual expressava la seva oposició a l'experimentació amb animals. A més, el matrimoni va haver de sobreviure a la mort prematura d'un dels fills. Des del punt de vista professional, l'obra de Bernard només va ser reconeguda per la comunitat acadèmica al llarg dels últims vint anys de la seva vida.

Una de les seves primeres constatacions va ser el sorprenent descobriment que la **matèria inerta** i els **cosos vius** no són la mateixa cosa. Va escriure el següent:

“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*].”

(Bernard, p. 45).

Bernard (1976) va fer tota una elaboració d'aquesta idea del medi interior i de la seva interacció amb el medi; quedem-nos, però, amb aquesta diferència entre el que és inert, que assegura la veracitat dels resultats, i el que és viu, que presenta una “inquietant complexitat”.

Interacció amb el medi

Bernard parteix de la idea que els organismes vius es troben en una interacció fisicoquímica constant amb el medi que els envolta. Aquesta interacció és bidireccional, i està orientada a un fi: l'autoconservació d'aquest organisme, o la seva interacció amb d'altres per a la conservació del tot. Com que en els éssers complexos aquesta interacció se situa a escala cel·lular, aquest medi ha de ser anomenat en aquests éssers *medi intern* (el medi intern és, segons aquest model, el líquid que banya les cèl·lules). Els fenòmens vitals funcionen per processos estrictament fisicoquímics. Quan un agent fisicoquímic interacciona amb una cèl·lula, aquesta cèl·lula “produceix” un efecte fisiològic que li és propi (segregar una hormona, contreure's, emetre una descàrrega elèctrica, dilatar-se, etc.), sense que l'anàlisi científica dels fenòmens vitals es pugui estendre més enllà d'això.

D'aquesta manera, juntament amb la seva carta de ciutadania com a autèntica ciència, Bernard imposa a la biologia uns límits clars: no s'ha de pronunciar mai sobre l'essència de la vida, si bé ha de ser capaç d'elaborar lleis relatives a les seves condicions fisicoquímiques. La ciència ha de renunciar a donar una resposta a la vella pregunta del “què” (què és la vida?), per a limitar-se a un positivista “veure per a preveure”.

És precisament la presència prèvia (Bernard utilitzarà l'expressió *a priori*) d'hipòtesi en la ment de l'investigador el que li permet observar i registrar fets. Una ment sense hipòtesi és, per a Bernard, una ment cega, incapaç d'obrir-se a la naturalesa. Bernard fa servir sovint l'equívoca expressió **idees a priori** per a referir-se a les hipòtesis científiques. D'aquesta manera vol posar de manifest que aquestes hipòtesis no s'han d'entendre com una mera destil·lació dels fets que la nostra ment es limita a recollir i a plasmar. El procés de gènesi d'aquestes hipòtesis es deu, més aviat, a la creativitat del científic que les elabora. Procedeixen d'una qualitat psicològica que Bernard anomena *sentiment* o *cor*, si bé han de tenir uns criteris mínims de racionalitat.

Retinguem aquesta idea, que desenvoluparem àmpliament en el mòdul, sobre la **necessitat de ser proactius** i inventius a l'hora d'elaborar hipòtesis que ens ajudin en la construcció del cas, ja que, com diu Bernard, no es tracta d'una mera recollida de dades.

A la fi del segle XIX neix la medicina científica moderna, emparant-se en l'obra de Bernard, que sostenia la determinació dels fenòmens biològics i la importància que l'investigador trobés la causa certa, necessària i suficient. Rebutja la estadística perquè "només pot donar probabilitats, no certituds". Aquest model, determinista i monocausal, es va consolidar amb el descobriment dels agents microbians en la segona meitat del segle XIX.

Després es va comprovar el simplisme del model, ja que si bé l'agent microbià és necessari no és suficient, i fan falta altres factors (socials, fisiològics, nutrics, etc.), que no tenen sempre un valor exclusivament biològic.

Constatar que fa falta més d'un factor va portar al model multicausal o multifactorial: un factor és causa de malaltia si en presència d'aquest factor augmenta la possibilitat d'emmalaltir o el risc de fer-ho. Per això es parla de **factor de risc** més que no pas de causa. A més, s'ha de tenir en compte que els factors que han de ser presents per a constituir causa suficient no són exclusius d'una única malaltia. Aquesta idea de *factor de risc*, derivada de la medicina, és un dels conceptes més utilitzats actualment en la intervenció social.

Aquesta nova complexitat que sorgeix només és analitzable mitjançant el raonament probabilístic. Neix així el mètode epidemiològic, que s'imposa com la nova lògica mèdica: com que la certitud no és assolible, només hi ha el **coneixement probable**. Per tant, l'únic acostament vàlid a la causa de la malaltia és la **probabilística**.

I en això estem avui, en la **medicina basada en l'evidència** (MBE) o *evidence-based medicine*, que busca dades objectives i proves d'evidència científica. Per això, les recerques s'han de validar en un procés anomenat **recerca clínica**. És, com deia Prigogine (1997), el final de les certeses.

L'MBE neix en els anys noranta com a conseqüència de la crisi del coneixement científic com a font de certesa. Busca l'evidència per a obtenir el millor tractament. S'hi contraposa la medicina centrada en el pacient, en la qual la participació del pacient en la presa de decisions és crucial.

Els models que deriven d'aquesta medicina científica són diversos també: el paternalista (tot pel pacient, però sense el pacient), l'informatiu contractual (model que es proposa asèptic), l'interpretatiu (mira de posar-se en la pell de l'altre) i el deliberatiu (inclou el diàleg amb el pacient).

El fet que la recerca tingui pendent perfeccionar maneres d'acostament a la subjectivitat del pacient no fa que allò que és subjectiu sigui menys present en el procés d'emmalaltir ni en el de curar.

Límits d'una MBE

Hi ha experts com Marc A. Broggi (2003) que assenyalen els límits d'una MBE no inclusiva de totes les formes rigoreses de recerca, opinió experta i experiència. L'estadística pot fallar allà on el subjecte vacil·la entre percepció, voluntat, expectativa o acceptació. Broggi indica com s'ha de verificar la interpretació (dels qüestionaris) abans de basar-s'hi.

El desplaçament, en el títol mateix (MBE), de “prova” a “evidència” no és, doncs, innocent, sinó que suggereix certesa on només hi ha probabilitat. La Reial Acadèmia Espanyola (RAE) defineix *evidència* com a:

“Certeza clara, manifiesta y tan perceptible, que nadie puede racionalmente dudar de ella.”

(DRAE).

En canvi, *prova*, que admet més de vint significats diferents, té un ús referit a un grau molt més baix de certesa:

“[I]ndicios, signos, datos, pruebas, hechos indicativos o datos sugestivos.”

(Ubieto, 2010).

Podem parlar de certesa avui, i per tant d'evidència, per a referir-nos a l'àmbit de la subjectivitat en qualsevol de les seves manifestacions, patològiques o no? Fins i tot és objecte de la ciència la “veritat” o és la versemblança de les explicacions que donem sobre la realitat?

La influència generalitzada d'aquesta ambició científica, procedent de la medicina, es fa cada vegada més present en l'àmbit de la intervenció social i en els camps educatius i de la salut mental. És una ambició que es presenta com un alliberament del *religare* d'allò que és antic i, en nom del poder de la ciència, exorcitza els lligams i contaminacions dels vells procediments que implicaven una “confusió” entre subjecte i objecte. La paradoxa és que aquesta ciència abusiva, o sia el cientisme, acaba donant forma sòlida a una nova religió pel caràcter holístic que té.

1845

L'origen d'aquesta ambició de colonitzar el món a partir de la perspectiva científica és antic i implica el mateix desenvolupament de disciplines com la psicologia. 1845 és una data clau en què bull el debat entre els defensors de la ciència com a “única notícia” i els qui la consideren compatible amb la poètica. Un escriptor com Poe va prendre posició en la discussió, tal com llegim en la seva famosa obra *La carta robada*, publicada el 1845: “Les matemàtiques constitueixen la ciència de la forma i la quantitat; el raonament matemàtic és simplement la lògica aplicada a l'observació de la forma i la quantitat. El gran error està a suposar que fins i tot les veritats del que es denomina *àlgebra pura* constitueixen veritats abstractes o generals. I aquest error és tan enorme que em sobta que s'hagi acceptat universalment. Els axiomes matemàtics no són axiomes de validesa general. El que és cert de la relació (d'una forma i la quantitat) sovint resulta erroni aplicat, per exemple, a la moral. [...] Hi ha moltes altres veritats matemàtiques que només ho són dins dels límits de la relació. Però el matemàtic, portat pel costum, argüeix, basant-se en les seves veritats finites, com si tinguessin una aplicació general, cosa que d'altra banda la gent accepta i creu. Per als algebristes, que són realment pagans, les «faules paganes» constitueixen matèria de credulitat, i les inferències que en treuen no neixen d'un descuit de la memòria sinó d'un inexplicable remolliment mental”.

Aquell mateix any es va publicar *Kosmos*, l'obra del naturalista Von Humboldt, símbol d'aquesta oposició ciència-poesia en la qual Humboldt prendria partit per la ciència global. Avui, al cap d'un segle i mig, aquesta discussió prosse-

gueix, encara que per altres mitjans. Allò que al començament es presentava com un debat epistèmic de conseqüències més limitades, avui aspira a fer-se real pel poder de transformació que implica la tècnica.

La nova figura del progrés que ha implicat l'aparició en el món de la programació informàtica i les tecnologies avançades d'aquesta programació generen el que l'assagista francès Étienne de la Boétie va batejar el 1548 com una **servitud voluntària** per a explicar així l'obediència, més semblant a la servitud de l'"esclau", que els homes lliures prestaven als tirans. Avui aquesta obediència la prestem, no a l'amo tradicional, sinó a una nova figura del poder, de la qual podem destacar l'acefàlia (sense cap ni referència personal) com a tret principal.

Aquesta nova figura de l'amo basa l'eficàcia a aconseguir més obediència sense que el subjecte se n'adoni, ja que l'experimenta com un alliberament. Es presenta com una servitud disfressada d'alliberament definitiu de velles creences i teories obsoletes que constrenyen la llibertat individual.

Exemple de servitud voluntària a les noves tecnologies

L'exemple més clar el tenim en la dependència que generen els mòbils i tot el que està relacionat amb les connexions (Internet, videojocs). El terme *blackberry* mateix, icona d'una generació jove que se sent lliure pel fet de connectar-se en un món global, amaga l'origen d'aquesta paraula: una fruita (la móra) freqüent al sud dels Estats Units i que va servir de nom a la bola de ferro amb la qual lligaven els esclaus negres en les plantacions de cotó. Avui, els executius i els polítics estan "lligats" als seus Blackberry, que els regalen per exercir sobre aquests subjectes un control més gran sense que percebin aquesta servitud, la qual, no obstant això, consenten.

L'ambició científica, present en el camp social i en el camp psi- aspira també a "programar" el subjecte mitjançant les tècniques actuals de **gestió del cas** o *case management*, molt recolzades en la idolatria digital. La paradoxa, com assenyalàvem abans, és que allò que és reprimit, en aquest cas la singularitat de cada subjecte no programable, retorna com a reincidència, queixa, boicot a les propostes.

Una mostra recent ens l'ofereix l'article publicat per la prestigiosa revista britànica *Public Library of Science* (PLOS) "The impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview", que desmunta d'un cop de ploma la creença que l'aplicació de les tecnologies electròniques a la salut (salut electrònica), concretades en la informatització dels dossiers mèdics, porti cap benefici a la millora de la salut dels pacients, malgrat les inversions milionàries, o a la salut financera de les institucions que les utilitzen. Les conclusions no indiquen cap dubte: no hi ha cap evidència que justifiqui aquests recursos, i en canvi hi ha riscos provats.

Es presenta, doncs, una servitud nova, també per a l'educador social, que, com assenyalen els autors respecte a la relació metge-pacient, implica, a més, "la intrusió d'una tercera persona en la consulta que altera negativament el vincle de clínica-pacient". És una realitat creixent que els professionals de la inter-

Exemples de riscos provats

Uns exemples d'aquests riscos són la inseguretat de dades, la confusió dels diagnòstics, els errors en la prescripció, la disminució del contacte clínica-pacient, i l'augment considerable de les tasques burocràtiques i de les despeses administratives.

venció social passen cada vegada més hores dedicades a emplenar qüestionaris, estadístiques i protocols d'avaluació i que això limita el seu vincle amb el subjecte atès.

Anomenem *cientista* aquesta ambició perquè està molt allunyada del rigor de la ciència, encara que parli en nom seu. Malgrat que el cientisme ens pretén convèncer que les coses són simples i molt precises de calcular, tot apunta al fet que les tendències actuals de la ciència condueixen més aviat a conceptes “tous”: la incertesa i la indecidibilitat a partir de les aportacions de Heisenberg sobre les relacions d'incertesa, en les quals afirma que la precisió amb què es pot mesurar simultàniament la posició i velocitat d'un element material és necessàriament inferior a cert llindar. O a partir de les afirmacions del mateix Gödel, que planteja que tota teoria, per més rica que en sigui l'axiomàtica, condueix necessàriament a proposicions “indecidibles”: no es pot demostrar ni que siguin vertaderes ni que siguin falses. Ocorre el mateix en les recerques serioses sobre genètica o neurociències (Peteiro, 2010).

Avui ja es parla de neurociències aplicades a l'àmbit social que interpretarien i explicarien qualsevol comportament col·lectiu a partir de localitzacions cerebrals sense que els subjectes afectats o la societat mateixa tinguessin cap responsabilitat en aquests fets (Pérez Álvarez, 2011).

Aquests forats en el saber científic, que els xerraires pseudocientífics miren de tapar, no paren de recordar-nos que tot discurs, entre els quals hi ha el científic, és sempre una ficció, en el sentit del filòsof Bentham (2005). Una ficció no vol dir una il·lusió, sinó aquella creativitat a què es referia Bernard mateix que té un caràcter operatiu. És indubtable que amb les fórmules i el discurs de la ciència es construeixen ponts, es curen vides humanes i es posen satèl·lits en circulació.

Aquesta “ficció” científica mira de reduir allò que és real a partir d'hipòtesis plantejades per l'investigador. La qüestió és saber si aquest real de la ciència (aquest que podem calcular amb certa precisió) és el mateix real amb què els professionals de l'atenció a les persones (educadors, metges, treballadors socials) ens les hem d'haver en la feina diària.

Exemples de comportaments col·lectius

Uns exemples d'això són invertir en borsa, la violència als estadis i la precarietat social.

1.1.2. Una legitimitat nova en la intervenció social

Aquesta legitimitat nova que es pretén científica, i importada de la medicina, desbanca el fonament tradicional de l'atenció social, que s'organitzava a partir dels imperatius morals derivats del discurs religiós i caritatiu i després dels principis democràtics i de solidaritat social. Avui aquest model –que tenia l'estat com a eix vertebrador– ha començat a posar-se en qüestió i assistim a la generalització, amb tots els matisos i excepcions que puguem assenyalar, d'un model assistencial, tant en salut com en educació o atenció social, que

es funda en una legitimitat nova: la satisfacció de l'usuari-client. Per a aconseguir-ho, es proposen nous models de gestió pública, procedents, la majoria, de l'àmbit empresarial.

En la tradició de la medicina, la docència i el treball social, el judici, l'opinió i decisió del professional era un actiu fonamental. Aquest professional estava investit d'autoritat, se li suposava un saber i la clau de la seva eficàcia estava en els vincles que sostenia, per mitjà de la paraula, amb els pacients, alumnes o famílies que ho requerien.

La qualitat del seu treball, els seus resultats, estaven, doncs, indissociablement lligats a la seva individualitat, cosa que no anul·lava la dimensió col·lectiva –altres professionals– ni tampoc la institucional –organització de les cures–, però sí que situava el centre, el focus assistencial, en aquesta relació professional-subjecte, de vegades massa inefable i privada, sense transmissió possible. La continuïtat de les cures s'assegurava per la perseverança, els temps llargs de permanència en el mateix servei i per un context social que assegurava el reforç d'aquesta posició singular de cada professional. Era un lligam privilegiat que acompanyava alguns subjectes una bona part de la seva vida i que es transmetia, de vegades, a les generacions següents, amb les quals el metge, el mestre o la treballadora social continuaven en contacte.

Era una època en què el temps i l'espai eren coordenades bàsiques, fonamentals, i per tant, amb poca variabilitat. Ningú no s'averkonyia del fet que el professional formés part del cas, ni se n'amagava, en tant que era part del problema i de la solució. Aquest estret vincle assegurava que el que es definia com a problema variés de forma a mesura que subsistia la relació, pel mer fet d'haver-se obert a la intervenció d'aquest altre, professional extern però molt pròxim. Els sentiments de vergonya, culpa, engany, agraïment, de vegades hostilitat, estaven inclosos en aquest lligam. Era funció del professional manejar-se amb tota aquesta "contaminació" subjectiva, aquesta transferència que no el podia deixar mai indiferent i que de vegades el sorprenia a hores inesperades i en llocs allunyats del despatx, com saben bé els educadors més antics.

Avui, temps i espai s'han virtualitzat, són referents mutables i instantanis, quantificables i tarifats acte per acte. Es busca desconstruir-los seqüència a seqüència per a comptabilitzar el rendiment i per a descontaminar-los de tota ingerència subjectiva. Es persegueix netejar-los de tot desaprofitament, de tota resta que no afegeixi cap plus de valor a la mercaderia resultant. El famós **mètode Lean**, que va donar l'èxit a la indústria automobilística japonesa i que després es va importar a la nord-americana i avui serveix de base per a la millora de la gestió pública, aspira a crear sistemes de producció flexibles, àgils i que siguin capaços de respondre a la demanda dels clients. Consisteix a eliminar qualsevol malbaratament, totes les activitats que no aportin valor afegit i l'origen de les quals sigui triple: el malbaratament, la inestabilitat i la variabilitat dels procediments.

Com sap si té problemes de productivitat una empresa o una institució assistencial? El mètode Lean parteix d'un diagnòstic previ en què destaca la **understanding consumer value**, que és la comprensió del que és un valor per al client. Es fa un mapa del flux de valor que hi ha a la companyia i a partir d'aquí s'estableix com s'han de fer les coses i en quina seqüència. El focus s'externalitza desplaçant-se fins al consumidor final (usuari-client), que és qui decideix el que és important i li aporta valor. Els dos grans valors són la **flexibilitat** i la capacitat d'**adaptació** amb la finalitat de **competir** i respondre a les **necessitats de personalització** dels clients, amb independència de la complexitat dels productes.

Una vegada resolt el diagnòstic, es tracta d'operar amb aquests principis: simplificar la tasca mitjançant protocols generalitzats i difusió de bones pràctiques que garanteixin la reducció de la inestabilitat i la variabilitat i eliminin els desaprofitaments, restes que sempre dificulten la feina als professionals i entorpeixen els resultats.

Els models assistencials actuals, en què l'educador social té un paper rellevant, ens mostren les dificultats d'un procediment d'aquest estil aplicat a la intervenció social. És veritat que avui ja no podem mantenir un estil paternalista, centrat en el diàleg íntim i privat del professional amb el subjecte. No ho podem fer pel nostre concepte de la responsabilitat del subjecte, que ens allunya de qualsevol veritat paternalista, i perquè aquesta "dependència" tan estreta del professional abandona el subjecte a la seva mercè i deixa poc marge de maniobra a la dimensió col·lectiva i a la rectificació dels passos d'aquest lligam.

Justifica, això, però, el pas a un extrem en què la decisió del professional passa de ser l'única clau que ha de desaparèixer, substituïda per un monitoratge guiat excessivament per les guies de pràctica clínica o els decàlegs i protocols de bones pràctiques?

Segurament, entre aquest vell model, heretat de pràctiques filantròpiques, i aquesta nova gestió pública, importada de la gestió empresarial o *business management*, hi ha altres vies de treball més concordes a la complexitat del que tenim en joc. Maneres que no renunciïn a les noves tecnologies i a la necessitat de fer transmissibles les pràctiques i els resultats d'aquestes pràctiques però que siguin compatibles amb mantenir el que és essencial en qualsevol relació assistencial, clínica, educativa o social: la naturalesa ètica d'aquest lligam que implica les dues parts i que no és, per tant, reduïble a una qüestió de tècnica. Que no hi ha tècnica sense ètica vol dir que la qualitat assistencial exigeix posar en joc les posicions, els compromisos i el saber de tots els qui hi estan implicats, professionals i demandants.

Per a aconseguir-ho, el treball en xarxa és una oportunitat per a restaurar la variable temps, afavorir la perspectiva global de l'abordatge del cas i sostenir aquesta orientació del lligam ètic irrenunciable.

1.1.3. Les estratègies professionals en la intervenció social

El treball en xarxa, i les pràctiques de col·laboració en general, no es produeix mai fora d'un context determinat, marcat pels condicionaments institucionals i històrics que té. El marc institucional que defineix les estratègies professionals en la intervenció social és també el marc que delimita les possibilitats del treball en xarxa, ja que aquest treball no és sinó una d'aquestes estratègies. Per això convé tenir molt present aquell marc per a pensar les possibilitats i els límits que té a cada moment històric de les polítiques públiques socials.

Preguntar-se avui sobre les estratègies professionals en la intervenció social és preguntar-se sobre el procés de degradació del rol dels professionals de l'àmbit, que es va veient des de fa uns quants anys. Una degradació que es manifesta, sobretot, en una progressiva i inexorable desideologització de la seva funció. De vegades, com és el cas de l'atenció domiciliària i altres serveis externalitzats, s'associa també a una precarietat laboral.

Parlar de desideologització vol dir parlar de pèrdua de pensament crític, d'idees, de projectes innovadors, de debats continuats, d'un compromís cívic, en definitiva. Perdre la ideologia és perdre el sentit de la finalitat de la intervenció, no saber per què fem el que fem i substituir aquesta pregunta per un *com*, al qual les fórmules molt protocol·litzades vénen en la nostra ajuda. Per descomptat, perdre la capacitat autocrítica és tornar-se vulnerable i dependent d'altres criteris.

Tot això és ben compatible amb l'exercici del rol actual i amb les expectatives que es tenen sobre aquest rol: un professional expert en la gestió social, coneixedor de les noves aplicacions de tramitació informàtica i dotat de certa polivalència i flexibilitat pel que fa als encàrrecs que ha de fer, la majoria dels quals són de caràcter individual.

Massa gestió mata el camp social

Títol d'un excel·lent treball de Michel Chauvière (*Trop de gestion tue li social*), podria ser el resum d'aquest procés que comença a principis dels noranta i del qual assistim, ara, a la consolidació com a nou paradigma de les polítiques públiques en salut, educació i atenció social. La lògica d'aquest procés és complexa i inclou diverses variables: immigració, crisi econòmica, europeïtzació, "colonització" de la gestió (Adelantado, 2009). Sabem que tot fenomen de

Lectura recomanada

M. Chauvière (2007). *Trop de gestion tue li social*. París: La Decouverte.

desideologització amaga una substitució, no manifesta, d'una concepció ideològica per una altra que es presenta, no obstant això, com a ateòrica, neutral i asèptica com és, en aquest cas, la gestió i tramitació de recursos.

La falsa “neutralitat” de l'avaluació

L'avaluació és un exemple d'aquesta falsa “neutralitat”, ja que la validació dels resultats es pretén sobre la base de criteris autoconstruïts que exclouen tota crítica i que es consideren “naturals” i objectius quan responen sempre a una construcció teòrica.

Les coordenades bàsiques d'aquest procés consisteixen en una substitució progressiva dels objectius i els instruments clàssics de les polítiques socials de l'estat del benestar. La metàfora de l'escultor ens aclareix una mica aquesta seqüència.

La metàfora de l'escultor

Com ocorre amb la creació d'una escultura, l'artista ja sap, quan comença la feina, com serà el resultat final, el té al cap quan es posa davant el bloc que ha d'esculpir. Treballa, llavors, per sostracció de trossos, de vegades grans quan no hi ha dubtes, de vegades petits quan convé la precaució. Els qui observen aquest procés callen, sense poder avaluar-lo, i quan, finalment, contemplin l'obra final comprendran, *a posteriori*, les intencions del creador. És clar que, llavors, ja no es pot fer marxa enrere, i allò que es va sostreure difícilment es tornarà a incorporar al bloc.

En aquest cas es veu que primer es van introduir instruments nous (externalització de serveis, procediments de quantificació i tarifació de l'acte professional) per a introduir “naturalment” després, una vegada assimilats, objectius nous (subsidiarietat del públic en benefici dels nous companys o *partners* privats: tercer sector i empreses). Els indicadors d'aquest procés es van centrar en dos aspectes bàsics que orienten avui la praxi política: els drets del ciutadà NIF com a enunciat axiomàtic i el criteri de cost mínim per a la despesa pública. Això es tradueix en dues conseqüències:

1) Una gestió orientada cap a l'usuari amb la premissa que diu que “el client sempre té la raó”. Aquest fet que, d'una banda, té aspectes molt positius pel que fa a reconeixement de drets, també té, d'altra banda, en l'equivalència subjecte-usuari, efectes perversos. En qualsevol cas, sembla clar que ha modificat per complet la relació professional-subjecte: des de les prevencions davant les denúncies fins a les exigències de consentiment informat.

Exemple

Han implicat, per exemple, que certes filmacions d'entrevistes, en contextos terapèutics, hagin deixat de tenir un ús tecnicodocent per a convertir-se en la salvaguarda davant possibles denúncies.

2) Una gestió regulada pel mercat amb els criteris d'eficàcia i eficiència concebuts en la ideologia de la gestió, cosa que implica presentar els canvis (copagament, xecs, etc., enfront de creació de serveis) com a exigències adaptatives a la realitat contemporània i no pas com a opcions ideològiques. Els opositors a aquestes normatives són considerats –i així són mostrats públicament en l'estratègia comunicativa– com a representants d'una vella guàrdia obnubilada pels drets adquirits i refractaris a tot canvi. Això implica que cadascun dels actors del sistema hagin de prendre posicions: els professionals (en *lobbies* i amb interessos divergents), les associacions d'usuaris o de familiars d'afectats, els proveïdors (empreses de serveis, asseguradores i indústria farmacèutica en l'àmbit de la salut) i també els tecnòcrates encarregats, en representació de l'estat, d'avaluar els resultats d'aquestes pràctiques¹ ja que la regulació del mercat exacerba l'estandardització i avaluació permanent de l'acte professional. Si analitzem el que ja passa als països “més avançats” en aquest procés veiem² que es produeixen aliances entre alguns d'aquests actors (per exemple, en el camp de la salut mental, entre alguns grups de psiquiatres i les grans asseguradores mèdiques) que codifiquen i estandarditzen les pràctiques que convenen als seus interessos, i descarten les que s'hi adequen menys. En el nostre país també veiem que alguns grups de professionals exerceixen pressions importants en la configuració d'aquestes normatives i que els seus interessos també convergeixen amb els d'altres sectors.

L'avaluació “letal”: l'avorrimment d'allò que és igual

Els efectes d'aquest procés en l'exercici del rol professional i en els subjectes mateixos que l'encarnen són diversos i d'intensitat variable, segons quin sigui el “pes” i funció nuclear del professional.

Exemple

Aquest procés, que es veu en els serveis socials, ocorre de manera molt similar en l'àmbit mèdic i de la salut mental, en el qual trobem també el recurs cada vegada més gran a un reduccionisme positivista (manual DSM) sustentat en una ideologia que aspira –sense aconseguir-ho– a localitzar el “síntoma” del subjecte en un marcador biològic, sigui un gen o un dèficit de la bioquímica cerebral. La demanda social que genera, d'acord amb els models assistencialistes, tant per part de molts professionals com de bona part dels pacients, busca dreteres per a la felicitat en forma de psicòtrops o fórmules d'autoajuda.

És un fet indubtable que els treballadors socials es veuen molt més afectats ja que la seva tasca és més definida, i en canvi els educadors socials i aquells que, com els psicòlegs, exerceixen tasques de complementació disposen d'un marge de maniobra més gran. Aquest fet es nota en una participació més alta en projectes grupals, socioeducatius, de xarxa o comunitaris.

Sense ànim d'exhaustivitat, destacarem alguns d'aquests efectes, la incidència real dels quals s'ha de matisar després sobre la base de variables territorials (urbà/rural), grandària (macroequips / equips reduïts), clau política i històrica (origen de l'equip / servei):

⁽¹⁾Com sabem per diferents casos en l'àmbit de la salut –vegeu l'informe de l'INSERM del Ministeri de Sanitat a França sobre l'avaluació de les psicoteràpies (<<http://www.inserm.fr>>) o les actuacions recents a Espanya a propòsit de l'atenció a l'autisme (<<http://foroautismo.blogspot.com/>>), el recurs a les anomenades *evidències científiques* no té una altra pretensió que la de reduir personal, desqualificar-lo i avortar alguns projectes de llarga durada i eficàcia provada.

⁽²⁾Per exemple, al Canadà és evident la massiva externalització de les prestacions sanitàries, que són gestionades per les mútues privades, que monopolitzen pràcticament la despesa pública.

Renúncies

Les renúncies que fa l'estat respecte a les responsabilitats en la qüestió pública s'han de considerar, segons els ideòlegs neoliberals, no pas com un retrocés, sinó com un avenç de l'espai de la llibertat i de la responsabilitat dels ciutadans.

- D'una banda, trobem efectes d'acomodació entre sectors professionals que accepten aquest nou rol de gestor social, sigui pels beneficis secundaris que té (redueix l'angoixa perquè monitora la pràctica i limita el compromís personal) o bé perquè desconeixen altres modalitats de treball (sectors joves). Aquesta servitud voluntària, de la qual es fa el suport d'un "saber executar les ordres", produeix una uniformització que anul·la qualsevol diferència o particularitat que sorgiria d'un fer reflexiu i crític i dóna consistència als processos d'avaluació generals.
- D'altra banda, trobem un efecte general d'avorriment lligat a aquesta reducció d'allò que és divers i complex a allò que és igual. Això s'expressa bé en el conjunt d'instruments generats (protocols, indicadors, guies pràctiques, etc.), molts dels quals tenen un ús limitat per part dels professionals mateixos, que no hi veuen la utilitat en relació amb els objectius proposats i que a més impliquen una càrrega de feina, gens menyspreable. Veiem també que hi ha instruments tradicionals (informe, visita domiciliària, entrevista, acompanyament, supervisió) que es devaluen en benefici d'un ús "estandarditzat". Quan els processos d'avaluació (recollida de dades, classificació de subjectes, registres de productivitat) dominen l'activitat professional, produeixen una crisi del rol professional ja que es perd la finalitat i la significació d'aquest rol, i es converteix la mateixa avaluació en l'únic fi i argument, feina que ens ocupa cada vegada més temps.
- El malestar generat per aquest procés d'aprofessionalització s'expressa també en altres modalitats: baixes laborals, mobilitat, abandonament del sector d'atenció social. En aquesta fenomenologia hi trobem les restes d'una voluntat aixafada i dels efectes que això genera: por, odi, renúncia, menfotisme, desencantament i tristesa.
- Un altre efecte notable és la caiguda dels processos de treball en equip i altres maneres de col·laboració (treball en xarxa, treball comunitari) en benefici d'una assistència i una pràctica professionals molt individualitzades en què predominen la multidisciplinarietat i la derivació. Com s'han de pensar, en aquest procés de desideologització, pràctiques entre diversos actors (comunitari, grupal, en xarxa, etc.) que per la seva pròpia essència requereixen valors compartits més enllà de la gestió? Els factors reguladors (planificació a mitjà i llarg termini, fonamentació teòrica i conceptual, lideratge tècnic sòlid i compromès) es dilueixen en benefici del *aggiornamento* tecnològic (TIC) i del control (?) d'avaluació.
- Finalment, constatem un cert efecte d'inexorabilitat en la lògica de la gestió ja que ella mateixa es retroalimenta fins a col·lapsar qualsevol altra sortida. La gestió, basada en l'oferta i provisió de recursos (prestacions socials, tràmits), crea una demanda il·limitada, augmentada a més per factors connexos (immigració, pobresa, crisi econòmica) i que deixa el subjecte,

usuari-consumidor, dependent del servei, i per tant, vulnerable i amb pocs recursos propis (xarxa social, familiar, veïnal, etc.).

Per això, aquesta lògica assistencial insisteix en imperatius com l'“activació” de l'usuari perquè ell –només– es faci càrrec de les seves deficiències (laborals, formatives, familiars, de salut). En aquest sentit, s'ha de tenir en compte que els nous paradigmes d'universalització de les prestacions i els drets subjectius –els efectes positius dels quals són notables– produeixen també alguns efectes “perversos” en els usuaris mateixos que es presenten “exigint” prestacions i reivindicant, per tots els mitjans, drets –de vegades discutibles– que generen –o poden fer-ho– en els professionals estratègies defensives.

Hi ha vida més enllà de la gestió

Aquestes primeres consideracions sobre l'estatut actual de les estratègies professionals constitueixen un inventari de “males notícies”, segurament més realista que pessimista, però afortunadament hi ha altres maneres possibles d'intervenir i un altre futur menys negatiu per al treball en xarxa. Hem recordat, al començament del mòdul, que, en la tradició de la medicina, la docència i el treball social, el judici, l'opinió i decisió del professional era un actiu fonamental. El professional no amagava la seva opinió i no deixava de sostenir el seu criteri propi ja que això era el que s'esperava d'ell i estava investit d'autoritat per a fer-ho.

Un estudi recent del canadenc Angelo Soares, sociòleg del treball i professor de l'Escola de Ciències de la Gestió de la Universitat del Quebec a Mont-real (UQAM), jutja catastròfic el balanç del mètode “toyotista” en l'àmbit socio-sanitari. Titulat “La qualité de vie au travail. La santé malade de la gestion”, constata que **utilitzar menys per a fer més**, com proposa el mètode Toyota, funciona de meravella en el món industrial, però els hospitals i els centres de serveis socials no són cadenes de muntatge. Com assenyala Soares, “és impossible traslladar el model industrial a un sector el centre del qual és l'ésser humà”, i no dubta a qualificar aquesta gestió d'“inhumana”.

Pitjor encara que les retallades pressupostàries, la mala gestió s'ha convertit en el principal factor de frustració i fragilitat en els equips. Segons l'estudi de Soares, un 40% dels professionals pateixen d'algun tipus de malestar psicològic greu (angoixa, depressió, esgotament emocional), cosa que implica el doble de la prevalença en la població general. Dos de cada tres professionals perceben el model com a injust, per al 52% hi ha una profunda incoherència entre els seus valors i els de la direcció política, un 60% consideren que la comunicació amb la direcció és dolenta –amb l'agreujant que aquesta activitat ocupa molt temps en l'acompliment de la seva tasca. Finalment, per al 45% la qualitat assistencial ha quedat clarament deteriorada.

La realitat en el nostre país no ha arribat a aquests extrems. S'ha d'assenyalar que la incidència d'aquests models de la gestió és molt petita, però el que hem vist fins ara ens adverteix de les dificultats d'un procediment d'aquest estil. A més, resulta paradoxal aquest interès de transferir a l'atenció a les persones models de gestió que ja han estat deixats de banda en els sectors mateixos en què van triomfar i les suposades bondats i "evidències científiques" dels quals són molt discutibles (Ubieto, 2009). Ja no hi ha cap de les empreses capdavanteres que treballa en entorns incerts i amb un alt grau de complexitat que utilitzi aquest tipus de gestió, molt qüestionat en l'àmbit laboral (Kamata, 1993).

L'augment i la diversitat creixents dels recursos disponibles han anat de braçet d'una implementació a partir d'aplicacions informàtiques que, si bé d'una banda permeten arribar a més gent amb necessitats d'ajuda i fer-ho de manera més àgil i organitzada, de l'altra produeixen un efecte d'"absorció" del temps de treball del professional, que es desvincula així d'altres pràctiques: grupals, de xarxa o comunitàries.

Unes dades recents de la posada en marxa de l'anomenat *nou model* en els serveis socials bàsics (SSB) de l'Ajuntament de Barcelona han posat de manifest aquestes tendències de recentrament de la tasca en l'atenció individualitzada i de pèrdua de la capacitat de treball en equip. En una primera valoració de l'aplicació d'aquest model, amb caràcter experimental en tres centres de serveis socials, hi ha coincidència a destacar el pes excessiu que pren la gestió, entesa com un augment significatiu de la burocratització de la tasca. Això implica una **sensació de pèrdua de la qualitat en el tractament** i una greu dificultat per a fer compatible l'atenció individualitzada amb les intervencions grupals, en xarxa o comunitàries. És cert que es tracta d'un procés pilot i que seria erroni extreure conclusions definitives; no obstant això, queda clar que convé ajustar alguns processos.

1.1.4. Els beneficis del treball en xarxa

Una de les estratègies professionals més innovadores i efectives és, sens dubte, el treball en xarxa. Aquest treball, però, no està exempt de crítiques i de resistències dels professionals mateixos.

A continuació, algunes de les "queixes" habituals sobre la viabilitat del treball en xarxa:

Exemples

“El treball en xarxa té molt poca efectivitat ja que la relació costos-beneficis és dolenta a causa de les múltiples i costoses reunions.”

“A més, els resultats del treball en xarxa no són immediats, i fins i tot de vegades ni es veuen.”

“El treball en xarxa és molt difícil de dur a terme ja que sempre hi ha un professional o un servei que no s’hi vol implicar.”

“Els projectes de xarxa són inestables perquè al final depenen de la voluntat dels professionals, que no tenen mai el suport dels polítics.”

“El treball en xarxa és poc respectuós amb la confidencialitat i el dret a la privadesa ja que exigeix compartir les dades entre els diferents serveis.”

Són tesis diverses i crítiques i és important conèixer-les ja que totes són veritat. Sempre que entenguem la veritat com una manera de dir que aquestes tesis tenen una part de veritat però que el treball en xarxa no s’esgota en aquestes tesis, sinó que és més complex i polièdric que aquesta mitja veritat.

L’avantatge de reconèixer aquestes crítiques, i identificar els problemes que susciten, és que ens prevé de la idealització del treball en xarxa, que, com tota idealització, condueix a la decepció. En lloc d’aquesta perspectiva de “bona pràctica ideal” ens convé més aviat plantejar-nos el treball en xarxa com una pragmàtica, cosa que comporta la invenció, per a cada situació, d’un saber fer amb allò que és real que és present en la nostra tasca: infància en risc, violència domèstica, patologia mental.

Avui, les pràctiques de xarxa mostren, moltes vegades, algunes de les característiques típiques de la nova societat de la informació i de les seves tecnologies: sovint, el cicle d’existència d’aquestes pràctiques és tan efímer com l’emergència fulgurant que tenen. Es posen en marxa amb un gran entusiasme i amb la voluntat de transcendir i aconseguir un ampli ventall d’objectius, àmbits d’actuació i resultats. La realitat, però, és que en molts casos aquests projectes no passen de l’etapa de posada en marxa. Després van perdent força fins a desaparèixer sense deixar rastre o bé s’estan en un permanent *stand by*.

Fer sostenible una pràctica de xarxa implica tenir clar un principi axiomàtic: fa falta que cadascú, destinataris (famílies i subjectes), responsables institucionals i professionals, hi trobi el seu benefici. Aquest benefici pot ser divers i fins i tot diferent per a cadascú. De vegades es tracta d’una millora de la qualitat assistencial que es tradueix en una eficàcia més gran de la intervenció que evita costos greus (personals, familiars, socials, econòmics), com és el cas de situacions en què el treball en xarxa permet evitar un internament d’un menor en un centre residencial.

Altres vegades, aquest benefici s’experimenta com a millora substancial de la cooperació entre els serveis i professionals que intervenen. Aquesta cooperació, que supera una conflictivitat estèril, pot anar acompanyada d’una reduc-

ció de l'angoixa del professional, que, com que treballa tot sol, està més exposat a situacions de crisi (síndrome d'esgotament professional o *burnout*). Comporta, a més, per als responsables institucionals, una ajuda important en la implementació de programes assistencials transversals.

L'augment del coneixement, sia del cas o la situació en què s'intervé o bé de la mateixa metodologia del treball en xarxa, és un benefici que incideix de manera directa en el tractament del malestar del professional, que, d'aquesta manera, el redueix traduint els interrogants, que causen el malestar, en hipòtesis de treball compartides. Buscar el benefici del treball en xarxa és, doncs, una exigència en tots els àmbits: metodològica, organitzativa i ètica.

La conclusió d'aquestes primeres reflexions ens porta a respondre a la qüestió inicial sobre el nostre mètode. Els professionals de la intervenció social no hem d'aspirar a guiar-nos pel mètode científic ja que aquest mètode és conforme a la naturalesa del nostre objecte de treball: **l'acompanyament a les persones**. Dit això, hem d'afegir que no és obstacle perquè, en tant que professionals, ens dotem d'un mètode propi, ajustat a les característiques de la tasca que hem de fer. Un mètode que no pot contenir la reproduïbilitat d'allò que és observat ja que no hi ha mai dues famílies o dos subjectes iguals, però sí que ha d'aspirar a transmetre una mica el vincle establert i els efectes produïts. D'aquest mètode en diem **disciplina de la construcció del cas** i hi dedicarem les pàgines següents.

2. El nostre mètode: la disciplina de la construcció del cas

Avui assistim a la reducció del saber al coneixement objectiu (massa sovint anomenat abusivament *científic*), i del coneixement a una mera tècnica de manipulació de la informació.

La paraula *cas* mateixa, per a referir-nos a una família o a un subjecte que atenem, s'utilitza com a sinònima del conjunt de dades, informacions i opinions que en sabem. Habitualment, tota aquesta informació està reunida en l'expedient que cada servei té dels seus usuaris, pacients o alumnes. Aquests expedients, alguns molt voluminosos pel llarg temps d'atenció, contenen materials molt heterogenis: informes oficials signats per diferents serveis, anotacions dels professionals, fotocòpies de documentació de la família, una llista de prestacions o intervencions fetes.

L'experiència, però, ens mostra que, malgrat aquest ús del terme *cas* com a sinònim d'*expedient*, els casos no existeixen *per se*, sinó que existeixen els expedients que recullen les informacions sobre el subjecte i la seva família, la cronologia (diacronia) de les actuacions, però que amb això no n'hi ha prou per a captar la lògica (sincronia) del cas. La mera acumulació de dades no ens explica la seqüència dels fets; per a tenir-la, hem de construir el cas a partir d'un saber que posi el focus en la lògica del cas, partint de la formulació d'hipòtesis interpretatives dels fenòmens observats i de les posicions subjectives, les dels diversos membres de la família i les nostres mateixes, com a professionals que interactuem amb ells.

Per a trobar aquest fil conductor fa falta una actitud proactiva: el saber no es genera per inspiració ni ve sol, sinó que s'ha d'elaborar la lògica oculta en els fenòmens observats. Això implica acceptar que cada cas és únic, singular, malgrat tots els trets comuns que tingui amb uns altres. Cada cas, en aquest sentit, és un altre, diferent de l'anterior i dotat d'una particularitat, i per tant, de la novetat que aporta en la condició que té d'un altre (no el mateix).

En aquesta perspectiva, abordar un cas, com a material d'anàlisi, és sempre una mica inquietant –com a novetat radical– ja que sense aquesta inquietud, sense la sorpresa que ens aporta, no hi pot haver aprenentatge. Reconèixer-nos en el que ja sabem és reforçar una identificació que alimenta la nostra pròpia ignorància i reforça els nostres prejudicis (judicis previs). A això ens hi referirem en parlar d'un dels principis bàsics del treball en xarxa, el principi epistèmic, que diu que quan parlem del saber el situem com el resultat d'una elaboració col·lectiva, que posa en el centre de la reflexió allò no sabut, l'interrogant que ens constitueix com a investigadors. Una manera diferent de veure-ho és pen-

sar que el saber ja el tenim, prèviament, que, en la nostra condició d'experts, sabem com funcionen les famílies, la salut mental o l'èxit escolar sense haver-ho de preguntar a ningú, ni tan sols als afectats mateixos.

2.1. Per què cal un mètode per a la construcció del cas?

La realitat actual de molts equips d'intervenció social és que aquest espai col·lectiu, destinat a la construcció del cas, no existeix o bé, si està previst, acaba devorat per la contingència de les urgències, d'allò de la vida diària que sempre s'imposa com un imponderable que impedeix fer el que és important, i per això mateix ja previst.

Seria un error considerar que aquestes urgències són "accidents", situacions contingents, esdeveniments puntuals que podria ser que no passessin. Seria un error perquè, en vista de la repetició que tenen, més aviat els hauríem de considerar com un fenomen necessari en la lògica institucional de molts serveis. Necessari, en la lògica formal, és una cosa que "no podria ser que no passés". Quan hi ha alguna cosa que insisteix, més enllà del que és puntual o accidental, sempre l'hem de considerar com una cosa que toca allò que és essencial. Un noi que es fa expulsar de tots els grups en què participa (família, escola, amics, esplai) ens fa pensar en un mecanisme essencial del seu comportament relacionat amb "fer-se expulsar" i no pas simplement en una sèrie de conseqüències accidentals en la seva vida.

Les urgències són, doncs, una cosa essencial en una institució i remetent a allò que la funda: la bogeria, la marginació social, el fracàs escolar. La institució mateixa ja és una resposta per a tractar això que és real, per a contenir-ho i tancar-ho quan es desborda en la urgència. Els mecanismes institucionals, l'estructura, els processos i els rituals que tenen constitueixen un instrument que la urgència no fa sinó posar a prova, mostrar el límit de l'abast que tenen. Un conflicte escolar o una exigència agressiva d'una família en un servei social són exemples de situacions en què el tractament previst, el diàleg, els protocols, són insuficients i la urgència posa a prova la capacitat d'aquest servei de fer front a una problemàtica que és en l'origen mateix del seu ésser com a institució: l'educació i l'atenció social.

La urgència és, doncs, allò que surt del pla acordat i irromp i ordena la intervenció. Per això és una de les raons fonamentals per les quals hem de tenir un mètode que ens permeti tractar-la sense que la resposta urgent i improvisada es converteixi en l'única orientació del servei. A més, hem de poder fer compatible la urgència amb el treball de construcció del cas, compassar el temps del pla amb allò que té d'atemporal la urgència.

En aquesta reflexió sobre la necessitat del mètode, les urgències ens ensenyen una cosa fonamental: que **són sempre “urgències subjectives”**. Més enllà de les raons objectives –que de vegades n’hi ha–, ens hem d’apercebre que en tota manifestació d’urgència (per descomptat, ens referim a les que es donen en el context de la intervenció social, no pas a les mèdiques) hi ha sempre un subjecte, amb la seva posició particular, i no solament la manifestació d’una necessitat. En aquest sentit, diem que hi ha tantes urgències com subjectes. Per què és important aquesta dada de les urgències en la definició del nostre mètode? Perquè ens donen la pista que el mètode, per definició, ha d’incloure la captació i el tractament d’aquests factors subjectius, i no s’ha de reduir per tant a aplicar un protocol asèptic, indiferent de la particularitat de cada cas.

Exemples

Uns exemples de raons objectives són una amenaça de desnonament i una baralla familiar amb fugida d’un dels membres.

Exemple

Imaginem-nos una jove estrangera que acudeix a la policia per denunciar els seus pares perquè la volen fer tornar al seu país d’origen per casar-la per força. La policia n’informa els responsables d’infància, que, al seu torn, sol·liciten als serveis socials bàsics que s’informin del cas de manera urgent. Formalment es tracta d’una urgència que afecta un dret bàsic d’una menor i que per tant requereix una resposta decidida. Quan analitzem el cas i en sabem els detalls i les versions dels pares i la jove, ens adonem que aquesta denúncia, en realitat, no respon a una “urgència objectiva” (no hi ha plans previstos de casar-la de manera immediata) sinó a una demanda d’atenció, per part de la jove, perquè els pares mateixos i els professionals (lleï, policia, educadors) escoltin la seva opinió, valorin la seva voluntat i posin un fre a ser tractada, pels pares, com un objecte d’intercanvi.

Tractar aquesta “urgència” és entendre que no es tracta d’aplicar un protocol sense més ni més, que podria incloure la separació d’aquesta jove dels seus pares, sinó escoltar la dimensió subjectiva que hi ha en aquesta demanda, la voluntat que es posa en joc i que per a la jove mateixa és confusa, ambigua i vacil·lant. No vol denunciar els pares ni anar-se’n, sinó que es vol assegurar que disposa d’un marge d’acció. Els pares tampoc no han decidit res, sinó que estan temptejant i analitzant les sortides possibles per a l’emancipació de la seva filla. Precipitar-nos en la resposta seria trobar una sortida falsa. Per això, el mètode ha de tenir clara aquesta dimensió del subjecte, més enllà de les necessitats objectives que apareguin en primer pla.

Les mateixes manifestacions clíniques de les urgències ja ens mostren que el subjecte està sempre en joc en la forma en què es presenten. Bàsicament, la **urgència** es pot reduir a dos fenòmens clínics precisos que no enganyen: la certesa i l’angoixa.

1) La **certesa** és el que trobem quan aquesta urgència és provocada per situacions associades a trastorns mentals greus, de tipus delirant (fenòmens de significació personal, de xenopatia, o en el cos o en el pensament), o a fenòmens predelirants en què el subjecte es desborda per l’emergència de signes que l’inquieten en el seu vincle amb l’altre. Una cosa que fins llavors estava velada per a ell, es revela com a insuportable en la relació de parella o en la dinàmica familiar i apareix al subjecte amb un caràcter imperatiu. Hi ha de fer alguna cosa ja que si no quedarà en perill greu, fins i tot mortal.

2) L’altre fenomen psicològic que trobem en les urgències és l’angoixa, com a esdeveniment traumàtic, i les versions que té (pànic, vertigen), que presentifiquen la pèrdua de les coordenades mínimes (temps i espai), límits imaginaris en què se situa el subjecte. En aquesta conjuntura, al subjecte se li presenta

l'altre, fins llavors familiar, com un enigma, i no sap bé quin lloc ocupa per a aquest altre o bé ho sap massa perquè suposa que és algú del qual l'altre es pot desprendre.

És el cas de l'exemple de la jove que pensa que per als seus pares és un objecte de canvi, una núvia per a canviar per diners o posició social. O el cas, molt comú, d'algú que és deixat bruscament per la seva parella i no troba paraules per a situar-se en aquest lloc nou, estrany, que ocupa: no entén per què el rebutja la parella, no sap si és un objecte exempt d'interès o és un turment, ara insuportable.

El subjecte queda sol, indefens en la desesperació. És un moment de crisi aguda en què no hi ha demanda sinó un desbordament d'angoixa que en molts casos pot portar al passatge a l'acte. No hi podem respondre, doncs, a aquesta angoixa. Cal ajudar aquest subjecte a localitzar aquesta angoixa i reintroduir aquest "detall", aquest valor singular amb què el subjecte es pot tornar a presentar davant l'altre com algú valuós. Tot això requereix pausa, per a introduir el temps en la urgència, en si mateixa eterna, com un col·lapse temporal i una immediata que commina el professional a respondre ràpidament.

El que necessitem sobretot, però, és una orientació col·lectiva sobre les coordenades principals del cas, sobre allò que constitueix la "lleï" mateixa d'aquesta situació, allò que es repeteix i en què s'insisteix. Només sabent de què es tracta podem calcular la resposta i les conseqüències d'aquesta resposta.

Si les urgències són, doncs, ineliminables del treball en la institució, la qüestió és com s'ha d'introduir la construcció del cas, no pas com una cosa que s'oposa a aquestes urgències, sinó com un tractament eficaç de la urgència en la via de proporcionar una orientació eficaç per a atendre-les. Si no, som portats per l'imperatiu de la urgència sense cap brúixola.

2.2. Un mètode "contaminat" per la subjectivitat

Els professionals, entre els quals hi ha els educadors socials, que treballem amb persones (salut, educació i atenció social) ho fem amb un objecte que presenta una gran complexitat. Les persones a les quals atenem no són objectes simples les decisions dels quals puguem predir a partir del coneixement previ de les variables en joc. El paradigma de la complexitat ens ensenya que en els sistemes simples i tendents a l'equilibri es pot preveure amb facilitat tota la trajectòria que seguirà el sistema (és el cas, per exemple, d'un pèndol). Aquestes trajectòries reben, en física clàssica, el nom d'*atractors* i són calculables matemàticament mitjançant equacions lineals.

En canvi, els sistemes caòtics o allunyats de l'equilibri, com és el comportament humà, presenten trajectòries –o gammes de comportament possibles– molt més complexes que, per contrast amb les anteriors, s'han anomenat **atractors estranys** i que matemàticament responen a equacions no lineals del tipus $x = y^2$.

Pretendre establir un raonament lineal, del tipus causa-efecte, ens garanteix el fracàs en la predicció o expectativa de comportament d'aquests sistemes. I això passa perquè no hem de deixar mai de banda que entre la causa, sia d'ordre social, psicològic o biològic, i l'efecte constatat, o sia la conducta o resposta obtinguda, hi ha sempre el subjecte, amb les seves resistències, les seves eleccions particulars, les seves fantasies o versions singulars del món en què viu. Ja no es tracta, doncs, d'esperar quan aconseguiran l'equilibri aquests sistemes humans sinó, en tot cas, quan entraran en un nou estat de fase de desorganització i quines condicions necessiten per a tornar a autoorganitzar-se.

Hem d'entendre allò que és caòtic, no com un univers desorganitzat i aleatori, sinó com una cosa organitzada multidimensionalment. Els atractors estranys, en realitat, només són estranys per a la física, ja que, en la condició que tenen de xarxes intricades de comportaments possibles, són presents en totes les persones i organitzacions socials.

Moltes vegades els professionals ens sorprenem de les respostes que donen els subjectes als quals atenem, i no ens adonem que la **sorpresa**, per com és d'impredictible, hauria de ser la resposta més lògica.

Exemple

Un jove (cas G) amb un currículum prelaboral excel·lent, a punt de signar el seu primer contracte, vacil·la i s'absenta sense permís de la feina. Desapareix un dies, davant la sorpresa del seu educador, que considerava que ja el tenia "encaminat". Al cap d'una setmana, recuperat de l'"esglai" que comporta incorporar-se de ple dret (ara sense tutela) al món laboral, el jove es disculpa davant els seus caps i torna a la feina.

Aquesta sorpresa no té res d'estrany ja que no és altra cosa que el temps subjectiu que cadascú necessita per a fer-se càrrec d'una decisió important. Per això trobem vacil·lacions en les persones que són a punt de casar-se o de tenir fills o de canviar de país.

La terminologia de la complexitat ens és aquí especialment útil com a professionals perquè ens ajuda a preparar el nostre pensament perquè el resultat ens sigui "estrany", o sia que s'assembla molt poc o gens a la manera com ens hauríem organitzat nosaltres mateixos.

Exemple: les situacions de maltractament

Un altre exemple habitual, en la nostra intervenció, que posa a prova la nostra capacitat de “resistir” la sorpresa de les respostes humanes, són les **situacions de maltractament**.

Suposem que hi ha una dona amb antecedents de maltractament i violència domèstica en la seva família d'origen. Una vegada casada i amb una família nova, aquest patró de relació torna a sorgir amb la seva parella, i fins i tot pot ser que això es repeteixi amb una altra parella. Demana ajuda i li ofereixen possibilitats, de suport, de separació.

Sabem, per la nostra experiència, que el risc de maltractament en dones que n'han viscut en la seva família d'origen és superior que el de la resta de dones. També sabem que la reincidència en l'elecció de companys amb característiques de maltractador és freqüent. Tot aquest saber, però, ens permet predir, sense equivocació, com faria un físic, la trajectòria d'aquesta dona si li oferim ajuda o si la connectem a un grup o si no accepta cap ajuda?

Evidentment seria un error creure en aquesta predicció, que no seria més que una projecció de la nostra voluntat, tal com succeeix de vegades, amb les decepcions consegüents dels uns i les altres.

Per això ens convé un altre mètode de recerca-acció que ens orienti més bé i que ens ajudi a assumir això que es presenta com un esdeveniment, una cosa imprevisible que sorgeix en el cos, físic o social, i que resulta disruptiva. Passat el nostre propi esglai, ens ho hem de prendre primer com una pregunta que interroga tots els que ens sentim concernits, com un signe de complexitat, i per tant, com un ressort per a avançar.

Això exigeix deslliurar-nos de no pocs prejudicis i fer-nos càrrec de cert grau d'incertesa, inherent al tipus de problemes que abordem, i que fa que el nivell d'angoixa i d'implicació emocional del professional sigui alt i corri el perill, doncs, de respondre a aquesta angoixa per la via de l'impàs que ens confronta amb la impotència i ens empeny a proveir de recursos substitutius (prestacions socials, medicació ràpida, etc.). Una treballadora social escolta, amb gran angoixa, el drama d'una dona sola, sense papers, amb recursos econòmics escassos i dos fills a càrrec seu, joves en edat laboral. Per a calmar-li l'angoixa comença a oferir-li recursos, entre els quals hi ha una beca de menjador escolar que no necessita ni ha demanat però que, en la seva “hiperactivitat sobrevinuda” com a resposta a l'angoixa, la professional ha inclòs desesperada.

De vegades, la resposta a la “contaminació” subjectiva, a aquesta angoixa que ens trasllada el subjecte, es produeix per la via del passatge a l'acte posant l'altre en la situació de fer-se expulsar. Li exigim, per exemple, unes condicions de contraprestació que són impossibles, i d'aquesta manera, indirectament, rebutgem la seva demanda i la segreguem. És una resposta inadequada professionalment, però lògica i comprensible des del punt de vista subjectiu del professional.

2.3. Produir col·lectivament un nou saber sobre el cas

La nostra subjectivitat, doncs, està sempre en joc. I augmenta el risc d'una mala praxi si ens identifiquem massa amb l'ideal de completesa que el sistema mateix promou com a promesa política: el benestar social, la salut integral, l'educació universal. Només fa falta veure els *emergents simptomàtics*, allò que no funciona d'aquestes promeses (precarietat social, consums i addiccions, i fracàs escolar, per esmentar-ne alguns), per a adonar-se que hi ha alguna cosa d'aquell ideal que fa fallida, que deixa una resta no assimilable. Si insistim, com a professionals, en l'omnipotència de la nostra funció tenim assegurada la trobada amb la impotència i amb els efectes de rebot que es produeixen, com a revers d'una caritat mal entesa. Un exemple d'això és pensar que la nostra feina consisteix a procurar a aquestes famílies una normalització de la seva situació, un equilibri en la seva convivència, situació econòmica, inserció social. Això seria tant com suposar que hi ha un estàndard de normalització – del qual tindríem el perfil– al qual s'ha de fer ajustar l'usuari.

La nostra experiència professional ens ensenya que en el treball amb famílies es tracta d'una altra cosa: **com podem ajudar aquest grup familiar a anticipar-se a les desorganitzacions que tenen lloc de manera repetida al llarg del cicle evolutiu de la família**. Pensem una família o un subjecte com la sèrie de solucions inventives que ha trobat per a donar resposta a les vicissituds de la seva vida: les personals, familiars i socials. Els casos que hem atès, en el projecte Interxarxes, són casos analitzats prenent un segment d'aquesta història, un cicle vital en què hem pogut localitzar un punt de partida, normalment vinculat a un procés de desorganització. A partir d'aquí, la família o el subjecte mateixos han trobat una primera solució, parcialment fallida, a partir de la qual hem intervingut nosaltres amb l'objectiu d'acompanyar aquesta família i introduir ajustos en la seva solució.

Les solucions, noves maneres de reorganització familiar, funcionen un temps, més o menys llarg (sis mesos, dos anys, deu anys), però no són eternes. Caduquen quan un canvi, del tipus que sigui (una ruptura de parella, l'adolescència dels fills, el procés de reagrupament familiar, un augment o començament del consum drogues), ha desestabilitzat aquest equilibri precari i ha deixat la solució obsoleta. Quan hem pogut preveure l'emergència d'alguna d'aquestes situacions, ens hem pogut anticipar a un estat de desorganització crític i hem evitat així els efectes més traumàtics, com ara un internament, una expulsió, una agressió familiar o una marginalitat creixent. El que és evident és que en cap cas és pensable evitar la crisi ja que **tota solució, per definició, és caduca, limitada**, i només se substitueix si hi ha una pèrdua que anima el canvi. Com hem dit abans, la crisi no l'hem de considerar com una sorpresa ni un accident casual, sinó una contingència necessària que tard o d'hora havia d'aparèixer.

El problema és quan alguna d'aquestes solucions, que genera la família, és fallida, com ocorre en els casos de violència intrafamiliar o consums freqüents de tòxics. Aquestes solucions s'eternitzen, i sembla que no entren mai en cri-

Exemples

Uns exemples de procés de desorganització són la ruptura familiar, l'agressió i la immigració.

si, perquè el benefici secundari és tan gran que el canvi es fa impossible. Els efectes calmants de l'angoixa que proporcionen alguns tòxics impedeixen que el subjecte se'n pugui desprendre malgrat els altres efectes (toxicitat, dependència, etc.).

Altres vegades som els professionals mateixos els que ajudem a fer que el cas sigui crònic, posant-nos en la mateixa sèrie de les solucions fallides. És el cas d'aquelles situacions en què invalidem el subjecte amb la nostra actuació. Un exemple d'això el trobem en una senyora, qualificada pel seu marit de mare incapaç, que va rebre, durant força temps, l'ajuda d'una treballadora familiar amb l'objectiu d'ajudar-la en l'organització domèstica. La paradoxa és que aquesta ajuda, que reforçava la percepció del marit, no feia sinó instal·lar-la més còmodament en aquesta posició invalidant. Va ser només després d'un espai de supervisió del cas que es va poder entendre que havíem de separar-nos d'aquesta posició, redoblada, d'incapacitació de la dona per a donar-li la possibilitat d'una maniobra diferent.

Un dels objectius bàsics del treball en xarxa és aconseguir produir col·lectivament un nou saber sobre el cas tractat. Això vol dir obtenir entre tots els professionals que formen part de la xarxa una nova manera de representar-nos el cas, atenent el conjunt de perspectives que es posen en joc: les disciplinàries, les de cada membre de la família i les temporals (cicles evolutius). D'aquesta manera aconseguim certa orientació, i per tant una direcció possible del cas que ens permeti anticipar alguna desorganització.

És un fet, malgrat que ens costi acceptar-ho, o ni tan sols reconèixer-ho, que moltes vegades són els mateixos familiars els que han construït la xarxa i l'han usada a partir de la seva estratègia. Famílies que decideixen quan volen contactar amb nosaltres i quan ja no els interessa continuar-ho fent, malgrat que hàgim pactat un compromís de seguiment. Amb quin membre de la xarxa s'estimen més plantejar un tema i a qui s'estimen més ocultar-lo. Això és possible perquè partim de l'axioma que tot subjecte s'orienta en la vida per una certesa, un saber inconscient que l'orienta en les seves tries de parella, de feina, d'amics, de fills. Més enllà dels seus coneixements, que de vegades poden ser escassos, no falta mai aquest saber certesa. Per això parlem de **l'elaboració col·lectiva del saber com a principi epistèmic**, en el projecte Interxarxes.

Una família la podem pensar així, com un dispositiu en què es transmeten valors i maneres de vida, en què es repeteixen lligams i en què també es causen les "invencions" particulars de cada membre. Un dispositiu en què cadascú, amb això que rep i amb la significació que atorga als fets biogràfics, "inventa" les seves pròpies respostes, les seves maneres de fer, més o menys assolides.

Per això, el saber que compta per a nosaltres és aquell que ens permet una orientació en el treball amb aquesta família, el que ens permet situar el fil que recorre allò que hi coixeja (fracassos, impassos, repeticions), però també allò que hi sorgeix com a novetat i com a “solució” (sempre provisional), a partir de la qual podem intervenir juntament amb ells.

La qüestió no és el que nosaltres, com a especialistes, sabem *a priori*, i que proposaria una pauta de normalització per a aquest grup familiar. Més aviat es tracta de la manera com localitzem la brúixola de l'usuari, la clau que l'orienta, i a partir d'aquí situem la posició que ocupem per a ell i les estratègies precises per a acompanyar-lo. Sempre som alguna cosa per a ell, i això és al marge de la nostra voluntat. Podem ser el seu testimoni còmplice, al qual expliquem el seu impàs perquè nosaltres el compartim i tot continuï igual. Podem ser l'instrument necessari per a confirmar la seva autodestructivitat (ens posa al límit i nosaltres el rebutgem). Altres vegades podem ser la seva consciència, que li diu el que està bé i el que està malament. Fins i tot ens pot situar com el seu turment, aquells que el maltractem no donant-li el que ens demana o exigint-li coses injustes.

L'exemple més evident d'aquest vincle transferencial el tenim en el fet que un mateix consell o valoració professional és sentit de manera molt diferent segons el lloc que atorga el subjecte a qui el dona. Una recomanació de separació de la parella pot ser sentida com una ordre que s'ha d'obeir si ve d'un professional al qual el subjecte atorga una autoritat total, i en canvi pot quedar en el buit la mateixa indicació si aquesta recomanació la fa un professional al qual no atorga cap autoritat sobre aquests temes.

2.4. Les lleis del mètode (I): la repetició

És cert que no disposem de lleis infal·libles, com la física, per a la construcció del cas, però tenim algunes pistes que ens poden ajudar a reduir aquesta incertesa. Sabem que per a establir una llei que defineixi un fenomen i permeti calcular-lo s'ha de constatar que hi ha una sèrie, que en la seva repetició constitueix una llei. Diem que hi ha la llei de la gravetat perquè constatem que un objecte qualsevol que està suspès en el buit tendeix a descriure una trajectòria atret per aquesta gravetat: la poma, si cau de la branca, ens anirà a parar inevitablement al cap si hi som a sota. Si aquesta repetició no es donava no podríem parlar de llei, sinó tan sols d'atzar o casualitat.

Si apliquem aquesta idea al nostre treball amb persones, la llei més fiable és la de la repetició de conductes, actituds, valors. Com hem vist en altres mòduls i assignatures d'aquest mateix grau, una família té una primera funció de transmissió d'ideals, valors i formes de vida. La família, més bé o més malament, ens deixa com a herència una certa “teoria de la vida” que ens permet interpretar la realitat, jerarquitzar-la, ordenar-la amb valors més o menys rígids. Una família, però, també ens dona la possibilitat d'invenció, a cadascun dels membres, per a introduir la novetat respecte a això que es transmet. **Transmissió**

Escales de Markoff

Fins i tot l'atzar pot esdevenir llei, com mostren les escales de Markoff, que són sèries llargues calculades a partir de fenòmens aparentment aleatoris, usades en el càlcul dels jocs d'atzar per a anticipar els daus o la destinació de la ruleta.

Vegeu també

Sobre el tema de la família, consulteu l'assignatura de *Família i educació social*.

i **invenció** són dues funcions bàsiques, que van amb una tercera que és clau: una família i un subjecte estan marcats per la **repetició** d'uns patrons, d'unes conductes, d'una manera particular de viure la sexualitat i les relacions.

Avui és comú parlar del subjecte multifrènic, un ésser polièdric no subjecte a una identificació fixa (espanyol, casat i pare de família), sinó a múltiples (jove, informàtic, bisexual, europeu, esportista, ecologista, etc.). No obstant això, aquest relat autoconstruït i renegociat constantment (allò que alguns sociòlegs anomenen *vida en construcció*) té límits, ja que al costat de la variació i d'allò que és nou hi ha alguna cosa fixa, que es repeteix i apunta a l'os de la identitat, a allò que és més real de cada subjecte.

En l'aparent caos, que són moltes de les històries que es presenten a la xarxa, teixides de tries equivocades, oportunitats perdudes, vincles patològics repetits, podem captar, no obstant això, alguna cosa que insisteix més enllà de les variacions fenomèniques. Localitzar en cadascú això que insisteix com a repetició ens permet entendre la lògica del cas ja que, més enllà de les formes – que poden ser diverses –, hi ha alguna cosa que es repeteix de manera inexorable. Trobem mares adolescents que són filles d'altres mares adolescents, dones maltractades les mares de les quals ja ho van ser també, subjectes la vida dels quals és una seqüència de fracàs repetida, des de la seva experiència escolar (repeticions, conflictes) fins al seu itinerari laboral (acomiadaments) o la seva vida de parella (ruptures, violència). Dones o homes que presenten patrons de dependència vinculats a tots els companys que han tingut, tant si són els seus propis pares com les seves parelles o els professionals que els han atès.

2.5. Les lleis del mètode (II): tenir en compte allò que és inconscient

La pregunta del milió, aquesta que ens fem des de la primera infància i que la continuem, encara que de manera diferent, la resta de la nostra vida, és senzilla: què sóc jo per a l'altre, quin valor tinc per a ell i com puc obtenir algun reconeixement que doni sentit a la meua existència? Aquesta pregunta ens obliga a donar respostes contínuament, fins a trobar-ne una de mínimament satisfactòria. En la infància, aquesta pregunta es vehicula per mitjà dels progenitors o els professors. En l'adolescència són els pares i l'altre sexe qui pren el relleu i després l'altre del reconeixement pot variar molt i incloure des dels companys de feina, les parelles i els fills fins a la societat en conjunt. La nostra resposta pot ser molt variada però hi ha un patró que es repeteix i que pren la força de la naturalesa inconscient que té, opaca per tant per al subjecte. D'això en diem *saber inconscient*, una espècie de certesa particular que té cadascú sobre el lloc que ocupa en la voluntat de l'altre. És una identificació, en aquest cas inconscient, que conviu amb els ideals conscients del subjecte.

Exemple

Un subjecte, professional brillant, té la certesa que el seu lloc per a l'altre és el de ser admirat per la seva brillantor, i per a aconseguir-ho elabora una estratègia, inconscient, que consisteix a envoltar-se sempre de persones que l'admirin i que per tant se situen en un pla inferior a ell. Tria amics que no aconseguen l'èxit professional i que el consideren com el mestre, una parella, amb característiques d'inferioritat (estudis bàsics, menys poder econòmic), que no el pot deixar d'admirar, com el seu heroi particular. A la feina, com a cap d'equip, no accepta que ningú li faci ombra i sempre busca subordinats que reconeixin la seva feina com a indispensable. Per descomptat, com hem dit abans, aquesta solució, com totes, és caduca i un dia se li desmunta quan la seva pròpia dona l'abandona cansada d'aquesta admiració que no ha resistit el pas del temps.

Aquesta resposta, de vegades, és molt diferent en el pla conscient i públic i en el registre de la intimitat. La clínica i la nostra experiència quotidiana ens mostra, per exemple, aquesta diferència, que de vegades apareix com una disparitat paradoxal, entre el que és la vida pública o familiar d'una parella, en la qual cadascú exerceix un rol ben definit, i aquesta altra escena, la vida íntima, en què de vegades aquests rols s'intercanvien radicalment, de tal manera que el marit segur, decidit i amb un control aparent de la situació social es mostra en l'escena sexual com algú vacil·lant, vulnerable o fins i tot amb clares preferències a ser humiliat i castigat per la parella.

Una situació similar la trobem en el cas de la dona identificada en ideals de dona autònoma, independent, que en la vida sexual, no obstant això, accepta certes propostes de la parella difícils de conciliar amb aquests ideals.

L'eficàcia d'aquest saber consisteix precisament en el fet que és inconscient per al subjecte, i quan deixa de ser-ho pot ser que el subjecte no vulgui ocupar aquesta posició i rectifiqui així la seva elecció. Algú que sempre respon fent-se expulsar perquè considera que ell, per a l'altre, és una desferra, algú considerat tan sols com a rebuig que s'ha d'expulsar, pot rectificar aquesta resposta auto-destructiva i trobar un altre valor per a l'altre que no impliqui la seva pròpia eliminació. És el cas dramàtic dels anomenats *trastornats de la conducta* (Vilà, 1999), que es veuen a si mateixos com una escòria que s'ha d'eliminar, i per això s'estimen més presentar-se com a "dolents" i ser castigats abans que ser ignorats.

Aquest funcionament mental només és comprensible si admetem que es tracta d'un mecanisme inconscient, com va mostrar molt bé Freud, en el qual té tot el pes la pulsio de mort. Podem dir llavors que com més desconeixement subjectiu, més "eficàcia" d'aquest saber en la vida. És la seva inconsciència mateixa –la seva condició de "saber no sabut"– el que el fa operar com un vertader agent de comandament sense que el subjecte pugui trobar, en la seva justificació conscient, les raons de la seva decisió. Per això sorgeixen aquestes preguntes desesperades quan es constata l'efecte de repetició: el "Per què vaig tornar a confiar en ell si ja me l'havia jugada abans?" que diuen moltes dones, víctimes de maltractament, o el "Per què no vaig veure que aquesta elecció laboral seria la meua ruïna?" de subjectes que col·laboren en el seu propi fracàs, quan aparentment són a punt de tenir èxit.

Lectura recomanada

F. Vilà (1999). "Un malestar subjetivo propio de la época: más allá del trastorno grave de la personalidad". *Freudiana*, 27, 55-60. Barcelona: ELP.

Quan un es veu davant l'altre com la seva sustentació, tot en la seva vida gira al voltant d'aquesta funció de sustentació, o quan algú es veu per a l'altre com una desferra, és possible que aquesta condició de rebuig "actiu" en allò que és més quotidià de la seva existència. Això que insisteix és, doncs, el més íntim i a la vegada el més èxtim de cadascú, ja que no és fàcil reconèixer-nos en aquesta posició, perquè moltes vegades ens estimem més fer-nos una imatge de nosaltres mateixos una mica més amable. Extimitat és aquesta dimensió paradoxal de la vida humana en la qual allò que és més íntim, allò que ens constitueix més profundament com a éssers humans, resulta, no obstant això, reprimit i situat a l'exterior, sense que en reconeguem la familiaritat.

Aquesta divisió del subjecte, entre allò que és conscient i allò que és inconscient, té una conseqüència immediata en termes de saber, ja que hem de distingir clarament entre **saber** i **coneixement**. El coneixement fa referència al conjunt d'informacions que té un subjecte sobre un tema determinat (la borsa, la vida animal, l'educació infantil, els adolescents, etc.), mentre que el saber, per a nosaltres, està lligat a les identifications (inconscients) del subjecte.

És habitual que moltes famílies acudeixin a nosaltres demanant-nos que els aconsellem perquè diuen d'elles mateixes que són ignorants, i ens situen com el "**subjecte de suposat saber**", aquell que sap el que els convé fer. Per descomptat, és un error considerar que nosaltres tenim el saber i que elles, en canvi, són ignorants. Pot ser que no tinguin coneixements científics, però això no vol dir que no sàpiguen res del que està passant, que el seu saber sigui inoperant. Més aviat al contrari, el seu saber opera amb una inèrcia contundent, i encara més si el seu desconeixement conscient és total. Com assenyalàvem abans, hem de distingir entre el saber conscient, allò que ens sembla que passa, allò que podem explicar i que respon al conjunt de les nostres conviccions i identifications assumides, i un altre saber, inconscient, que funciona amb autonomia del jo –que l'ignora– i que orienta el subjecte de manera constant i amb cert automatisme.

És evident que aquestes famílies, aquests pares, tenen un **saber fer** que els orienta en la cria dels fills, malgrat que no puguin reconèixer tots els perfils del seu saber. Ells prenen decisions cada dia que "suposen" l'existència (la sàpiguen explicitar o no) d'una "teoria" sobre la infància i sobre l'educació, i encara més important, una certesa de la seva relació amb l'altre, amb els fills, la parella. El saber hi és, però actua de manera que el subjecte l'ignora, i no partim doncs d'una asimetria marcada per un saber expert enfront d'una ignorància familiar. Hi ha una diferència, però no és relativa a l'absència de saber sinó al lloc que ocupem cadascú, professional-subjecte, en aquesta relació. El repte és

com podem produir un saber nou, una invenció simptomàtica nova que no sigui la repetició tràgica d'una escena fantasmagòrica d'agressió, com és el cas de moltes de les històries familiars que sentim.

Per a aconseguir-ho, hem de reconèixer l'existència d'aquest saber de l'altre i a la vegada l'absència d'una resposta, per part nostra, totalment programada. No es tracta de saber què s'ha de fer sinó de saber què volem fer, com i quan.

2.6. Les lleis del mètode (III): el vincle transferencial

Si la repetició és “la nostra” llei més fiable, allò que ens pot orientar més bé en la construcció del cas, com podem captar aquesta seqüència de repetició, aquesta lògica enmig del caos que ens donaria la clau per a pensar la direcció del cas? I que ens evitaria així perdre'ns pels meandres dels esdeveniments vitals, que es presenten com una sèrie interminable de dades biogràfiques, successos traumàtics, (des)encontres institucionals, la sola acumulació de les quals (dossier del cas) no ens aporta cap clau significativa.

Localitzar aquesta seqüència de repetició ja és tenir una brúixola del cas, una cosa que ens permet calcular aproximadament els passos següents. De vegades ho podem fer sols, fins i tot en el curs mateix d'una primera entrevista o per mitjà de la lectura minuciosa de l'expedient del cas. No resulta sempre fàcil, però, ja que nosaltres, en la nostra condició de practicants, receptors i destinataris de la demanda, formem part del “síntoma” (aquesta sèrie de repetició) i som situats, com indicàvem abans, per al subjecte en aquesta sèrie. Mai, encara que ens ho sembli de vegades, no som aliens a l'altre amb el qual interactuem.

Exemple

Una senyora de seixanta anys, que conviu des d'en fa més de trenta amb un marit amb un trastorn mental greu (psicosi paranoica), explica a la treballadora social, amb la qual té una relació de confiança des de fa temps, un secret ben guardat. Als nou anys va ser violada per un desconegut, i aquest fet només el va saber una tia materna a la qual s'estimava molt. Fa uns mesos es va morir aquesta tia, i la senyora passa per una conjuntura de pèrdua progressiva de la memòria. És atesa també, a causa d'un quadre d'angoixa persistent, pel psiquiatre del centre de salut mental, al qual no ha explicat res de tot aquest assumpte.

La sorpresa de la treballadora social és que, després d'aquesta “confessió”, torna a anar a altres entrevistes però no fa cap esment d'aquest assumpte; hi comenta les qüestions habituals sobre les dificultats amb el seu marit i els seus fills, en les quals ella sempre ocupa una posició de víctima, tant del marit com dels fills, posició que té tots els trets del que consideràriem un maltractament psicològic.

Per què ens explica, doncs, aquest assumpte tan íntim, ara que ja ha passat tant temps? Podem fer la hipòtesi que aquesta dona, en un moment subjectiu de cert declivi (dol per la tia, pèrdua de memòria), ha volgut dipositar aquest record, que se li escapoleix, en un lloc de confiança. Ha “usat” la treballadora social situant-la en la sèrie transferencial començada per la tia, que ara és morta. Ella és el seu testimoni, i per això no espera cap intervenció de la treballadora social, n'hi ha prou que custodiï aquest secret, aquest esdeveniment

traumàtic clau en la seva vida, davant el qual va quedar paralitzada i amb el qual ha conviscut des de llavors. Aquest testimoniatge ja és un tractament del malestar, encara que sigui precari.

Captar aquesta lògica del **vinde transferencial** no resulta sempre fàcil per a qui, precisament, en forma part. Com s'ha de fer, llavors, per a recolzar-se en l'equip i en la xarxa per a captar la lògica i la posició en què es col·loca el subjecte mateix? Com s'ha de fer per a generar, en definitiva, una dinàmica de treball que tingui en compte aquesta relació transferencial, sempre present en la nostra feina?

Per a Freud, la transferència és la relació que s'estableix entre dos subjectes parlants pel sol fet de dirigir-se la paraula; per això sempre és particular i adquireix matisos específics amb cada professional. No és el mateix dirigir-se a aquesta treballadora social que a l'educador que s'ocupa dels seus fills o al psiquiatre que l'atén. Cadascun és col·locat en una posició pròpia i és des d'allà que s'escolta el que diu.

Com hem assenyalat abans, un consell de la treballadora social, situada en una certa posició de substitut matern, pot ser interpretat pel subjecte com la confirmació i autorització d'una elecció del subjecte (de parella, de feina), i en canvi el mateix consell fet per un altre professional (tutor escolar) pot ser llegit com a imperatiu o simplement que no tingui cap efecte perquè resulta indiferent al subjecte.

Per això trobem sovint lectures tan diverses sobre un mateix cas. Treballar en xarxa és una ajuda per a aquest procés perquè permet que aquesta pluralitat d'interpretacions ens ajudi a captar què és el que –més enllà de les variacions formals– insisteix en la biografia d'aquest subjecte o grup familiar.

En el cas d'aquesta dona ens pot permetre entendre com ha ordenat la seva vida entorn d'una contingència dramàtica que la va fixar en una posició de víctima que ja estava en joc en la seva història familiar i en la de la seva pròpia mare, també maltractada. Les seves tries posteriors han estat comandades per aquesta certesa –el seu vertader “saber”– d'ocupar un lloc de rebuig per a l'altre (ella pateix el menyspreu del marit i del seu fill gran). Aquest saber ha operat com una resposta identitària inconscient que, malgrat el llarg vinde institucional amb la xarxa de salut mental i serveis socials, no ha estat modificada. La xarxa professional ha funcionat per a ella com un element de seguretat, de prevenció, de sustentació d'aquesta posició difícil i dramàtica. Només en l'últim moment i urgida per la deterioració, lliura aquest secret.

Entendre aquesta “elecció” forçada del subjecte és fonamental perquè permet orientar la direcció del cas i no confondre el dèficit de coneixements, sia per falta d'instrucció o per falta d'estímuls vitals, amb l'absència d'una certesa sòlida, d'un saber que, pel fet de ser desconegut, és més operatiu i resistent.

Suposar que els subjectes són ignorants és conrear la nostra pròpia passió de la ignorància, el desconeixement d'allò que opera com a escena matriu i sobretot del lloc que ens assigna a nosaltres en la relació transferencial. Desconèixer-ho és fer-lo actuar de manera isomòrfica com fa el pacient mateix en fer actuar allò que no és rememorat, o sia, repetint-ho. Freud deia que el qui que no aconsegueix rememorar el que ha passat i analitzar-ho està condemnat a repetir-ho. És el que constatem en la feina de cada dia de la intervenció quan veiem famílies i subjectes incapaços de reflexionar sobre els seus actes, i condemnats per això a repetir-los en ells mateixos i en les generacions futures, de vegades de manera dramàtica (abusos, maltractaments, consums).

Els professionals som els destinataris de les demandes del subjecte i també dels seus impassos perquè hi som per a rebre'l, i més que no pas preguntar-nos per què ens molesta amb això, ens hauríem de preguntar per què no ho pot deixar de fer. Transcendir la idea d'intenció joica –com si ells poguessin decidir segons la voluntat cadascun dels seus passos– per a captar la raó, la seva pròpia llei subjectiva.

Perquè aquest treball de construcció de casos sigui efectiu a la xarxa, ens hem d'imposar certa disciplina i posar en marxa diverses estratègies que analitzarem a continuació:

- l'anàlisi de casos,
- la supervisió grupal,
- el seguiment regular a la xarxa mateixa.

3. Procediments i eines en el treball en xarxa

Plantejar avui el dilema de la intervenció social entre l'elecció del vell model, de tall paternalista i benèfic, i la idolatria de la gestió com la **solució total** resulta un fals dilema perquè disposem d'altres vies diferents. Estratègies que no ignoren ni rebutgen els avenços tecnològics (TIC) i metodològics (protocols i guies pràctiques) però que no situen aquests avenços en primer lloc, per davant dels criteris i les valoracions dels professionals com a guia bàsica de la seva intervenció.

La constatació de la complexitat dels casos atesos, la multicausació i la multi-problemàtica que tenen convoquen una cort de professionals i serveis que treballen de manera parcial, fragmentada i sovint descoordinada, aliant-se cadascun amb l'usuari que atenen o amb el problema que enfoquen. Quan aquesta situació s'allarga, el risc és el de fer-se crònica en una repetició de crisis múltiples en la qual els recursos utilitzats no han millorat l'autonomia ni els processos familiars.

Per a això, les pràctiques de col·laboració (grupals, de xarxa o comunitàries) són estratègies professionals que representen una oportunitat, com hem dit al principi, de restaurar la variable temps, afavorir la perspectiva global de l'abordatge del cas i sostenir aquesta orientació del lligam ètic irrenunciable. Pràctiques orientades per la conversa permanent i regular entre els actors professionals, que, a partir de situar en el centre els interrogants que suscita cada cas o cada situació, generen un fer professional que inclou les dimensions tècniques i ètiques.

3.1. El treball en equip com a preliminar a tota intervenció possible

La modalitat de treball actual, que hem descrit com a tendència dominant, afecta de manera important el mateix treball en equip dins de cada servei. Com que individualitza en excés la tasca assistencial, "extreu" el saber de cada professional (reflexions, hipòtesis) i el substitueix per l'obediència a uns protocols que fa inservible la decisió del professional. L'ideal d'estandardització de les pràctiques implica que tots els professionals actuïn de la mateixa manera, i per tant que siguin fàcils d'intercanviar. Fins i tot veiem, en alguns equips, que això comporta l'esborrament de les diferències entre disciplines.

Es parla de falta de cultura del "treball en equip" com a explicació d'aquest fet, però no s'ha de passar per alt que la cultura no es constitueix si no és a partir d'una praxi, això és, d'un lligam entre la teoria (valors, objectius) i una pràctica (fer). Si aquest fer és un fer que desconeix el vincle profund entre la teoria (model de referència) –ja que es dilueix en l'ateoricisme de la gestió– i la

pràctica, que s'orienta al monitoratge de les guies pràctiques, els circuits i les aplicacions, és difícil que es pugui constituir cap cultura (marc de representació compartit) que no sigui la de l'individualisme.

En lloc de treball en equip, el que s'accentua és la distància entre els qui disposen de temps, per a reflexionar en models i estratègies i pensar-los, i els qui, coaccionats per la pressió assistencial, amb prou feines poden introduir en la seva praxi algun *input* nou o alguna reflexió sobre els seus avenços i límits.

Per a generar una vertadera cultura de treball en equip, preliminar necessari per a futures actuacions grupals, comunitàries o de xarxa, fa falta crear algunes condicions en el si de l'equip mateix. Condicions que exigeixen, com a pas previ, un ajustament de les tasques que deixi temps per a aquest treball de col·laboració i que impliqui un límit a la voracitat de l'atenció individualitzada, il·limitada per naturalesa.

Una d'aquestes condicions afecta les tasques de direcció, coordinació o responsabilitat en els equips d'atenció social. Aquesta feina ha estat considerada durant molt temps com una càrrega de treball suplementària, més centrada en la gestió que no pas en una vertadera direcció tècnica. Per això, el reconeixement institucional d'aquesta funció ha estat en general escàs. A aquest fet han contribuït també els professionals mateixos, socialitzats en una cultura d'autogestió i de vegades per "necessitats del servei" a causa del relatiu abandonament i solitud en què han estat.

Avui comença a tenir relleu aquesta funció, necessària i vital, per a vectoritzar la feina d'equips heterogenis i cada vegada més nombrosos. El risc és que les tasques de gestió i burocràcia excessiva absorbeixin el temps de la coordinació i impedeixin el que seria una tasca productiva de coordinació tècnica.

No hi ha treball en equip sense aquesta funció d'excepció que ha d'encarnar un professional. Excepció, no perquè es tracti d'una figura excepcional, carismàtica i superdotada, sinó perquè la funció que té és la de garantir que l'equip no es tanqui en si mateix, que sostingui certes qüestions obertes, interrogants que mobilitzin la feina dels seus membres. El coordinador té, doncs, una tasca diferent, tan necessària i vàlida com les altres, sense la qual l'equip pot caure en l'endogàmia, el conflicte larvat i l'esterilitat professional.

Un primer escenari d'anàlisi de la complexitat de la nostra tasca és en el mateix **equip servei**, sia el centre docent, l'equip de serveis socials o l'equip clínic de salut. Per a això hi ha espais de treball col·lectiu regulars. Aquesta mirada interna a l'equip, però, si bé és necessària i és la primera baula de la xarxa, de vegades és insuficient i requereix la col·laboració amb els altres serveis que hi ha implicats: **les altres xarxes**.

Quan es planteja aquesta necessitat? Assenyalem els límits i l'existència d'algunes condicions:

- Certa incomoditat i certes inquietuds del professional amb el futur del cas (cas crònic, complexitat que desafia tot protocol i metodologia bàsica, conflicte entre serveis).
- El nivell de coordinació habitual i treball en equip resulta insuficient.
- Hi ha d'haver diversos serveis i han d'estar motivats a participar, cosa que implica un compromís ètic, d'un en un, la qual cosa fa que es pugui passar de la queixa inicial per allò que no funciona a una pregunta productiva per allò es pot fer.

Una de les seves funcions més importants, sobretot en èpoques de crisi i ajustament com l'actual, és focalitzar molt bé les intervencions i precisar per aconseguir-ho els objectius de la intervenció, de manera consensuada amb l'equip. Una de les dificultats més grans que es presenten en l'atenció de casos en la intervenció social són justament els criteris de tancament d'un cas pel fet de no saber bé quin és l'abast de la intervenció. Com ocorre en els escacs, de la manera com es comença una partida en depenen molt les sortides possibles. Aquesta qüestió és crucial en la construcció del cas en el treball en xarxa, i per això convé que tinguem clar en què intervenim i quins són també els límits temporals d'aquesta actuació. Ens ajuda a fer-ho pensar en el concepte de *cicle* com una guia pràctica de l'actuació.

3.2. La teoria dels cicles com a guia d'actuació

Acostumem a pensar en els casos en termes de novel·la riu, com si el cas comencés amb la nostra intervenció i continués indefinidament fins que, per una raó o una altra (abandonament, trasllat, conflicte, etc.), el cas es tanca. Segurament, el context institucional, amb els seus imperatius legals, amb el fet de la gratuïtat, les ideologies professionals, ajuda a aquesta visió. La realitat, però, és que habitualment intervenim només en un cicle d'aquesta història familiar.

Per això, un concepte operatiu per al treball en xarxa és el de *cicles*. Partim de la idea que un cas no és sinó la sèrie de les solucions inventives del subjecte, és a dir, la manera en què ha respost a les exigències, tant si són de l'altre social (família, treball, estudis, parella) com del subjecte mateix (moments vitals: pubertat, separacions, migracions). En definitiva, els seus "assoliments i fracassos" en relació amb el que li passa.

Per això, quan fem l'anàlisi d'un cas, no prenem tota la història familiar, sinó tan sols un cicle d'aquesta història, un període en què hem intervingut i mirem de situar tres moments: l'**impàs inicial**, la **solució fallida**, que no obstant això ha pogut funcionar fins llavors, i el **moment de crisi** que ha provocat la

nostra intervenció. Busquem quin ha estat el canvi d'estratègia, de la família i la nostra, com hem acompanyat aquest procés i en quin punt hem trobat un impàs.

Com assenyala Miller:

“[N]uestra concepción es de lo terminable, no es de lo indefinido. Puede ser lo terminable eventualmente con repetición, que es la idea estructuralista, elementos discretos pero que se pueden repetir. [...] En la fenomenología de Heidegger siempre se abren preguntas, pero ¿cuándo se cierran? Si a uno no se le cierran, lo que tiene es un congelador.”

(Miller, 2005, p. 129).

Aquests primers esbossos d'una teoria de cicles, encara per completar i desenvolupar, sorgeixen de l'experiència renovadora dels CPCT³, verdadera xarxa de centres de psicoanàlisi aplicats, impulsats per l'Associació Mundial de Psicoanàlisi a Europa i Amèrica.

⁽³⁾CPCT són les sigles de *centres psicoanalítics de consultes i tractament*.

La novetat important d'aquesta xarxa és la seva aportació a la clínica de la psicoanàlisi aplicada i per extensió a les aplicacions de la psicoanàlisi en altres institucions de la xarxa pública i privada (salut, educació i atenció social) en les quals treballen molts d'aquests analistes. Aquesta experiència de l'àmbit clínic ens pot ajudar a extrapolar algunes idees a l'àmbit de la intervenció social.

Un dels elements de renovació d'aquesta clínica fa referència a l'ús del temps en la relació terapèutica, un ús marcat per la precipitació, ja que fixa una temporalitat, que provoca una elaboració, tant dels pacients com dels terapeutes. Fixar per endavant la durada de la nostra intervenció pot ajudar a focalitzar l'objecte de la intervenció, els mitjans que s'han d'utilitzar i precipitar la sortida del cas ja que contraria la vacil·lació que de vegades poden tenir els subjectes atesos, i els professionals mateixos.

L'horitzó d'aquest tractament, o eventualment de la modalitat de consulta si es tracta només d'algunes entrevistes, és acompanyar el subjecte cap al seu primer cicle, del qual no sabem amb antelació la durada, si bé podem preveure que es tracta d'un cicle breu la durada del qual només podrem calcular *a posteriori*.

Un **cicle**, de fet, comença generalment a partir d'una **situació de crisi** (pèrdua familiar, ruptura de parella, crisi laboral) a la qual segueix una **primera "solució"** que el subjecte mateix mira de trobar (parella nova, canvi de feina, duel patològic o resolt) i que en alguns casos es pot resoldre amb èxit i en uns altres, amb més fallida. La durada que té és variable, però sabem que sempre té una data de caducitat. Quan aquesta solució es mostra greument disfuncional per al subjecte mateix o per al seu entorn pròxim (maltractaments, incapacitat econòmica, pèrdua d'habitatge), es pot fer una **demanda assistencial** per a mirar de trobar una **solució nova** que donaria origen a un cicle nou.

Aquesta seqüenciació del cas ens permet introduir límits en la nostra pròpia intervenció i també en la família, i prevenir-nos així tant de l'omnipotència professional com de la inclinació excessiva per part de l'usuari. L'interès d'aquesta fórmula, com assenyala Montserrat Puig, és que “se desidealizan las conclusiones y sobre todo permite diversificarlas”.

3.3. Una “disciplina” com a suport de la construcció del cas

Construir un cas requereix imposar-se una disciplina que venci l'autòmat de la inèrcia actuada i de la paràlisi que produeix l'angoixa. Per a aconseguir-ho, fan falta espais regulars de conversa com els seguiments periòdics o els seminaris d'anàlisi de casos. I també un cert ús de l'àmbit escrit, en les presentacions de cas, en els plans de treball, àgils però en paper, ja que escriure un cas ja és una primera manera d'ordenar-lo, apuntar hipòtesis i descobrir els buits de saber que un té (Alegret, 2005).

El cas, com hem vist, no és en les dades, en les informacions que recollim. És en les hipòtesis que formulem, en la manera en què ordenem aquests fenòmens i trobem el fil conductor que ens proporciona la lògica del cas. Per això, per a construir el cas fa falta **imposar-nos una disciplina** ja que si no ho fem així és difícil sostreure's de la voràgine dels esdeveniments, de la implicació emocional i de la complexitat del cas.

Si acceptem, com a punt de partida, el supòsit ètic que ja hem explicitat de la participació de la família i del subjecte en tot el procés d'acompanyament educatiu, arribarem a la conclusió que la primera construcció d'un cas és la que fa el subjecte mateix; ell és el primer que s'inventa una explicació per a allò que li ocorre. Explicació en què sol escamotejar, d'entrada, la seva implicació en l'embolic en què s'ha ficat, imputant a la destinació, als pares o tutors, a l'Administració o a nosaltres la causa de tot plegat. El sol fet d'explicar-nos-ho va introduint variacions en aquest relat, que segurament, al cap d'un temps, ja no serà el mateix. Una de les primeres tasques que hem de fer és captar aquest progrés narratiu, i per a aconseguir-ho la xarxa pot ser una gran ajuda.

Una dona es pot queixar de la seva mare perquè li impedeix progressar, i no obstant això hi està atrapada. Així es presenta, jove pacient víctima de la submissió materna. Quan li assenyallem alguna contradicció, comença a admetre els beneficis que li procura aquesta posició victimista. Li evita, per exemple, haver-se d'enfrontar a una sèrie d'eleccions professionals o sexuals.

El nostre treball de construcció és, doncs, una reinterpretació del que diu l'usuari, sense desmentir-lo però sense quedar enlluernats amb aquest relat que ens ofereix i que per a ell és la seva "veritat" més autèntica. A nosaltres ens toca fer les objeccions, assenyalar les contradiccions i les inconsistències entre aquest relat i allò que no va. Aquest no saber, per part del subjecte, no és una ignorància de coneixements; efectivament, hi ha moltes maneres de no saber: no voler saber, no voler extreure les conseqüències del que se sap, no parar atenció a allò que passa al voltant nostre i als nostres propis signes d'alarma.

No ens podem limitar, doncs, a escoltar; hem de llegir més enllà, assenyalar en cada cas el particular d'aquesta situació, la manera singular en què cadascú obté la satisfacció i s'hi recrea. No totes les famílies en què hi ha violència, consum de drogues, trastorn mental o precarietat econòmica responen de la mateixa manera, ni es posicionen igual enfront d'això tots els seus membres. El que ens importa són les diferències, els detalls de cada cas.

Aquesta construcció, per definició, és una construcció inacabada ja que les descripcions completes només serveixen al plaer d'aquell observador que se situa com l'"amo del saber", aquell que domina la situació des de la seva talaia i espera que tot vagi segons el que ha previst.

La nostra posició, al contrari, ha de ser més aviat de no saber-ho tot –que no vol dir absència de saber. Aquesta actitud és necessària per a extreure del "saber acumulat", del conjunt de relats que ens expliquen d'elles si mateixes les persones que atenem, de les versions familiars que construeixen, dels diagnòstics previs que han rebut, un saber que encara no és sabut. En aquest sentit, tot cas és una sorpresa pel que té de no sabut i pendent d'arribar, la sorpresa, per exemple, de les invencions que aquest subjecte o aquesta família trobessin, com a recerca pròpia i com a reacció a la nostra intervenció. El que percebem del cas, com ja hem assenyalat, és sempre un cicle més o menys llarg, en què la crisi inicial la segueix la demanda al servei, una intervenció i la possibilitat d'una homeòstasi nova a la qual inevitablement seguirà una altra crisi.

No hi ha, doncs, solucions eternes; totes són caduques per definició. Aquesta provisionalitat no és, no obstant això, signe d'impotència, sinó que indica més aviat que d'un cas sempre hi ha alguna cosa no dita, alguna cosa que ha d'arribar, i això caurà sempre del costat de l'usuari. Ell decidirà que en fa d'això que li passa i de les nostres propostes.

Per això la continuïtat de la xarxa és fonamental per a permetre aquestes modulacions. Un dels casos (cas F) que analitzarem detalladament ens mostra una família marcada pel greu trastorn mental de la mare, atrinxerada a casa, amb poca socialització i escolarització dels menors, amb un pare atemorit dels seus

propis temors i amb una mare obsessionada per les seves idees delirants. La xarxa hi intervé des de fa més de deu anys, en diferents etapes i amb diverses estratègies. Un gir radical amb internament de la mare envia un missatge clar a aquesta mare: s'ha de posar un límit al tancament familiar. D'entrada sembla que no ho senten però en un segon temps aconseguix el seu objectiu i és la mateixa família i la mare les que troben una solució que permet un cert alliberament per als menors i segurament un alleujament per a la mare.

Aquest treball de construcció del cas en el marc de la xarxa no és, doncs, ni secret ni inefable. Com ocorre en el seminari d'anàlisi de casos, que després explicarem, s'escriu, s'exigeixen arguments i precisió de les dades, s'exposa en públic, es formalitza per escrit, es convida algú de fora perquè el comenti. Tot plegat constitueix una sèrie de casos que ja és una forma d'avaluació, important i segurament la més conforme a la naturalesa del nostre treball. Per a elaborar-lo, disposem d'un supòsit metodològic, la **interdisciplinarietat**, i d'un principi rector, la **conversa**. Tots dos ens donen la pauta dels procediments tècnics de construcció del cas.

3.4. La interdisciplinarietat com a paradigma

"[...] considero impossible conèixer les parts sense conèixer el tot, tant com conèixer el tot sense conèixer particularment les parts."

(Blaise Pascal).

La publicació, el 1637, del *Discurs del mètode*, obra clàssica de René Descartes, va inaugurar la divisió entre subjecte i objecte, ja que establia l'escissió estructural entre cos (*res extensa*) i ànima (*res cogitans*). Descartes, en el seu segon principi del mètode, es refereix a la necessitat de "dividir cadascuna de les dificultats que examinés en tantes parts com fos possible i com calgués per a resoldre-la millor".

Allà va començar el naixement de les **múltiples disciplines** que avui coneixem ja que el concepte de *disciplina* es va anar considerant, de mica en mica, com a sinònim de *especialització* (Morin, 1995). Aquest **procés de fragmentació del saber**, refermat amb la formació de les universitats modernes, va prosseguir al llarg dels segles següents i es va exacerbar fins a un punt que va fer falta, a partir de la Segona Guerra Mundial, donar pas a la multiplicació de relacions de cooperació en diverses àrees (econòmiques, polítiques i científicoculturals) per a afavorir la interacció entre disciplines.

Descartes mateix va ser conscient que a aquest procés d'anàlisi –i per tant d'especialització i divisió en parts– l'havia de seguir una síntesi des dels objectes més simples fins als més complexos per a aconseguir una integració. Si no es fa així, mantenim un fals dilema entre el reduccionisme (les parts) i l'holisme (el tot). El paradigma interdisciplinari mira d'articular les parts i el tot sense renunciar a la doble perspectiva que comporta. Una família funciona com un tot en molts aspectes (trets compartits relatius a la satisfacció,

la vivència de l'àmbit sexual, les teories interpretatives), però a la vegada una família és impensable sense tenir en compte la singularitat de cadascun dels seus membres que no és subsumible en el tot familiar.

Tot objecte, nucli d'una disciplina, ha estat extret d'un tot, recorda Morin, i per tant hem de contemplar-ho en relació amb el tot, perquè si no la hiperespecialització planteja un risc de reificació de l'objecte d'estudi. L'exemple actual de les neurociències ens mostra que el fet d'extreure el cervell (part) d'un tot (subjecte humà) pot comportar el risc de prendre aquesta part pel tot i extreure conclusions generals sense cap fonament. No es pot crear una ciència que miri d'explicar el conjunt de l'home a partir d'un sol element (cervell-cos). S'ha d'articular, com a mínim, amb les altres "dues cultures": la social i la humanista.

L'atzar i la necessitat van impulsar nombrosos casos d'hibridació entre diferents disciplines que perseguien el seu progrés trencant el seu aïllament. De vegades es va tractar de la circulació entre les disciplines de conceptes o esquemes cognitius compartits. De vegades van ser intents d'una disciplina d'usurpar el territori d'una altra o d'interferir en els seus avenços. Altres vegades, la hibridació va comportar la invenció d'hipòtesis explicatives noves o la constitució de concepcions organitzatives que van permetre articular diversos dominis en un sistema teòric comú.

La creació d'organismes internacionals com la Unesco va impulsar aquestes estratègies de cooperació interdisciplinàries. Va ser a la fi dels anys seixanta quan la Unesco mateixa va fer una empena decisiva a la perspectiva interdisciplinària, amb l'objectiu de trobar solucions comunes als problemes contemporanis, especialment des del punt de vista científic i tecnològic (Unesco, 1982). La dècada dels setanta va consolidar aquesta perspectiva interdisciplinària que es presentava com una espècie de solució màgica per a tots els desafiaments de l'època.

En el desenvolupament d'aquesta perspectiva es veuen dues tendències: l'anomenada *forta*, que mira que les disciplines interactuants acabin formant una disciplina integradora nova (psicopedagogia, neurobiologia), que es constitueix com un domini híbrid nou que es declara independent dels seus orígens; l'anomenada *feble*, que proposa una interacció que generi intercanvis parcials (teoria, conceptes, metodologia), com ara el treball d'atenció de casos en l'àmbit de l'atenció a les persones.

Aquest últim tipus d'interdisciplinarietat, que s'adequa al nostre objecte de treball, implica que les disciplines que interactuen s'afectin i es canviïn recíprocament, sense arribar a fondre's en una disciplina nova. Quan un educador social interactua amb un psiquiatre i amb un docent, les seves concepcions de

Perspectiva interdisciplinària

Al llarg d'aquestes últimes dècades hi ha hagut una àmplia reflexió sobre la naturalesa d'aquest paradigma. Pensadors com Morin (1995) han dedicat diverses publicacions i moltes contribucions a jornades i simposis sobre el tema.

la realitat canvien de manera recíproca. El docent aprecia aspectes no observats des de la seva disciplina pedagògica i el clínic també incorpora aspectes de l'aportació de l'educador social.

La interdisciplinarietat implica, per tant, una diferència clara enfront de la multidisciplinarietat. Tradicionalment, en l'àmbit de la intervenció social, s'ha evidenciat un impàs pel que fa a la definició del subjecte de la intervenció (pacient, client, ciutadà, usuari, etc.). Aquestes denominacions, que varien segons la disciplina (mèdica, social, educativa), mostren, a manera de símptoma, una mica d'aquesta interdisciplinarietat fallida, no resolta.

Aquesta dificultat està relacionada amb el fet que el binomi individual-col·lectiu ha rebut un tractament poc dialèctic, i ha generat així respostes oscil·lants entre un predomini de l'individualisme, en què es prioritza de manera excessiva el treball individual (gestió del cas), i un dogmatisme col·lectivista en nom del qual s'han establert, de manera directiva, i per tant paradoxal, algunes mal anomenades *intervencions comunitàries*.

Aquest procés ha trobat en el paradigma biopsicosocial una solució políticament correcta, en què tots participen multidisciplinàriament, però ineficaç. Ens aboca a un multiculturalisme professional en què cadascú fa el que considera adequat, sense haver de donar explicacions a l'altre i sense abordar, per tant, el punt cec (de saber) que planteja l'emergent simptomàtic, sia un cas individual, un grup o una comunitat. No és casualitat que la psiquiatria nord-americana es qüestionï la pervivència i el fonament d'aquest paradigma en franc declivi (Gabbard, 2002).

Una teoria més interessant, pel que fa a l'avenç de la interdisciplinarietat, és la **teoria de la complexitat**. Morin (1984) la defineix com el paradigma de l'articulació, la unió d'allò que és divers, de la no-disjunció, la no-reducció, i també la integració del professional o observador en l'acte mateix de l'observació. El terme *articulació* és clau ja que no es tracta de generar una nova i única disciplina, sinó d'articular les que ja hi ha amb aquesta doble exigència: el que és global i el que és singular.

En aquesta articulació, que s'ha de prendre com un procés operatiu i no pas com un concepte, s'han de situar els mecanismes i els mètodes comuns. En la intervenció amb famílies, sia des de l'àmbit social, educatiu o clínic, podem aïllar i identificar mecanismes i hipòtesis sobre les dinàmiques familiars comunes a les tres disciplines. A la vegada ens podem plantejar algunes estratègies i metodologies compartides, si bé pel que fa a l'operativa tàctica cada disciplina ha de mantenir la seva especificitat. No és el mateix una entrevista clínica que una entrevista amb un tutor o un acompanyament educatiu.

3.5. La conversa com a principi rector

Jurgen Habermas (1987), en el seu llibre canònic sobre les regles de l'acció comunicativa, intenta estipular les condicions del diàleg a partir d'una sèrie de regles racionals susceptibles de considerar-se universals. Parteix del supòsit d'una "comunitat ideal de comunicació" que garantiria l'abast d'un vertader consens, no basat en la violència o la manipulació. Els pilars d'aquesta conversa són tres: llibertat per a parlar, igualtat per a fer-ho i que l'única força vàlida sigui la del millor argument. En resum, es tracta d'establir el nostre ideal de vida democràtic com l'element de superioritat racional que ha de presidir qualsevol conversa pública.

Richard Rorty (1996), el pragmatista nord-americà, redueix una mica aquesta essencialitat dels principis per recordar que això que ens sembla un ideal racional no deixa de ser la nostra manera de veure les coses, els nostres criteris, acordats temporalment i amb caràcter contingent. Aquesta versió pragmàtica ens convé més per a pensar el tipus de conversa que ens interessa en el treball en xarxa, no pas una de subjecta a principis universals sinó un acord capaç de renovar-se i ajustat als nostres objectius.

Quan falta "la veritat" –entesa com la paraula última i definitiva– ens fa falta una conversa sobre les accions possibles, en què el poder de la paraula pren el lloc del fonament, seguint els arguments de Rorty. Si avui proliferen els comitès d'ètica és perquè ja no disposem de l'oracle que pronuncia la sanció definitiva, i fa falta doncs que conversem a partir d'una ètica de les conseqüències que es regeix per la pragmàtica i no pas per les bones intencions. Allò que s'ha de valorar són les conseqüències dels nostres actes, i deixar de banda les intencions que tinguem.

Aquesta conversa que hem de promoure té avui un model en expansió, les xarxes socials (Facebook, Twitter), que faciliten un tipus de conversa amb alguns trets bàsics. El principal és que el cos s'escapoleix i produeix una pseudointimitat (es pot dir qualsevol cosa sense fer-se'n responsable), i de passada s'estalvia el compromís. Per això, aquesta conversa en línia és plena de trucades "perdudes", cites que no arriben a terme o s'acaben aviat amb decepció.

Ens podem preguntar, llavors, qui és el nostre vertader company en aquesta "trobada". Podem estar segurs que no és l'altre, sinó nosaltres mateixos i el nostre cos idolatrat, i per això sembla més un monòleg narcisista que no pas un diàleg amb dialèctica. Aquest model de trobada és el triat pel model de treball en xarxa basat en la reenginyeria, en el qual es prioritza la derivació com a resposta correcta a la pregunta "Això em toca a mi?". Les conseqüències de la deriva en què queden els subjectes, tractats així, les sabem bé.

El treball en xarxa, per a nosaltres, extret de la nostra experiència d'Interxarxes, és una conversa d'un altre tipus. El podem definir com "organitzar una conversa interdisciplinària amb la finalitat d'orientar-nos i sostenir-nos en la nostra tasca (casos, projectes, institució)".

Una definició minimalista, però que ja inclou tots els aspectes bàsics:

- L'**organització** com a clau davant l'espontaneïtat i el voluntarisme.
- La **interdisciplinarietat** com a patró de relació interprofessional.
- L'orientació com a finalitat primordial del treball compartit.
- El **sosteniment** com a benefici secundari d'aquesta cooperació.

Per tant, és evident que ens fa falta una disciplina amb algunes regles o alguns requisits. Vegem quins són, per a nosaltres:

1) Acceptar que **partim sempre d'un no saber**, d'una cosa que funciona, en cada cas, com a interrogant per a cadascun de nosaltres i per al conjunt de professionals. Qüestions com per què no tira endavant aquesta família, per què no arriben sempre a la seva destinació totes les ajudes econòmiques, per què organitzen sempre la seva relació entorn d'un secret, o per què es fa pagar sempre aquest noi. Aquesta posició de partida, qualificada com de "docta ignorància" (De Cusa, 1966), és el supòsit bàsic per a no infatuar-nos en la nostra posició d'"experts" i tancar així qualsevol possible diàleg amb la família i els altres professionals.

2) Acceptar que cal **situar aquest interrogant en el centre de la conversa** de l'equip i interpel·lar-nos (principi metodològic). No n'hi ha prou amb l'intercanvi d'informació. La pregunta ha de poder circular en l'equip. Interactuar no és sumar opinions o agregar informes, sinó que fa falta que aquesta pràctica de col·laboració afegeix-hi un plus, alguna cosa nova, que no hi era prèviament. Aquesta novetat només sorgeix si en el centre de la nostra conversa no hi som nosaltres i les nostres "petites diferències" narcisistes, sinó una cosa molt més important: el que ens interroga del cas perquè no tenim respostes, encara. Un bon indicador del mètode de la conversa són els canvis d'opinió que s'han de produir en aquesta interacció. Si no, estarem afermant-nos, cadascun de nosaltres, a les nostres conviccions, als judicis previs que teníem sobre la situació plantejada.

3) Acceptar que **aquesta conversa ha de ser permanent** i subjecta a la verificació de les hipòtesis, cosa que marca una diferència entre coordinació i treball en xarxa. D'això es dedueix un seguiment regular i periòdic. La coordinació professional no es transmet amb ideals sinó amb pràctiques efectives. La rutina introdueix lligams amb l'altre i domestica la falsa espontaneïtat per a la qual els altres, en realitat, són indiferents. És en la repetició en què es pot trobar la novetat. La disciplina es converteix així en una condició del treball, no pas en un principi moral. L'espontaneïtat no existeix, amaga la imprevisió o el desordre, és una convenció que es nega a si mateixa. Avui és obligat ser

Interxarxes

El projecte Interxarxes es fa al districte d'Horta-Guinardó (Barcelona) des del 2000 i inclou les diferents xarxes d'atenció social, educació i salut centrades en infància i família: www.interxarxes.net.

anticonvencional; aquesta és la convenció! Ens permet la il·lusió de no estar condicionats i ser “originals”. De fet, l’espontaneïtat no permet l’avenç i afavoreix la immaduresa.

4) Acceptar que passar del fenomen a l’estructura **requereix passar també de l’àmbit oral a l’escrit** perquè escriure ja és ordenar el cas. El registre oral té un estatut diferent del registre de l’escriptura, en què el que queda serveix de full de ruta del cas i recordatori dels acords per a tots els participants. Per això són importants els documents escrits que recullen el pla de treball i les fitxes de seguiment del cas.

5) Acceptar que **no hi ha la solució** del cas com una sortida prèvia, aliena a més a la decisió del subjecte, sinó vies diverses que ha de decidir fonamentalment ell, en tant que implicat. Per això, hem dit, totes les solucions són caduques estructuralment. És només al final del cicle que en podem valorar l’eficàcia. L’impàs d’un cas no és sinó la persistència d’una solució fallida més enllà de la funció que té.

L’efecte de xarxa es produeix en l’un en un per convenciment i sobre la base d’experiències productives. Perquè aquest efecte, però, es generalitzi als diferents actors de la xarxa (serveis, responsables polítics) fa falta un plus que no és altre que una xarxa que funcioni com una xarxa èxtima a les xarxes que ja hi ha: salut, educació, atenció social. Èxtima vol dir que si bé és externa no es confon amb les que ja hi ha ni les supleix ni les jerarquitzava, i a la vegada és íntima ja que es forma amb els professionals mateixos que integren els serveis. Aquesta xarxa de xarxes, que nosaltres anomenem *interxarxes*, és el projecte compartit que assegura la sostenibilitat d’un treball en xarxa en l’orientació de la conversa. I ho fa perquè assegura els tres elements clau del funcionament d’una xarxa:

- Uns principis orientadors i compartits: saber col·lectiu, interdisciplinarietat, participació i coresponsabilitat.
- Un mètode que inclou la disciplina del cas i la coordinació.
- Un reconeixement institucional que autoritza aquells que s’han autoritzat prèviament.

L’esquema que mostrem a continuació serveix de resum sobre les diferències entre el procés de coordinació i el de treball en xarxa. Coordinar-se és una estratègia necessària i moltes vegades suficient (casos de baix o mitjà risc) però quan volem abordar situacions d’alt risc fa falta fer un pas més i constituir una xarxa que treballi segons una metodologia que tingui en compte els cinc requisits comentats.

Taula 1. Diferències entre el procés de coordinació i el de treball en xarxa

| Diferències | |
|---|---|
| Coordinació | Treball en xarxa |
| Trobada en línia o presencial bilateral | Trobada presencial (cara a cara) multilateral |
| Freqüència aperiòdica | Freqüència regular |
| Intercanvi d'informació | Construcció del cas (informació i debate) |
| Decisió unilateral | Decisió consensuada |
| Unidisciplinari o multidisciplinari | Interdisciplinari |
| Incidència sectorial | Incidència global |
| Pacient identificador | Grup afectat |
| Procediment oral | Procediment oral o escrit |
| Sense referent o amb diversos referents | Un referent clar |
| Avaluació opcional | Avaluació consensuada |
| Casos de baix risc o mitjà risc | Casos XXL (alt risc) |

3.5.1. Les reunions de l'equip del cas

L'espai privilegiat per a la construcció del cas en el treball en xarxa és la trobada dels professionals que conformen la xarxa professional per a cada cas. Aquesta trobada ha d'observar les regles bàsiques que acabem d'establir per a la nostra conversa interdisciplinària i que configuren una altra manera de parlar-nos i interpel·lar-nos:

- **Cara a cara:** la presència d'un altre no és substituïble, si bé les TIC resulten molt útils per a intercanviar informació (no pas per a produir saber).
- **Constant i regular:** només la continuïtat dóna sentit a l'actuació.
- **Entorn d'un interrogant:** l'eix de la construcció del cas ha de partir d'allò que no sabem i causa la nostra conversa.
- **Global i singular:** ens fem una representació compartida de la situació (família) sense passar per alt la posició i singularitat de cada membre.

- **Posar per escrit** el procés i els acords: escriure ja és ordenar els elements, prioritzar accions i formalitzar el compromís col·lectiu.

A partir de la posada en marxa d'aquesta conversa estem en condicions de parlar d'una pràctica de col·laboració i donar forma a la construcció del cas en el si de l'equip.

El protocol d'actuació inclou quatre fases:

1) Avaluació diagnòstica

Una vegada constituït l'equip del cas, el nombre del qual ha d'oscil·lar entre tres i sis persones, ja que si és massa nombrós no resulta operatiu, i prèviament a l'elaboració del pla de treball conjunt, l'equip de professionals ha de fer una avaluació diagnòstica del cas, formulant les hipòtesis que consideren adequades sobre els factors que incideixen en aquest cas (situació familiar i social, aspectes clínics, evolució escolar, capacitats d'aprenentatge, etc.) amb la finalitat d'orientar i definir els objectius i el pronòstic del cas.

2) Pla de treball

Una vegada feta aquesta avaluació, l'equip del cas ha d'establir un pla de treball conjunt i per escrit, en què constin els objectius, les funcions de cadascun, el mecanisme d'avaluació, la freqüència de les coordinacions i el coordinador o referent del cas.

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 1, "Fitxa de proposta d'inclusió del cas", al final d'aquest mòdul.

3) Assignació del coordinador o referent del cas

Un grup operatiu, encara que sigui reduït, necessita que algú exerceixi les funcions de coordinació, referència o dinamització. No es tracta d'algú que faci funcions de comandament o d'algú que "sàpiga molt" sobre l'assumpte. Més aviat es tracta d'un professional que vetlli pel compliment dels acords presos per l'equip de professionals que intervenen. No resulta una funció fàcil, però sí necessària ja que el grup tendeix, per ell mateix, a certa entropia, sia per acomodació excessiva, sia per conflicte.

Les seves **funcions** són, entre altres, les següents:

- Responsable de la convocatòria de les reunions de seguiment de l'equip del cas.
- Responsable del manteniment de la documentació del cas.
- Dinamitzador i mediador en cas de conflicte intern.
- Interlocutor amb la direcció tècnica del projecte.

Criteris d'assignació

Atenent la funció que ha d'exercir, els criteris han de privilegiar la seva capacitat d'exercir aquesta dinamització del grup i aquesta feina de recordatori de quina és la tasca central, deixant de banda les petites diferències i els conflictes secundaris que puguin sorgir. A la pràctica, moltes vegades, aquesta tasca la fa el professional dels serveis socials bàsics (educador o treballador social) que intervé en el cas, ja que és el servei present en la majoria dels casos atesos en xarxa, alhora que per les seves funcions pot tenir una perspectiva global del cas i de la intervenció amb la família.

Si el referent no és aquest, per a designar-lo es poden tenir en compte, a més de la dada principal que ja hem comentat, altres factors:

- Trajectòria en el cas (temps d'intervenció).
- Problemes dominants que incideixen en l'evolució del cas (escolars, sociofamiliars, de salut).
- Pronòstic del cas i durada previsible de la intervenció.

L'experiència ens indica que aquest referent ha de tenir un caràcter intern a l'equip mateix i que no convé que també sigui el referent amb vista a la família, com a portaveu de la resta dels serveis. No convé perquè el treball en xarxa no implica jerarquia sobre els serveis participants i val més, llavors, que les famílies i els subjectes atesos es puguin dirigir lliurement a cada professional per plantejar les seves demandes, sense l'obligació de centralitzar-les en un referent únic. El treball en xarxa és un procés de treball i no pas una estructura fixa.

Procediment d'assignació

Aquests factors els avalua el mateix equip de professionals, tenint molt present el pla de treball proposat (objectius de la intervenció i funcions de cada professional).

Una recomanació és que aquesta funció sigui rotatòria, permutant entre els diferents membres del cas, per a facilitar així la feina i augmentar el compromís de tothom amb la tasca comuna.

4) Seguiment del cas

L'equip es reuneix amb la freqüència programada (com a mínim trimestral) per revisar el desenvolupament del pla de treball. Aquestes reunions s'han de poder ordenar a partir d'una seqüència que tingui en compte els diferents objectius del treball en xarxa:

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 2, "Fitxa del pla de treball", al final d'aquest mòdul.

- Revisió dels acords establerts en la reunió anterior, i recollits en l'acta, cosa que implica un intercanvi de les informacions rellevants que pot aportar cadascú. Aquest intercanvi d'informació no ha de superar el 50% del temps disponible (habitualment entre 60 i 75 minuts) per a permetre el debat i els acords.
- Identificar els punts crucials del cas a partir d'aquest intercanvi d'informació, els interrogants que persisteixen i debatre sobre aquests interrogants, amb esperit crític i mirant de formular hipòtesis que es puguin verificar en l'observació dels fets coneguts. Aquest debat és molt important perquè és el que permet fixar l'estratègia compartida i definir després els objectius i els acords per a aconseguir-los. El debat pot ocupar un 40% de la reunió.
- Establir acords per a implementar l'estratègia consensuada i assignar cada tasca a un membre concret. Igual que el debat, aquests acords han de figurar en l'acta que es redacta després. L'establiment dels acords ocupa entorn del 10% del temps de la reunió.

Una vegada acabada la reunió, i en els dies següents, el referent ha de redactar l'acta i enviar-la a tots els membres perquè la revisin, fins a establir-la com a definitiva. Cada professional disposa d'una còpia que constitueix el diari de navegació del cas.

En acabar la intervenció, s'ha de reunir la informació del cas i del procés perquè hi hagi constància escrita de l'avaluació final, i facilitar així la confecció de la memòria.

En els casos en què participi un nombre de professionals elevat, considerem que s'han de tenir en compte dos àmbits de coordinació diferenciats segons el grau d'implicació dels serveis:

- Primer àmbit de coordinació: **equip del cas**, constituït pel conjunt de serveis o professionals que intervenen en la situació familiar, sia de manera continuada i regular, sia de manera més esporàdica, o bé en un segon nivell (seguiment, assessorament) o atenent aspectes parcials d'altres membres de la família del menor.
- Segon àmbit de coordinació: **grup de seguiment** (entre tres i sis membres), constituït pels professionals que treballen amb el conjunt de la família de manera continuada i regular (tractament) o per altres professionals que incideixen, també d'una manera continuada i regular, en l'atenció del menor. Es tracta, doncs, de serveis i professionals que tenen un coneixement del cas de primera mà i mantenen un vincle directe i freqüent.

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 3, "Acta de reunions de seguiment", al final d'aquest mòdul.

A partir d'aquesta distinció es pot acordar un funcionament que permeti participar tots els professionals amb diferent grau de coordinació:

- Reunió **plenària de constitució** (tots els professionals) al començament del cas, per a compartir l'avaluació inicial i definir el pla de treball i les responsabilitats de cadascú.
- Reunions periòdiques de l'equip de professionals del **grup de seguiment**, de manera regular i segons la freqüència acordada, amb la finalitat de vetllar pel compliment del pla de treball i coordinar les accions. Aquests professionals s'encarreguen de recollir informació d'altres intervinents del cas i de fer arribar posteriorment una còpia de la fitxa de reunions a tots els professionals de l'equip del cas.
- **Reunió plenària anual**, amb la doble finalitat de revisar el pla de treball i fer una avaluació global del cas.

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 4, "Esquema del procés de constitució de la xarxa", al final d'aquest mòdul.

3.5.2. Seminari d'anàlisi de casos (SAC)

L'equip del cas ha de disposar d'un espai col·lectiu més ampli per a presentar el seu cas per a fer una anàlisi conjunta, que permeti tant reordenar el cas com extreure conclusions i aprendre sobre el model i sobre els avenços i límits d'aquest model.

Una de les conclusions que hem extret del projecte Interxarxes –com a experiència de treball en xarxa– és la necessitat de crear aquests espais d'anàlisi de casos amb la participació d'un professional extern per a mantenir així la nostra capacitat d'innovació, de preguntar-nos sobre tot allò que insisteix de manera simptomàtica, sobre les dificultats de coordinació entre els serveis, sobre les dificultats d'anàlisi conjunta dels casos.

Els seus objectius són diversos:

- Permetre, mitjançant l'anàlisi, reorientar, si fa falta, l'estratègia del cas segons les aportacions col·lectives.
- Reflexionar sobre la metodologia de treball en xarxa, a partir de l'anàlisi de les possibilitats i disfuncions observades en els casos.
- Fer un aprenentatge col·lectiu permanent sobre aquesta pràctica entre diversos professionals, tenint en compte les aportacions d'altres professionals convidats.

El seminari d'anàlisi de casos és un espai de formació permanent dels membres del projecte Interxarxes, en què l'eix central és la recerca i anàlisi d'allò que emergeix com a simptomàtic en el desenvolupament de la intervenció en situacions familiars, sia l'evolució mateixa del cas o la metodologia emprada.

No és, doncs, un espai de supervisió –tal com ja hi ha en la majoria dels serveis participants–, i per tant el protagonisme i eix vertebrador de l'espai és l'**interrogant del cas** i no pas els professionals o serveis intervinents.

La presentació de casos en el marc d'un seminari regular d'anàlisi de casos és, doncs, un element clau en la construcció del cas. Un simple **guió per a ordenar la presentació del cas** ja és un instrument per a guiar la conversa perquè ens obliga a col·locar les peces del trencaclosques i veure més clar el fil que les uneix.

Es tracta, per a nosaltres, d'una escansió en el procés, una parada per a pensar amb més detall el cas. No és, per tant, ni el punt de partida ni tampoc el final del cas. Ni tan sols analitzem el cas entès com la història-família. Prenem un cicle d'aquesta història, un període en què hem intervingut i mirem de situar l'impàs inicial, la solució fallida, que no obstant això ha pogut funcionar fins llavors. Busquem quin ha estat el canvi d'estratègia, de la família i la nostra. Com hem acompanyat aquest procés i en quin punt hem trobat un impàs. De vegades pot ser que no siguem conscients de l'impàs ni de la nostra intervenció. Mostrem en el cas com ha pogut ajudar el treball en xarxa i en quin sentit. I si és possible, mirem d'aprendre d'aquest cas per a altres situacions similars en què sorgeixin aquests problemes, sia en el pas de l'escola primària a la secundària, sia en casos de maltractaments, etc.

Per tant, és una anàlisi limitada en què no jutgem ni valorem el conjunt del cas, de tots els cicles, ni tampoc el detall de cada intervenció o subjecte particular (l'evolució logopèdica, l'experiència escolar de cada membre, la relació de parella, etc.). Aquesta presentació no pot ni ha d'esgotar el cas, com tampoc ho fa el projecte de xarxa en què s'inclou. Els casos ja hi eren abans i després de la presentació. I això no s'hi pot reflectir sempre. Si no fos així, i la volguéssim idealitzar, cauríem fàcilment en la decepció: no es veuen les dificultats, hi ha intervencions poc reflectides, no hi ha totes les dades.

La presentació d'un cas, en el context del treball en xarxa, pretén, en un sentit, "fer saber" a l'auditori que l'escolta una manera d'intervenir que té en compte aquesta pràctica entre diversos professionals. També ha de transmetre, però, alguna cosa d'un "saber fer" particular de cada professional que es verifica en cada cas concret i que rebutja la repetició i la inèrcia assistencial (Serra, 2008). Per això és molt important que la presentació del cas estigui escrita amb anterioritat, per les raons que ja hem comentat sobre el paper de l'escriptura en la formalització del cas.

El SAC, la durada adequada del qual és d'uns 90 o 100 minuts, segueix una seqüència d'acord amb a les finalitats que té:

- 1) Presentació de la sessió a càrrec del coordinador del seminari, que introdueix el tema al voltant del qual gira el cas (patologia mental, violència familiar, sexualitat adolescent, etc.) i els interrogants principals que suscita el cas triat (10 minuts).
- 2) Presentació de les línies generals del cas a càrrec del referent del cas. Es tracta d'una intervenció breu (10 minuts) que situa les línies de força del cas (composició familiar, dinàmica, principals problemes i demandes).
- 3) A continuació, altres professionals que intervenen en el cas (dos o tres més) plantegen algunes intervencions fetes i destaquen els avenços i impassos del cas en cadascun dels àmbits tractats (escolar, familiar, salut). Són intervencions més focals que no han d'excedir, entre totes, els 15 o 20 minuts.
- 4) Una vegada acabada la presentació del cas, el coordinador del seminari reintrodueix les qüestions per al debat (prèviament establertes i consensuades amb l'equip del cas) i dóna pas al debat, en què també participa el professional extern convidat.
- 5) Per a tancar el seminari es demana a aquest professional convidat que faci un comentari final, reprenent les qüestions suscitades en el cas però també mirant de generalitzar les seves conclusions a altres situacions que presentin característiques similars.

Tota la presentació del cas i el debat posterior ha de tenir en compte que es tracta de preguntar-se sobre els beneficis que ha aportat el treball en xarxa a aquest cas –si així ha estat– i en quina mesura aquesta metodologia ha permès avenços en aquesta situació, impensables en una atenció multidisciplinària.

Les exigències ètiques i legals sobre protecció de dades⁴, han de ser observades, en la presentació i discussió del cas, prenent algunes mesures:

- Cal vetllar per les dades d'identificació del subjecte i de la família, evitant la circulació de còpies escrites del cas, que només han de ser disponibles per als membres de l'equip del cas i el convidat extern.
- La resta de participants poden disposar –si l'equip del cas ho considera adequat– d'un genograma o un altre esquema sense dades d'identificació.
- En els documents utilitzats no hi ha de constar cap dada que pugui servir d'identificació de la família o de menors. Les dades personals imprescindibles s'han de substituir per inicials, àlies o determinacions genèriques (per exemple, el lloc que ocupa en la família).

⁽⁴⁾Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.

- Al llarg de l'exposició oral i del debat posterior no s'ha de fer ús tampoc de dades d'identificació de la família.
- Cal abstenir-se de fer un judici sobre les eleccions de vida d'un subjecte i sobre les actituds dels qui li són pròxims, i no estigmatitzar el seu entorn.

3.5.3. La supervisió com a espai de construcció del cas

Als dos espais anteriors n'hi podem afegir un altre que facilita també la construcció del cas i que presenta característiques diferenciades ja que no és un espai lligat habitualment al treball en xarxa sinó més aviat al treball en equip.

La supervisió grupal es planteja, generalment, com un espai de treball dins d'un equip, sense la presència de professionals d'altres serveis. No obstant això, de vegades, aquesta modalitat de construcció del cas pot incloure la perspectiva interdisciplinària i interxarxes.

La supervisió s'organitza a partir de la presentació d'un cas, per part d'un professional o de més d'un (generalment un) que planteja algun interrogant específic o bé vol fer una avaluació àmplia del cas per a reorientar-lo o confirmar les seves hipòtesis de treball. La participació del professional extern, el supervisor, és clau perquè aquesta mirada sobre el cas transcendeixi la perspectiva interna de l'equip i afegeixi així altres elements de valoració que es puguin obviar.

Si bé en la supervisió de casos el focus central és el cas en si mateix i no tant el treball en xarxa, això no obsta perquè un bon plantejament de la supervisió prevegi aquesta dimensió de col·laboració i integri les dades de la xarxa en l'anàlisi del cas. L'inconvenient és que, com que es tracta d'un grup professional d'un mateix servei, els beneficis adquirits no redunden directament –sí que ho poden fer indirectament– en tots els professionals que formen la xarxa, ja que la majoria d'aquests professionals no han participat en aquest espai col·lectiu. De tant en tant hi ha supervisions de casos en què es conviden professionals externs al servei, però implicats en el cas, perquè puguin participar també.

3.6. Proposta de protocol per a la construcció del cas

La proposta de protocol que plantegem inclou les diferents fases d'actuació i recull els diferents elements presents en aquestes fases, i també la documentació que convé a cadascuna. Aquesta proposta deu molt al desenvolupament del projecte Interxarxes, vertadera experiència de treball en xarxa desenvolupada durant una dècada (encara en curs), temps que ens permet formalitzar aquesta pràctica, sobre la base dels casos atesos. El que ve tot seguit recull tots

aquells avenços que hem pogut verificar i planteja algunes novetats, especialment les referides a la temporalització de la intervenció i el tancament dels casos, que requeriran que siguin contrastades al llarg dels pròxims anys.

Aquest protocol o guia d'actuació no és, doncs, un fi en si mateix, sinó un instrument d'ajuda als professionals perquè, sense renunciar a allò que és més fonamental, com és la presa de decisions, puguin acordar plegats una metodologia compartida i una seqüència d'actuació a partir de l'orientació construïda col·lectivament. S'ha de prendre, doncs, com un instrument que s'insereix en un treball en curs o *work in progress*, i per tant ha de mantenir el caràcter d'inacabat i d'estar sempre disposat a la crítica i revisió.

Com tot procés assistencial, ha d'incloure tres elements: els criteris d'inclusió al programa, el mètode i les fases d'actuació, i els criteris de tancament i avaluació.

3.6.1. Criteris d'inclusió

Per a la inclusió dels casos es poden seguir els criteris següents:

- Que tinguin uns problemes complexos (socials, educatius i clínics) que requereixin abordar els casos tant des de la perspectiva preventiva com de tractament.
- Que siguin situacions de crisi en què s'aprecii un alt risc de segregació de la família o d'un dels seus membres (expulsió d'un centre, desinserció social), i comprometin greument així el pronòstic del cas.
- Que intervinguin un mínim de tres serveis, incloent-hi serveis no específics d'infància però que tinguin gran incidència en el cas (salut mental d'adults, toxicomanies, atenció primària en salut) o serveis no inclosos en el programa, externs al territori.
- Que siguin situacions de conflicte entre els serveis, manifestades en el seguiment del cas, després d'un període de coordinació fallida o d'absència de coordinació.
- Que es prevegi i s'afavoreixi la disposició de la família a abordar els problemes.
- En queden exclosos els casos que es trobin en una situació d'urgència que requereixi actuacions immediates que no es poden manejar en el temps de funcionament de la xarxa professional.

Procediment d'inclusió

Qualsevol professional de les xarxes públiques o concertades del territori en què es porta a terme el programa, i que detecti un cas susceptible de ser derivat perquè compleix els criteris que hem establert abans, pot fer una proposta de derivació als altres professionals que hi estan implicats.

La proposta l'ha de fer de manera personalitzada i posteriorment, una vegada consensuada amb ells, l'ha de dirigir de manera formal mitjançant una fitxa de derivació a la coordinació del programa.

A partir d'aquí hi ha un contacte de la coordinació del programa amb els professionals derivants per a ampliar la informació del cas, verificar el consens entre els serveis i decidir sobre la inclusió del cas.

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 1, "Fitxa de proposta d'inclusió del cas", al final d'aquest mòdul.

3.6.2. Mètode i fases d'actuació

1) Constitució de la xarxa professional del cas

Una vegada decidida la inclusió del cas, s'acorda de fer una primera reunió de tots els intervinents. En aquesta reunió és molt important la presència d'un membre d'aquesta direcció tècnica per a explicitar la metodologia proposada, aclarir els dubtes que es puguin plantejar i col·laborar en els acords referits a les diferents fases de l'actuació i especialment en l'assignació de referent o coordinador de l'equip del cas.

2) Avaluació diagnòstica

Una vegada constituït l'equip del cas, el nombre del qual ha d'oscil·lar entre tres i sis persones, ja que si és massa nombrós no resulta operatiu, i prèviament a l'elaboració del pla de treball conjunt, l'equip de professionals ha de fer una avaluació diagnòstica del cas, formulant les hipòtesis que consideren adequades sobre els factors que incideixen en aquest cas (situació familiar i social, aspectes clínics, evolució escolar, capacitats d'aprenentatge, etc.) amb la finalitat d'orientar i definir els objectius i el pronòstic del cas.

3) Pla de treball

Una vegada acabada aquesta avaluació, l'equip del cas ha d'establir un pla de treball conjunt i per escrit, en què constin els objectius, les funcions de cadascun, el mecanisme d'avaluació, la freqüència de les coordinacions i el coordinador o referent del cas.

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 2, "Fitxa del pla de treball", al final d'aquest mòdul.

Construir un cas comporta, com hem vist, preveure el màxim de variables possibles, tant si són el conjunt de dades objectives (situació econòmica, social, familiar, conflictiva de parella, recursos personals, familiars i socioinstitucionals) com aquelles que reflecteixen la subjectivitat de les persones i famílies que atenem: les seves expectatives, creences, actituds, desitjos.

Aquest ampli conjunt d'elements ens ajudarà a construir el cas en un procés que evidentment serà col·lectiu i que farà participar, en primer lloc, els subjectes que hi estan implicats –ja que, com hem vist, són ells els primers a “construir” el seu cas– i, en segon lloc, el conjunt de professionals que intervenen.

El procés requereix també, una vegada identificats els diferents elements, una seqüència ordenada a partir de preguntes clau que ens ajudin a construir el cas i establir així un pla de treball consensuant amb la família i amb els professionals, que no ha d'ignorar la temporalitat que ha de tenir. Oferim, a continuació, a manera d'exemple –ja que hi pot haver altres formulacions igualment vàlides–, un guió pràctic per a construir el cas acompanyat d'un esquema en què figuren les diferents fases i les preguntes clau que s'han de formular els professionals en cadascuna d'aquestes fases.

4) Fases de la construcció del cas

1) Analitzar la demanda o demandes inicials procurant destacar els termes mateixos en què la família o la persona consultant les formula, i també els motius actuals que les generen (situació desencadenant vinculada a alguna pèrdua: separació, atur, migració, mort, etc.) i la raó per la qual consulta a aquest servei i no a un altre o a la família extensa o amics.

2) Explicitar la hipòtesi que té la persona o la família sobre el que els passa: on és per a ells el problema? Com el defineixen i quina gravetat té? Per a això s'han d'identificar els factors causals, els antecedents, el moment actual que la família destaca. Aquí es tracta d'identificar la primera construcció del cas que fa l'interessat mateix per a veure quin és el “síntoma” que s'autoprescriu, “síntoma” principal que possiblement no coincideixi amb el nostre diagnòstic.

3) Situar les expectatives que té la família sobre la solució del problema que ells mateixos han definit i especialment sobre la nostra intervenció: com esperen abordar la situació i com ho han fet anteriorment? Què volen que fem i què esperen de nosaltres? Per a això convé identificar intervencions anteriors (nostres o d'altres professionals) que ens guiïn en el patró de vincle transfe-rencial d'aquesta persona o família. Partim del fet, que ja hem comentat, que cada subjecte ens situa en un lloc des d'on escolta el que li diem, i per tant hem de localitzar aquest lloc, inicial, en què som (proveïdor de recursos, orientador moral, personatge hostil i controlador, etc.).

4) Redefinir, per la nostra banda, el problema, símptoma autoprescrit per la família, tenint en compte els factors anteriors, això és, dades objectives, solucions provades, expectatives d'abordatge i vincle amb el servei, amb la idea d'ampliar la mirada incloent-hi altres factors que la persona o la família no han tingut en compte. No es tracta, com ja hem analitzat anteriorment, de negar la definició del problema feta pel subjecte que hi està implicat sinó de contextualitzar-la i dimensionar-la amb altres factors no inclosos per aquest

subjecte. En general, es tracta de veure quina és la responsabilitat que té ell mateix en el desordre del qual es queixa i que habitualment atribueix a l'altre (família, societat, biografia, etc.). Aquesta redefinició del problema, que s'ha de treballar amb el subjecte per compartir-la amb ell, té com a objectiu modelar la seva demanda inicial i establir així un símptoma nou, que no és sinó el focus de la intervenció que farem. Una demanda inicial centrada en la petició d'una ajuda econòmica es pot modelar, en aquestes entrevistes preliminars, en una demanda centrada en la seva dificultat per a sostenir una feina o per a demanar ajuda a familiars o amics, cosa que contribueix de manera important a la seva precarietat econòmica. Redefinit el problema i modelada la demanda, tenim una primera hipòtesi diagnòstica que ens permet formular un objectiu de treball focalitzat en una demanda nova.

5) Analitzar les estratègies d'actuació que implica identificar les "solucions" anteriors connectant els problemes actuals amb altres conjuntures anteriors: episodis anteriors de ruptura sentimental, de conflictes familiars, de precarietat econòmica. En aquesta anàlisi hem de considerar tant les solucions pròpies de la família com les aportades per altres serveis actuants. Hem de localitzar en aquestes solucions tant el que va funcionar com el que va fallar, sia per la falta d'efectivitat o per les resistències oposades, sia perquè, com hem comentat, totes les solucions són per definició caduques i duren un temps limitat.

6) Proposar noves estratègies d'intervenció que tinguin en compte els elements que ja hem analitzat: nova hipòtesi diagnòstica consensuada, recursos personals, familiars i institucionals, expectatives del subjecte i revisió d'estratègies anteriors. Aquestes estratègies no es poden formular al marge del subjecte ja que es basen en la subjectivació de l'acte que les farà possibles. Com ja hem plantejat, la decisió que compta és sempre la del subjecte, i és ell per tant qui l'ha d'assumir i dur a terme, si bé nosaltres el podem acompanyar en aquest procés.

7) Establir el pla de treball a partir d'aquest acord amb el subjecte, en el qual han de figurar de manera clara els objectius, les maneres d'actuar, la responsabilitat de la família i dels professionals. Sobre això últim, és important puntualitzar de manera clara el conjunt de serveis que intervenen i la responsabilitat que assumeix cada servei, i també les formes d'intercanvi previstes (interconsultes, reunions de xarxa, etc.). També és clau establir una temporalització del pla de treball en què constin els temps d'intervenció per a evitar així la inèrcia actuant que eternitza els casos sense una resolució. El temps funciona aquí com un precipitador de conclusions per part de la família i dels professionals.

5) Esquema guió per a la construcció del cas

Taula 2. Esquema guió per a la construcció del cas

| Fase del procés | Preguntes clau |
|---|--|
| 1) Anàlisi de la demanda inicial | En quins termes (literals) la formula? Quin ha estat el factor desencadenant actual (pèrdua o conflicte)? Per què ens consulta a nosaltres i no a altres serveis o a la família extensa o amics? |
| 2) Hipòtesi del subjecte o de la família | On és per a ells el problema? Quines són les causes principals? Quina gravetat té? Hi ha hagut situacions similars abans? Per què seria més greu ara? |
| 3) Expectatives de la família | Com esperen abordar la situació i com ho han fet anteriorment? Com han estat ajudats per altres professionals anteriorment? Què volen que fem i què esperen de nosaltres? Què som nosaltres per a ells? Qui substituïm? |
| 4) Redefinir el problema | Quines dades objectives tenim (situació personal, laboral, econòmica, familiar)? Quines solucions han estat provades? Quines expectatives d'abordatge té la família amb el servei i quin vincle hi té? Quins factors no hi han inclòs, especialment sobre la seva responsabilitat en la situació? Quins elements clau (situació, expectatives, recursos, posició subjectiva de cada membre) hi ha en el cas? |
| 5) Anàlisi de les estratègies d'actuació | Quines "solucions" anteriors s'han utilitzat connectant la problemàtica actual amb altres conjuntures anteriors? Què hi va funcionar i quan va deixar de fer-ho? Quins efectes negatius van introduir (falta d'efectivitat o resistències)? |
| 6) Proposta d'estratègies d'intervenció noves | Quins canvis estan disposats a assumir? Quins recursos personals o familiars poden posar en joc? Quins recursos institucionals o socials es poden implementar amb el seu acord? Quines estratègies assolides es poden repetir i en quines condicions? |
| 7) Establiment del pla de treball | Quins objectius (viàbles i consensuats) proposarem? Quines estratègies d'actuació proposarem? Quin serà el compromís de la família? Quin paper correspon a cada servei o professional? Quin tipus de coordinació establiran els professionals (manera i freqüència)? Quina serà la temporalització del pla de treball? |

6) Assignació del coordinador o referent del cas

Un grup operatiu, encara que sigui reduït, necessita que algú exerceixi les funcions de coordinació, referència o dinamització. No es tracta d'algú que faci funcions de comandament o d'algú que "sàpiga molt" sobre l'assumpte. Més aviat es tracta d'un professional que vetlli pel compliment dels acords presos

per l'equip de professionals que intervenen. No resulta una funció fàcil, però sí necessària ja que el grup tendeix, per ell mateix, a certa entropia, sia per acomodació excessiva, sia per conflicte.

Les seves **funcions** són, entre altres, les següents:

- Responsable de la convocatòria de les reunions de seguiment de l'equip del cas.
- Responsable del manteniment de la documentació del cas.
- Dinamitzador i mediador en cas de conflicte intern.
- Interlocutor amb la direcció tècnica del programa.

Criteris d'assignació

Atenent la funció que ha d'exercir, els criteris han de privilegiar la seva capacitat d'exercir aquesta dinamització del grup i aquesta feina de recordatori de quina és la tasca central, deixant de banda les petites diferències i els conflictes secundaris que puguin sorgir. A la pràctica, moltes vegades, aquesta tasca la fa el professional dels serveis socials bàsics (educador o treballador social) que intervé en el cas, ja que és el servei present en la majoria dels casos atesos en xarxa, alhora que per les seves funcions pot tenir una perspectiva global del cas i de la intervenció amb la família.

Si el referent no és aquest, per a designar-lo es poden tenir en compte, a més de la dada principal que ja hem comentat, altres factors:

- Trajectòria en el cas (temps d'intervenció).
- Problemes dominants que incideixen en l'evolució del cas (escolars, sociofamiliars, de salut).
- Pronòstic del cas i durada previsible de la intervenció.

L'experiència ens indica que aquest referent ha de tenir un caràcter intern a l'equip mateix i que no convé que també sigui el referent amb vista a la família, com a portaveu de la resta dels serveis. No convé perquè el treball en xarxa no implica jerarquia sobre els serveis participants i val més, llavors, que les famílies i els subjectes atesos puguin dirigir-se lliurement a cada professional per plantejar les seves demandes, sense l'obligació de centralitzar-les en un referent únic. El treball en xarxa és un procés de treball i no pas una estructura fixa.

Procediment d'assignació

Aquests factors els avalua el mateix equip de professionals, tenint molt present el pla de treball proposat (objectius de la intervenció i funcions de cada professional).

Una recomanació és que aquesta funció sigui rotatòria, permutant entre els diferents membres del cas, per a facilitar així la feina i augmentar el compromís de tothom amb la tasca comuna.

7) Seguiment del cas

L'equip es reuneix amb la freqüència programada (com a mínim trimestral) per revisar el desenvolupament del pla de treball. Aquestes reunions s'han de poder ordenar a partir d'una seqüència que tingui en compte els diferents objectius del treball en xarxa:

a) Revisió dels acords establerts en la reunió anterior, i recollits en l'acta, cosa que implica un intercanvi de les informacions rellevants que pot aportar cadascú. Aquest intercanvi d'informació no ha de superar el 50% del temps disponible (habitualment entre 60 i 75 minuts) per a permetre el debat i els acords.

b) Identificar els punts crucials del cas a partir d'aquest intercanvi d'informació, els interrogants que persisteixen i debatre sobre aquests interrogants, amb esperit crític i mirant de formular hipòtesis que es puguin verificar en l'observació dels fets coneguts. Aquest debat és molt important perquè és el que permet fixar l'estratègia compartida i definir després els objectius i els acords per a aconseguir-los. El debat pot ocupar un 40% de la reunió.

c) Establir acords per a implementar l'estratègia consensuada i assignar cada tasca a un membre concret. Igual que el debat, aquests acords han de figurar en l'acta que es redacta després. L'establiment dels acords ocupa entorn del 10% del temps de la reunió.

Una vegada acabada la reunió, i en els dies següents, el referent ha de redactar l'acta i enviar-la a tots els membres perquè la revisin, fins a establir-la com a definitiva. Cada professional disposa d'una còpia que constitueix el diari de navegació del cas.

En els casos en què participi un nombre de professionals elevat, considerem que s'han de tenir en compte dos àmbits de coordinació diferenciats segons el grau d'implicació dels serveis:

- Primer àmbit de coordinació: **equip del cas**, constituït pel conjunt de serveis o professionals que intervenen en la situació familiar, sia de manera continuada i regular, sia de manera més esporàdica, o bé en un segon ni-

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 3, "Acta de reunions de seguiment", al final d'aquest mòdul.

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 3, "Acta de reunions de seguiment", al final d'aquest mòdul.

vell (seguiment, assessorament) o atenent aspectes parcials d'altres membres de la família del menor.

- Segon àmbit de coordinació: **grup de seguiment** (entre tres i sis membres), constituït pels professionals que treballen amb el conjunt de la família de manera continuada i regular (tractament) o per altres professionals que incideixen, també d'una manera continuada i regular, en l'atenció del menor. Es tracta, doncs, de serveis i professionals que tenen un coneixement del cas de primera mà i mantenen un vincle directe i freqüent.

A partir d'aquesta distinció es pot acordar un funcionament que permeti participar tots els professionals amb diferent grau de coordinació:

- Reunió **plenària de constitució** (tots els professionals) al començament del cas, per a compartir l'avaluació inicial i definir el pla de treball i les responsabilitats de cadascú.
- Reunions periòdiques de l'equip de professionals del **grup de seguiment**, de manera regular i segons la freqüència acordada, amb la finalitat de vetllar pel compliment del pla de treball i coordinar les accions. Aquests professionals s'encarreguen de recollir informació d'altres intervinents del cas i de fer arribar posteriorment una còpia de la fitxa de reunions a tots els professionals de l'equip del cas.
- **Reunió plenària anual**, amb la doble finalitat de revisar el pla de treball i fer una avaluació global del cas.

Vegeu també

Consulteu-ne un model en l'annex 4, "Esquema del procés de constitució de la xarxa", al final d'aquest mòdul.

3.6.3. Criteris de tancament i avaluació

Com hem dit abans, una de les dificultats més grans que es presenten en l'atenció de casos en la intervenció social –de la mateixa manera que en altres àmbits com la salut o la psicopedagogia– són els criteris de tancament d'un cas pel fet de no saber bé quin és l'abast de la intervenció.

Les raons d'això tenen a veure amb la naturalesa mateixa de l'objecte de treball, és a dir, les persones, les realitats de les quals són sempre inacabades i obertes a múltiples transformacions i repeticions. Aquesta dificultat és, doncs, estructural a la nostra tasca, però això no ha de ser obstacle perquè fem l'esforç d'anticipar aquest tancament del cas, sobre la base dels objectius inicials. No fer-ho així afavoreix la inèrcia i l'autòmat dels professionals que segueixen en el cas amb el risc de "fer crònica" la seva mirada.

Com s'ha de pensar, llavors, la intervenció i el tancament d'aquesta intervenció, de manera anticipada, sense fer d'això una solució estàndard per a tots els casos? Establir un mecanisme rígid, *prêt-à-porter*, aniria en contra de tot el que hem exposat fins ara ja que anul·laria allò que és específic de cada cas i les

possibles variacions que inclou la mateixa relació transferencial. Es veu, doncs, la complexitat de l'assumpte i s'entenen les raons que fan d'aquest aspecte un dels més dificultosos en la relació assistencial. No és infreqüent trobar queixes de professionals que no s'adonen de la incidència del treball en xarxa perquè els efectes que té es dilueixen en el temps o no tenen la perspectiva diacrònica del cas, ja que, com que tan sols intervenen en una fase del cicle, perceben aquesta dimensió sincrònica, sense temporalitat.

Freud mateix va plantejar el principi de l'infinit, en el seu text "Análisis terminable e interminable" (Freud, 1990), en què recomana als psicoanalistes que tornin a reprendre la seva anàlisi personal en un cicle nou, cada cinc anys. La seva justificació és que els símptomes no s'eliminen mai totalment ja que, com hem vist en parlar de les "solucions", es tracta d'un moment d'invenió que tanca una qüestió candent però que més endavant es torna a obrir.

La solució "mèdica", que algunes propostes actuals volen exportar als àmbits de la intervenció social o educativa, es revela fallida perquè desconeix que la lògica d'un episodi mèdic (grip) és molt diferent de la d'un "episodi" familiar (crisi de parella) o social (pèrdua de feina, conflicte veïnal). La seqüenciació clara, definint de manera precisa el principi i el final d'una intervenció sanitària, no és sempre possible en altres àmbits, a risc de provocar contínues reincidències i tancaments i reobertures d'expedients.

Jacques Lacan (1971) ens va aportar una altra idea interessant per a pensar com és d'"infinita" la nostra tasca. En el seu apòleg sobre uns presoners que han d'esbrinar el color del disc que porten a l'esquena, calculant-ho a partir dels moviments que fan els altres presoners de la sala, va assenyalar la importància de la variable temps com un element clau pel que fa a la precipitació del moment d'arribar a una conclusió en una decisió.

Podem pensar, doncs, una seqüència de l'acte en tres moments que no responen a un criteri cronològic, sinó lògic, tal com formula Lacan:

1) Instant de mirar: és el moment de captar un element (estímul extern o pensament intern) que es presenta amb un caràcter de voluntat (expectativa, anhel), d'imperatiu (exigència a respondre, manament) o de falta (dificultat, conflicte). Un exemple d'aquest moment és quan algú ens proposa començar una relació (o intuïm que té la voluntat de fer-ho) o ens confrontem amb una discussió o conflicte familiar, o amb l'elecció d'una carrera o d'una feina.

2) Temps per a comprendre: és el moment de confrontar el fenomen amb la nostra posició en relació amb aquest fenomen (el volem?, hi podem respondre?, entenem el que succeeix?) per a mirar de comprendre el que ocorre i també quina és la nostra posició sobre això. És un temps amb diferents graus

de consciència i subjectivació per a cadascú, des del qui és conscient del que es juga en aquesta possible relació fins al qui ignora per complet les raons de la repetició simptomàtica (és el cas d'una addicció no admesa).

3) Moment de concloure: es tracta ara de fer un acte que pot ser reflexiu i assumit, en més o menys grau, o per contra, en l'extrem oposat, aparèixer com una acció acèfala, sense subjecte que en respongui (impulsió, repetició). En aquest últim cas mostra la falta total d'elaboració subjectiva.

Si bé és cert que tota conclusió implica una precipitació com a sortida subjectiva, aquí l'hem d'entendre en el sentit que pren el terme *precipitació* en la química (produir en una dissolució una matèria sòlida que cau al fons de l'atuell). La pressa actual, com a manera subjectiva del temps ben reflectit en la posició d'urgència subjectiva, promou la supressió del temps per a comprendre, i passa així de l'instant de mirar al moment de concloure sense solució de continuïtat. En aquest pas, en esborrar el buit de l'interval entre 1 i 3, també queda esborrat, de passada, el subjecte i la seva responsabilitat (capacitat de respondre). L'acte queda degradat a l'acció i no comporta efectes de rectificació subjectiva: una separació de parella, sense elaboració, no rectifica les raons d'aquesta elecció patològica, de la mateixa manera que un càstig sense subjectivació produeix pocs efectes de canvi en l'infant o adolescent.

Aquesta idea "lògica" del temps ens ajuda a pensar que podem manejar la variable temps amb l'objectiu de la precipitació de l'acte i així proposar una temporalització del treball en xarxa, cas per cas. Una vegada establert el diagnòstic inicial i plantejats els objectius que s'han de treballar, és el moment de fer aquest càlcul del temps necessari per a aconseguir una conclusió en aquest cicle d'actuació ja que no es tracta de "resoldre el cas" sinó de tractar una crisi que, després d'estabilitzar-la, segur que tindrà una reincidència posterior, com hem vist en parlar de la teoria dels cicles com a guia de l'actuació.

Aquesta temporalització ens compromet a tots, família i professionals, i per tant funciona també com a factor precipitador per a la xarxa mateixa, que ha de ser conscient d'aquest límit temporal autoimposat, que farà concentrar i intensificar la seva actuació.

A partir d'aquestes consideracions podem plantejar alguns criteris generals:

1) La temporalització de l'actuació s'ha de fixar per a cada cas en el moment d'establir el pla de treball prenent com a criteri general un període mínim d'un any i un de màxim de dos, tenint en compte que cada any implica una mitjana de quatre o cinc reunions d'equip.

2) Les raons que justifiquen el tancament del cas són diverses:

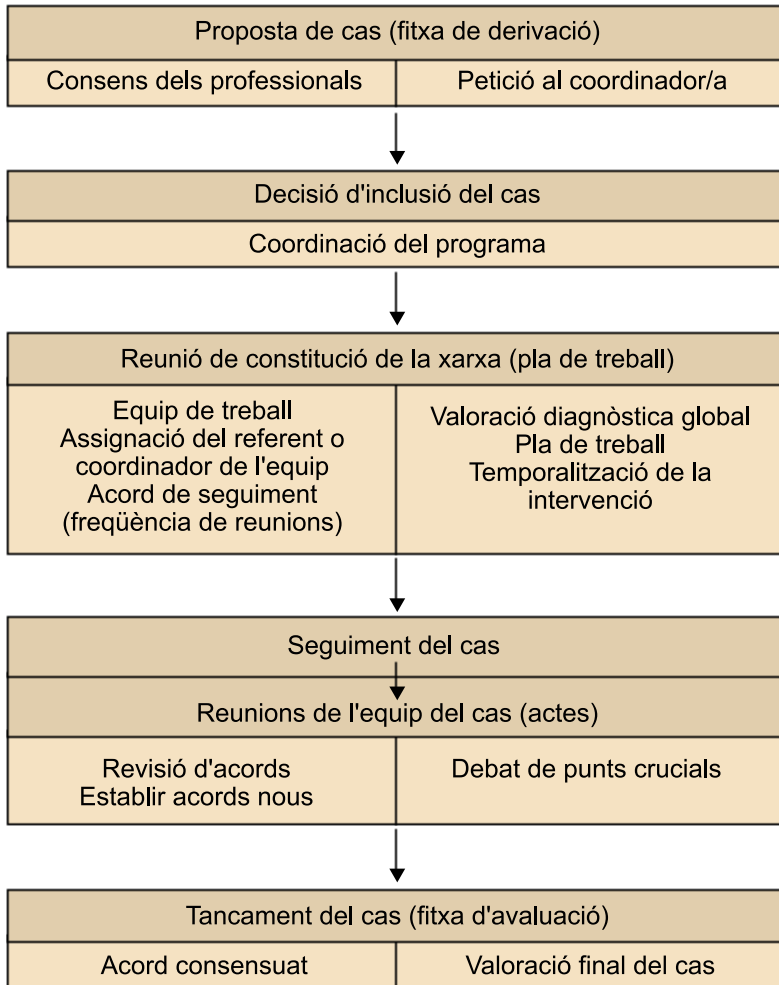
- El compliment dels objectius proposats, o d'algun d'aquests objectius, quan això comporti que sigui innecessària la participació dels serveis –o

d'una part dels serveis– que van justificar la creació de la xarxa professional. És el cas d'algunes famílies en què el canvi de la situació limita la demanda i els objectius a aspectes molt parcials (ajudes econòmiques, problemes escolars, etc.).

- Una dinàmica de la xarxa professional que permeti continuar el treball de construcció del cas fora del programa, mantenint la metodologia proposada. És el cas d'alguns equips de seguiment del programa Interxarxes que, a causa de la seva experiència i formació en la metodologia de xarxa, funcionen de manera autònoma sense sol·licitar la inclusió formal del cas.
- Els conflictes entre els serveis participants que no s'han pogut resoldre en el marc del programa i que incideixen negativament en l'evolució del cas.
- El rebuig explícit de la família a la coordinació dels professionals, sempre que no hi hagi raons (alt risc) que justifiquin legalment i competencialment l'actuació al marge del consentiment de la família.
- Raons administratives: majoria d'edat dels menors (quan es tracta d'un programa específic per a infància), canvi de domicili de la família (fora del territori competencial dels serveis).

3) El procediment de tancament del cas: la decisió de tancament del cas s'ha de prendre de manera consensuada en la reunió de l'equip del cas i amb la participació de la coordinació del programa. Aquesta decisió, i les raons d'aquesta decisió, ha de ser documentada en l'acta de la reunió corresponent i en la fitxa d'avaluació que recull la valoració de l'equip sobre l'actuació al llarg de tot el procés (annex 5).

Diagrama del procés de construcció del cas en el treball en xarxa



4. Annexos

Annex 1. Fitxa de proposta d'inclusió del cas

| | | | |
|---|----------|-------------------|--------------------|
| Menor: | | | |
| Nom | Cognoms | Data de naixement | Lloc |
| | | | |
| Serveis implicats: | | | |
| Serveis | Referent | Telèfon | Adreça electrònica |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Genograma: | | | |
| | | | |
| Justificació de la derivació: | | | |
| Descripció | | | |
| | | | |
| Objectius inicials | | | |
| | | | |
| Data de realització de la proposta d'inclusió: | | | |

Annex 2. Fitxa del pla de treball

| | | | |
|--|----------|-------------------|--------------------|
| Menor: | | | |
| Nom | Cognoms | Data de naixement | Lloc |
| | | | |
| Equip del cas: | | | |
| Serveis | Referent | Telèfon | Adreça electrònica |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Genograma: | | | |
| | | | |
| Pla de treball: | | | |
| Descripció | | | |
| | | | |
| Objectius | | | |
| | | | |
| Acords | | | |
| | | | |
| Data de realització del pla de treball: | | | |

Annex 3. Acta de reunions de seguiment

Per a respectar la normativa legal (LOPD) i els criteris deontològics, la informació d'aquest document té caràcter **confidencial** i és d'ús restringit als professionals que intervenen en el cas, de manera que en queda descartat qualsevol altre ús (docència, lliurament a la família, altres professionals aliens al cas, etc.).

Cas:

| Data | Núm. de reunió | Serveis |
|------|----------------|---------|
| | | |

Participants:**Absents:****Temes tractats:**

| |
|--|
| |
|--|

Debat de l'equip:

| |
|--|
| |
|--|

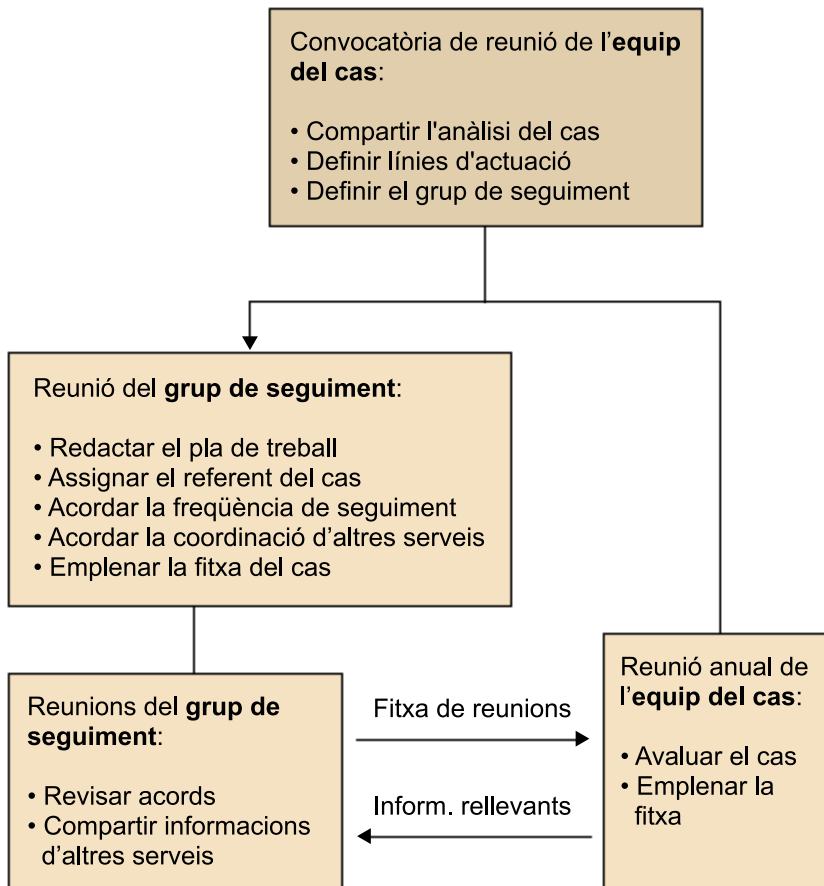
Acords:

| |
|--|
| |
|--|

Data i lloc de la pròxima reunió:

| |
|--|
| |
|--|

Annex 4. Esquema del procés de constitució de la xarxa



Annex 5. Fitxa d'avaluació (anual)

| Menor: | | | | |
|---|---|---------|-------------------|--------------------------|
| Nom | | Cognoms | Data de naixement | Lloc |
| | | | | |
| Indicadors d'avaluació interna | | | | Nivell d'eficàcia |
| | | | | 1 2 3 4 |
| 1.1. | Nivell de facilitat per a fixar acords | | | |
| 1.2. | Nivell de compliment dels acords | | | |
| 1.3. | Nivell de fluïdesa en el traspàs d'informació | | | |
| 1.4. | Nivell de fluïdesa en les reunions de treball | | | |
| Dificultats detectades en relació amb cada indicador | | | | |
| 1.1. | | | | |
| 1.2. | | | | |
| 1.3. | | | | |
| 1.4. | | | | |
| Propostes de millora | | | | |
| 1.1. | | | | |
| 1.2. | | | | |
| 1.3. | | | | |
| 1.4. | | | | |
| Indicadors d'avaluació dels objectius | | | | Nivell d'eficàcia |
| | | | | 1 2 3 4 |
| 1.1. | Nivell de compliment dels acords Objectiu 1 Objectiu 2 Objectiu 3 | | | |
| 1.2. | Nivell de vinculació de la família amb els serveis (participació i coresponsabilitat) | | | |
| Dificultats detectades en relació amb cada indicador | | | | |
| 1.1. | | | | |
| 1.2. | | | | |
| Propostes de millora i perspectives | | | | |
| 1.1. | | | | |
| 1.2. | | | | |
| Data de realització de l'avaluació: | | | | |

Resum

Aquest mòdul, “Treball en xarxa i interdisciplinari (I)”, dedicat a la introducció a la pràctica professional, complementa les aportacions dedicades a estudiar el procés de professionalització dels educadors socials, les seves funcions i l’ètica professional.

Hem començat el mòdul analitzant el context actual de la intervenció social per a situar aquesta doble perspectiva que tenim avui per a exercir la nostra professió. Ens podem deixar portar per les promeses d’una pràctica monitorada, guiada per un conjunt de procediments que ja hi ha establerts (protocols, guies clíniques i de bona pràctica) que ens tornen vulnerables, o bé podem prendre les regnes del nostre acte professional i usar aquests instruments segons els objectius que proposem nosaltres i, en el cas del treball en xarxa, consensuats amb els altres professionals.

A partir d’aquesta primera presa de posició hem descrit el mètode que ens resulta útil en la nostra tasca i en la col·laboració interdisciplinària. Un mètode que, si bé no respon a les característiques bàsiques del mètode científic propi de les ciències dures, no deixa d’exigir-nos una disciplina en la construcció del cas. N’hem revisat les lleis, que tenen en els fenòmens de la repetició, la lògica inconscient i el vincle transferencial les claus fonamentals per a recordar-nos que els subjectes, objecte de la nostra intervenció, no es poden reduir a la seva condició de cossos màquina o cervells programables. Cadascun d’aquests subjectes reivindica la seva singularitat, i per això la nostra praxi sempre està “contaminada” d’aquesta subjectivitat.

A continuació, hem analitzat els procediments en què s’encarna aquest mètode, i hem vist que aquesta construcció del cas es pot fer en diferents espais d’anàlisi i supervisió, basats tots en tres elements: la disciplina, a la qual al·ludíem abans, com el suport de tot el procés; la interdisciplinarietat, com el paradigma bàsic de la interacció; i la conversa, com el principi rector d’aquestes trobades en xarxa. Amb aquests supòsits i l’experiència de més de deu anys en el programa Interxarxes hem proposat un protocol de construcció del cas que formalitza la pràctica feta.

Glossari

acompanyament educatiu *m* Conjunt d'activitats fetes per l'educador social, situat al costat de la família o el subjecte, que reforcen i donen suport als objectius i metes que es prescriu la família.

cicle d'actuació *m* Període en què hem intervingut amb la família i en què podem situar tres moments: l'impàs inicial, la solució fallida, que no obstant això ha pogut funcionar fins llavors, i el moment de crisi que ha provocat la nostra intervenció.

conversa en xarxa *f* Trobada regular de caràcter interdisciplinari amb la finalitat d'orientar-nos i sostenir-nos en la nostra tasca (casos, projectes, institució). Requereix la presència de l'altre, periodicitat regular, girar al voltant d'un interrogant, visió global i singular i posar per escrit el debat i els acords.

interdisciplinarietat *f* Acció recíproca que, basada en el paradigma interdisciplinari, mira d'articular les parts i el tot, sense renunciar a la doble perspectiva que comporta, a partir d'una interacció entre els professionals que va més enllà de la suma de sabers unidisciplinaris.

repetició *f* Noció, importada de la teoria psicoanalítica, que ens alerta sobre els patrons de relació que es repeteixen en un subjecte o una família i que per això mateix ens donen la pista sobre allò que és nuclear i clau en el seu funcionament.

saber enfront de coneixement *m* Diferència crucial en el treball amb famílies en què el saber (fer) està lligat a la pragmàtica (acció), mentre que el coneixement es refereix als aprenentatges fets.

vincl transferencial *m* Situació que s'estableix entre l'educador o professional i el subjecte o família pel fet de parlar i comunicar-se. Aquest vincle "hereta" i repeteix altres lligams anteriors, tant de l'educador com de la família.

Bibliografia

- Adelantado, J. i Pérez-Giménez, R. (2009). [article en línia]. *I Congrés Anual de la Red Española de Política Social*. Ponència. <<http://www.jsb.cat/images/stories/jornada%202010/repadelantado.pdf>>
- Alegret, J., Castanys, E., i Ochoa, S. (2005). El trabajo en red profesional en salud mental infantojuvenil [article en línia]. *Revista de la AEN*, 95 (25), 49-68. Madrid: AEN. <<http://www.aen.es/web/docs/RevAEN95.pdf>>
- Bentham, J. (2005). *Teoría de las ficciones*. Madrid: Marcial Pons.
- Bernard, C. (1865/1976). *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*. Barcelona: Fontanella.
- Broggi Trias, M. (2003). Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica. *Medicina clínica*, 18 (121), 705-709.
- Chauviere, M. (2007). *Trop de gestion tue le social*. París: La Decouverte.
- Cusa, N. de (1966). *La Docta Ignorancia*. Buenos Aires: Aguilar.
- Descartes, R. (1994). *El discurso del método*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1990). Análisis terminable e interminable. *Obras completas* (vol. 10). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gabbard, G. i Kay, J. (2002). Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? *The American Journal of Psychiatry* (ed. espanyola), 3 (5). Ars Médica.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa I y II*. Madrid: Taurus.
- Hoffmann, M. (1998). ¿Hay una lógica de la abducción? *Analogía Filosófica*, 1 (12), 41-56. Pamplona: UNAV.
- Kamata, S. (1993). *L'altra cara de la productivitat japonesa: Nissan, Toyota*. Barcelona: Columna.
- La Boétie, E. de (2008). *Discurso de la servidumbre voluntaria*. Madrid: Trotta.
- Lacan, J. (1971). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. *Escritos* (vol. 1). Mèxic: Siglo XXI.
- Miller, J.-A. (2005). *Efectos terapéuticos rápidos. Conversación clínica con Jacques-Alain Miller*. Barcelona: Instituto del Campo Freudiano.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Morin, E. (1995). *Sociología*. Madrid: Tecnos.
- Pérez Álvarez, M. (2011, maig). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, 2 (32). Madrid: CGCOP.
- Peteiro, J. (2010). *El autoritarismo científico*. Màlaga: Miguel Gómez.
- Prigogine, Y. (1996). *El Fin de las certidumbres*. Madrid: Taurus.
- Rorty, R. (1996). *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona: Paidós.
- Serra, M. (2008). Algunas observaciones sobre la presentación de casos. *El Psicoanálisis*, 13, 60-67. Màlaga: ELP.
- Soares, A. (2010). La qualité de vie au travail. La santé malade de la gestion [article en línia]. Mont-real: UQAM <<http://www.apsq.com/>>
- Ubieto, J. R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, salud mental y servicios sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Ubieto, J. R. (2010, octubre-novembre). ¿Vamos hacia un modelo de “tratamiento único” del malestar psíquico? *Revista del COPC*, 226, 9-13. Barcelona: COPC.
- Ubieto, J. R. et al. (2011). *Familia y Educación social*. Barcelona: UOC.

UNESCO (1982). *Interdisciplinarietà en las ciencias sociales y humanas*. Madrid: Tecnos.

Vilà, F. (1999). Un malestar subjetivo propio de la época: más allá del trastorno grave de la personalidad. *Freudiana*, 27, 55-60. Barcelona: ELP.

