

SUMARI

1. [EDITORIAL](#) : Infants i adolescents immigrants: temps i valors
2. [NOTÍCIES](#) : Seminaris, Web, Difusió...
3. [PROPERES CITES](#): 2007/ 08
4. [MATERIALES](#): La visió de la salut mental des de l'àmbit local*



Seminari "Els adolescents i el consum de drogues". 11 de maig de 2007

“ Infants i adolescents immigrants: temps i valors ”

El fet migratori és una realitat creixent al nostre país i també al nostre Districte. Segons les dades de l'estudi sobre “La Infància i l'adolescència al districte d'Horta-Guinardo”*, promogut pel projecte Interxarxes i realitzat amb la direcció tècnica del CIIMU, l'any 2004 el 8,7% de la població total del districte i l'11% la població menor de 17 anys era estrangera. Aquestes dades segurament es multiplicarien per dos si tinguéssim en compte la realitat actual (2007) i la població resident sense regularització legal. Sabem, també, que prop del 75% de la població menor estrangera procedeix d'algun país de l'Amèrica Llatina.

Aquest fet és, sens dubte, un fet complex i multidimensional que incideix en les dinàmiques socials (convivència), en les familiars (nous vindes), en les escolars (acollida i cohesió) i en les laborals (precarietat i inserció), però no hem d'oblidar que és, també, un fenomen amb una vivència subjectiva per part de la població immigrada, tant els adults com els menors.

Aquesta experiència correspon a temps diversos, per alguns, normalment els adults, es tracta de fer realitat les seves expectatives de vida, fora del seu lloc d'origen, mentre que pels fills, encara no és el temps de deixar aquest origen on s'estan socialitzant i on han fet els seus primers lligams afectius i socials. El reagrupament familiar és un fenomen amb expectatives i interessos diversos que cal analitzar per tal d'entendre'l com una oportunitat de vida i no com una pèrdua irreparable.

Un cop arriben, la trobada amb la llengua, els valors i costums de la societat d'acollida genera també respostes diferents en uns i altres. Els processos d'integració no són lineals. Sovint, els costa molt de veure'n els avantatges i normalment aquests processos es viuen amb temença i sentiment d'exclusió. A més, no tots els membres del nucli familiar segueixen el mateix camí, els menors solen adaptar-se més ràpidament als valors i usos (lingüístics, estils de vida) de la societat d'acollida i això pot introduir tensions en la vida familiar, creant nous vindes intergeneracionals. Els “*Nous Veïns i Veïnes*” ens recorden la validesa, entre els immigrants, d'usos i costums familiars (com, per exemple, el respecte) abandonats o en declivi a la nostra societat.

Aquesta **V Jornada Interxarxes** vol fer-se ressò d'aquest fenomen i abordar-lo amb una perspectiva oberta i interdisciplinària, evitant els prejudicis i estereotips que ens condicionen l'actuació. Volem mostrar també les iniciatives que s'estan duent a terme des del nostre districte, molt especialment des del Pla de Ciutadania, Convivència i Immigració impulsat pel projecte

“Nous Veïns i Veïnes” des de l’any 2002, i des d’altres serveis educatius, d’atenció social i de salut.

* “La Infància i l’adolescència al districte d’Horta-Guinardó”. Consultable online en www.interxarxes.net

Comitè Tècnic

NOTÍCIES

Seminari “Els adolescents i el consum de drogues”

L’11 de maig es va celebrar a la seu del dte. el Seminari sobre “Els adolescents i el consum de drogues”, organitzat conjuntament pel projecte Interxarxes, la taula de drogues del dte., coordinada per Carme Arajd i l’Agència de Salut Pública de Barcelona, representada per Anna Guitart. Amb una ampla participació de professionals del dte. (120 participants) dels diversos serveis de salut, educació i atenció social. La primera taula va girar al voltant de l’anàlisi de la situació del consum de drogues i de la seva detecció. Les dades ofertes pels ponents van ser coincidents amb les generals de la ciutat i ens van alertar sobre la necessitat de ser més conscients de la problemàtica i de la seva dimensió (social, escolar, familiar i subjectiva). A la segona taula vam conèixer els recursos del dte. en les diverses vessants: preventiva, d’orientació i consulta i de tractament.

Una de les conclusions importants va ser la necessitat de una més gran implicació dels serveis i professionals en l’atenció d’aquesta problemàtica, atès la seva creixent importància en els estils de vida d’adolescents i joves i les seves conseqüències.

Seminari d’Anàlisi de casos (setembre): la “solució” de la droga

El passat 28 de setembre es va celebrar la reunió plenària amb la presentació d’un cas de la zona Carmel a càrrec de **Montserrat Taboada (EAIA)** i **Jokin Miranda (ADSIS)** i amb la participació de la resta de serveis participants: **ABS Horta (Carme Ribas)**, **SSAP Carmel (Helena Santacana i Vanessa Rojas)**, **CSMIJ Horta-Guinardó (Eulàlia Miró i Alex Llusent)**, **C.O. Martí-Codolar (Cristina)**, **Escola d’Aprendents (Ignasi Roca)**, **DAM (Marlan)**. Va ser moderada per **Fina Borràs** (del comitè tècnic Interxarxes). Es va suscitar un interessant debat al voltant dels punts cabdals: el reagrupament familiar i el dol, els efectes a curt, mig i llarg termini de la tutela administrativa, la relació dels professionals amb els cossos policials i l’aparell judicial i el recurs a la droga com a “solució límit”. La participació del convidat, **Jaume Funes** va permetre dimensionar la problemàtica i avaluar les estratègies d’intervenció. Va assenyalar la importància de la figura del referent personalitzat, el pacte dels mínims acords i la necessitat d’evitar les definicions *pret-a-porter* com és el terme “bandes” per referir-se a grups de joves de carrer.

Seminari d'Actualització de Serveis (setembre): APC, educadors de carrer

A la plenària de setembre vam comptar amb la presència de l'equip d'educadors de carrer que formen el programa A partir del carrer (APC) al nostre dte. Oscar Mдина i Maria Caballero a la zona del Guinardó i Inés Martí i Kepa Bengoechea al barri del Carmel. Ens van fer una presentació amplia del seu programa que està coordinat amb diversos serveis i especialment amb els SSAP del dte. Es tracta d'una iniciativa que es du a terme a tota la ciutat i que cerca un més gran apropament als adolescents i joves, a partir del carrer, i amb voluntat de facilitar el seu accés als recursos ja existents. La seva participació al projecte Interxarxes es un fet a partir del casos atesos i del GRAV (web jove Paloksea).

Web Jove Paloksea: <http://www.interxarxes.net/paloksea/index.php>

Disposem ja de la nova web *Paloksea* que incorpora un nou format més interactiu i capaç de recollir produccions i iniciatives del mateixos joves. Trobareu les primeres propostes en les seccions de Fotos, textos, agenda, vídeos i música. Així mateix hem actualitzat la informació amb nous recursos de consulta. Us animem a fer-ne un ús de la web com a eina de treball amb adolescents i joves per tal de afavorir una imatge social de les seves produccions allunyada dels estereotips negatius, tant de moda.

Taller de pares als Centre de Serveis Socials "Carmel"

El passat 18 d'octubre es va engegar la tercera edició del Taller de pares amb fills adolescents del Projecte Interxarxes, conduït per Lúdia Ramírez (psicòloga CSS Carmel) i Ramon Almirall (psicopedagog EAP Horta-Guinardo). Partim amb 8 derivacions presentant-se 6 pares a la primera convocatòria, d'ells dues parelles (pare i mare). Les derivacions pertanyen al EAP Horta-Guinardo, CSS Vall Hebron, CSS Horta i CSS Carmel. Com en anteriors edicions, els pares es mostren molt preocupats per les problemàtiques que afecten als seus fills adolescents, per les dificultats que ells tenen per a entendre què està passant i per a manejar-se amb situacions totalment noves tant per a ells, com per als seus fills. En les dues sessions desenvolupades fins a ara, un dels primers temes que apareixen és el de l'emergència sobtada d'alguna cosa nova que apareix en els adolescents i que els pares no poden entendre, els fills mostren una sèrie de conductes que els fan sentir-se estranys i diferents als altres, els pares s'interroguen sobre com entendre això i com tractar-lo. També apareix la pregunta de què fer quan els nois prenen decisions precipitades en relació a deixar els estudis, per exemple i els efectes que es deriven d'això. En tercer lloc apareix com tema els efectes de l'emigració quan les famílies es reagrupen en el moment de l'adolescència dels fills. A partir del plantejament d'aquestes inquietuds dels pares un dels primers temes que anem a treballar ho hem nomenat "com abordar les noves formes d'autoritat".

Difusió : Jornades Fundació Congrés Català de Salut Mental i AEN Catalunya...

El passat 19 d'octubre vam participar a la **III Jornada "La Clínica del CPCT. Afectes subjectivitat i espai urbà"**, organitzada pel Centre Psicoanalític de Consultes i Tractament, a la Biblioteca Jaume Fuster. **Elsa Blasco**, regidora del dte. i presidenta del Consell assessor del projecte va fer un discurs de cloenda assenyalant els objectius comuns d'aquest centre i del mateix districte pel que fa a l'atenció dels nens i joves. Va animar als responsables del CPCT a enfortir els lligams amb el dte. per futures col·laboracions.

El passat 26 d'octubre vam participar a la **III Jornada "La Xarxa a debat: La salut mental, una utopia necessària"**, organitzada a Barcelona per la Fundació CCSM i l'AEN-Catalunya. La invitació, feta al projecte, se centrava en la perspectiva sobre la salut mental des del món local i tractava de recollir l'experiència del projecte com a eina operativa envers les noves problemàtiques de salut, entesa en un sentit global (adjuntem text ponència a l'apartat Materials). Van participar diversos professionals del projecte (EAP, CSMIJ).

El passat 9 de novembre vam participar en **les XI Jornades de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP)**. Sota el títol de "La demanda en l'atenció precoç" va aplegar diverses ponències, entre elles una centrada en l'experiència del nostre projecte: "Modalitats de demanda i posicionament dels professionals". Els professionals dels CDIAP's Agalma i Eulàia Torres de Beà, integrants del Interxarxes van participar-hi.

PROPERES CITES

- **V Jornada Interxarxes**
16 de novembre de 2007 a les 9.30h
Biblioteca Carmel-Juan Marsé
- **Plenària**
25 de gener de 2008 a les 9.15 h
Centre Cívic Taxonera
- **Plenària**
11 d'abril de 2008 a les 9.30h
Centre Cívic Guinardó
- **Seminari: *Psicod' Infantil: quin prevenció és possible?***
23 de maig de 2008 a les 9.00 h
Sala d'actes del dte.- d'Horta-Guinardó

La visió de la salut mental des de l'àmbit local*

José Ramón Ubleto. Projecte Interxarxes

La Salut Mental, entendida como dispositivo público, es uno de los instrumentos que los estados del bienestar usan para regular la Salud Pública. Si antaño distinguía las conductas normales de las patológicas, hoy más bien promueve los estilos de vida aceptados como saludables. Por eso decimos que la SM es un discurso que varía según las épocas. Hecho de una amalgama de sedimentos de la medicina, la educación, la antropología cultural, la sociología, la psicología... trata de la articulación entre el individuo, como particular, y los criterios universales de salud, bienestar,...

Desde sus orígenes, la incidencia del psicoanálisis ha sido evidente y ha aportado consideraciones sobre la manera específica en que se planteaba este ajuste. Sabemos como en la época de la llamada "Higiene Mental", la doctrina de Freud mostraba la relación entre el malestar del sujeto y las represiones a las que lo sometía la Cultura. La primera teoría de la angustia de Freud pretendía explicar dicha relación. El argumento era el siguiente: la Represión produce una renuncia pulsional y la angustia surge, entoces, como efecto. La Higiene Mental, influida por el psicoanálisis, ejercía una acción "higiénica" conciliando los dictados de la Ley con las renunciaciones del individuo por la vía de un paternalismo comprensivo y no "estricto". Funcionaba como un cierto bálsamo para moderar los embates de la conciencia moral sobre la naturaleza psíquica.

Durante buena parte del S.XX, el psicoanálisis colabora en la prevención de la salud mental y se orienta en la respuesta al deseo de felicidad del ciudadano libre, angustiado por las vertiginosas transformaciones sociales y familiares: deconstrucción del orden moral sexual, la declinación de las figuras del padre y pluralización de las versiones femeninas.

Esta primera etapa, a la que podríamos poner como punto final indicativo los inicios de los años 90, corresponde a **un modelo organizativo de tipo comunitarista militante**, heredero de los movimientos sociales reivindicativos de la transición, en el cual la función profesional aparece bajo cierta indiscriminación: "entre todos lo haremos todo", sería el lema operativo. La SM aparece claramente enraizada en lo local y bajo un paradigma sociocomunitario, no hay SM sin lazos sociales colectivos. Los servicios, que se crean, responden a esa lógica.

Con el declinar de esta SM 1 entramos en **una nueva etapa**, donde el eje del debate se desplaza a las discusiones economicistas. La década neoliberal de los 90 viene acompañada de un nuevo discurso sobre la SM y de un nuevo modelo organizativo. Cierta crecimiento económico inicial permite desplegar nuevos dispositivos y nuevos programas que alimentan la idea de un **Individualismo triunfante** que, a efectos operativos, se traduce en un "cada uno se basta en su casa" y en una fragmentación de los servicios y de la atención. La diferenciación de roles profesionales se acentúa y el sujeto se convierte en *causa sui*, él es agente y gestor de su problemática. Ahora el "asunto", para los especialistas, radica en la competencia por la pluralización de los "tratamientos" y por la legitimación institucional que de ellos haga el estado gestor. Los indicadores atienden básicamente a la eficiencia y la eficacia. Estos significantes "económicos" sustituyen los caducos significantes "ideológicos" centrados entre el "bien" y el "estar" para todos.

Este discurso no es ajeno a los descubrimientos de la ciencia, en especial de las neurociencias y de la psicofarmacología. Hay, sin duda, un empuje a la atomización de los lazos sociales y a establecer como único vínculo el de cada uno a su satisfacción por la vía de los objetos varios a los que la técnica y el capitalismo le dan acceso. Cada uno, uno por uno, queda, de esta manera, reducido a un cuerpo carenciado: interpreta que sufre por la extracción de ese plus de goce que le correspondería. En su lugar debe acomodarse a la felicidad *low cost* y además está impelido a hacerse cargo de sus propios vínculos sociales, a un permanente *Do It yourself*.

Se trata de un nuevo sujeto postmoderno, afectado por el saber de la tecnociencia como GPS contemporáneo, que muestra su desamparo discursivo de dos maneras sintomáticas:

- Sea por el lado del cuerpo, donde se observa una creciente inflación narcisista que conlleva su reverso de autodestrucción (músculo/anorexia)
- Sea por el lado de la enfermedad de la mentalidad, de ese no pensar que lo empuja a la errancia y al acto

Su expectativa, como sujeto demandante, de cuidados de salud es encontrar alivio al fenómeno creciente de la angustia. La SM 2 tiene, en esta nueva etapa, el encargo de gestionar las patologías de la postmodernidad: violencia, adicción, depresión y dispersión de la identidad. Por eso encontramos una variedad de los modos de demanda, hay los que piden por su “sufrimiento” un tratamiento y los hay que van a la SM a por la dosis.

Finalmente encontramos **un tercer momento** en esta periodización, cuyo inicio podemos hacerlo coincidir con el cambio de siglo y que es ya una respuesta a la crisis del modelo anterior que, lógicamente no ha desaparecido, puesto que perviven ambos. Ahora se trata de un discurso menos optimista sobre el presunto *Wellness*, que pone el énfasis en la acción social y la ciudadanía. El estado ya no aspira a hacerse cargo de esa felicidad prometida pero tampoco confía en que cada uno, por su cuenta, la alcance y además debe velar porque esas vías individuales no supongan un problema de orden público. Sobre todo, atendiendo al hecho de que las patologías crecientes, ligadas al acto y a las adicciones atentan al lazo social y a la misma convivencia.

El libro de Hillary Clinton, ***It takes a village*** (1996) ya marcó el inicio de un nuevo modelo que trataba de recuperar el efecto terapéutico de lo colectivo y de los lazos comunitarios. Como en una dialéctica, se trataba, 20 años más tarde, de una nueva síntesis en la que conjugar, de otra manera, lo individual y lo colectivo. Para ello el concepto estrella de **Red** se ofrecía como paradigma de este nuevo modelo.

Hoy preguntar si un servicio trabaja en red es poco interesante ya que todos los servicios están en la red, basta ojear cualquier documento programático para darse cuenta que en su diseño (competencias, funciones, flujos de coordinación e información) está ya previsto como un nodo de la red general (sea la de salud mental, la de atención a la infancia o la de protección de violencia de género).

Estar en red, pues, no es una opción, sino un requisito de constitución del propio servicio ya que hoy el tratamiento (entendido como el conjunto de acciones que tratan una situación definida como problemática) es la red misma. No hay tratamiento fuera de la red ni es posible pensar nuestra intervención profesional al margen de las otras intervenciones, las conozcamos o no. Todo lo que hacemos es relativo a nuestro lugar en la red ya que el tiempo de los saberes y disciplinas absolutas pasó. Hoy el malestar se trata por medio de la distribución social e institucional: a cada uno su cuota y a la red el global.

Una distribución que hace que cada uno se ocupe de una parte del problema, borrando así los límites claros en cuanto a las funciones y competencias de otros momentos. En ese sentido decimos que todos trabajamos en red porque todos nos ocupamos de una parte de ese malestar, aunque desconozcamos, a veces, de que parte se ocupa el otro o no veamos las líneas de fuerza y las conexiones entre una y otra intervención.

Por eso la verdadera pregunta para nosotros, la que puede causar nuestro deseo de trabajar juntos y encontrar respuestas a estos malestares contemporáneos es que uso, puesto que hay varios usos posibles, queremos hacer de esa red, en la que ya estamos.

El modelo común (instalado por defecto) es concebir la red en términos de la reingeniería, un circuito donde se trata de poner a circular al sujeto bajo la perspectiva de la máxima rentabilidad y por tanto de la optimización máxima de los recursos. Eso implica que el vínculo priorizado entre los servicios y profesionales es la derivación de un lugar de la red a otro, partiendo de un

conjunto de protocolos previamente definidos y establecidos. Sabemos de las consecuencias de este modelo: la más grave es la deriva en la que quedan muchos de estos sujetos y los conflictos que se generan entre los servicios de la red.

Este modelo que algunos *managers* tratan de presentar como el modelo eficaz y eficiente, en realidad es un modelo poroso, con grietas que se trata de tapar para evitar las fugas. Una de las estrategias de reflote del modelo es la creciente tendencia a continuar la estratificación de los servicios, fragmentándolos aún más, en la dirección de una mayor especialización, por la vía monosintomática. Así encontramos programas de educación social en la calle que se ocupan de aquellos sujetos que ya no son incluidos en la red de servicios sociales de atención primaria (SSAP), programas específicos de atención a *homeless* que cubren las deficiencias de los SSAP y de la propia red de salud mental, programas específicos centrados en un trastorno (TDAH, anorexia, psicosis incipientes,...).

Por otra parte, esto se conjuga con la proliferación de nuevos perfiles profesionales (insertadores sociales, mediadores interculturales, acompañantes terapéuticos, especialistas en interculturalidad y cohesión, gestores sociales,...) que no son incluidos en la red "con pleno derecho" sino en sus márgenes y con la función de suplir las carencias de los "titulares".

El otro modelo posible, en la línea de lo promovido en la Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental (Helsinki, 12-15 Enero 2005), es organizar la red a partir del lugar central que toma el caso y los interrogantes que suscita en los diversos profesionales. Eso implica que la red pueda alojar la particularidad de cada situación definida en una perspectiva de análisis global (social, familiar, personal). Esta elección privilegia otro tipo de vínculo entre los profesionales más centrado en sostener una conversación permanente acerca del caso y sus interrogantes. Una conversación, no basada en las rivalidades narcisistas acerca del estatus, permite al sujeto distribuir sus dichos, demandas y propuestas entre varios¹.

El trabajo en red deviene así el resultado de un pacto entre profesionales que consienten en un referente tercero, la situación (sujeto, familia) a abordar, que organiza y vectoriza su trabajo alrededor de ese vacío de saber, de un interrogante que los pone a todos a trabajar, causándoles el deseo de colaborar a una invención realista en el tratamiento del malestar. A crear, entre todos, una nueva pragmática de la acción que insista más en lo que el sujeto es capaz de inventar, en sus "soluciones", que no en aquello que cojea, que no va. Aquí la idea de salud mental aparece vinculada a los recursos que el sujeto puede poner en acto y a la función de apoyo que para él puede representar la red².

Los actores necesarios en el trabajo en red

En el modelo de centralidad del caso, por el que nosotros³ apostamos, hacen falta tres requisitos para que el modelo sea sostenible.

- En primer lugar hace falta un **pacto previo** entre los actores implicados sobre la necesidad de elegir ese modelo.
- En segundo lugar hace falta que esa apuesta inicial se traduzca en el **compromiso, uno por uno**, de todos los agentes del proyecto, lo cual ya supone una posición ética ante las dificultades, que opta por abordarlas en lugar de negarlas u obviarlas.
- Estos dos requisitos si bien son necesarios no son suficientes ya que por si mismos no evitarían el voluntarismo que suele devenir estéril. Hace falta un paso más en la dirección de **disponer de un plan mínimo** (modificable cuando proceda) ya que la colusión espontánea de los profesionales no garantiza la sostenibilidad del trabajo en red o lo hace sólo en el

¹ Di Ciaccia, A. et al. (1998). "La pratique a plusieurs" en *Preliminaire* 9 & 10. Bruselas: Antenne 110

² Vilà, F.; Díaz, E. (2007). "Variaciones de la práctica a varios con adolescentes excluidos del orden educativo". Ponencia PIPOL 3. París, julio 2007.

[consultable *online* en <http://www.observatoriopsi.com/0719.htm>]

³ Modelo que orienta el proyecto Interxarxes, implementado, desde el año 2000, en el distrito de Horta-Guinardó de la ciudad de Barcelona: www.interxarxes.net

modelo de la derivación protocolizada que, como decíamos, es la mejor manera de dejar a los sujetos “a la deriva”, navegando en la intrincada red de servicios y profesionales. Este plan es la garantía de la aplicación del modelo ya que es partir de él que se definen las reglas de juego. Proporciona, por tanto, referencias claras y compartidas y funciona como un elemento de regulación y mediación entre los servicios. Traduce, en un modelo organizativo, ese pacto entre profesionales, al que aludíamos antes, y es la clave de la sostenibilidad.

La experiencia de Interxarxes

Si tuviéramos que resumir las enseñanzas que podemos extraer de esta experiencia de trabajo en red que se continúa desde hace siete años, diríamos que se trata de una apuesta por un método que permita **ante todo encontrar una orientación en la situación a intervenir**. Que permita establecer una dirección del caso a partir de la convergencia de los diferentes vectores que intervienen. En un momento como el actual, donde los referentes de intervención clásicos (socialización, normativización, aprendizajes unificados) hacen quiebra y donde lo que vendría a su lugar se define en términos de contabilidad-productividad (sea de resultados o de medios/protocolos), parece imprescindible apostar por estrategias de este estilo para acompañar a esos sujetos y familias en su recorrido vital.

De lo contrario nos queda la otra orientación -la más extendida actualmente-, la que define el trabajo en red como un sistema pensado fundamentalmente para optimizar los recursos, reduciendo los costes en un esquema gerencialista (*management*) sin tener en cuenta demasiado al sujeto en cuestión.

Por supuesto que este trabajo no es sin dificultades, algunas derivadas del manejo de la información y sus implicaciones (legales, éticas y técnicas). Otras, ya señaladas, relacionadas con la gestión del tiempo y la diversidad de profesionales. Por último, las más importantes hacen referencia a las “resistencias” internas que creamos nosotros mismos, como profesionales.

La red sólo es posible si hay reconocimiento de la interdependencia entre profesionales y servicios y ello implica también consentir a ese saber nuevo, abandonando una cierta satisfacción en la posición de impotencia (queja) que nos acomoda en el impasse, para resguardarnos de verificar la falta. Cuando uno no quiere arriesgar esa posición cómoda, que no deja de ser una pasión por la ignorancia, mantiene la ilusión de que habría una solución de completud al problema (aunque él no la tenga) y si no se alcanza es por culpa del otro (profesional, servicio, sistema, usuario).

Por eso decimos que trabajar en red es hacer una apuesta ética⁴ que incluye el lazo al otro en el abordaje y tratamiento de los malestares en juego, puesto que sabemos que no hay práctica (clínica, educativa, social) sin ética.

****Ponencia del autor en la III Jornada "La Xarxa a debat: La salut mental, una utopia necessària". Barcelona, 26 d'octubre de 2007. Fundació CCSM I AEN-Catalunya.***

⁴ UBIETO, J.R. . “De la Re-ingeniería a la Conversación: la posición de los profesionales” en *RTS* num. 175, Septiembre de 2004. Barcelona: CDTSAASSC