

Capítulo del libro: Iñaki Markez (Coord.) *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*. AEN, 2015.

Trabajo en red y adicciones. Una práctica colaborativa para regenerar el vínculo profesional

José R. Ubieta Pardo. Psicólogo clínico y psicoanalista. Ha sido coordinador del Programa Interxarxes (2000-11) impulsado por el Ajuntament de Barcelona, Diputació de Barcelona y Generalitat de Catalunya.

Pensar en el beneficio que las prácticas de red pueden aportar al abordaje de las adicciones implica tomar en cuenta tres factores: los nuevos paradigmas de la relación asistencial, el estatuto de la adicción en nuestra época y los modelos posibles del trabajo en red. Este trabajo pretende explorar estas tres variables para proponer algunas ideas y procedimientos que fomenten la colaboración profesional y ayuden a re-generar el vínculo profesional.

Un nuevo paradigma en la relación asistencial

La coyuntura actual, marcada por una fuerte crisis del sistema, económica pero sobre todo crisis de confianza que abarca todos los ámbitos (política, finanzas, convivencia social), ha exacerbado la emergencia de nuevos paradigmas en la relación asistencial.

No se trata de una novedad, fruto de la situación actual, ya que el proceso de transformación de la relación asistencial en los diferentes ámbitos (clínico, social, educativo) viene de antiguo, pero la crisis actual lo ha desvelado de una manera más cruda.

El modelo de la modernidad, en el campo de la salud, pasaba por la relación privilegiada entre el paciente y el clínico definido como especialista de la salud: médico, psiquiatra, psicólogo. Era un encuentro fundado en una autoridad absoluta del

profesional en lo referente al tratamiento del malestar, autoridad que reposaba en una suposición del paciente sobre su saber. De esa suposición se derivaba la confianza de unos y el secreto profesional del otro como parte intrínseca de ese dialogo privado e íntimo.

La postmodernidad agudiza algunas de las contradicciones y paradojas ya incluidas en el propio programa ilustrado. Una de ellas deriva de la consideración de los derechos del individuo como valor princeps, lo cual mina esa autoridad, hasta entonces absoluta, del profesional, que ya no alcanza para hacerse cargo en exclusiva del tratamiento del malestar. Su saber se relativiza y se pone en tensión con otros saberes en juego: la psicología primero, pero también la educación y lo social, y es por eso que el ideal de salud se entiende, a partir de entonces, en los tres registros: biopsicosocial. Ideal que se asemeja más a un multiculturalismo profesional que a un enfoque suficientemente fundamentado (Gabbard y Kay, 2002).

Finalizada la primera década de este Siglo XXI podemos decir que esa tendencia “individualista”, junto a las falsas promesas del cientificismo (Peteiro, 2010), constituyen la base más firme de la nueva relación asistencial cuyas características y consecuencias podemos ya vislumbrar con claridad.

Un primer rasgo evidente es la desconfianza del sujeto (paciente, usuario, alumno) hacia el profesional al que cada vez le supone menos un saber sobre lo que le ocurre (y por eso se ha institucionalizado la segunda opinión) y del que cada vez teme más se convierta en un elemento de control y no de ayuda. Las cifras actuales sobre las manifestaciones de protesta subjetiva a las propuestas médicas, que incluyen el boicot terapéutico (rechazo de lo prescrito), la falta de adherencia al tratamiento o los episodios de violencia en centros sanitarios o sociales son un claro signo de esta pérdida de la confianza en la relación asistencial (Serra, 2010). Sin olvidar fenómenos de fraude o engaño, por parte de una minoría de pacientes, que se oponen así, obteniendo un beneficio secundario, a la imposición de una lógica de control, tendencia en aumento en la relación asistencial.

Un segundo rasgo lo encontramos en la posición defensiva de los propios profesionales que hacen uso, de manera creciente, de procedimientos preventivos ante posibles

amenazas o denuncias de sus pacientes. El miedo se constituye así en un resorte clave que condiciona la práctica asistencial y cuyas consecuencias, como veremos a continuación, no son banales.

El tercer rasgo nos muestra una de esas consecuencias: la pérdida de calidad y cantidad del vínculo clínico-paciente. Ese dialogo al que nos referíamos antes, basado en la escucha de la singularidad de cada caso, y que requería un encuentro cara a cara, con cierta constancia y regularidad, se ha transformado en un encuentro, cada vez más fugaz, de corta duración y siempre con la mediación de alguna tecnología (pruebas, ordenador, prescripción). El estilo “asistencial” que describe Berger, a propósito del médico rural John Sasall¹, queda ya como una reliquia si lo comparamos con el protocolo actual de visita en la atención primaria, en la que el médico presta más atención a los requerimientos del aplicativo informático que a la escucha del propio paciente, al que apenas mira.

El cuarto rasgo, correlativo del anterior, es el aumento notable de la burocracia en los procedimientos asistenciales. La cantidad de informes, cuestionarios, aplicativos, que un especialista psi debe rellenar superan ya el tiempo dedicado a la relación asistencial propiamente dicha. Y todo ello sin que el beneficio de esos procedimientos esté asegurado, como veremos más adelante (Chauviere, 2007).

Estas características configuran una nueva realidad marcada por una pérdida notable de la autoridad del profesional, derivada de la sustitución de su juicio propio (elemento clave en su praxis) en detrimento del protocolo monitorizado, una reducción del sujeto atendido a un elemento sin propiedades específicas (homogéneo), y que responde con el rechazo ya mencionado (boicot y violencia), y una serie de efectos en los propios profesionales diversos y graves: *burn-out*, episodios depresivos recurrentes, mala praxis (Soares, 2010).

Autoridad debe entenderse aquí a partir de su etimología (*auctoritas*) que deriva de autor, aquel que es capaz de invención, de entendimiento y resolución de problemas, no el que basa su acto en el ejercicio del poder (*potestas*).

¹ Dietario de viaje del periodista, acompañando a un médico rural en la Inglaterra de la postguerra: “Un hombre afortunado”, editado por Alfaguara (2009).

Esta nueva realidad es la consecuencia de un amplio e ilusorio afán reduccionista que trata la complejidad del real que abordamos, mediante razonamientos y procedimientos simplificados (Tizón, 2009). Eso se traduce en transformaciones profundas a tres niveles: el supuesto epistemológico que define una concepción determinista del saber y del sujeto humano -la ilusión del hombre neuronal-, el supuesto metodológico que implica un modo de interacción entre las disciplinas que aspira a borrar cualquier diferencia (Ubieto, 2010) y finalmente el supuesto organizativo que responde cada vez más a operaciones de vigilancia y control, disfrazadas de medidas de optimización de recursos (Pérez Álvarez, 2011).

La adicción generalizada

Hoy vivimos en la época del consumo generalizado, caracterizada por un empuje al goce instantáneo como la vía regia de la búsqueda de la excelencia y la felicidad. Eso implica que dejamos el cuerpo abandonado a su satisfacción autoerótica confiando que él encontrará su propia regulación.

La realidad en cambio nos muestra que ese satisfacerse sin otro límite que la resistencia del cuerpo, hasta que aguante o explote, nos conduce a un callejón sin salida (p.e. ingestas excesivas de alcohol por parte de los jóvenes) e incluso a la muerte como le sucedió al aspirante ruso al título mundial de sauna, Vladimir Ladyschenski, que en agosto de 2010, sufrió un colapso y falleció en el mismo lugar de la competición tras alcanzar la final.

El imperativo actual del funcionamiento y la optimización de las competencias aparece como un pragmatismo radical aplicado a la “gestión” del cuerpo, concebido como una máquina, conectado siempre en *on*. Alan Schwarz, redactor de salud del New York Times, señala, en un interesante artículo sobre el TDAH, el uso creciente de los psicoestimulantes en niños procedentes de barrios desfavorecidos –y que presentan dificultades escolares (bajos aprendizajes y problemas de conducta)- como estímulo de mejora, independientemente de si cumplen o no el diagnóstico.

De hecho muchos de los pediatras y psiquiatras consultados admiten que los prescriben por ser la fórmula más sencilla y económica y que cuentan para ello, en la mayoría de los casos, con el consentimiento y pedido de las familias. “Hemos decidido, como sociedad, que es demasiado caro modificar el entorno de estos niños, así que mejor modificamos a los niños” (M. Anderson, pediatra del Cherokee County, Atlanta)².

Informaciones más recientes nos hablan de que el 35 por ciento de los estudiantes universitarios toman psicoestimulantes para combatir el estrés de los periodos de exámenes y circunstancias similares. Otros consumos compulsivos (tóxicos, cibersexo, comida) muestran como ese empuje al ¡Goza! (*Enjoy!*) certifica que lo que no está prohibido es obligatorio, en la búsqueda imposible de ese goce perdido cuya culpa (falta) no cesa de agitar al sujeto.

Los datos de consumos de psicótopos son también contundentes respecto a la modalidad de relación que hoy tenemos con los objetos que pueblan nuestra existencia. Modalidad que podemos calificar de adicción generalizada que conjuga la lógica del mercado y lo que el psicoanalista Jacques Alain Miller (2006) ha llamado “el ascenso al cénit del objeto a” para expresar el lugar prevalente que toman hoy los objetos (consumo) como vía de la realización del ser del sujeto.

El reverso de todo ello es la prevalencia actual de la angustia como pathos. Basta como muestra los 500.000 soldados americanos (de los dos millones desplazados a Irak y Afganistán) que padecen secuelas graves post traumáticas. Angustia ligada a la certeza de nuestra cosificación: “En la sociedad de consumidores nadie puede convertirse en sujeto sin antes convertirse en producto, y nadie puede preservar su carácter de sujeto si no se ocupa de resucitar, revivir y realimentar a perpetuidad en sí mismo cualidades y habilidades que se exigen a todo producto de consumo”. Esta afirmación del sociólogo Z. Bauman (2007) explica muy bien esta nueva violencia a la que se ve sometido el cuerpo y el sujeto, que exige convertirse en un producto.

² Alan Schwarz. “Attention Disorder or Not, Pills to Help in School”. *New York Times*, edición del 9 de octubre de 2012. http://www.nytimes.com/2012/10/09/health/attention-disorder-or-not-children-prescribed-pills-to-help-in-school.html?pagewanted=all&_r=0. Consultado el 10 de enero de 2014.

La construcción del caso en el trabajo en red

Hoy las prácticas de red muestran, en muchas ocasiones, algunas de las características típicas de la nueva sociedad de la información y de sus tecnologías: muchas veces su ciclo de existencia es tan efímero como su emergencia fulgurante. Se ponen en marcha con un gran entusiasmo y con la voluntad de trascender y alcanzar un amplio abanico de objetivos, ámbitos de actuación y resultados. Pero la realidad es que en muchos casos estos proyectos no pasan de su etapa de puesta en marcha. Luego van perdiendo fuerza hasta desaparecer sin dejar rastro o bien permanecen en un permanente *stand by*.

Hacer sostenible una práctica de red supone tener claro un principio axiomático: hace falta que cada cual, destinatarios (familias, sujetos), responsables institucionales y profesionales, encuentre su beneficio. Éste puede ser diverso e incluso diferente para cada cual. A veces se trata de una mejora de la calidad asistencial que se traduce en una mayor eficacia de la intervención que evita costes graves (personales, familiares, sociales, económicos) como es el caso de situaciones donde el trabajo en red permite evitar un internamiento de un sujeto en un centro residencial.

Otras veces este beneficio se experimenta como mejora sustancial de la cooperación entre los servicios y profesionales que intervienen. Esta cooperación, que supera una conflictividad estéril, puede venir acompañada de una reducción de la angustia del profesional que, al trabajar en solitario, está más expuesto a situaciones de crisis (*burn-out*). Y supone, además, para los responsables institucionales, una importante ayuda en la implementación de programas asistenciales transversales.

El aumento del conocimiento, sea del caso o la situación donde se interviene o bien de la propia metodología del trabajo en red, es un beneficio que incide de manera directa en el tratamiento del malestar del profesional que, de este modo, lo reduce traduciendo los interrogantes, que causan el malestar, en hipótesis de trabajo compartidas. Buscar el beneficio del trabajo en red es pues una exigencia a todos los niveles: metodológica, organizativa y ética.

La conversación como una nueva pragmática de la acción

Cuando falta **La** verdad –entendida como la palabra última y definitiva - nos hace falta una conversación sobre las acciones posibles, donde el poder de la palabra toma el lugar del fundamento. Si hoy proliferan los comités de ética es porque ya no disponemos del oráculo que pronuncia la sanción definitiva y hace falta, pues, que conversemos a partir de una ética de las consecuencias que se rige por la pragmática y no por las buenas intenciones.

Esta conversación que tenemos que promover tiene hoy un modelo en expansión: las redes sociales (*Facebook, Twitter*) que facilitan un tipo de conversación con algunos rasgos básicos. El principal es que el cuerpo se escabulle produciendo una pseudo intimidad (se puede decir cualquier cosa sin hacerse responsable de ello) y de paso se ahorra el compromiso. Es por eso que esta conversación online está llena de llamadas “perdidas”, citas que no llegan a término o finalizan pronto con decepción. ¿Quién es nuestro verdadero partenaire en este “encuentro”? Podemos estar seguros que no es el otro, sino nosotros mismos y por eso parece más un monólogo narcisista que no un diálogo con dialéctica.

El trabajo en red para nosotros, extraído de nuestra experiencia de *Interxarxes*³ es una conversación de otro tipo (Ubieto, 2009). Lo podríamos definir cómo: “organizar una conversación interdisciplinaria con el fin de orientarnos y sostenernos en nuestra tarea (casos, proyectos, institución)”.

Una definición minimalista pero que ya incluye todos los aspectos básicos:

- La **organización** como clave ante la espontaneidad y el voluntarismo
- La **inter-disciplinarietà** como patrón de relación inter-profesional (Morin, 1992).
- La **orientación** como finalidad primordial del trabajo compartido
- El **sostenimiento** como beneficio secundario de esta cooperación

³ El Programa Interxarxes se realiza en el distrito de Horta-Guinardó (Barcelona) desde el año 2000 e incluye las diferentes redes de atención social, educación y salud centradas en Infancia y familia: www.interxarxes.net

Por eso si tuviéramos que establecer los mínimos requisitos para decir de una praxis que es un verdadero trabajo en red, tendríamos que encontrar en el modelo de conversación que mantienen los profesionales los siguientes rasgos:

- **Cara a cara:** la presencia del otro no es sustituible, si bien las TIC's resultan muy útiles para intercambiar información (no para producir saber).
- **Constante y regular:** sólo la continuidad da sentido a la actuación (Leal, 2006).
- **Alrededor de un Interrogante:** el eje de la construcción del caso tiene que partir de aquello que no sabemos y causa nuestra conversación.
- **Global y singular:** nos hacemos una representación compartida de la situación (familia) sin olvidar la posición y singularidad de cada miembro.
- **Poner por escrito** el proceso y los acuerdos: escribir es ya ordenar los elementos, priorizar acciones y formalizar el compromiso colectivo.

Esta tarea, para que tenga continuidad, hay que complementarla con la coordinación y el liderazgo, como vectorización de los esfuerzos colectivos, y con el apoyo institucional que asegura el reconocimiento y la estabilidad del equipo de trabajo.

Se trata de una práctica colaborativa a impulsar tanto desde lo público como desde las organizaciones del Tercer sector ya que el eje es la interdisciplinariedad y la transversalidad. Es a partir de un consenso entre los participantes que se debe configurar el organigrama y los flujos de comunicación.

Un aspecto fundamental de estas prácticas son los espacios de construcción del caso en los que se trata, como decíamos antes, de una doble vertiente; la orientación en la dirección del tratamiento y la sostenibilidad del mismo a partir de la colaboración que hace posible que cada uno sostenga su acto, sea educativo, clínico o social sin verse impelido, por la urgencia o presión institucional, a hacer un pasaje al acto profesional (Ubieto, 2012). El impacto de la angustia favorece a veces que esa precipitación del acto, sin el sostenimiento de la red que funciona como para-angustia, promueva la segregación del sujeto vía la expulsión o la indiferencia institucional.

Estos espacios de construcción del caso puede tomar formas diferentes: desde espacios colectivos de análisis de casos, hasta supervisiones de equipo o Laboratorios y

seminarios en centros de salud, educativos o sociales. En todos los casos trabajamos a partir del material de un caso y con la perspectiva abierta e interdisciplinar de la red.

Dificultades y modos de abordaje

El campo de las adicciones, como el de la infancia en riesgo o el de la violencia de género, plantea dificultades en la implementación de estas prácticas colaborativas. Las principales tienen que ver con las resistencias de los profesionales, los límites legales en el traspaso de información y con las cargas de trabajo, propias del modelo actual claramente productivista.

De manera somera podemos ver, en el cuadro siguiente, algunas de estas dificultades y las propuestas de abordaje que permiten no eliminarlas –ya que son consustanciales al trabajo colaborativo- pero sí tratarlas para reducir los daños.

Una de las dificultades muy presentes en el ámbito de las adicciones tiene que ver con el traspaso de la información a causa de las normativas legales (comunes) y los protocolos asistenciales, diferentes y propios de cada servicio. Nuestra experiencia nos dice que en la gran mayoría de casos esta dificultad vela otra que tiene que ver con el uso que hacemos de esos datos. Informar es producir un mensaje, transmitirlo, mientras que la comunicación es un reparto, un intercambio, una puesta en común. De lo que se trata en el trabajo en red, sobre todo es de inter-cambiar más que de informar. De asumir el riesgo de tener que cambiar, de opinión, de punto de vista ya que comunicar es aceptar el encuentro con el otro, su diferencia, su libertad.

La información puede ser unilateral, jerárquica, produce sumisión, propaganda, mientras que comunicar es una condición de la vida humana y no se puede reducir a un flujo de informaciones. Los casos no existen per se, se construyen formulando hipótesis, de manera proactiva, más allá de las informaciones concretas.

DIFICULTAD	ABORDAJE
Sobrecarga	Limitar objetivos
Agenda imposible	Planificación
Falta apoyo institucional	Convencer/mostrar
Desconocimiento método	Difusión-Presentación proyectos
Falsas expectativas	Actualizar información de servicios
Diferencias técnicas	Discusión de casos
Temores “narcisistas”	Confianza (tiempo)
Movilidad profesional	Escrito y continuidad
Conflicto competencial	Respeto especificidad
Traspaso información	Respeto normativa legal y construcción del caso (formulación hipótesis)

Perspectivas

Las prácticas de red no son procedimientos a idealizar, no resuelven todo ni deben ser pensadas en esa lógica. Se trata más bien de usarlas teniendo en cuenta que son herramientas planteadas a partir de una lógica del no-todo, es decir de una lógica que no excluye la sorpresa, lo imprevisible –más bien lo promueve. El fervor por la estadística empieza a desfallecer y a mostrarse ineficaz para captar ese real que siempre está en juego en nuestro trabajo. Esa idea, muy extendida en los medios anglosajones, de que habría una única y buena manera de hacer, el “one best way” basada en las “evidencias” empíricas y científicas (?) no parece adecuarse a los resultados que constatamos en el día a día.

El método de la construcción del caso, que hemos puesto a prueba en los casos trabajados en el Programa Interxarxes, responde a otra lógica. Propone una serie de casos como forma evaluativa del trabajo en red, proceso más acorde con la naturaleza de nuestra tarea ya que parte del propio sujeto como el primero que construye su caso

como una defensa frente a ese real que le desborda (adicción, violencia, ruptura, fracaso, exclusión).

Esa construcción original, que tomamos como su invención, es nuestro punto de partida, no para asumirla acríticamente, sino para confrontar a ese sujeto con sus dichos y sus actos. Esa operación sólo es posible si previamente hemos sido capaces de establecer un vínculo transferencial que permita que nuestra palabra encuentre algún eco en el propio sujeto atendido.

La utilidad social de este método, como alternativa al paradigma asistencial de la reingeniería, basado en la derivación y des-responsabilización de los profesionales, es hoy una *evidencia* extraída de experiencias como el Programa *Interxarxes* y otras muchas que se vienen desarrollando. Hemos tenido ocasión recientemente de mostrar esa utilidad mediante los resultados de una investigación⁴, que pone de manifiesto que estas prácticas además de eficaces, eficientes y con una relación coste-beneficio positiva, son claramente favorables en todos los ámbitos de análisis: económicos, personales, sociales e institucionales.

Referencias:

Bauman, Z. (2007). *Amor líquido*, BBAA: FCE

Chauviere, M. (2007). *Trop de gestion tue le social*. Paris: La Decouverte.

Gabbard, G. y Kay, J. (2002). Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? *The American Journal of Psychiatry* (ed.española), vol.5 (3), 129-136.

Leal, J. y A. Escuredo (coord.) (2006). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: AEN.

Miller, J.A. (2006). “Las buenas noticias del progreso”. En AAVV. *El Libro Blanco del Psicoanálisis. Clínica y política*. Barcelona: ELP-RBA.

Morin, E. (1992). Sobre la Interdisciplinariedad. *Boletín del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires*, 2, 7-12.

⁴ “Avaluació dels costos i beneficis del model Interxarxes. Estudi valoratiu de l'experiència del Projecte Interxarxes (2000 – 2010)” Versión castellana consultable en www.interxarxes.net.

- Pérez Álvarez, M. (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, Vol.32 (2), 98-112.
- Peteiro, J. (2010). “El autoritarismo científico”. Málaga: Miguel Gómez.
- Serra, C. (2010). La violencia en el trabajo en el sector sanitario. Servicio de Salud Laboral. *Ponencia Primeras Jornadas de Psicología Laboral OSALAN. Barakaldo, 28 y 29 de octubre del 2010.* <http://www.osalan.euskadi.net/s94-osalan/es/>
Consultado el 10 de enero de 2014
- Soares, A. (2010). *La qualité de vie au travail – La santé malade de la gestion.* Montreal: UQUAM.
- Tizón, J. (2009). Asistencia basada en pruebas y psicoterapia: ¿es evidente la evidencia? *Quaderns de Salut Mental*, 6, 8-40.
- Ubieta, J.R. (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, salud mental y servicios sociales.* Barcelona: Gedisa.
- Ubieta, J.R. (2010). ¿Vamos hacia un modelo de “tratamiento único” del malestar psíquico? *Revista del COPC*, 226, 9-13.
- Ubieta, J.R. (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red.* Barcelona: Ediuoc.