

# Un método para la construcción de los casos: encontrar una brújula en el trabajo con el otro.

## *A method for building cases: Find an orientation working with the person.*

Cosme Sánchez Alber

Técnico en intervención social. Grupo de trabajo e investigación de OME-AEN sobre la práctica de los educadores sociales en el campo de la Salud Mental\*.

**Resumen:** Nuestro grupo nace con una vocación muy particular: Iniciar una conversación en torno a los interrogantes que surgen de nuestra práctica. Durante el presente curso hemos realizado un trabajo con ejemplos de nuestra práctica contando con la presencia de profesionales de la Salud Mental que nos orienten en el delicado trabajo que realizamos los y las educadoras sociales con aquellas personas que padecen alguna enfermedad mental. Uno de los hallazgos encontrados es la necesidad de encontrar un método para construir los casos, y así poder orientarnos. En el presente artículo presentamos algunas de las cuestiones más fundamentales con las que hemos tropezado en nuestro particular recorrido.

**Palabras clave:** Educación social, construcción del caso, Salud Mental Comunitaria, Trabajo en red.

**Abstract:** Our working group born with a special purpose: Start a conversation about the issues that arise from our practice. In turn, we propose a job with examples from our practice with the presence of mental health professionals to guide us in the work we perform the delicate social educators and those suffering with mental illness. One of our findings is the need to find a method for constructing cases, so you can orient. In this paper we present some of the most fundamental issues with which we have encountered in our particular tour.

**Key words:** Social support, case building, Community Mental Health, network.

### Introducción

Partimos de una experiencia en curso que nos orienta, a saber, la construcción del caso en red. Este método ha sido ideado y puesto en marcha por José Ramón Ubieto en el Programa Interxarxes (Barcelona), una experiencia que propone

poner a trabajar juntos y de manera colaborativa a buena parte de los profesionales, instituciones (Salud Mental, Servicios Sociales, Educativos) y servicios que atienden un caso común.

Mi intención es hablaros muy brevemente sobre esta manera de pensar la atención de casos en

---

\* *Mi agradecimiento a los integrantes del Grupo, por su interés y por su riguroso trabajo: Roberto Cámara, Cristina Califano, Jesús Barcina, Pablo Cardona, Jorge Lastra, Ophelie Venareau, Estibaliz Ruiz, Irantzu Petuya, Elena Fernández, Stefanie Temprano Díaz, Félix Rueda e Iñaki Markez.*

red, no tanto para hacer una descripción exhaustiva del método, sino más bien porque pienso que toca, que interroga, y que atraviesa algunos de los aspectos más fundamentales de cara a pensar nuestra práctica en las coordenadas actuales del programa institucional. Poder conversar sobre algunos de los dilemas, paradojas y contradicciones en torno a la red asistencial y su función, el trabajo inter-disciplinar o, sin ir más lejos, lo genuino que está inscrito en cada disciplina y en cada profesional en la medida en que se toma en serio su acto, bien sea educativo, clínico o asistencial.

### Nuevas maneras de pensar la atención de casos

En el campo de la Salud Mental y los servicios socio-educativos, principalmente para aquellos que se encuentran más alejados del vínculo social, es imprescindible poder articular nuevas maneras de pensar la atención de los casos. Este método propone orientarse por la singularidad de cada caso poniendo al sujeto en el centro de la red, e invitando de manera presencial y periódica a los diversos agentes y disciplinas a reunirse en torno a los interrogantes de cada caso. Como veis, una cosa sencilla, en apariencia. No obstante, en nuestra práctica tropezamos con multitud de obstáculos, tendencias e inercias que empujan precisamente en otra dirección, algunas de las cuales iremos desplegando a lo largo de las siguientes páginas.

Principios del método:

1. La centralidad del caso. Principio ético irrenunciable.
2. Interdiscipliniedad. Una conversación donde cada disciplina pueda encontrar su lugar, en colaboración con los diferentes cuerpos médicos, psicológicos y sociales.
3. La conversación. Principio rector. La construcción del caso es una conversación particular. Se trata de interesarse por los interrogantes que plantea cada caso. Es decir, no por lo que sabemos (o al menos no exclusivamente) sino más bien por lo que no sabemos, por los agujeros de saber que existen en cada caso.
4. Responsabilidad. Este método apela tanto a la responsabilidad de los agentes que intervie-

nen en el caso, como a la propia responsabilidad de la persona que atendemos.

5. Por último, atiende a la consideración del saber cómo algo fragmentado y diverso, considerando que es más propio al funcionamiento actual pensar la construcción del saber como una elaboración colectiva, contando con el otro.

¿Por qué necesitamos un método?

La primera cuestión que nos llama la atención es la siguiente ¿Por qué necesitamos un método para la atención de los casos? ¿Y por qué este método debe incluir a los demás profesionales y servicios que atienden el caso en común?

En primer lugar pienso que hay dos signos de época que es fundamental señalar: Por un lado, la *diversificación asistencial* (es decir, la cantidad de servicios educativos, Salud Mental, exclusión social, toxicomanías, etc.) de la red de atención social y, por otra parte, la pérdida o el déficit de autoridad del profesional en nuestro contexto. Ante esto, es urgente interesarnos por la posibilidad de pensar la atención de los casos en términos de colaboración entre profesionales y servicios. Nuestra hipótesis en este sentido podemos aislarla en una frase, en una máxima con la que, pienso, todos estaremos de acuerdo: *“hoy en día, el tratamiento es la red”*. Hemos pasado, pues, de un tratamiento más unificado donde el paradigma fundamental era la figura del médico dotado de una autoridad notable, del Uno de la modernidad más reciente nos hemos ido deslizando durante las últimas décadas hacia el “entre varios”, a la atención diversificada y en red, más propia de la postmodernidad líquida (Bauman, 2007), o si lo prefieren, de la diversificación asistencial y la extensa red de servicios que propone el actual programa institucional.

En este contexto, podemos pensar que la relación asistencial tal y como hoy la conocemos responde, en gran medida, a los siguientes rasgos. Destacaré tan solo tres de ellos:

1. La pérdida de calidad y cantidad del vínculo profesional-sujeto. Que se ha transformado en un encuentro cada vez más fugaz, de corta duración y siempre con la mediación de alguna tecnología (Ordenador, pruebas, informes, bases de datos, protocolos, prescripciones...).

Por ejemplo, el protocolo actual de la visita de atención primaria en un Centro de Salud nos da una ligera idea de este pasaje, en la que el médico presta más atención a los requerimientos de la aplicación informática que a la escucha del propio paciente, al que apenas mira.

2. El aumento notable de la burocracia en los procedimientos asistenciales. La cantidad de informes, evaluaciones, cuestionarios, aplicaciones, que un profesional debe rellenar, superan ya el tiempo dedicado a la relación asistencial propiamente dicha.
3. La coordinación entre profesionales y recursos queda reducida al intercambio ocasional de informes, conversaciones telefónicas o emails, cuyo principal eje y sostén es la derivación.

Estas características configuran una nueva realidad marcada por una pérdida notable. La que se deriva de la sustitución del propio juicio de los profesionales (elemento clave en la praxis) en detrimento del protocolo monitorizado. Como correlato a este hecho tenemos la reducción del sujeto atendido a un elemento sin propiedades específicas (homogéneo, contable y categorizado). Esto, no es ni más ni menos, que la consecuencia lógica del afán reduccionista que trata la complejidad de la vida humana mediante razonamientos y procedimientos simplificados, reduccionistas. En nuestro caso, de aquello que se manifiesta con la forma de una adicción, una crisis, o sin ir más lejos, aquello que el programa actual de la gestión pública nomina bajo la rúbrica “exclusión social” y que engloba una cantidad de personas con múltiples problemáticas muy diferentes según los casos. En consecuencia, este modelo organizativo responde, cada vez más, a operaciones de vigilancia y control (si me permiten la expresión), disfrazadas de medidas de optimización de recursos. En definitiva, hemos de estar advertidos de las peligrosas derivas de algunos de estos reduccionismos imperantes, entre los que podemos destacar dos de ellos por su especial trascendencia y actualidad. Nos referimos a los determinismos tanto biológicos como genéticos que en ocasiones derivan en planteamientos que parecen negar la complejidad radical del ser humano, la multidimensionalidad de las causas del malestar subjetivo y social, en su afán por la homogeneización, la categorización y

el aislamiento de una única causa (mítica) capaz de explicar toda la problemática vital.

Como decía, ante este panorama, nosotros sostenemos que necesitamos un “método” y un tiempo para poder pensar: construir los casos, interesarnos por lo particular de las personas que atendemos y también, por qué no decirlo, de la particularidad de nuestro acto (de aquello que ofrecemos al otro para hacer posible un cierto efecto de lazo social). Poder pensar más allá de la inmediatez que tan habitualmente reina en nuestra práctica, en ocasiones secuestrándonos de nuestro propio cometido. En este sentido, la realidad actual de muchos equipos profesionales es que ese espacio colectivo, destinado a la construcción del caso, o bien no existe o, si está previsto, acaba siendo devorado por la contingencia de las urgencias, de aquello del día a día que siempre se impone como un imponderable que impide realizar lo importante.

Este grado de incertidumbre, unido al tipo de problemáticas que atendemos, hace que el nivel de angustia y de implicación emocional del profesional sea alto, y el profesional corra el peligro de responder a esa angustia de diversas maneras. Bien por la vía del impasse de la impotencia, lo que nos empuja en ocasiones a proveer de toda clase de recursos sustitutivos (prestaciones sociales, medicación rápida, actuaciones de urgencia...) o bien por la vía de la inhibición, es decir, el profesional no puede sostener su acto y se detiene ante él, inhibiéndose. También cabe otra modalidad de respuesta por parte del profesional, por la vía del pasaje al acto en términos de segregación, poniendo al otro en la situación de hacerse expulsar del dispositivo en cuestión. Es una respuesta inadecuada profesionalmente, pero lógica y comprensible desde el punto de vista subjetivo del profesional.

Como veis, nuestra propuesta, subvierte en gran medida, la lógica actual de la Nueva Gestión Pública, basada en la derivación, y no tanto en la conversación entre los diferentes profesionales y servicios. Además se tratará, en nuestro caso, de promover una conversación particular, porque requiere que sea *presencial* (No como habitualmente nos coordinamos entre los servicios, vía correo-electrónico o teléfono), y también requiere que sea un trabajo *continuado en el tiempo*, con reuniones periódicas y organizadas para

construir el caso teniendo en cuenta las posiciones de unos y otros. De manera que podamos orientar la conversación en torno a los puntos de dificultad y de no saber sobre el caso: eso es precisamente lo que nos va a permitir sostener un trabajo de elaboración colectiva y obtener una orientación desde la práctica. No obstante, lo más notable es que esta manera de tratar la red, propone acoger la singularidad de cada caso, en otras palabras; poner al sujeto en el centro de la red. Este punto ético es fundamental. ¿Por qué? Porque en definitiva, es el sujeto el que construye su propia red, esto requiere, por otra parte, ciertas dosis de humildad por parte del colectivo de profesionales que atienden el caso.

Finalmente, sostenemos (y lo constatamos en nuestra práctica) que abrir la conversación entre los profesionales permite a estos la posibilidad de pensar su acto y ponerlo en juego. Al compartir las dificultades del caso y ponerlas en común, esto nos permite tomar cierta distancia de la propia angustia y no vernos en la imperativa tesitura de tener que responder solos; de manera hipersensitiva, irreflexiva, urgente, segregativa...

#### *¿Cómo se construye un caso?*

La pregunta en cuestión será: *¿Qué podemos aportar cada uno? ¿Cómo puedo colaborar en la atención que el caso me requiere, que el caso me impone?* La propia pregunta incluye ya, como veis, al otro profesional como partenaire en ese trabajo colaborativo. Y no como contrincante o adversario.

Cada agente social tiene obviamente un saber, fragmentado, sobre el sujeto al cual atiende, se trata pues de poner en valor aquello que sabemos, pero también *poder abrir la pregunta sobre aquello que permanece oculto, tanto para nosotros como para la persona a la que acompañamos*. Esto se ve muy claro en el campo de la exclusión social y las toxicomanías cuando tratamos con personas que llevan un largo recorrido, que algunos profesionales llaman “casos cronificados” (orientación con la que no estoy de acuerdo, más bien pienso que lo que está petrificado, cronificado, congelado es la *mirada* del profesional, de manera que este tipo de praxis permite abrir Otra mirada sobre el caso, no del lado de lo cronificado, sino más bien del lado de lo que podemos inventar juntos). En estos términos, nos conviene sostener que, con respecto a la particularidad y

los avatares del lazo social de cada persona, no está todo dicho. Se trataría pues de poder abrir un territorio de pensamiento sobre aquella dificultad del sujeto que se presenta como una incógnita, que efectivamente se muestra recurrente, impermeable a nuestros actos, y se repite de manera inconsolable para algunos, ocasionando grandes dosis de sufrimiento. Es, en definitiva, esta posición de *no saber* sobre el sujeto, la que animará una conversación a la que llamaremos la construcción del caso en red: una mirada que nos permita interrogarnos sobre cada caso y producir un *saber nuevo*, colectivo, que pueda orientarnos.

Es decir, este método implica considerar el caso como un interrogante, como un enigma, como un agujero. Tomarlo, en primer término, como una pregunta que nos interpela a todos los que nos sentimos concernidos por ella, como un signo de extrema complejidad, y por lo tanto, como un resorte que nos permita avanzar. Salirse del prejuicio sobre eso que ocurre, es ya una primera tentativa de exigirnos y exigir al otro una cierta participación y co-responsabilidad en las invenciones de otras maneras de hacer con el vínculo social.

Para ello, durante el trabajo de casos desarrollado en nuestro grupo, hemos contado con la presencia de Félix Rueda, psicólogo y psicoanalista que asiste a nuestras reuniones y que nos orienta en nuestra delicada tarea. Favoreciendo tanto una orientación clínica, como facilitando la conversación entre todos nosotros. En este sentido, hemos incorporado la escritura, entendida como una primera tentativa de elaboración y construcción del caso, en el sentido de que supone una primera parada, un corte, que nos permite introducir un tiempo, pensar el caso, y a su vez, supone articular un recorte sobre aquellos acontecimientos más significativos dejando a un lado aquello que no es tan importante. Además, en el acto de escritura que realizamos, el profesional anticipa sus hipótesis, sus juicios y sus preguntas. Esto permite, orientar de entrada las coordenadas de una conversación, un marco de trabajo.

#### **Tratar la red**

Para finalizar, vuelvo muy brevemente sobre este axioma del que os hablaba: *“El tratamiento es la propia red”*. La red puede representar diversas maneras en el trabajo con las personas. Puede

ser una red basada en la *derivación*, en poner a circular al sujeto bajo las premisas de la eficacia y la eficiencia. O bien podemos pensarla como un lugar de conversación capaz de atender a las diversas subjetividades. De tal manera que la red pueda adaptarse y flexibilizarse para cada sujeto, solo así la red encuentra su verdadera función, *ser sostén para el otro*, para la persona a la que atendemos. En este sentido, esta experiencia, a su vez, nos permite interrogar la posición de cada profesional y servicio, de acuerdo con el lugar que ocupa en esta red. Pensando que es más propicio, al abordaje de las problemáticas emergentes, pensar el trabajo en red en términos de *conversación y deliberación* entre servicios y profesionales. Que en los términos señalados en los que predomina la “famosa” derivación (que también es muy necesaria, claro está).

Por otra parte, esta modalidad de trabajo desplaza la pregunta sobre el sujeto (Usuario/paciente) hacia la pregunta sobre la red. Me explico, podemos pensar que en ocasiones no se trata tanto de “tratar” al sujeto, sino de tratar la red, la institución, el servicio. En determinados casos, podemos observar como modificando en algo la posición que ocupamos los profesionales y servicios, esto permite que la persona a la que atendemos pueda, a su vez, afrontar sus dificultades de una manera más satisfactoria. Es lo que se conoce como la “práctica al revés” (Di

Ciaccia, 2001) que, a grandes rasgos, apunta en la dirección de tratar la institución, su atmósfera y su función, para que en consecuencia ésta sea capaz de acoger la singularidad de cada persona y acompañarla en sus diversos avatares.

### Concluyendo

En nuestra práctica, no son pocas las ocasiones en las que nos vemos interpelados a preguntarnos por nuevos lugares y maniobras que permitan poder alojar a aquellas personas que no pueden seguir los itinerarios marcados, y que nos convocan a nuevas búsquedas. Cada disciplina se ve empujada a re-inventarse, a investigar nuevas maneras de pensar la profesión. Hoy, más que nunca, necesitamos espacios de reflexión conjunta, “entre varios”. Trabajar en red implica que la red pueda alojar la particularidad de cada uno, de cada situación particular, y de cada disciplina. En caso contrario, quedaríamos *atrapados en la red*, que haría la función de una tela de araña paralizante.

Propongo pues abrir una pregunta en torno a la necesidad (o más bien, la posibilidad) de trabajar desde la ética de la construcción del caso y en consecuencia atender a la incorporación de dispositivos de conversación interdisciplinar en el panorama actual de la Salud Mental comunitaria, la exclusión social y las adicciones.

### Contacto

Cosme Sánchez Alber • Móvil: 620 313 855 • cosmesan@hotmail.com

### Referencias bibliográficas

Bauman, Z. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Editorial Gedisa.

Di Ciaccia, A. (2001). “Una práctica al revés” en *Desarrollos actuales en la Investigación del Autismo y Psicosis infantil en el Área Mediterránea*. Madrid: MinisterioAffariEsteri - Ambasciatad’Italia.

García Molina, J. (2013). *Exclusiones. Discursos, políticas, profesiones*. Editorial UOC.

Ubieto, J.R. (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Teoría y práctica. Editorial UOC.

Ubieto, J.R. (2013). *El trabajo en red. Usos posibles en Educación, Salud mental y Servicios sociales*. Biblioteca Educación/ Pedagogía Social. Edit. Gedisa.

• Recibido: 5-7-2015.

• Aceptado: 10-9-2015.