

Somos *en lo que conectamos*. Más allá del biologicismo

Recepción: 10/04/2020 Aceptación: 28/05/2020

Resumen

El biologicismo, hoy ya fusionado y superado por el paradigma neuro, aspira a suprimir la palabra como resorte del vínculo entre profesional y paciente/usuario. Promueve, en su lugar, la (neuro) imagen muda. El artículo propone otra orientación a partir del síntoma, como rasgo singular de un sujeto, y tomando el apoyo en el trabajo en red como práctica colaborativa que le otorga protagonismo.

Palabras clave

Conversación, neuro, red, síntoma.

Som *en allò que connectem*. Més enllà del biologicisme

El biologicisme, avui ja fusionat i superat pel paradigma neuro, aspira a suprimir la paraula com a ressort del vincle entre professional i pacient/usuari. Promou, en el seu lloc, la (neuro) imatge muda. L'article proposa una altra orientació a partir del símptoma, com a tret singular d'un subjecte, i prenent el suport en el treball en xarxa com a pràctica col·laborativa que li atorga protagonisme.

Paraules clau

Conversa, neuro, xarxa, símptoma.

We are *in what we connect*. Beyond biologism

Biologism, now fused with and surpassed by the neuro paradigm, aims at suppressing the word as a resort of the link between professional and patient/user. In its place, it promotes the (neuro) mute image. The article proposes an alternative approach based on the symptom as a singular feature of a subject, finding support in networking as a collaborative practice and giving it a key role.

Keywords

Conversation, neuro, network, symptom.

Cómo citar este artículo:

Ubieto Pardo, José Ramón (2020).
Somos *en lo que conectamos*. Más allá del biologicismo.
Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 65-80.



- ▲ La crisis reciente de la COVID-19 ha agudizado, sin duda, el sentimiento del miedo colectivo y lo ha hecho sobre el telón de fondo de una crisis generalizada de confianza. ¿Quién confía ya plenamente en las indicaciones de instituciones respetables como la OMS o los gobiernos cuando nos alertan o nos aconsejan sobre lo que hay que hacer? O incluso de científicos o profesionales expertos que opinan y proponen medidas de abordaje de la pandemia o de cualquier otra consigna sobre salud.

Sabemos que la confianza es un elemento clave en la cohesión social, lo que los clásicos llamaban el *affectio societatis*, ese pegamento social sin el cual la convivencia se resiente gravemente y aparece la desafección, la indiferencia o directamente la hostilidad ante las propuestas del otro. Nuestra coyuntura actual ha exacerbado, por esa crisis de confianza ya mencionada, 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 dilema ético, por tanto, para los profesionales es hoy profundizar en una posición autosuficiente, legitimada por discursos pseudocientíficos, o bien pensar su praxis como un efecto de una práctica colaborativa. Ser profesionales en eso que conectan y no como resultado automático de un supuesto saber experto, atributo previo e individual.

Nuevos paradigmas en la relación asistencial

Hoy vivimos ya en la postmodernidad –o hipermodernidad para otros– y asistimos a la agudización de algunas de las contradicciones y paradojas ya incluidas en el propio programa ilustrado. Los logros en todo lo que respecta a los derechos del individuo han minado la autoridad, hasta entonces absoluta, del profesional, que ya no alcanza para hacerse cargo en exclusiva del tratamiento del malestar. Ese saber experto y casi infalible personalizado en el médico –y propio de un régimen patriarcal y verticalizado– 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 (Gabbard y Kay, 2002).

Ya en pleno siglo XXI podemos constatar –en el florecimiento y expansión además de las tecnologías digitales– que esa tendencia “individualista”, junto a las falsas promesas del cientificismo, constituye la base más firme de la nueva relación asistencial cuyas características y consecuencias podemos ya vislumbrar con claridad. Siguiendo los trabajos del profesor Angelo Soares (2010), podemos señalar cuatro factores clave. El primer rasgo 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 que se convierta en un elemento de control y no de ayuda. Las cifras actuales sobre el boicot terapéutico, 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).

A ese factor le responde –casi en espejo– un segundo rasgo que no es otro sino 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.

Estos dos factores tienen sus consecuencias, la más importante: la pérdida de calidad y cantidad del vínculo clínico-paciente. Ese diálogo 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* –y de cualquier otro ámbito de la atención a las personas– debe rellenar supera 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. Donde había el juicio, aparece el tutorial.

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



Ya en pleno siglo XXI podemos constatar que esa tendencia “individualista” constituye la base más firme de la nueva relación asistencial

diversos y graves: *burn-out*, episodios depresivos recurrentes, mala praxis. Cabe precisar que cuando hablamos de autoridad nos remitimos a su origen etimológico (*autoritas*), 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*).

Esta nueva realidad es la consecuencia de un amplio e ilusorio afán reduccionista que trata la complejidad real que abordamos mediante razonamientos y procedimientos simplificados

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

El paradigma neuro

Un paradigma funciona e ilumina nuestro entendimiento porque instituye los conceptos clave (significantes amo) y la relación lógica que mantienen entre ellos. Este hecho ordena de manera no siempre visible las concepciones teóricas, y las teorías científicas se convierten en deudoras de ese paradigma. Un paradigma genera, por tanto, una pragmática de la acción y no es nunca inocuo. Vamos a analizar a continuación algunos de esos significantes clave y su interrelación para, de esta manera, captar mejor sus consecuencias.

El hombre neuronal

Lo neuro es hoy un verdadero significante amo de la época, que se añade a la red, otro significante clave actual, y juntos forman la red neuronal. De hecho, comparten muchos significantes como deslocalización, descentralización, flexibilidad, plasticidad o conexión en red, que a su vez forman parte del campo semántico del capitalismo neoliberal. Donde Max Weber asociaba la ética protestante al capitalismo incipiente, ahora el hombre neuronal y el neoliberalismo irían de la mano. Como nos recordaba la psicoanalista Marie Helene Brousse, “hoy todo el mundo busca imponer el significante milagroso que les permitirá controlar modos de gozar” (Brousse, 2018). Lo neuro aspira, sin duda, a ser ese significante milagroso.

Toda la imaginería cerebral, cada día más potente, no puede esconder esa imposibilidad de una relación precisa entre causa y efecto. Imposibilidad que solo desde el psicoanálisis podemos situar en relación con el síntoma, lo que se escapa a cualquier cálculo y resiste en los aprendizajes, en las

relaciones personales o colectivas, no absorbible en el exitoso mito del neurocentrismo.² Asistimos, cada día, a la proliferación de investigaciones sobre la genética humana, los fundamentos biológicos de sus procesos mentales, afectivos y relacionales. Estas investigaciones pretenden explicar, a partir de nuestra neuroquímica cerebral o de nuestra fisiología neuronal, cómo es posible que alguien elija una pareja, decida sus inversiones en bolsa o se afilie a un partido político. Todo ello se basa en la idea del hombre neuronal, un sujeto sin consciencia, o en todo caso con una consciencia ya programada y con un funcionamiento ajeno a su voluntad, decidido por misteriosas sinapsis (Pérez Álvarez, 2011). Estas tesis ensalzan la idea de un individualismo irresponsable ya que sus actos estarían previamente determinados por causas ajenas a él (bioquímica cerebral, dotación genética). En el origen de todo esto suponemos una causa genética que si bien es indemostrable (autismo, esquizofrenia, etc.) aparece como la garantía final, la *evidencia* científica de todo el discurso (Tizón, 2009). La aparición del DSM V en 2014 no hizo sino confirmar esta idea (Frances, 2010).



Estas tesis *neuronales* alcanzan también el ámbito de la intervención social, si bien con menos intensidad que en otros como el de la salud o la educación. Se habla ya de la *neurona de Wall Street* para explicar el comportamiento humano con el paradigma del liberalismo económico, como si actuásemos de manera isomórfica en el sistema capitalista (Pérez Álvarez, 2011). Se pretende así encontrar las bases neurológicas de las prácticas sociales en un momento en que asistimos a un declive evidente de las ciencias humanas y sociales (Llovet, 2011).

Esta pseudociencia se presenta como una liberación del *re-ligare* de lo antiguo. Se apoya en el poder de la ciencia, exorcizadora de las ataduras y las contaminaciones de los viejos procedimientos que implicaban una “confusión” entre sujeto y objeto. La paradoja es que esa ciencia abusiva, o sea el científicismo, acaba dando forma sólida a una nueva religión por su carácter holístico.

Evidencias que no son tan evidentes

La segunda gran transformación de la nueva realidad asistencial se refiere a sus procedimientos y a la tecnología en uso. El privilegio otorgado a algunas técnicas, como las ya mencionadas de la imaginería cerebral, se sustenta en el axioma de las evidencias científicas. Hoy no hay un solo programa asistencial que no ponga de manifiesto esa exigencia de *evidencias científicas* para las técnicas de tratamiento admitidas. De hecho el sintagma *evidencias científicas* se ha convertido en una especie de contraseña necesaria para la financiación del proyecto asistencial pero cuya demostración resulta prescindible en muchas ocasiones. Parece más una práctica de consenso y de

adhesión (habría el bando de las *evidencias científicas* y el de los otros) que la verificación de un requisito verdaderamente deducido del método científico (Ubieto, 2010).

No insistiremos en las críticas al abuso del concepto de *evidencia científica* (la primera paradoja la encontramos en el término mismo de *evidencia*, “falsa” traducción del término inglés *evidence* que habría que traducir más bien como prueba), pero cabe preguntarse por su éxito (Ubieto, 2010). Sin duda es una conjunción de factores que muestran como el (mal) uso que han hecho algunas de estas técnicas del paradigma de la medicina científica moderna, fundada por Claude Bernard (1976), les mantiene a cubierto de cualquier crítica de charlatanería o pseudociencia, cuando efectivamente se trata de un ejercicio de poder, revestido de científicismo, en los diversos ámbitos: académico, profesional e institucional.

Hoy vemos como la mayor parte de la psiquiatría, una parte de la psicología y por supuesto buena parte de las neurociencias aspiran a definirse como ciencias de la conducta, excluyendo de su objeto al sujeto mismo. Esa operación exige un cifrado absoluto de los procedimientos, las pruebas diagnósticas, los efectos de la terapéutica y los resultados de los programas. Cifrado que podemos considerar necesario y adecuado en algunas prácticas médicas, en todo lo referido a la terapéutica, ya que constituyen su esencia misma, pero resulta falaz y ridículo cuando se trata de tomar la medida exacta de esa parte del sujeto que no es, ni puede serlo, cifrable, si bien tampoco es inefable (Broggi, 2003). Es lo que el bioquímico Javier Peteiro (2010) ha llamado, y ha mostrado con acierto, el autoritarismo científico, propio de una sociedad posthumanista³.

La ambición es un multiculturalismo profesional, donde cada uno hace sin dar cuentas al otro y ocultando que siempre habrá una disciplina de rango superior que acabe ordenando el conjunto

Por otra parte, el método que corresponde a esta nueva realidad asistencial configura una interacción entre las disciplinas (psiquiatría, psicología, medicina, ciencias sociales, educación) de tipo multidisciplinar donde cada una suma a la anterior en términos de adición, más que de interacción. No hay entre ellas diálogo posible, sino tan solo sumatorio de datos o hipótesis. La ambición es un multiculturalismo profesional, donde cada uno hace sin dar cuentas al otro y ocultando que siempre habrá una disciplina de rango superior que acabe ordenando el conjunto. En este caso son las neurociencias, aquellas que son acriticas, las que aportan la causa final.

Demasiada gestión mata la clínica y lo social

La tercera transformación hace referencia a los modelos organizativos de la práctica asistencial, actualmente dominada por la llamada NGP (Nueva Gestión Pública o *New Public Management*). Transforma a los ciudadanos en usuarios-clientes y la tarea se mide en función de la eficacia (excelencia) entendida como eficiencia y control de los actos profesionales, lo cual es contradictorio, a veces, con criterios de calidad y ética. Es sabido que la con-

tinuidad de los profesionales y el ajuste permanente a las necesidades, claves de la buena relación asistencial, entra a veces en conflicto con las exigencias (y tiempos) de productividad y con la rigidez de los protocolos.

Algunos de los principios básicos de esta nueva reingeniería social son la jerarquización de los servicios; la estandarización de prácticas y procesos (imposición del *one best way* como el único modo de hacer, plasmado en la imposición de guías, protocolos e idealización acrítica de las “buenas prácticas”⁴; métodos importados directamente del campo de la salud pública y la idolatría del acto, como índice sintético de la medida de gestión, es la clave. No hay ya filosofía de la acción, sino de economía de la actividad. La tarificación toma el acto como referente, pensado como una imagen reducida, homogénea e instantánea de los intercambios para así compararlos y controlarlos financieramente (Chauviere, 2007).

Es una nueva manera de hacer que implica, sin duda, un cambio en las relaciones entre los profesionales y los pacientes/usuarios, basadas en una concepción de los servicios profesionales reducidos a una serie secuencial de actos técnicos que pueden ser gestionados racionalmente. Es aquí donde se justifican las disfunciones, y no en la carencia de recursos o en las condiciones de vida de las poblaciones afectadas. Estos “clientes” son objeto de atención estandarizada pero no son actores colectivos o individuales del cambio.

Tradicionalmente era función del profesional manejarse con toda la “contaminación” subjetiva, esa transferencia del vínculo que no podía dejarle nunca indiferente. Hoy el famoso método Lean, que dio el éxito a la industria automovilística japonesa y que luego fue importado a la norteamericana, sirve de base para la mejora de la gestión pública, aspira a crear sistemas de producción flexibles, ágiles y que sean capaces de responder a la demanda de los clientes (Kamata, 1993). Consiste en eliminar cualquier despilfarro, todas aquellas actividades que no aportan valor añadido y cuyo origen es triple: el despilfarro, la inestabilidad y la variabilidad de los procedimientos. La palabra, base de la conversación, es considerada un “contaminante” a suprimir por constituir un desperdicio en la labor asistencial.

Qué duda cabe que este nuevo modelo organizativo ha supuesto algunos efectos positivos como es el favorecimiento de algunas redes asistenciales integradas y el uso de nuevas tecnologías, pero es claro que en su conjunto supone un incremento notable de las estructuras de gestión y una acentuación de las formas de control y de la búsqueda permanente del rendimiento, sin que sus beneficios sean evidentes.



Confiar en el síntoma

Esta nueva realidad asistencial, inspirada en las directrices de la NGP no es el único modo de abordar el malestar psíquico y social. De hecho convive con otras modalidades del vínculo transferencial que aspiran a no renunciar a la subjetividad, como el elemento específico del sujeto humano, aquello que en cierto modo nos hace inclasificables a cada uno de nosotros. Subjetividad entendida como el hecho innegable que el sujeto no es evaluable como tal (otra cosa es que lo sean algunas de sus performances o de sus signos vitales), puesto que el sujeto no cumple uno de los requisitos clave de la evaluación: no resulta evidente ni transparente. Y no lo es porque aloja en su interior un elemento de opacidad que es aquello íntimo, que apunta a lo más real de cada uno y es por ello irreconocible para el sujeto, carente de sentido.

Confiar en el síntoma es una buena guía de práctica clínica para recordar que ese sujeto no está programado por sus condiciones genéticas

Confiar en el síntoma es una buena guía de práctica clínica para recordar que ese sujeto al que atendemos no está programado ni determinado por sus condiciones genéticas o neurológicas. Que sigue siendo, con todo ese bagaje, un sujeto responsable, capaz de responder de sus actos y nuestro interlocutor en el diálogo terapéutico. Su síntoma nos habla de las significaciones trabadas, reprimidas y ocultas, pero también de su empuje a la satisfacción, de aquello que lo anima sin que por ello suponga de entrada un sentido claro. La hiperactividad que observamos en algunos sujetos no tiene más sentido que ella misma como actividad pulsional, satisfacción del cuerpo que cada uno habita. No es por nada que vivimos en una sociedad adictiva, donde cada quién persevera en esa repetición pulsional bajo diferentes formas (tóxicos, trabajo, comida, juego).

Sin renunciar a los aportes de las neurociencias y de otras disciplinas, debemos recordar que el método clínico no es reducible ni equivalente al método experimental. Aquí, la técnica mayor sigue siendo la conversación que mantenemos con el sujeto, alrededor de su malestar. Una conversación que sigue sus reglas (Ubieto, 2009) y que promueve una interdisciplinariedad que no se reduce al sumatorio de saberes, ya que compromete a los profesionales en el abordaje de ese síntoma de una manera cooperativa, siempre que eso sea posible y conveniente.

Se trata de tomar muy en serio que es siempre el sujeto el que hace su primera construcción del caso, y en todas las soluciones su decisión es fundamental

La atención de casos, basada en esta conversación regular, implica una comunidad de experiencia que se constituye como un vínculo social entre los servicios de atención social, educación y salud, a partir de un territorio común y de una realidad de trabajo compartida (infancia en riesgo, violencia de género, patología mental). Sus ventajas son evidentes y van desde una mejor visión del caso (global y singular) hasta el evitamiento de ciertos pasajes al acto profesional, limitados por los espacios de supervisión y análisis de casos. En este modelo se trata de tomar muy en serio que es siempre el sujeto el que hace su primera construcción del caso, el que prescribe el síntoma a tratar, en su demanda inicial, y el que nos muestra cómo hay siempre una "pluralidad" de soluciones más que *la* solución, y en todas ellas su decisión es fundamental (Ubieto, 2011).

Este método exige compromiso y por tanto implica riesgos; el primero es que hay que poner el cuerpo ya que no es posible un vínculo terapéutico sin implicación subjetiva (Di Ciaccia, 2001). El psi, a diferencia del experimentador en su laboratorio, no es un personaje externo puesto que pertenece de lleno a la experiencia. La “contaminación” subjetiva está asegurada porque el vínculo transferencial que establece con las personas a las que atiende no es aséptico ni neutral, es un vínculo de compromiso en el que pone su saber teórico, sus competencias y obligaciones legales pero sobre todo pone su implicación personal como elemento clave en la génesis de la confianza y de su autoridad profesional.



El establecimiento de ese vínculo no es sin dificultades y tampoco está asegurado en todos los casos. El uso de protocolos en la actuación clínico-social debe responder a una justificación más allá de la puramente administrativa. Un protocolo puede resultar un instrumento útil si contribuye a la génesis de efectos terapéuticos en los pacientes/usuarios y/o de efectos de formación para los mismos clínicos y otros profesionales que intervienen. Sin ese beneficio, el protocolo deviene un fin en sí mismo y por tanto resulta estéril en la praxis clínica.

El fracaso de la lógica del *one best way* que se ofrece, sobre todo por parte de las agencias de salud pública, como *la* solución es cada vez más evidente. Por eso nos conviene pensar en la promoción de lo diverso, en un mosaico de servicios ajustados a la heterogeneidad de situaciones y demandas, opuesto al afán homogeneizador del modelo del hospitalocentrismo y de las propuestas de tratamiento único, fundadas en falaces argumentos pseudocientíficos.

Perspectivas

La creación de redes profesionales, flexibles en sus conexiones pero firmes en su orientación, favorece la génesis de intercambios profesionales y la corresponsabilidad y participación de los diversos actores. Hoy ya tenemos experiencias en curso, con avances importantes, que dan buena fe de las posibilidades de esta modalidad de relación asistencial (Ubieto, 2019).

Si pensamos en lo que viene, para los próximos años, la opción de liderar un trabajo en red no nos deja mucho margen. Porque la alternativa sería una propuesta de vida algorítmica donde la decisión y la elección del sujeto (profesional o usuario) quedan eliminadas en beneficio del cálculo que el algoritmo hace de lo que nos conviene. Sin ignorar todos los avances realizados, que no son pocos, hay también algunos aspectos muy mejorables.

Si todo lo que conectamos son: etiquetas diagnósticas, informes escolares, datos sociales y algunas primeras hipótesis del caso, no somos una propuesta muy interesante para abordar las problemáticas de la infancia y la adolescencia, la violencia familiar, los problemas de salud mental o la precariedad sociolaboral.

Hay un primer estadio del trabajo en red que requiere un trabajo interno entre las propias redes para consolidar una metodología y un compromiso que permita hacer de la construcción del caso un útil compartido. Esa construcción del caso es un elemento central en nuestra consideración del trabajo en red ya que es allí donde se pone a prueba nuestra capacidad para articular los saberes en juego de manera interdisciplinar, y no solo como un sumatorio de perspectivas. No aspiramos, cuando nos juntamos alrededor de un caso, a saber más sino a saber algo nuevo, algo que no estaba antes y que solo puede ser el resultado de una elaboración colectiva.

A partir de esa primera autorización, hay que conseguir que los responsables institucionales avalen y refuercen esa opción profesional comprometiéndose ellos también. Es cierto que eso no es fácil, pero también es verdad que no estamos en el punto cero y que ya hay muchas iniciativas, incluso legales, que trabajan en ese sentido: circuitos, protocolos, proyectos con diez años o más de duración. ¿Por qué sigue costando tanto ampliar estas iniciativas o reforzar y mejorar las existentes? ¿Es solo un problema institucional, de acuerdos políticos? ¿Qué tenemos que ver los profesionales y la universidad o los centros de formación con este “retraso”? Voy a proponer, a modo de debate, algunos ejes de discusión.

¿Individual *versus* colectivo?

Parece haber cierta contradicción entre los encargos institucionales que promueven acciones colectivas, sean grupales, comunitarias o en red y que, al mismo tiempo, priorizan la atención individual con procesos burocráticos cada vez más pesados y exigentes. Es como si lo individual y lo colectivo no encontraran ningún tipo de articulación y fueran registros aislados, lo que contradice la idea misma que nos hacemos, y que ya Freud (1997) señaló en su ensayo *Psicología de las masas*, de que lo individual no es pensable sin lo colectivo y viceversa.

¿Por qué, pues, insiste esta contradicción no resuelta y que se repite cada vez que hablamos de las dificultades de ir más allá de la atención individualizada? Una hipótesis es que obedezca a una desconfianza de los políticos en las respuestas profesionales, considerándolos incapaces de abordar los problemas reales si no es bajo la modalidad del uno por uno y de la demanda-respuesta.

También podría ser una desconfianza de los responsables políticos en sus propias políticas sociales y en el impacto electoral de cualquier traspiés, derivado de acciones colectivas impulsadas por sus propios departamentos. Pero tampoco habría que descartar las dificultades de los equipos profesionales en generar nuevas maneras de articular lo individual y lo colectivo, sea por temor o por falta de formación.



La red como ideología

Junto a esta paradoja del doble encargo encontramos también las dificultades que la propia administración tiene para hacer efectivo su ideal de trabajo en red. Cuando se autorizan o se impulsan proyectos, pocas veces se implementan los recursos necesarios, sobre todo los referidos a la coordinación, que es un elemento clave para la sostenibilidad de cualquier práctica colaborativa. Sin esa función específica, las sinergias dejan de converger para aislarse o entrar en conflicto. ¿Se trata, en esta dificultad, de cuestiones económicas (el plus que supone la coordinación), rivalidades institucionales (poder) o la propia concepción de la administración como organización vertical y poco transversal?

El trabajo en red –y la idea misma de red– parece concebirse como una ideología que enmascara lógicas de poder revestidas de ideales (colaborar, compartir, transparencia) formulados como principios, que luego difícilmente se adecuan a las prácticas reales de asignación de recursos efectivos o de establecimiento de prioridades. Por ello, otro reto del trabajo en red es encontrar *partenaires* más allá de la administración, que amplíen la red que da cobertura a esas prácticas y que faciliten un intercambio de recursos (económicos, personales, de conocimiento).

En una sociedad tan cambiante como la nuestra es impensable desvincular la práctica de la investigación. Hay muchas realidades nuevas para las que hay que pensar también nuevas respuestas (realidad digital, cambios familiares, precariedad laboral y de vivienda). Si no lo hacemos nosotros, lo que ya está ocurriendo es que se nos imponen sin que nos demos cuenta, fórmulas pensadas con paradigmas asistenciales muy diferentes. Desde robots y *apps* para el acoso escolar, hasta terapeutas virtuales, sesiones de *neurofeedback* o realidad virtual, ampliación de la medicación, generalizada ya sin límite de edad. Si no participamos en el diseño de esa investigación-acción terminaremos encerrados en nuestras propias murallas y en una posición defensiva de corto recorrido. Instituciones científicas (universidades, centros de formación), comunidades profesionales (colegios, asociaciones) y fundaciones de investigación son *partners* necesarios para nuestro trabajo y nuestra red asistencial.

Otro reto del trabajo en red es encontrar *partenaires* más allá de la administración, que amplíen la red que da cobertura a esas prácticas y que faciliten un intercambio de recursos

La sugestión en el lugar de la formación

Un tercer aspecto tiene que ver con la baja implicación de algunos profesionales en las prácticas colaborativas. Aquí siempre cabe la hipótesis de la posición personal de cada uno, que hace que algunos se resistan a compartir su trabajo por temores varios: exposición de sí mismo, aceptación de las críticas, temor a pérdida de estatus. Pero también hay que tomar en cuenta aspectos más colectivos como las deficiencias de formación en unas prácticas que raramente se enseñan en la universidad.

Las instituciones y los propios profesionales, ¿toman en cuenta hoy esas deficiencias en la programación de la formación permanente u optan por propuestas de moda que, más allá del impacto emocional inmediato, dejan poca huella en el saber hacer y en la aplicación a la praxis de cada uno?

Las propuestas diversas de autoayuda y las técnicas de relajación, por ejemplo, pueden ser útiles a cada uno a nivel personal pero rara vez se conectan a su trabajo profesional. Creemos, en cambio, que hay aspectos básicos como el manejo de entrevistas, en especial en situaciones complicadas (violencia, salud mental, adolescentes), la dirección de grupos o el liderazgo de redes que cuentan poco en las actividades formativas que se proponen.

Esta orientación parece primar la sugestión, la búsqueda de un falso “sentirse bien” en detrimento de un trabajo de elaboración de los interrogantes que constituyen toda praxis que afronta lo real del malestar cotidiano.

Comunidades de discurso

Tradicionalmente se ha contemplado la comunidad como un concepto genérico que definía un ente abstracto que terminaba reducido a algunos agentes que operaban en el territorio (agencias públicas o concertadas, asociaciones vecinales), cuyo carácter representativo era discutible. La comunidad es, sin duda, el territorio pero también los discursos que operan en él. La idea que nos hacemos de la infancia y de sus dificultades –sea a partir de modelos biologicistas que ignoran las claves sociales o sea a partir de visiones deterministas sociales que minusvaloran aspectos familiares o personales– “fabrica” comunidad de discurso e incide muy directamente en nuestras respuestas a las dificultades de esa infancia y adolescencia (abuso de medicación, etiquetaje segregativo).

Por eso, un aspecto más novedoso, y poco contemplado porque supone haber asegurado primero lo anterior, es la inserción en la comunidad de ese trabajo en red profesional. Hoy ya no es pensable abordar problemáticas de infancia y adolescencia: conflictos paterno-filiales por el uso de los móviles, fenómenos de acoso escolar, comportamientos incívicos, patologización de

aspectos cotidianos (TDAH, TC), nuevas identidades sexuales, ejercicio de la maternidad y la paternidad, sin tomar en cuenta a otros agentes, además de los servicios asistenciales. Desde las bibliotecas hasta los casales infantiles, pasando por las AMPA, los centros abiertos o las fundaciones privadas, son todos ellos lugares donde se crea opinión y se trabaja en el día a día con niños y adolescentes.

Nuestra experiencia y nuestro saber son un capital social que tenemos que compartir con ellos y obtener beneficios mutuos, sin por ello confundir la especificidad de cada práctica. Trabajar directamente con ellos tiene un impacto directo en la población a la que atendemos. Eso incluye también a los medios de comunicación. ¿Tomamos suficientemente en cuenta nuestra capacidad de crear discurso acerca de las problemáticas que abordamos?



En primera persona

Foucault (2007) planteó la biopolítica en 1980 como la filosofía principal en la salud mental: reduce a la persona que padece una enfermedad mental a un organismo alterado. Elide al sujeto, lo convierte en objeto pasivo de curas y cuidados, y hace todo lo posible por desconocer la verdad de su padecimiento.

El paciente de la biopolítica es un organismo conminado a funcionar o a ser nominado y controlado. Con el paso de siglo, la biopolítica se encuentra con un nuevo movimiento social y científico de respuesta. Se trata de *la salud mental* comunitaria en la que la insatisfacción de los pacientes, de sus familiares y de las asociaciones sociosanitarias se hace presente. La propia OMS reconoce que el 75% de los factores positivos que intervienen en la cura y el bienestar de los enfermos mentales son no sanitarios. La vida activa en la comunidad, la ocupación y la vivienda dignas son las esferas principales de este nuevo movimiento sociosanitario.

Estos movimientos en primera persona son posibles si los ciudadanos con trastornos mentales temporales o de larga duración se convierten en protagonistas de su vida y defensores, más allá de las necesidades, de sus conveniencias como ciudadanos.

Organizaciones como VEUS⁵ en Catalunya y otras similares en el Estado español⁶ agrupan a las personas con experiencia propia en la enfermedad mental. Son su altavoz en las políticas públicas. Promueven redes de protagonistas, coprotagonistas y agentes sociosanitarios que dan voz a una nueva salud mental donde la comunidad reconoce y acompaña las conveniencias de los ciudadanos con fragilidad mental y personal. Defienden los derechos cívicos de estas personas. Luchan contra una visión de la locura que permite los tratamientos involuntarios, las contenciones mecánicas, la violencia institucional, la segregación y la estigmatización.

Nuestra experiencia y nuestro saber son un capital social que tenemos que compartir con ellos y obtener beneficios mutuos, sin por ello confundir la especificidad de cada práctica

No hay red sin redes

Finalmente, en un mundo digitalizado ya no es pensable el trabajo en red desconectado de las redes sociales. Tenemos que encontrar la buena forma de articular esas dos ideas de red, de tal manera que el efecto sea beneficioso para nuestro objetivo de atención y acompañamiento de las realidades sociales más vulnerables.

Hoy el *otro social*, entendido como un interlocutor posible de las personas más allá de su entorno familiar y hacia el que dirigir, preguntar y solicitar respuestas, donde apoyarse para afrontar las múltiples soledades, se llama red: red social o red profesional. Entender esa nueva realidad digital es un desafío y una necesidad que no podemos rehuir. Las estrategias vinculares (whatsapp, correo, chats), las comunicativas (webs, blogs, *newsletter*, grupos de discusión, redes sociales) o las de intercambio (información, datos, búsqueda de empleo) pasan hoy ya por lo digital. Como decía el filósofo Heidegger (1994) al referirse a la técnica, hay que hacerlo con serenidad: no renunciar a las novedades técnicas pero tampoco a ninguno de nuestros principios (participación, corresponsabilidad, privacidad).

Somos *en lo*
que conectamos
quiere decir que
nuestra aportación
al bienestar de las
personas
depende también
de la capacidad
que tengamos
para implicar a
otros

Somos *en lo* que conectamos quiere decir que nuestro ser profesional, nuestra aportación al bienestar de las personas que atendemos, depende no sólo de nosotros mismos sino también de la capacidad que tengamos para implicar a otros: las familias y los sujetos primero, pero también otros agentes de la comunidad (asociaciones, entidades). Implicarlos en la definición del problema, en su valoración y sobre todo en las vías de abordaje.

José Ramón Ubieto Pardo
Psicoanalista
Profesor de la Universitat Oberta de Catalunya
jubieto@uoc.edu

Bibliografía

Bernard, C. (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*, vol. 121 (18), p. 705-709.

Brousse, M. H. (2018). Le triomphe des objets. *Lacan Quotidien*, 806. Recuperado de: <https://www.lacanquotidien.fr/blog/2018/12/lacan-quotidien-806/>

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

- De La Boétie, E.** (2008). *Discurso de la servidumbre voluntaria*. Madrid: Trotta.
- Di Ciaccia, A.** (2001). Una práctica al revés. En Guerrini, A. et al. *Desarrollos actuales en la investigación del autismo y psicosis infantil en el área mediterránea*, p. 73-92. Madrid: Ministerio Affari Esteri -Ambasciata d'Italia.
- Foucault, M.** (2007). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-79)*. Buenos Aires: FCE.
- Frances, A.** (2010). Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM5. *Psychiatric Times*, 11, Febrero. Recuperado de: <https://www.seppyna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf>.
- Freud, S.** (1997). Psicología de las masas y análisis del yo [1921]. *Obras completas*, vol. VII, p. 2563-2610. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gabbard, G.; Kay, J.** (2002). Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? *The American Journal of Psychiatry* (ed. española), vol. 5 (3), p. 129-136.
- Heidegger, M.** (1994). *Serenidad*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Kamata, S.** (1993). *L'altra cara de la productivitat japonesa: Nissan, Toyota*. Barcelona: Columna.
- Lacan, J.** (1988). Conferencia de Ginebra. En Lacan, J. *Intervenciones y textos 2*, p. 125-126. BBAA: Manantial.
- Llovet, J.** (2011). *Adiós a la Universidad. El eclipse de las humanidades*. Barcelona: Galàxia Gutenberg. Círculo de Lectores.
- Miller, J. A.** (2004). *La experiencia de lo real en la cura analítica*. BBAA: Paidós.
- Pérez Álvarez, M.** (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, vol. 32 (2), p. 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*. Recuperado de: <http://www.osalan.euskadi.net/s94-osalan/es/>
- 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, p. 8-40.
- Ubieto, J. R.** (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, salud mental y servicios sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Ubieto, J. R.** (2010). ¿Vamos hacia un modelo de “tratamiento único” del malestar psíquico? *Revista del COPC*, 226, p. 9-13.
- Ubieto, J. R.** (2011). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Barcelona: EDIUOC.
- Ubieto, J. R.** (ed.) (2019). *Del Padre al iPad. Familias y redes en la era digital*. Barcelona: Ned.



- 1 Dietario de viaje del periodista, acompañando a un médico rural en la Inglaterra de la post-guerra: *Un hombre afortunado*, editado por Alfaguara (2009).
 - 2 Mito que habría que atribuir solo a una parte de las neurociencias, a la que, bajo el título de neurociencia cognitiva, disciplina dominante en la psicología contemporánea, aspira a identificar los mecanismos biológicos de la cognición, especificando las funciones psicológicas en términos neuronales.
 - 3 Hoy todo apunta a que las tendencias actuales de la ciencia conducen más bien a conceptos “blandos”: la incertidumbre y la indecibilidad a partir de las aportaciones de Heisenberg sobre las relaciones de incertidumbre, donde se afirma que la precisión con que se puede medir simultáneamente la posición y la velocidad de un elemento material es necesariamente inferior a cierto umbral. O del propio Gödel, quien plantea que toda teoría, por más rica que sea su axiomática, conduce necesariamente a proposiciones “indecidibles”: no es posible demostrar ni que sean verdaderas ni que sean falsas. Lo mismo ocurre en las investigaciones serias sobre genética o neurociencias.
 - 4 Hasta la fecha parece haber poco acuerdo sobre la naturaleza de estas *best practices* ya que para algunos se trata de estándares a transportar, una vez formalizados, y para otros de experiencias que solo son verificables en su puesta en obra y por tanto no generalizables, solo métodos de observación y reflexión
 - 5 Voces, en castellano: Recuperado de: <https://veus.cat/es/quienes-somos/>.
 - 6 SAPAME (salud para la mente) en Granada o DIVERSAMENTE, que agrupa iniciativas en el Estado español: “La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas”. Recuperado de: <https://diversamente.es/salud-mental-primera-persona-comites-personas-expertas/>
-