Universitat de Lleida

Treball social en salut mental a Catalunya. Una anàlisi de la disciplina a partir dels discursos professionals

Xavier Miranda Ruche

http://hdl.handle.net/10803/459300

Treball social en salut mental a Catalunya. Una anàlisi de la disciplina a partir dels discursos professionals està subjecte a una llicència de Reconeixement 4.0 No adaptada de Creative Commons

(c) 2017, Xavier Miranda Ruche

Universitat de Lleida

TESI DOCTORAL

TREBALL SOCIAL EN SALUT MENTAL A CATALUNYA

Una anàlisi de la disciplina a partir dels discursos professionals

Xavier Miranda i Ruche

Memòria presentada per optar al grau de doctor per la Universitat de Lleida
Programa de Doctorat en Educació, Societat i Qualitat de Vida

Director
Dr. Xavier Pelegrí i Viaña

2017

Aquesta tesi ha rebut un ajut de l'Institut de Llengües de la Universitat de Lleida per a la correcció lingüística (convocatòria de 2017)

AGRAÏMENTS

Aquest projecte ha estat possible gràcies als treballadors i les treballadores socials que hi han col·laborat d'una manera desinteressada, mitjançant la seva participació en les diverses entrevistes i grups de discussió. A tots i totes us vull expressar la meva gratitud per la vostra disposició.

També la vull expressar al Dr. Xavier Pelegrí, director de la tesi, pel seu compromís en aquesta recerca, així com per les seves revisions, orientacions i suggeriments que han permès dur-la a terme.

El meu agraïment als companys i companyes del Grup de Recerca Anàlisi Social i Educativa (GRASE) i del Departament de Geografia i Sociologia, especialment al Dr. Ramon Julià, pel seu suport al llarg d'aquest procés; al Dr. Fidel Molina, per transmetre'm confiança en el meu inici acadèmic, i a la professora Pilar Quejido, la qual des de la meva època d'estudiant en treball social té la capacitat de despertar-me constantment noves inquietuds per la disciplina.

També vull donar les gràcies al referent del Grup de Treball en Salut Mental del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, Adam Benages, el qual em va obrir les portes d'aquest grup per a la realització d'una part del treball de camp.

Finalment, vull agrair a la meva família, i especialment a la meva dona, Lídia, la seva paciència i ajut incondicional.

ÍNDEX

Resum 12

INTRODUCCIÓ 14

Antecedents 15

Justificació 17

Estructura 20

PRIMERA PART. BLOC TEÒRIC 23

Capítol 1. Treball social en salut mental 24

1.1. Apunt històric 25

1.2. Definicions i funcions 30

1.3. La identitat professional 36

Capítol 2. La dimensió social de la salut mental 47

2.1. Societat, economia, desigualtat i salut mental 51

2.2. Determinants de la salut mental 60

2.3. Els marcs d'interpretació dels trastorns mentals i la discapacitat 70

Capítol 3. El coneixement en treball social (I) 79

3.1. El desenvolupament d'una disciplina aplicada 80

3.2. La relació amb la ciència 87

3.3. Paradigmes, teories i models 95

3.3.1. Paradigmes 96

3.3.2. Teories 100

3.3.3. Models 103

Capítol 4. El coneixement en treball social (II) 109

4.1. Art, eclecticisme i tècnica 110

4.2. L'empirisme com a mètode: defensors i detractors 114

4.3. La tensió entre la veritat, el deure i la possibilitat 122

SEGONA PART. BLOC METODOLÒGIC **132**

Capítol 5. El procés d'investigació **133**

5.1. Objectius i preguntes d'investigació 134

5.1.1. La qüestió a investigar 136

5.2. Orientació de la recerca 139

5.3. Les tècniques d'investigació 144

5.3.1. L'entrevista 145

5.3.2. El grup de discussió 149

5.3.3. Procediment d'anàlisi del material empíric 153

5.4. Desenvolupament de la recerca 157

5.5. Descripció de la mostra 161

5.5.1. Característiques dels informants 165

TERCERA PART. BLOC ANALÍTIC **179**

CAPÍTOL 6. L'objecte de treball **180**

6.1. La representació de l'acció quotidiana 182

6.1.1. Anàlisi de funcions i tasques 184

6.1.2. Un marc de treball no intencionat 192

6.2. La representació de l'àmbit de treball 196

6.2.1. Causes i conseqüències de la malaltia mental 197

6.2.2. La finalitat del treball social en salut mental 205

CAPÍTOL 7. La competència teòrica **211**

7.1. L'ús dels models teòrics 212

7.1.1. L'ús eclèctic 214

7.1.2. Sense referència teòrica 219

7.1.3. La referència a un model com a orientació principal 221

7.2. Com s'aprèn a ser treballador/a social? 224

7.2.1. Crítica de la formació universitària 225

7.2.2. Tinc el títol, i ara què? 227
7.2.3. Matisos a la crítica universitària 229
7.2.4. Teoria o pràctica, o teoria i pràctica? 232
7.3. L'especialització en salut mental 236
7.3.1. Posicions explícitament favorables 237
7.3.2. Matisos a l'especialització 239

CAPÍTOL 8. L'avaluació de les intervencions 245
8.1. Observació i mesura 247
8.1.1. La complexitat d'objectivar 247
8.1.2. Sobre la necessitat d'objectivar 255
8.2. Ciència i treball social 260
8.2.1. Les interpretacions al voltant de la ciència 260

CAPÍTOL 9. L'espai interdisciplinari 266
9.1. El domini biomèdic 267
9.2. Reconeixement i autoimatge 273
9.3. L'autocrítica 277
9.4. L'especificitat del treball social en salut mental 285

CAPÍTOL 10. La relació entre ideologia i deontologia 291
10.1. El malestar davant l'absència ideològica 294
10.2. La divisió de poders en treball social 298
10.3. El perjudici d'una professió militant 303

QUARTA PART. BLOC SINTÈTIC 306
CAPÍTOL 11. Conclusions 307
11.1. Síntesi de resultats 308
11.2. Discussió 317

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES **323**

ANNEXOS **337**

Annex 1. Document de consentiment de l'informant 338

Annex 2. Fitxa a emplenar per l'informant 339

Annex 3. Entrevista. Guió semiestructurat 340

Annex 4a. Grup de discussió (I). Fitxa tècnica i guió 342

Annex 4b. Grup de discussió (II). Fitxa tècnica i guió 343

ÍNDEX DE TAULES, QUADRES I FIGURES

Taules

Taula 1. Funcions professionals del treball social en salut mental 34

Taula 2. Intervencions del treball social en l'àmbit de la prevenció en salut mental 49

Taula 3. Factors de risc i de protecció associats als trastorns mentals 61

Taula 4. Factors personals, socials i ambientals que determinen la salut mental 65

Taula 5. Intervencions polítiques i tècniques per a la prevenció dels trastorns mentals i la promoció de la salut mental 66

Taula 6. Factors socials associats a la recuperació de les persones afectades per trastorns mentals. Revisió internacional 68

Taula 7. Models d'interpretació dels trastorns mentals i la discapacitat 76

Taula 8. Paradigmes en ciències socials 97

Taula 9. Teories per al treball social segons el tipus de paradigma 102

Taula 10. Models teòrics en treball social 105

Taula 11. Interrelació entre els objectius específics, les preguntes d'investigació i els elements teòrics 135

Taula 12. Situacions previstes en la dinàmica d'un grup de discussió i propostes suggerides 152

Taula 13. Categories i subcategories temàtiques establertes (*fase 4*) i nombre d'unitats de registre significatives vinculades (*fase 6*) 155

Taula 14. Contingut de la mostra 162

Taula 15. Informants per franges d'edat 166

Taula 16. Informants segons els anys d'experiència laboral en salut mental 166

Taula 17. Informants segons els anys d'experiència laboral com a treballadors socials 167

Taula 18. Percentatge de temps professional com a treballador social vinculat a l'àmbit de la salut mental 168

Taula 19. Informants segons els anys d'antiguitat laboral en l'organització/institució per a la qual treballen 169

Taula 20. Informants segons la província en què treballen 170

Taula 21. Informants vinculats al sector sanitari 170

Taula 22. Informants vinculats al sector social 172

Taula 23. Informants vinculats al sector educatiu universitari 173

Taula 24. Informants vinculats al sector 'treball' 173

Taula 25. Informants segons el nombre de serveis/projectes als quals estan vinculats professionalment 174

Taula 26. Informants segons els sectors d'activitat als quals pertanyen 174

Taula 27. Informants segons el tipus de funcions que desenvolupen 175

Taula 28. Informants segons altres titulacions universitàries 176

Taula 29. Informants segons la naturalesa de l'organització en la qual es troben vinculats professionalment 177

Taula 30. Nombre de termes clau associats a la intervenció directa segons àmbit 185

Taula 31. Nombre de termes clau associats a la intervenció indirecta 185

Taula 32. Freqüència d'aparició dels termes clau d'acció directa segons tipus d'intervenció 186

Taula 33. Freqüència d'aparició dels termes clau d'intervenció directa segons nivell d'intervenció 187

Taula 34. Freqüència d'aparició dels termes clau d'intervenció indirecta segons tipus 187

Taula 35. Termes clau d'intervenció directa i indirecta més repetits 188

Taula 36. Informants segons l'ús que fan de la teoria 212

Taula 37. Informants que fan ús de la teoria segons tipus 213

Taula 38. Models teòrics segons freqüència de repetició 214

Quadres

Quadre 1. Altres termes clau associats a la intervenció directa 189

Quadre 2. Altres termes clau associats a la intervenció indirecta 189

Quadre 3. Fragments interpretats en la lògica d'intervenció reflexiva-terapèutica 191

Quadre 4. Fragments interpretats en la lògica d'intervenció reparadora-reformista 191

Figures

Figura 1. Problemàtiques associades a les cinc àrees 137

Figura 2. Espais de desenvolupament de la recerca 138

Figura 3. Fases de l'anàlisi empírica 154

Figura 4. Etapes de la recerca 158

Figura 5. Accions més significatives associades a cadascuna de les etapes 159

SIGLES I ACRÒNIMS

ACP: atenció centrada en la persona

APA: American Psychiatric Association

CAS: centre d'atenció i seguiment a les drogodependències

CET: centre especial de treball

CIM: Classificació internacional de malalties

CSMA: centre de salut mental d'adults

CSMIJ: centre de salut mental infantil i juvenil

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EASC: equipos de apoyo social comunitario en salud mental

FITS: Federació Internacional de Treballadors Socials

ISO: International Organization for Standardization

NASW: National Association of Social Workers

OMS: Organització Mundial de la Salut

PAH: Plataforma d'Afectats per la Hipoteca

PBE: pràctica basada en l'evidència

PSALL: Programa de Suport a l'Autonomia a la Pròpia Llar

PSI: Pla de Serveis Individualitzat

SESM-DI: Servei Especialitzat en Salut Mental i Discapacitat Intel·lectual

SM: salut mental

Ts: treballador/a social

TS: treball social

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

UPIAS: Union of the Physically Impaired Against Segregation

UHEDI: unitat hospitalària especialitzada en discapacitat intel·lectual

URPI: unitat de referència psiquiàtrica infantil i juvenil

USAP: unitat de suport a l'activitat professional

RESUM

Aquesta tesi parteix del supòsit que els malestars expressats pels treballadors i les treballadores socials entorn de la identitat professional es troben directament relacionats amb les dificultats de consolidació de la disciplina. L'exploració d'aquest plantejament s'ha acotat a un dels espais específics en què actua el treball social, com és la salut mental. La recerca s'ha focalitzat en l'anàlisi de cinc dimensions vinculades a aquesta configuració disciplinària: l'objecte d'intervenció; la dimensió teòrica; l'avaluació de les intervencions; els espais interdisciplinaris, i la relació entre ideologia i deontologia. Des d'un punt de vista metodològic, s'ha emprat una perspectiva d'investigació qualitativa centrada en els discursos professionals. Les tècniques utilitzades han estat l'entrevista i els grups de discussió. La mostra, de tipus intencional, ha estat formada per treballadors i treballadores socials de l'àmbit de la salut mental a Catalunya. A tall de conclusió, es mostren en primer lloc els resultats obtinguts per a cadascuna de les cinc dimensions. Finalment, se sintetitza el conjunt dels discursos d'acord amb tres categories que representen maneres diferents de projectar la identitat professional.

RESUMEN

Esta tesis parte del supuesto que los malestares expresados por los trabajadores y las trabajadoras sociales en torno a la identidad profesional, se encuentran directamente relacionados con las dificultades de consolidación de la disciplina. La exploración de este planteamiento se ha circunscrito en uno de los espacios específicos en los que actúa el trabajo social, como es la salud mental. La investigación se ha focalizado en el análisis de cinco dimensiones vinculadas a esta configuración disciplinar: el objeto de intervención; la dimensión teórica; la evaluación de las intervenciones; los espacios interdisciplinarios; y la relación entre ideología y deontología. Desde un punto de vista metodológico, se ha utilizado una perspectiva de investigación cualitativa centrada en los discursos profesionales. Las técnicas utilizadas han sido la entrevista y los grupos de discusión. La muestra, de tipo intencional, ha estado conformada por trabajadores y trabajadoras sociales del ámbito de la salud mental en Cataluña. A modo de conclusión, se muestran en primer lugar los resultados obtenidos para cada una de las cinco dimensiones. Finalmente, se sintetizan los discursos de acuerdo a tres categorías que representan formas diferentes de proyectar la identidad profesional.

ABSTRACT

This thesis is based on the assumption that the concerns expressed by social workers with regard to professional identity are directly related to the difficulties of consolidation of the discipline. The exploration of this approach has been targeted on one of the specific areas in which social work operates, namely mental health. The research has focused on the analysis of five dimensions linked to the discipline: the object of the intervention; the theoretical dimension; the evaluation of interventions; the interdisciplinary areas; the relationship between ideology and deontology. From a methodological point of view, a qualitative research perspective focusing on professional discourses has been used. The techniques used were the interview and discussion group. The sample, a purposive one, has been made up of social workers in the field of mental health in Catalonia. In conclusion, the results obtained for each of the five dimensions are shown first. Finally, the discourses according to three categories that represent different ways of projecting professional identity have been summarized.

INTRODUCCIÓ

Antecedents

Exposar els antecedents d'aquesta tesi doctoral és aprofundir en el recorregut personal, així com en les motivacions que m'han acompanyat en els darrers anys de la meva vida, les quals en alguns casos han precedit les decisions que he pres, però que altres vegades han sorgit a posteriori, i d'una manera inesperada, després de circumstàncies atzaroses i poc planificades.

Aquest és el cas de l'inici dels estudis de treball social a la Universitat de Lleida (UdL), o la meva primera feina com a treballador social a l'entitat Salut Mental Ponent. Mirant endarrere, aquests dos fets són els que prenen ara més importància en la trajectòria que tracto d'explicar. En primer lloc, els estudis de treball social, iniciats l'any 2001, em van permetre canalitzar la curiositat per explorar el món social, les causes de les desigualtats que s'hi produeixen, o l'anàlisi de les realitats sovint oblidades, alhora que em van proporcionar coneixements per ser més crític, i tècniques per intervenir sobre aquestes realitats. Aquesta és la base que m'ha possibilitat iniciar un camí professional com a treballador social.

Per la seva banda, el pas per Salut Mental Ponent va representar obrir la porta a l'interès per un àmbit que no ha fet més que créixer amb el pas del temps. Les preguntes que vinculen els aspectes patològics i comportamentals de l'individu amb l'esfera cultural i estructural de la societat són les que han alimentat contínuament aquesta atenció especial que he mantingut per la temàtica. En bona mesura, els interrogants que s'aborden en aquesta investigació tenen el seu punt de partida en aquesta experiència laboral.

Tanmateix, abordar aquestes qüestions des de la posició del treball social significa per a mi poder-ho pensar en clau d'intervenció preventiva de les condicions socials que afecten la vulnerabilitat de les persones, de promoció de la salut mental i la qualitat de vida de la ciutadania, d'acció grupal i comunitària per reforçar les persones afectades que es troben en processos de recuperació, i d'estratègies comunicatives adreçades al conjunt de la població que permetin reduir la imatge negativa associada a aquest fenomen.

De tots els aprenentatges realitzats a Salut Mental Ponent, el que recordo de manera més significativa és el que va resultar de la meva participació com a coordinador de la revista *Pensaments*, una revista que va néixer en el marc d'un taller de comunicació dut a terme en el Club social de la mateixa entitat, i mitjançant la qual es pretenia obrir un nou espai de relació entre les persones afectades que formaven el consell de redacció, i el 'món exterior' al qual es volia adreçar la revista.

Aquella experiència em va permetre entendre un aspecte primordial: que la meva intervenció com a treballador social en l'àmbit de la salut mental no podia reduir-se a constatar els límits

de la realitat existent, d'allò que ja venia donat, sinó que tenia a veure amb la possibilitat d'atorgar a aquella realitat algun tipus de sentit diferent, de fer-la ser d'una manera més lliure i justa. Entendre això va resultar determinant per procurar un pas cap a l'emancipació, no de les persones afectades que hi participaven, sinó de mi mateix com a professional.

Entremig d'aquestes dues etapes, s'hi troba el pas per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), on vaig cursar els estudis de sociologia. A diferència de les dues experiències anteriors, aquesta sí que ve marcada per una reflexió prèvia i planificada, mitjançant la qual decideixo continuar aprofundint en les qüestions que havia encetat en l'etapa anterior, durant la diplomatura. En aquest cas, pretenia ampliar els marges i connexions d'aquelles inquietuds inicials cap a àrees com l'educació, el treball, la cultura o la religió, i eixamplar l'estudi cap a aquells continguts que em permetessin tenir una comprensió més bona dels canvis socials i estructurals que es produeixen en les societats.

Lluny de distanciar-me del treball social, l'etapa a la UAB em va confirmar la voluntat de desenvolupar-me professionalment com a treballador social. Tanmateix, entenc que ambdues disciplines disposen de lligams certament propers —tot i que potser no suficientment aprofitats—, donat l'interès que mantenen en comú per interpretar els contextos socials i incidir-hi. Segurament, el primer aspecte ha quedat en major mesura vinculat a la sociologia, així com el segon ho ha fet al treball social. Mentre que una ha tendit a preguntar-se pel que succeeix en la societat, l'altra ho ha fet pel que s'ha de fer davant del que hi succeeix.

Més enllà dels continguts, els estudis de sociologia em van permetre comprendre la rellevància de la posició que s'adopta en qualsevol acte d'observació i d'anàlisi, atès que aquest ja en condicionarà les respostes, així com també, la importància de trobar les bones preguntes per interrogar la realitat social (Estruch, 2003).

També reflexionada va ser la continuïtat cap als estudis de màster, realitzats a la Universitat Oberta de Catalunya (UOC); en concret, en el màster oficial en societat de la informació i el coneixement. Aquests estudis que em van facilitar un aprofundiment focalitzat en els canvis i les transformacions amb què les noves tecnologies digitals impregnen els diversos àmbits de la societat.

Mitjançant les activitats de recerca desenvolupades dins l'itinerari en Cultura, Societat i Comunicació Digital del màster, vaig poder vincular la meva temàtica d'interès, la salut mental, a aquesta anàlisi de caràcter més general. Això em va permetre explorar dos camps apassionants i fins llavors desconeguts per mi. L'un està vinculat a l'emergència de la socialització digital a través de la creació creixent de comunitats virtuals en salut mental dins

la xarxa. En el segon, em familiaritzo amb l'ús de la metàfora conceptual com a tècnica qualitativa per analitzar la construcció de significat en la vivència dels trastorns mentals.

Un altre dels aspectes significatius en la meva formació va ser el fet d'iniciar-me com a docent a la Facultat d'Educació, Psicologia i Treball Social de la Universitat de Lleida. Des de l'any 2009 tinc l'oportunitat de participar en el desenvolupament d'alumnes que en un futur volen exercir de treballadors socials, mestres o educadors socials, mitjançant l'ensenyament en diverses assignatures, entre les quals es troba la matèria optativa de salut mental en els graus d'Educació i Treball Social.

Aquesta tasca m'ha servit sempre com a estímul per sistematitzar les vivències i sabers que he pogut acumular i tractar de transformar-los en matèria d'aprenentatge. Alhora, ha resultat sempre un al·licient per actualitzar-me i trobar noves maneres de relacionar els continguts, tractant d'aprendre a explicar i a transmetre millor la curiositat per aprofundir en els diversos temes que es treballen a l'aula.

Amb aquests antecedents, arribo, l'any 2014, als estudis de doctorat en Educació, Societat i Qualitat de Vida de la Universitat de Lleida, amb els quals pretenc canalitzar, d'una manera més formal i estructurada, l'interès per la docència i la investigació que he anat acumulant en els darrers anys. La tesi esdevé així un pas més dins d'aquest procés d'acumulació d'experiències relacionades amb l'aprenentatge.

Justificació

S'acostuma a dir que per tal d'intentar solucionar quelcom, primer s'ha de problematitzar. No és tant que faci falta crear un problema on no hi és, sinó que més aviat es refereix al fet de definir una situació que prèviament s'ha considerat com a problemàtica, però en la qual no es té gaire clar en quins termes es constitueix, quines en són les causes, i on es troben els seus límits.

En treball social, aquesta problematització ve en moltes ocasions representada pel terme *crisi*, i, més concretament, per les expressions, *crisi de la professió* o *crisi d'identitat*. La paraula *crisi* es defineix precisament per la seva condició de temporalitat, és a dir, per un temps o època difícil, que es presenta de manera circumstancial. En treball social, sembla que aquest terme s'hi manté d'una manera consubstancial en el temps, i s'estira així la definició d'una paraula que potser caldria acompanyar-la d'una altra que l'acabés de precisar: *crisi crònica*.

No sembla erroni afirmar que la percepció d'aquesta crisi de la professió acostuma a ser, tot i que amb matisos i intensitats diferents, força compartida entre els seus membres. No

obstant això, no es podria dir el mateix si es tractés de concretar-ne la naturalesa, és a dir, la descripció de les causes que es troben en el seu substrat.

Aquesta recerca neix precisament del fet de compartir aquesta percepció, i al mateix temps de la voluntat de sumar-se al conjunt d'investigacions que, mitjançant la seva agregació, pretenen fer més accessible les possibilitats de pensar i reflexionar, i per tant, de concretar i especificar, sobre alguns dels elements que constitueixen la base de l'anomenada 'crisi de la professió'.

D'aquesta manera, la tesi que aquí es presenta pot caracteritzar-se per aquesta necessitat de situar més acotadament les problemàtiques que afecten el treball social com a professió i disciplina.

Definir les problemàtiques és també determinar quins elements no en formen part. En aquest punt se'm fa necessari avançar que, al meu entendre, les tensions que expressa el treball social no tenen a veure amb les finalitats que assumeix la disciplina i que es concreten a través del compromís dels seus professionals. Penso que hi ha pocs dubtes en considerar el treball social com una professió que tracta de promoure la justícia i la cohesió social, d'augmentar el benestar de la ciutadania i d'enfortir les persones per tal que puguin desenvolupar-se tan autònomament com sigui possible en el seu context social.

Tampoc no considero que la crisi tingui a veure amb una pèrdua de vinculació amb els valors que es troben associats al treball social, com són tots aquells relacionats amb el respecte a la dignitat humana, al reconeixement de la diversitat i la promoció de les capacitats intrínseques de les persones. Contràriament, la permanència d'aquest horitzó compartit al llarg del temps resulta una fita molt positiva que cal reconèixer, i que, des del meu punt de vista, configura un actiu essencial de la identitat col·lectiva.

En canvi, sí que hi incorporaria, en el substrat de la crisi, la dificultat de desenvolupament d'una disciplina que no acaba de proveir una matèria clara d'actuació (objecte), ni tampoc un cos (teòric i metodològic) ferm per impulsar, des de la diversitat de perspectives i orientacions, les accions socials a dur a terme d'acord amb les finalitats i valors esmentats. Aquests serien, al meu entendre, tot i ser conscient que no es tracta d'una posició unànime, els elements principals que fonamenten els problemes d'identitat en treball social.

En aquest sentit, em sorgeixen un seguit de preguntes específiques, com: en quins aspectes concrets de la realitat focalitza la seva acció el treball social?, quins són els eixos a partir dels quals es pot generar un cos de coneixement més estructurat?, quines descripcions i explicacions aporta el treball social respecte de les causes que originen els fenòmens que atén?

Sense tenir unes respostes clares, és a dir, més específiques, que defineixin un espai d'actuació concret dins l'ampli marc social en què es mou la disciplina, sobre el 'què' de la professió i a què respon, resulta difícil que, tant els agents interns, és a dir, els mateixos treballadors i treballadores socials, com els agents externs vegin una identitat professional clara.

En aquest sentit, entenc que és necessari seguir alimentant i enfortint l'estructura professional, no a partir de la reiteració dels principis i valors que la fonamenten i que té consolidats notablement, sinó a través d'aquells elements relacionats amb la configuració professional que li manquen. Sense aquests darrers, pot resultar difícil mantenir, a la llarga, la credibilitat dels primers.

D'una manera més concreta, aquest malestar identitari l'he vinculat a l'àmbit de la salut mental, ja que és on, des d'una perspectiva personal, més clarament he pogut sentir l'escletxa existent entre els propòsits que es planteja el treball social i les possibilitats d'assolir-los d'acord amb les actuacions que es duen a terme.

Resulta evident que els propòsits configuren un horitzó, i com a tals representen una orientació cap a la qual caminar, més que la fi d'un trajecte. També ho és que, per tal de perseguir aquestes finalitats, el treball social és només un agent més, dels molts que han de participar en la seva consecució. A més, cal tenir en compte que el context social, cultural i polític determina en gran mesura la velocitat a la qual es podrà caminar en aquest trajecte (o fins i tot, si es podrà anar en aquesta direcció). Però dit això, també sembla clar que la mateixa disciplina es troba influïda per unes mancances internes que li impedeixen correspondre als propòsits que té marcats.

Dins l'àmbit de la salut mental he experimentat en primera persona aquesta inèrcia a la qual estem subjectes els treballadors socials per orientar la nostra mirada cap a una esfera excessivament reduïda, oblidant de mica en mica les connexions socials més àmplies que té el fenomen. En sorgeix així un rol 'clínic', allunyat de l'acció social organitzada i de les possibilitats d'incidència en la comunitat.

Aquest espai social de la salut mental queda en molts casos orfe, i deixa els professionals del treball social subordinats a un marc dominat pels plantejaments centrats en una perspectiva mèdica i psicològica. Possiblement és aquesta debilitat constitutiva que el treball social presenta com a disciplina, el que impedeixi promoure amb més intensitat una veritable dimensió social de la salut mental.

En definitiva, aquest treball de recerca troba en el terreny problemàtic de la identitat en treball social la raó que el motiva i justifica. Explorar els elements professionals i disciplinaris que hi incideixen esdevé el seu objectiu.

Estructura

El document de tesi es troba organitzat en quatre blocs. Per ordre, aquests són: bloc teòric, bloc metodològic, bloc analític i bloc sintètic. El primer està integrat per quatre capítols. El bloc metodològic i el sintètic es troben configurats per un capítol cadascun, mentre que el bloc analític n'acumula cinc.

Mitjançant el bloc teòric es realitza una immersió en la literatura existent relacionada amb el tema d'investigació, alhora que s'intenten apuntar aquelles qüestions que constitueixen l'objecte de treball en aquesta tesi.

D'aquesta manera, en el primer capítol, 'Treball social en salut mental', es fa una referència històrica a la vinculació que el treball social té, des de pràcticament el seu naixement, amb l'àmbit sanitari. D'aquí es fa un salt cap al present, per tal de clarificar conceptualment la diversa terminologia que s'empra per definir l'activitat de la disciplina dins d'aquest camp, i també s'assenyalen, de manera sintètica, les funcions i objectius professionals més comuns. Finalment, a partir d'una síntesi d'autors i de les referències bibliogràfiques, se situen els eixos de discussió més importants sobre els quals se centra el debat identitari en el treball social.

A través del segon capítol, 'La dimensió social de la salut mental', es fa una aproximació crítica cap a la perspectiva que tendeix a reduir els problemes de salut mental de la ciutadania a una esfera individual, d'arrel mèdica i psicològica. En aquest sentit, es recullen i se subratllen tot un conjunt de variables de caràcter estructural, exposades en la literatura científica, que mostren els factors socials de caràcter més ampli que, amb interacció amb els components de caràcter biològic i psicològic, configuren la base sobre la qual es manifesten els trastorns mentals.

Finalment, 'El coneixement en treball social' és el títol que encapçala el tercer i quart capítol d'aquest primer bloc, dividit així en dues parts. En aquests, es reprenen els elements de discussió introduïts en el darrer apartat del primer capítol, per tal d'aprofundir-hi i examinar-ne les causes. Aquesta exploració requereix sortir de l'àmbit específic de la salut mental, i situar el focus en una perspectiva més general del treball social.

D'aquesta manera, en el tercer capítol s'aborda l'especificitat d'una disciplina que es troba determinada per una demanda social que l'orienta cap al desenvolupament pràctic i aplicat. S'analitza de quina manera aquest fet comporta l'emergència d'una sèrie de complexitats que tenen a veure amb la producció de coneixement, la construcció d'un objecte propi i la formalització científica de les seves pràctiques.

El capítol quart s'inicia analitzant les diverses orientacions que pren el treball social en els contextos quotidians, dibuixant uns marges que van des de la interpretació artística fins a la

mirada tècnica d'arrel empírica, passant per la perspectiva eclèctica. Per acabar, s'aborda la manera com la dimensió ideològica interpel·la el desenvolupament actual de la professió.

Arribats al bloc metodològic, aquest es troba configurat pel cinquè capítol, que porta per títol 'El procés d'investigació'. S'hi concreten les qüestions a tractar, i es mostren els objectius, així com les preguntes d'investigació. S'explica la metodologia escollida, i també les tècniques d'investigació que s'han emprat durant el treball de camp. A més, es fa una presentació de les diverses etapes en les quals s'ha desenvolupat la recerca i, finalment, s'exposen els criteris de selecció i les característiques més importants dels informants que han integrat la mostra.

En el bloc analític, es concentren els resultats obtinguts a partir de la fase del treball de camp. Per tal de procedir d'una manera ordenada, aquests resultats s'han dividit en cinc capítols que representen els eixos temàtics que aborda la recerca. D'aquesta manera, en aquest bloc es trobarà el contingut vinculat a: 'L'objecte de treball', 'La competència teòrica', 'L'avaluació de les intervencions', 'L'espai interdisciplinari' i 'La relació entre ideologia i deontologia'. Cadascun incorpora els fragments més representatius dels informants, per tal d'exemplificar les diverses interpretacions que s'han anat construint.

En el bloc de síntesi —format pel capítol onzè, 'Conclusions'— s'ha pretès, en primer lloc, donar resposta als objectius de la investigació, mitjançant l'agrupació dels resultats obtinguts en l'anàlisi. En segon lloc, es discuteixen aquests resultats en el marc del debat existent en la disciplina.

Es finalitza el treball incorporant-hi les referències bibliogràfiques utilitzades i un apartat d'annexos, en el qual s'adjunten diversos documents de caràcter addicional que complementen el contingut de certs aspectes esmentats en el transcurs de la tesi.

Primera part: BLOC TEÒRIC

CAPÍTOL 1

TREBALL SOCIAL EN SALUT MENTAL

1.1. Apunt històric

El naixement del treball social com a professió manté una estreta vinculació amb l'àmbit sanitari i la salut mental. És als Estats Units on,[1] durant la primera dècada del segle XX, s'incorporen les primeres treballadores socials en les institucions hospitalàries de caràcter sanitari i psiquiàtric, en el marc del moviment d'higiene mental.[2]

D'aquesta manera, el procés de tecnificació i professionalització del treball social, iniciat a principis del segle passat, va tenir en aquest àmbit una de les vies més importants per forjar-ne el desenvolupament.

Va ser a l'hospital Johns Hopkins de Baltimore i al general de Massachusetts de Boston on s'inicià aquesta vinculació, gràcies a la singularitat de dos metges psiquiatres. En el cas de l'hospital Johns Hopkins, fou mitjançant l'impuls del seu director, el doctor Adof Meyer. Pel que respecta a l'hospital General de Massachusetts, la figura clau va ser el doctor Richard F. Cabot.

Ambdós van esdevenir pioners en la comprensió de la salut des d'una vessant àmplia. Van entendre la conveniència d'atendre les necessitats socials per tal de fer més efectiu el tractament sanitari. Alhora, van assenyalar que els factors d'ordre social tenien un pes significatiu tant en les causes que propicien les malalties com en les conseqüències que desencadenen.

D'aquesta manera, Garnet Pelton seria, l'any 1905, la primera dona a ocupar una posició amb funcions de treballadora social en l'àmbit sanitari. En concret ho va fer a l'hospital de Massachusetts.[3] Val a dir que Pelton tenia una formació prèvia com a infermera.[4] Tot i això,

---

[1] D'acord amb Miguel Miranda (2003), el treball social es construeix com a professió als Estats Units i des d'allí es projecta internacionalment. Tot i això, aquesta construcció no es pot entendre sense tenir en compte el que succeeix prèviament (en termes d'organitzacions de beneficència emergents, experiències acumulades, coneixement generat) a Anglaterra.

[2] L'impacte que va tenir als Estats Units l'obra de Clifford Beers *A mind that found itself* (1908), un expacient que relata la seva experiència negativa durant els tres anys que va ser internat en un manicomi, és determinant en el naixement d'aquest moviment. La publicació d'aquest llibre i el treball posterior de Beers per crear noves organitzacions que impulsessin el moviment d'higiene mental fan de Beers una figura molt rellevant a l'hora de situar en el debat públic, primer a Nord-amèrica i posteriorment a Europa, la vessant humana associada al tractament de les malalties mentals. Actualment el seu treball manté una continuïtat a través de la fundació que porta el seu nom, The Clifford Beers Foundation.
Disponible a: http://www.cliffordbeersfoundation.co.uk/.

[3] L'hospital general de Massachusetts té en la seva pàgina web un document, 'Pioneering a profession: A history of social work innovation at the MGH, 1905-2005', que reflecteix el recorregut històric del treball social en aquesta institució durant cent anys.
Disponible a: http://www.mghpcs.org/socialservice/Documents/HistoryTimeline.pdf.

el doctor Cabot la va incorporar no per exercir aquesta funció, sinó per tal que pogués realitzar una atenció social als pacients.

A causa d'una malaltia, Pelton no va poder continuar en el càrrec i va ser substituïda al cap de sis mesos per Ida M. Canon. Aquesta sí que ja havia completat una formació prèvia de vuit mesos com a treballadora social a l'escola de treball social de Boston. En poc temps, Canon coordinaria un equip de trenta voluntaris i cinc professionals, fet que va propiciar el sorgiment, d'una manera oficial, del primer departament de treball social dins un hospital.[5]

Més tard, la mateixa Canon es convertiria també en peça fonamental en impulsar, l'any 1918, la primera associació americana de treballadores socials hospitalàries. En l'àmbit formatiu, va ser precisament a Boston on es dugué a terme la primera formació especialitzada dirigida a treballadores socials psiquiàtriques, en concret a l'Smith College.

Pel que fa a l'hospital John Hopkins, el doctor Meyer s'hi va incorporar l'any 1908, i és cinc anys més tard, el 1913, que posà en marxa la clínica psiquiàtrica Henry Phipps, vinculada al mateix hospital. El departament de serveis socials prengué un impuls dins d'aquest establiment, amb la incorporació de tres treballadores socials psiquiàtriques[6] que cobriren l'atenció dels seixanta pacients ingressats, així com el seguiment d'un abundant nombre de pacients donats ja d'alta.[7]

L'estreta vinculació mantinguda pel treball social amb l'àmbit de la salut durant el període central de la seva conceptualització va trobar una major concreció mitjançant la trajectòria d'una de les referents centrals de la professió, Mary Richmond. En la seva obra principal, *Diagnòstic social* (2005, 1a ed. 1917), Richmond es va recolzar en el model d'intervenció mèdic —basat en la recollida d'informació, l'elaboració d'un diagnòstic, i l'aplicació d'un tractament— per tal de sistematitzar el mètode bàsic d'intervenció individual en la professió.

---

[4] Aquest és un tret que es repeteix entre les primeres treballadores socials als Estats Units.

[5] La National Association of Social Workers (NASW) recorda la seva figura entre les pioneres de la professió. Disponible a: http://www.naswfoundation.org/pioneers/c/cannon.htm.

[6] La mateixa Johns Hopkins Medicine recull en la seva pàgina web una ressenya històrica del treball social psiquiàtric en la seva institució.
Disponible a: http://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/expert_team/social_work/dept_history.html.

[7] Loreto Castañera, M.ª Ariana Gómez i Paloma Mangas (2014) indiquen que una bona part de les primeres actuacions de les treballadores socials psiquiàtriques als Estats Units van estar dirigides a la intervenció individual i familiar de situacions traumàtiques dels soldats americans que participaren en la Primera Guerra Mundial (p. 113).

Com subratlla Miguel Miranda (2003) en la seva tesi doctoral, aquestes referències mèdiques aportades al treball social li han valgut en diverses ocasions la crítica des de l'interior de la professió, que la titlla de funcionalista.[8]

Vist en perspectiva, el treball de Richmond ha impulsat un gir transcendental a la professió a través de la seva pràctica investigadora i les publicacions que va realitzar. L'aplicació de criteris de racionalitat, basats en l'estudi i l'anàlisi per tal de fer front als problemes socials de les persones, va promoure la vinculació científica d'una disciplina que fins llavors havia actuat sota l'empara de la legitimació religiosa.

En aquest sentit ho assenyala Miranda:

> "Su esfuerzo va a ir dirigido a sistematizar una serie de conocimientos científicos, describir una serie de habilidades especializadas, una técnica propia, una metodología propia de profesionales, de los *social workers* que ya tienen poco que ver con los profanos y voluntarios" (2003: 125).

Si l'astronomia té el gir copernicà, i la filosofia, el gir kantià com a fets que determinen un punt d'inflexió en la manera com aquestes disciplines continuen abordant el seu objecte d'estudi, podríem seguir la figura retòrica en treball social apel·lant al gir richmondià.

En consonància amb el que succeí als Estats Units unes dècades abans, l'emergència del treball social com a professió en el context espanyol va venir també de la mà de professionals de la medicina. L'any 1932, el doctor Raúl Roviralta va crear la primera escola d'assistents socials. Ho feu a la ciutat de Barcelona. I també a Barcelona, el doctor Ramon Sarró creà l'any 1953 la tercera escola de treball social a Espanya. En aquest cas, l'escola depenia de la Càtedra de Psiquiatria de l'Hospital Clínic i Provincial, fet que va suposar introduir per primer cop en els estudis de treball social un contingut vinculat amb la psiquiatria i la psicologia dinàmica.

La influència americana basada en una atenció psiquiàtrica que anava més enllà de l'esquema biològic, va ser cabdal dins el nostre context. Ho remarca Agustina Ureña (2006), en apuntar que:

[8] Davant aquesta crítica, el mateix Miranda escriu: "Merecería la pena que quienes así la adjetivaron en algún momento, hubieran demostrado donde se concretan esas influencias (...). Mary Richmond nunca se manifestó partidaria de la intervención individual y familiar como único nivel de intervención. Por el contrario, ella hablaba del desarrollo del Trabajo Social en una espiral, mezcla de métodos para tratar problemas individuales y familiares por un lado y por otro medidas de reforma social (...). Más allá de estos ataques más o menos extremistas, lo que M. Richmond siempre defendió es que la pobreza es el resultado de múltiples factores y que para acabar con la desigualdad eran precisas medidas de política social y también servicios de ayuda y de asesoramiento individualizadas y de apoyo a las familias" (2003: 128-129).

> "La constatació de la influència que té l'entorn social en la gènesi, evolució i pronòstic de les malalties mentals fou determinant per al reconeixement del treball social psiquiàtric (...). Aquestes influències arriben a Espanya importades dels Estats Units i acompanyades de la idea 'd'equip psiquiàtric' i de la necessitat de treballar amb les famílies dels malalts mentals. Aquest nou estil de treballar en psiquiatria va afavorir que es reconeguessin funcions psicoterapèutiques en el treball social (...). El *case work* i el *group work* es van desenvolupar especialment en el camp del treball social psiquiàtric, encara que no exclusivament" (p. 38).

A Catalunya, la incorporació de les primeres treballadores socials en el camp psiquiàtric se situa en la dècada dels seixanta. En concret ho fan a la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet, al Preventori d'Urgències Psiquiàtriques de l'Ajuntament de Barcelona i a la Diputació de Barcelona, exercint tasques de coordinació dels ingressos psiquiàtrics (Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2010).

En el conjunt d'Espanya, però, el desenvolupament de l'atenció psiquiàtrica al llarg del segle XX es pot titllar de marcadament desfavorable. La seva evolució es troba significativament condicionada com a conseqüència d'una situació política marcada per la Guerra Civil i la dictadura posterior.

Quedarà com una incògnita què s'hagués esdevingut si s'hagués pogut donar recorregut als primers intents produïts a principis de la dècada dels vint per transformar l'assistència psiquiàtrica i superar el model manicomial.[9] Per exemple, a partir de la creació dels primers centres pilot, anomenats 'dispensaris psiquiàtrics'. Aquests queden recordats en la història com els primers intents a Espanya per desenvolupar una alternativa al model asilar.

L'hostil conjuntura política espanyola provocà que, mentre una bona part dels països europeus veïns ja duien a terme les pertinents reformes psiquiàtriques durant la dècada dels seixanta i els setanta del segle passat, a Espanya aquesta no s'iniciava fins entrats els anys

[9] En aquest intent de reforma que s'allargà fins a l'inici de la Guerra Civil, hi tenen un paper molt destacat dues organitzacions de caràcter corporatiu: l'Asociación Española de Neuropsiquiatras i la Liga de Higiene Mental. Amb elles els professionals de la psiquiatria van tractar d'articular les propostes de reforma, al mateix temps que fomentaven estratègies de pressió sobre les autoritats competents. D'acord amb Saforcada, Mira i Rodríguez (1926), a Campos i Huertas (1998): "La primera tenía como tarea principal estudiar o favorecer el estudio entre médicos solamente, de los problemas relacionados con la asistencia e investigación en materia de enfermedades nerviosas mentales, así como defender los intereses profesionales más sagrados de sus miembros" (p. 103). Pel que fa a la segona, "la Liga debería estar integrada por psiquiatras pero también por médicos prácticos, higienistas, psicólogos, pedagogos, jurisconsultos, militares, industriales, sociólogos, filántropos, etc., con el fin de aplicar sistemáticamente los conocimientos médicos, jurídicos, industriales que los diferentes técnicos defendían, dirigiendo una buena labor de propaganda popular para que el gran público comprenda y se interese por los problemas que la Higiene mental en su más amplia acepción suscita" (p. 103).

vuitanta, un cop establert un sistema polític democràtic. Ho fa arran de l'informe elaborat per la Comissió Ministerial per a la Reforma Psiquiàtrica,[10] que esdevé marc normatiu l'any 1986 amb la Llei general de sanitat.[11]

Amb anterioritat a aquestes dates, l'assistència psiquiàtrica no estava integrada dins el règim de la seguretat social, com sí que ho va fer a partir del 86. La seva prestació depenia dels serveis sanitaris de les diputacions provincials, i tal com assenyala Eva M.ª Garcés (2010), encara la dècada dels setanta es trobava caracteritzada per "la precariedad de recursos sociales en todo el país, existiendo una escasa y confusa red de beneficencia-asistencia social, en manos de patronatos, ayuntamientos, diputaciones, algunas dependencias ministeriales y congregaciones religiosas" (p. 334).

Aquest retard de la reforma a Espanya produïa una distància cada cop major respecte dels sistemes de salut mental dels països del nostre context. En aquest sentit, els establiments hospitalaris i manicomials representaven la pràctica totalitat dels recursos existents del sistema d'atenció a les persones amb malaltia mental. L'enfocament biològic era l'element monopolitzador en l'abordament dels trastorns mentals. La posició dels professionals del treball social quedava relegada a un espai subaltern i ambigu (Garcés, 2010).

L'arribada de la reforma psiquiàtrica a Espanya provoca un canvi de concepció en tots els nivells. Es va pretendre impulsar un gir sobre les males condicions a les quals estaven subjectes les persones en l'anterior sistema. L'atenció centrada en la comunitat va esdevenir la nova estratègia de dignificació i professionalització davant una política assistencial anterior que, des d'un punt de vista terapèutic, podria ser considerada com a molt deficient. Els equips professionals es van ampliar i democratitzar. Els recursos, tant els existents com els de nova creació, s'incorporaven en una xarxa integrada més pròxima i accessible al ciutadà, i se suprimia progressivament la centralitat de l'establiment psiquiàtric (Desviat, 2010).

El nou escenari emergent incorporava els conceptes de 'salut mental' i 'rehabilitació psicosocial', al mateix temps que s'assumien criteris de salut pública. Aquesta mirada integral, impulsada també des de la mateixa Organització Mundial de la Salut (OMS), assenyalava els espais quotidians en els quals transcorre la vida diària de les persones com els contextos més importants sobre els quals actuar, tant de manera preventiva com rehabilitadora.

[10] Disponible a: http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810.

[11] Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499.

En aquesta línia ho escriu José Leal (1997):

> "La atención comunitaria no significa sólo un cambio referido al espacio de la atención (del hospital psiquiátrico a la comunidad) sino una manera de entender el proceso de salud-enfermedad y las funciones que en el mismo tiene la propia comunidad, lugar natural del ejercicio y desarrollo de la ciudadanía, también para las personas con trastornos mentales" (p. 20).

Així, s'evidencià que el paper del treball social en aquest àmbit esdevenia influent en els contextos socials sensibles a la dignificació d'aquella població atesa per problemes mentals. La professió va trobar un espai d'oportunitat per treballar en el desenvolupament del projecte vital dels pacients.

En síntesi, des de la ja llunyana participació en el moviment d'higiene mental als Estats Units, la incorporació de la professió en l'àmbit de la salut i la salut mental s'ha anat generalitzant i consolidant gradualment a Europa i Espanya, gràcies fonamentalment a les èpoques en què les societats s'han plantejat uns destins diferents (més humans i més lliures) per a les persones afectades.

1.2. Definicions i funcions

Diversa és la terminologia que s'utilitza per fer referència a la implicació de la disciplina[12] en aquest espai professional. Des d'un punt de vista més general, i per tal d'assenyalar un nivell superior a la salut mental, s'empren els termes *treball social en salut* o *treball social sanitari*.[13]

Es pot observar que en la literatura ambdós són utilitzats pràcticament com a sinònims. Tot i això, Colom (2008) fa una puntualització que és convenient subratllar. Per a aquesta autora, la referència al treball social sanitari permet delimitar un espai més precís d'intervenció, que es concreta en l'activitat que es realitza en l'interior del sector sanitari. D'altra banda, el

[12] Atès que els conceptes de disciplina i professió apareixeran de manera abundant en aquest document, considero convenient distingir-los conceptualment. Per *disciplina* s'entén la branca de coneixement, així com el conjunt de sabers teòrics i pràctics que aglutina un camp determinat, en aquest cas el treball social. Per *professió* s'entén l'ocupació que s'exerceix derivada d'aquest coneixement disciplinari. Ambdós prenen forma a partir d'un procés d'institucionalització. Miguel Miranda ha estat un dels autors que han aprofundit en la relació entre disciplina i professió en treball social des d'una perspectiva històrica. Vegeu: Miranda (2003: 29-32).

[13] Amb dades de l'any 2013, a Espanya hi ha 3.091 professionals col·legiats en treball social que exerceixen en l'àmbit sanitari. D'aquests, 1.148 (37,14%) ho fan en l'atenció primària; 758 (24,52%), en hospitals; 639 (20,67%), en salut mental; 474 (15,33%), en altres serveis; 72 (2,32%) ho fan en el sector privat (Gil, 2013, a Castañera *et al.,* 2014: 117).

concepte de treball social en salut superaria aquest marc específicament sanitari, per situar-se també en altres espais, com per exemple els serveis socials.

De la mateixa manera, el treball social clínic en salut mental mantindria aquesta lògica diferenciada respecte del concepte de treball social en salut mental. El primer, que ve a significar el que tradicionalment s'ha assenyalat com a treball social psiquiàtric,[14] tendeix a assenyalar l'actuació que es realitza en aquells serveis de salut mental pertanyents al sector sanitari. El segon indica d'una manera més genèrica la intervenció dels professionals que treballen en salut mental, ja ho facin en l'interior d'aquest sector, o bé en d'altres.

És per aquest motiu que en aquesta recerca s'empra majoritàriament el concepte de treball social en salut mental i, en menor mesura, el de treball social en salut. Amb ells dono cobertura a una perspectiva d'investigació que aborda la intervenció que fa la professió, més enllà del sector sanitari.

Aprofundint en l'aclariment terminològic, resulta útil destacar les aportacions realitzades per Amaya Ituarte (1992; 1994; 2009), atès que aborda extensament aquesta vessant conceptual, recolzada en la seva àmplia experiència laboral com a treballadora social dins l'àmbit. Ituarte (1994) explica el treball social en salut com:

> "La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si se derivan de ellas" (p. 277).

En relació amb les aportacions que realitza el treball social al camp sanitari, Ituarte (2009) destaca dues línies de treball. En primer lloc, assenyala l'objectiu socioepidemiològic, focalitzat principalment a investigar els factors psicosocials que tenen incidència en la salut de la població. En segon lloc, parla de l'objectiu clínic, mitjançant el qual es despleguen les accions vinculades a la investigació, el diagnòstic i el tractament d'individus, famílies i grups.

Ambdós objectius mantenen relacions complementàries, atès que el primer presenta un marc de fonamentació teòrica a partir del qual es poden dissenyar les accions d'intervenció a desenvolupar en el segon. Els resultats d'aquestes accions poden retornar a l'espai socioepidemiològic en forma de dades rellevants com a conseqüència de l'anàlisi dels procediments i resultats obtinguts (p. 8).

La mateixa autora defineix el treball social clínic en salut mental en aquests termes:

[14] Podria afirmar-se que aquest terme es troba en desús actualment.

> "Una forma especializada del Trabajo Social, que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárselas en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social" (Ituarte, 1992: 11).

Si es compara la definició anterior amb la que aporten altres autors per referir-se al treball social en salut mental, es pot observar que aquesta té un major nivell de concreció. Això es fa evident amb la definició proposada per Waldfogel i Rosenblatt, 1983, a Gómez i Zapata, (2000), quan es refereixen al treball social en salut mental dient que és:

> "Una actividad organizada, cuyo objetivo es el de contribuir a una mejor adaptación entre los individuos y su medio social. Es decir, que el trabajador social utiliza técnicas y métodos científicos, pero sin olvidar que dichos métodos van destinados a que los individuos, grupos y comunidades puedan satisfacer sus necesidades y sus problemas de adaptación a una sociedad que se halla en continuo cambio (...). El trabajador social contribuye a mantener, mejorar y restablecer el funcionamiento social, promoviendo todos aquellos cambios y recursos necesarios para el desarrollo del individuo y de la sociedad en general" (p. 20).

Aquesta bé podria ser una definició aplicada a altres àmbits en els quals també actua el treball social.

En aquest sentit, es podria destacar que la diferència més important recau en l'esment que fa Ituarte en el treball social clínic, cap a l'ús d'un procés de caràcter psicoterapèutic com a mètode de treball per abordar els problemes de tipus psicosocial. En el cas de la definició del treball social en salut mental que fan Waldfogel i Rosenblatt, no s'assenyalen uns procediments ni mètodes concrets, sinó que es fa una apel·lació més àmplia, que desemboca en un objectiu d'ajust entre els individus i el seu context social. En tots dos casos, però, s'apel·la als procediments científics per desenvolupar l'activitat professional.

Per la seva part, Garcés (2010) indica que l'especificitat del treball social en salut mental ve donada pel fet que el trastorn mental és l'element característic i comú de la població amb la

qual es treballa. D'aquesta manera, la intervenció del professional del treball social en salut mental es distingeix pel desenvolupament d'una activitat de recuperació[15] que presta especial atenció a les persones afectades de manera més severa, així com a la seva xarxa més pròxima, i també al context social en el qual s'emmarca la vida de la persona. En termes generals, les persones amb trastorns mentals greus poden presentar criteris de gravetat que poden mantenir-se en el temps i afectar un conjunt d'aspectes vinculats al projecte de vida.[16]

En relació amb les funcions que exerceixen els professionals dins d'aquest àmbit, diverses són les referències existents que es poden emprar per assenyalar-les. Per exemple, el Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya va editar l'any 2001 un monogràfic titulat *Funcions del treballador social del camp de la salut mental*, elaborat pel Grup de Treball de Salut Mental[17] del Col·legi.[18] S'hi poden trobar les funcions professionals corresponents vinculades als recursos següents: centres de salut mental d'adults, centres de salut mental infantil juvenil, hospitalització psiquiàtrica i centres de dia.

Aquest document va ser actualitzat l'any 2016 per aquest mateix grup de treball.[19] Hi incorporen un capítol amb les activitats específiques d'intervenció en salut mental, que les agrupen en sis apartats: assistencial; coordinació i participació; docència i investigació; planificació i organització; avaluació, i gestió. Amb l'explicació d'aquestes activitats es pretén

[15] Tot i que en moltes ocasions s'empren els conceptes de rehabilitació i recuperació com a sinònims, és necessari apuntar que aquest darrer s'ha teoritzat en els últims anys com un terme amb un contingut diferent del primer. De manera molt sintètica, la *rehabilitació psicosocial* es podria entendre com una restitució del pacient a unes condicions tan similars com sigui possible a l'estat previ a l'aparició del trastorn. La recuperació, en canvi, posaria l'èmfasi en un procés d'aprenentatge que permetés encaixar aquesta circumstància en el projecte de vida. Per tal d'aprofundir en els dos conceptes, vegeu: Shepherd, Boardman i Slade (2008); Leamy *et al.* (2011); Gisbert (coord.) (2002); Rodríguez i González (2002).

[16] Per aprofundir en aquest aspecte, vegeu: *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave* (2009). Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.

[17] "El grup de salut mental està format per professionals del treball social en actiu que desenvolupen la seva actuació o activitat en diferents equips que conformen la xarxa de serveis d'atenció a la salut mental de tot Catalunya, i es reuneix a la seu del Col·legi amb una periodicitat mensual des de fa més de 25 anys. Els membres que el componen, per raons professionals i/o personals, han anat canviant al llarg dels anys" (Grup de Treball de Salut Mental del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2016: 11).

[18] Vegeu: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya (2001).

[19] Vegeu: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (2016).

mostrar d'una manera explícita i divulgativa les ocupacions habituals que duen a terme els professionals del treball social dintre dels equips de salut mental.[20]

A escala internacional, Allen (2014) va elaborar, per al College of Social Work d'Anglaterra, un document titulat *The Role of the Social Worker in Adult Mental Health Services*, en el qual tracta d'establir els dominis professionals sobre els quals s'hauria d'assentar el rol del treballador social en els serveis de salut mental d'adults. D'entrada, cal indicar que Allen parteix de la idea que aquest rol no es troba ben definit actualment, fet que impacta en les possibilitats de desplegar el potencial de la professió. Entre d'altres, assenyala la necessitat d'enfortir l'acció del treball social en l'esfera comunitària, així com la intervenció basada en la recuperació.

Tot i tenir en compte les referències anteriors, possiblement és Garcés (2010) qui realitza un exercici de síntesi més acurat a partir del qual compilar les diverses funcions que, de manera general, es realitzen en els serveis de salut mental. En la taula següent es poden observar tres categories de funcions, segmentades segons els objectius que persegueixen i d'acord amb el procés a seguir.

Taula 1. Funcions professionals del treball social en salut mental[21]

	1) Funció d'atenció directa	**2) Funció preventiva, de promoció i inserció social**	**3) Funció de coordinació[22]**
Objectius	- Prestar atenció a individus, famílies i grups que presenten o es troben en risc de presentar problemes de caràcter social en relació amb un problema de salut mental. -Potenciar els recursos propis del pacient i la família.	- Assolir l'adequació de la persona al seu medi social i familiar mitjançant l'acceptació i la integració.	- Incorporar els factors socials associats als problemes de salut mental.

[20] Una altra referència interessant és la de Munilla *et al.* (2012), en què es fa esment de les funcions del treballador social en els EASC.

[21] En una recerca realitzada l'any 1997, Pellegero i Mestres posen de manifest que un 51% dels treballadors socials en salut mental incorporats en la seva mostra considera que les seves funcions se superposen amb les d'altres companys de l'equip. Tot i la necessitat que en alguns casos sigui així, en d'altres és percebut com una confusió.

[22] En aquest cas es refereix a la coordinació interna dins els mateixos equips de salut mental.

	1) Funció d'atenció directa	**2) Funció preventiva, de promoció i inserció social**	**3) Funció de coordinació**[22]
Procés	- Anàlisi de la demanda i detecció de situacions de risc o de necessitats individuals o familiars. - Valoració sociofamiliar. - Diagnòstic social.[23] - Planificació de la intervenció social.[24] - Discussió del cas amb l'equip professional i estructuració del pla de treball.	- Ús dels recursos normalitzats. - Ús dels recursos específics per a persones amb trastorn mental. - Creació de grups d'autoajuda. - Foment de l'associacionisme.	- Agregar la intervenció pròpia del treballador social en el tractament. - Aportació dels recursos socials necessaris. - Col·laboració en la continuïtat de les cures.

Font: elaboració pròpia a partir de Garcés (2010: 341-342).

Finalment, destacar que Gómez i Zapata dediquen un capítol del seu llibre *Psiquiatría, salud mental y trabajo social* a explicar el paper del treballador social en l'àmbit de la salut mental. Per a aquests autors, la missió del treballador social té a veure amb aquests quatres aspectes:

- "Prevención de la enfermedad mental mediante la detección precoz de casos potenciales, la explicación de los servicios clínicos a los usuarios y, en su caso, el

[23] El Grup de Treball de Salut Mental del Col·legi Oficial de Diplomats i Assistents Socials de Catalunya va publicar l'any 2010 el *Manual diagnòstic en salut mental*, amb la intenció de "consensuar un document base per poder diagnosticar les realitats que presenten la població atesa des dels diversos serveis de la xarxa de salut mental de Catalunya (...) un document que fos un instrument de treball, una oportunitat d'apropar conceptes i unificar criteris per a la millora de les pràctiques professionals" (p. 9). "El diagnòstic inclou una descripció de la demanda de l'individu en la seva situació actual, establint amb les dades relacions causa-efecte; això determina els factors que impulsen l'usuari a recórrer al servei social i, a la vegada, es realitza un estudi crític de la demanda per tal de calcular quins elements utilitzarem per facilitar un procés terapèutic de canvi" (p. 19). "El manual està classificat en 13 àrees d'exploració, cadascuna dividida en diferents ítems que reflecteixen des de les situacions més satisfactòries a les més deficitàries" (p. 22). Aquestes àrees són: 1) informació; 2) habilitats socials; 3) activitats bàsiques de la vida diària; 4) activitats instrumentals de la vida diària; 5) família; 6) recursos econòmics; 7) treball; 8) formació/educació; 9) habitatge; 10) aspectes legals; 11) maltractaments; 12) xarxa social; 13) compliment terapèutic.

[24] D'aquesta en deriven una sèrie d'accions que Garcés (2010) enumera de la manera següent: "acompañar al individuo en la asimilación del proceso de cambio y favorecer su socialización; entrevistas con el usuario dirigidas a potenciar la autonomía en las actividades cotidianas; trabajo dirigido a informar y orientar sobre alternativas formativas y laborales, de ocio y tiempo libre; seguimiento y evaluación del proceso de intervención; realizar visitas a domicilio para valoración e intervención; apoyar y contener a las familias, tanto a nivel grupal como individual, para que participen en el proceso de cambio; informar del acceso a los recursos comunitarios e institucionales; conexión y derivación del usuario a recursos adecuados" (p. 341).

acompañamiento de los pacientes; la implementación de medidas para favorecer los contactos de postcura, organizar grupos de padres y autoayuda; colaborar en campañas de salud mental, etc.

- Contribuir mediante una información adecuada a conocer la realidad sociofamiliar y laboral del enfermo, y lograr un correcto diagnóstico mediante la elaboración del informe social.

- Señalar las directrices a seguir en un determinado enfermo, con el fin de que su adaptación a la realidad social sea lo más completa posible. En especial se cuidarán los problemas laborales, familiares, y sociales que se puedan plantear en la etapa posthospitalaria o de postcura.

- Actuación en todas las áreas del tratamiento de un enfermo, entendiéndose como tales, de una forma flexible y amplia, el trabajo con el paciente, con el sistema marital, con otros sistemas familiares, y con el conjunto de la familia o del grupo; y todo ello, a los diversos niveles sistémicos institucionales y comunitarios: talleres protegidos, hospitales de día, clubs de socioterapia, comunidades terapéuticas, etc." (2000: 20-21).

1.3. La identitat professional

De la literatura produïda per professionals del treball social immersos en l'àmbit sanitari, i en salut mental, se n'extreu un fil conductor general que dibuixa un cert retrocés de la professió en els darrers anys. Abans d'aquest retrocés, es recorda amb una certa nostàlgia l'època de la reforma psiquiàtrica i els seus anys posteriors, en què autores com Cristina Balaga (2009) assenyalen la significativa contribució del treball social al procés de desinstitucionalització dels pacients mitjançant la participació en el desenvolupament d'un model d'atenció comunitària. D'aquesta manera ho expressa:

"Fuimos insustituibles para el Sistema en el Trabajo Social Comunitario, fundamentalmente, pero también en el grupal y en el individual porque se entendía al sujeto-paciente dentro de un contexto social, de unas redes sociales y familiares y se veía la necesidad de crear y coordinar recursos sociales, potenciar el asociacionismo, trabajar con el entorno" (p. 40).

Balaga continua assenyalant que aquella època ha deixat pas a una altra molt menys favorable, en què pràcticament es tem per la permanència de la professió dins del sistema

sanitari.[25] Entre els factors que incideixen en aquest canvi de panorama, se'n destaca la presència extensiva dels models tecnocràtics de gestió, la centralitat científica i el retorn del model biològic d'atenció com a patró preeminent.

En aquesta circumstància, l'autoimatge s'afebleix, el risc de trobar-se com a treballadors auxiliars o complementaris d'altres professions augmenta, alhora que els professionals es troben més insegurs i subjectes a la identitat que els altres, externs al treball social, projecten.

Si en la citació anterior es feia referència a una professió insubstituïble, la mateixa autora canvia la tendència en descriure el panorama més recent:

> "La mirada del otro nos coloca, en muchas ocasiones, como recadistas, conocedores y/o expendedores de recursos sociales, apagafuegos, casi siempre nuestro trabajo depende de la demanda social del personal sanitario, según su criterio. Es el otro el que posee el saber y la llave de entrada a la puerta de 'lo social' a través de la derivación o no al trabajador social de salud mental. Es el otro quien valora si es un 'caso social' o bien si dentro del tratamiento procede la intervención social. Desde ese lugar que nos otorgan es fácil llegar a pensar que el trabajador social no es necesario dentro del sistema sanitario, ya que su trabajo puede ser realizado por los Servicios Sociales generalista" (Balaga, 2009: 44).

Raquel García (2004) relata en primera persona aquestes vivències:

> "En mi recuerdo está la experiencia de trabajo en una institución psiquiátrica durante años, donde el trabajador social, aunque formaba parte del equipo de planta sólo intervenía a petición de otros profesionales, del psiquiatra, de la enfermería, del administrador, etc. para subsanar alguna «deficiencia social» del paciente internado. Lo que quiero decir es que la aportación del Trabajo Social como saber o como disciplina al equipo se hacía solo «a petición» porque el mandato institucional de la atención era otro, no el de un abordaje interdisciplinar" (p. 280).

[25] Cal assenyalar que el treball social no és considerat una professió sanitària. Aquest fet pot suposar, com ja esmenten Castañera *et al.* (2014), una dificultat afegida, en termes de legitimitat, en el treball interdisciplinari que realitza el treballador social dins dels equips sanitaris. La Llei 44/2003, d'ordenació de les professions sanitàries, i d'aplicació en l'àmbit estatal, assenyala en el primer punt de l'article 2 que "són professions sanitàries, titulades i regulades, aquelles la formació pregraduada o especialitzada de les quals s'adreça específicament i fonamentalment a dotar els interessats dels coneixements, les habilitats i les actituds pròpies de l'atenció de salut, i que estan organitzades en col·legis professionals oficialment reconeguts pels poders públics, d'acord amb el que preveu la normativa específicament aplicable ".
Text de la Llei disponible a: https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2003/11/24/pdfs/A04536-04551.pdf

En una època, afegeix Balaga, en la qual els criteris de gestió impregnen les organitzacions, el treball social troba més dificultats per desenvolupar els seus trets més emblemàtics: la relació amb les persones, l'acolliment del patiment humà i l'aspecte qualitatiu per sobre del quantitatiu. Existeix el risc, apunta, d'acabar sent instrumentalitzats, i buidar de contingut l'essència de la nostra professió.

Lluny d'apostar per un trencament, l'autora assenyala un camí d'adaptació a aquest ecosistema tractant d'incorporar major rigor científic a la intervenció, un llenguatge sanitari i de gestió proper al de l'organització, i una voluntat d'agregar qualitat i millora contínua.

Al·ludeix, en primer lloc, a la necessitat d'objectivar la tasca mitjançant la construcció d'instruments i escales que ajudin a mesurar, investigar i publicar. Continua, en segon lloc, diferenciant el rol professional en l'àmbit sanitari de l'àmbit social, prenent com a referència les àrees deficitàries dels pacients i adaptant els indicadors socials a paràmetres associats amb la simptomatologia psiquiàtrica. En definitiva, es tracta d'actuar per esdevenir treballadors socials sanitaris especialitzats en salut mental.

Ituarte (2009) coincideix amb el diagnòstic de Balaga en afirmar que els treballadors socials són difícilment identificats dintre de l'àmbit sanitari i, en el cas de ser-ho, ho són de manera errònia. L'autora planteja tres hipòtesis per explicar aquesta situació (p. 11-15).

Inicialment proposa una hipòtesi àmplia, i assenyala que, tot i existir un consens formal en què la salut es troba condicionada des de l'àrea biològica, psicològica i social, de facto continuarien prevalent la perspectiva i l'abordament biològics. La segona hipòtesi planteja que els treballadors i les treballadores socials no han incorporat veritablement la dimensió social en el marc teòric i pràctic, i com a conseqüència tampoc no l'han pogut divulgar a la resta dels companys dels equips.[26] En tercer lloc, assenyala una indefinició i manca de delimitació del rol professional del treballador social en l'àmbit sanitari.

Aprofundint en la primera hipòtesi, Ituarte subratlla que per als diferents nivells d'atenció continua prevalent una concepció clàssica que identifica salut amb quelcom que té a veure exclusivament amb el funcionament biològic del cos. La part social és difícilment incorporada en aquesta concepció,[27] atès que es tendeix a associar a quelcom extern a la

[26] Precisament aquest dèficit pot dificultar el treball interdisciplinari, atès que, com apunta Garcés (2010), aquest implica: "Un conjunto de profesionales encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema" (p. 339).

[27] De la mateixa manera ho escriu Pilar Porcel (2008): "Però els aspectes socials, aquells que tenen a veure amb la prevenció i la reinserció del malalt en el teixit social, que tenen a veure amb la qualitat de vida, que contemplen l'atenció integral del pacient, és a dir, que el contemplen, no com un ésser aïllat, sinó com una persona que viu en

persona, llunyà de la patologia, i per tant, aliè al que ha de ser l'objecte d'intervenció del personal sanitari. En aquest sentit, tot i els encapçalaments amb els quals es presenten gran part de les intervencions que es realitzen amb la població afectada, l'enfocament reduccionista i unidimensional continua prevalent.

Per explicar la segona hipòtesi, l'autora posa en relleu que no són els recursos en si, els que provoquen un canvi en la situació dels clients, i que, per tant, la manca d'aquests no invalida les possibilitats d'acció per al professional. On es troba el nucli essencial per possibilitar el canvi de situació, argumenta Ituarte, és en la relació que es produeix entre el client i el professional del treball social.

En la darrera hipòtesi, subratlla que molts treballadors socials sanitaris es descriuen a si mateixos com una mena de representants dels serveis socials en el camp sanitari. Aquest aspecte reforça la idea d'un professional poc implicat en el veritable estat de salut del pacient, relegat a la resolució de problemes puntuals d'ordre funcional en relació amb la prestació de recursos socials. Sense negar que l'ús dels recursos s'hagi d'aplicar en els casos que així es valori, no poden convertir-se en l'eix d'intervenció professional. L'assumpció d'aquesta tasca com a eix comporta, per a l'autora, la continuïtat del treball social com a element marginal dins del sistema de salut. Així doncs, per a Ituarte resulta necessari integrar la part sanitària dins del rol professional. Això significa incorporar la dimensió psicosocial (relacional) com a objecte i àrea de la intervenció.[28]

També Ureña (2010) posa l'incís en la progressiva pèrdua de pes que el treball social té dintre dels equips, així com en les relacions interdisciplinàries. L'autora fa esment d'una pèrdua de qualitat en el treball quotidià, i n'assenyala dues possibles causes: en primer lloc, les càrregues assistencials; en segon lloc, un desequilibri de l'acció professional que tendeix a una dedicació cada cop més abundant cap a les tasques de despatx, de caràcter administratiu i burocràtiques (p. 357).

Com a conseqüència, la dimensió comunitària queda més desatesa per la professió, en una època en què, precisament, la competència per aquesta parcel·la és més intensa. Noves

el si d'una família, que té una història de vida personal i irrepetible, que ha configurat una manera determinada l'avui de cada un de nosaltres, aquest aspecte encara és un vessant poc contemplat" (p. 86).

[28] En aquesta sentit, Garcés (2010) apunta: "es imprescindible resaltar como todavía existen trabajadores sociales que se sienten más cómodos en su papel de gestores y de administradores de recursos, y que por tanto, siguen desempeñando ese rol profesional. Esta situación perjudica seriamente a la imagen de nuestra profesión y dificulta el reconocimiento de nuestras competencias profesionales como colectivo" (p. 347).

professions de l'àmbit social s'hi estan sumant, i d'altres que ni són noves ni són pròpies de l'àmbit hi estan focalitzant també la seva atenció.[29]

En relació amb l'anterior, Ureña (2010) convida a reflexionar sobre l'adaptació que està fent la professió cap als requeriments d'una nova realitat en la qual es demanen maneres diferents de donar resposta a les necessitats de les persones que acudeixen als serveis. Així, s'ha passat de treballar amb pacients, als quals es prescrivien uns tractaments i recursos, a fer-ho amb usuaris amb els quals es fa necessari fomentar l'apoderament, mitjançant la seva implicació en la resolució dels seus problemes i en la presa de decisions.

Per la seva banda, María del Carmen Valois (2013) i Dolors Colom (2008) subratllen que la identitat del treballador social en l'àmbit sanitari és dèbil i poc estructurada, amb unes funcions professionals escassament delimitades i excessivament subordinades a uns criteris externs, en aquest cas de caràcter mèdic.

Per a la primera, i en línia amb el que assenyalava Balaga, les causes d'aquesta debilitat es troben en l'escàs desenvolupament d'instruments específics per a la valoració que puguin contribuir a construir una metodologia pròpia. Aquesta mancança, sumada a les dificultats d'objectivar i sistematitzar, comporta que la capacitat per generar coneixement sigui escassa.

Colom (2008) ho interpreta de la manera següent:

> "La crisis actual no surge de la nada. El campo lleva años abonándose. La extrema diversidad, la heterogeneidad de prácticas desiguales con que se expresa el trabajo social sanitario es su principal escollo. No se debe confundir 'prácticas desiguales' con 'malas prácticas'. La diversidad, en términos generales, no permite conocer ni cuantificar cuál es su influencia exacta para los establecimientos sanitarios" (p. 149).

Ambdues autores coincideixen a dir que l'escassetat de publicacions que mostren els resultats de les intervencions incrementa aquesta dificultat per exposar, defensar i compartir arguments. La manca de socialització del coneixement comporta la conseqüent complexitat per generar un cos professional sòlid. Al mateix temps es cronifica la variabilitat i l'heterogeneïtat apuntades, que reprodueixen un mode de treball excessivament arbitrari.

De tot això, se'n desprèn una idea àmpliament compartida que assenyala la disminució del treball que es fa des d'una perspectiva interdisciplinària en salut mental. Tot i que

[29] En una consulta feta a treballadors socials sanitaris l'any 2007, se'ls va preguntar si creien que els professionals d'infermeria estaven assumint competències pròpies dels treballadors socials. Un 63,49% va respondre-hi afirmativament (Colom, 2008: 29-30).

formalment els equips apareixen constituïts de manera multidisciplinària, els intercanvis de coneixement i de pràctiques que es produeixen en els contextos reals no permeten anomenar-ho com a tal.

Més aviat, es té la sensació que el terme *interdisciplinarietat* s'utilitza a la lleugera per denominar quelcom que no sobrepassa la divisió de tasques, fet que reprodueix la manca de vinculació entre els abordaments de caràcter mèdic i aquells de tipus psicosocial. Per tant, esdevé il·lusió o denominació sense contingut real (García López, 2004).

D'acord amb Miguel Miranda (2010a), existeix una relació directa entre la dificultat de construcció disciplinària i la 'mala salut' d'aquesta identitat professional. En aquest aspecte, assenyala la prioritat per definir un objecte i basar les actuacions dels professionals en uns models d'intervenció vinculats a un marc teòric propi.

Per a Miranda, a banda d'un exercici acadèmic, aquesta és sobretot una tasca que afecta la identitat. En definitiva, el que s'és i el que es fa. Aquest exercici hauria de permetre superar una identitat associada amb l'expertesa dels recursos socials; idea que, d'acord amb l'autor, relega el treball social a espais d'exclusió professional i al risc de ser substituïts per perfils no universitaris d'un cost econòmic inferior (p. 330).

Resulta evident doncs, que l'objecte és el principi comú que delimita les posicions dels diversos espais científics.[30] Sense aquest es dona una certa desorientació que pot provocar el desplaçament del treball social cap a espais que queden abandonats pel desús d'altres disciplines.

Tal com assenyala De Barros, 1981, a Calvo (2009: 121), la construcció de l'objecte en treball social exigeix la superació del problema associat al sentit comú, és a dir, la idea que la professió respon de manera exclusiva a la realització d'una tasca simple i mecànica, vinculada a donar una resposta (recurs) davant una demanda (necessitat). Pensar l'objecte és endinsar-se en les causes que es troben al darrere de les situacions problemàtiques que s'atenen.

En aquesta situació, Miranda (2010a; 2010b) convida a aparcar el recurs de la queixa i prendre una trajectòria de formació contínua que permeti dotar els professionals de la capacitat per mantenir un diàleg permanent en el marc d'un procés de coneixement en constant elaboració i reelaboració. És, en definitiva, un camí que planteja la investigació com

[30] En aquest sentit, Grassi (2011) apunta: "Cada una de las llamadas ciencias sociales y humanas se constituyó y reproduce una parcela de 'realidad' diferenciándose de las parcelas de las demás" (p. 132).

una tasca a incorporar per part del professional, mitjançant la qual es pot augmentar el rigor i la competència en la pràctica quotidiana.

Les anàlisis de totes aquestes autores i autors, contextualitzades en l'àmbit sanitari i en salut mental, es troben entrelligades amb les aportacions realitzades en un debat més ampli que manté la professió respecte a la identitat dels seus membres, més enllà d'un o altre camp d'actuació.

Ho fa, per exemple, Maribel Martín (2013), que en el primer capítol de la seva tesi doctoral, *La construcción de la identidad en trabajo social,* assenyala que des dels anys trenta del segle passat, i fins a la democràcia, el treball social ha construït un ofici (en el sentit artesà del terme) però no s'ha elaborat l'objecte propi de la disciplina en el camp epistemològic.

Per la seva part, José Manuel Barbero, Montserrat Feu i Alain Vilbrod (2007) analitzen amb un estudi qualitatiu la qüestió de la identitat. Assenyalen que, en relació amb la representació que s'atribueix a agents d'altres disciplines respecte dels professionals del treball social, es dona un reconeixement poc significatiu. Així, apunten: "aparecería tipificada como una tarea realizable sin profesionalización específica, poco compleja (quizás superficial), encarada a resolución de asuntos puntuales y de trámite de prestaciones" (p. 25).

En l'interior de la professió, també s'alçarien veus de disconformitat associades a un exercici professional amb un caràcter excessivament burocràtic, en què la gestió hi té molt de pes, i en què l'abordament seria majoritàriament individualitzat i deficitari, quant als aspectes tècnics i metodològics. Aquest dèficit comportaria que l'exercici del treball social depengués en excés de la pròpia personalitat dels professionals o de la influència del context institucional i social; aquests dos elements compensarien la imprevisibilitat del treball social i la seva insuficiència científica i tècnica.

L'apel·lació científica també podria tenir conseqüències en la seguretat personal i professional dels treballadors socials. Així ho apunten tots tres, per a qui aquesta mancança podria ser una de les causes de dificultat en les relacions interprofessionals, en què els elements de superioritat i inferioritat entre els professionals (determinats segons la seva acreditació formativa i la legitimació científica de la disciplina a la qual es troben inscrits) prenen una lògica significativa en la relació que s'hi estableix. En aquest sentit, apunten que l'actual estatus científic del treball social seria un element perjudicial dins d'aquesta dinàmica de reconeixement (Barbero *et al.*, 2007).

En conseqüència, les dificultats i desacords en la tasca d'incloure la perspectiva social en els equips de salut mental són molt presents. Representar l'àmbit social comporta situacions de menyscapte en el terreny funcional i laboral. La mirada social és percebuda en moltes ocasions en termes de l'anomenat 'sentit comú' per part d'altres membres de l'equip (Balaga, 2009).

Daniel Gil (2007: 58) recull els discursos d'insatisfacció dels professionals de la salut mental en l'àmbit sanitari. Entre els elements principals en destaca precisament el fet de ser titllats com els 'no-científics' de l'equip. L'ús de l'instint com a eina de treball seria també un dels aspectes —de caràcter deficitari— associats a aquesta etiqueta. El fet de conviure en un espai amb altres disciplines vinculades a uns coneixements que han de passar per l'experimentació per tal de ser validades, suposa per al treball social un element comparatiu difícil de gestionar.

Tot i això, Gil afirma que seria un error estratègic realitzar un esforç per assimilar el treball social a les lògiques que mantenen els companys d'equip procedents d'altres disciplines. Com a punt inicial, afirma la necessitat de posar en qüestió la premissa a partir de la qual el coneixement social ha de ser científic. Cal no caure en un complex de cientificitat, apunta Gil, sinó fer l'esforç per trobar espais des dels quals el treball social pugui crear coneixement.

En aquest sentit, manifesta, "el discurso oficial parece dirigirnos a una primacía de la técnica, a una situación sin salida: de la imposibilidad de un discurso social científico a la imposibilidad de una acción social, justificable y defendible racionalmente" (p. 59).

Gil defensa la tesi que el treball social ha d'ocupar un espai epistemològic propi dintre dels equips interdisciplinaris de salut; un espai diferent d'aquell en què se situen els altres professionals, i des del qual poder construir un coneixement propi. Aquest terreny ha d'estar ubicat en el que l'autor anomena 'co-margen'. Aquest espai se situa en un 'enmig de' l'equip i la comunitat; els familiars i els pacients; la biologia i l'àrea social.

Per a Asquith, Clark i Waterhouse (2005), la crisi que afecta el treball social impacta negativament cap a una sèrie d'elements estructurals, com són: la comprensió dels objectius bàsics de la professió, l'erosió de les fronteres professionals, la falta de reconeixement social, la pèrdua de contacte amb els principis i valors de la professió, la degradació generalitzada de les condicions de treball, el creixement d'altres professions dins el mateix àmbit i la manca de recursos per poder realitzar una tasca eficient.

En aquest sentit, assenyalen la necessitat de clarificar aquesta identitat que singularitza el treball social respecte d'altres professions. Fer-ho hauria de permetre, al mateix temps, la

possibilitat de repensar la naturalesa de la relació amb els usuaris, així com de les estructures organitzatives de les quals es forma part.

Resulta interessant estirar el fil temporal respecte a aquesta qüestió, per exemple revisant autors més clàssics, per tal d'adonar-se que la situació de crisi no té un caràcter provisional, sinó que es manté de manera estructural acompanyant el recorregut històric de la professió. En aquest sentit, sembla pertinent la reflexió que planteja Estela Grassi (1995) en preguntar-se si ens estem referint a una crisi com a tal, o bé ens trobaríem simplement amb una constitució inacabada de la professió.

Possiblement les aportacions més contundents fruit d'una anàlisi de la professió les van fer els sociòlegs Joan Estruch i Antoni M. Güell, en la seva investigació *Sociología de una profesión. Los asistentes sociales,* publicada l'any 1976. Es pot suposar que la distància professional des de la qual partien els va permetre proposar el que ells anomenaven una actitud més realista per superar els problemes d'identitat. Ambdós van situar la problemàtica en una qüestió de manca d'autonomia com a conseqüència d'un dèficit teòric i de coneixement:

> "Toda profesión que se precia de tal nombre se presenta como la encarnación de unas tareas y especialidades, respaldadas por una disciplina científica" (p. 23).
>
> "La voluntad de demostrar la posesión de un marco teórico suficiente es a la vez consecuencia y condición de la autonomía profesional; una carencia teórica provocaría la imposibilidad de conocimiento autónomo" (p. 24).

D'igual manera, Estruch i Güell destacaren la distància entre l'ideal assenyalat de manera reiterativa des del treball social (l'anhel per construir una disciplina científica autònoma) i la realitat que emergia fruit de les accions quotidianes que es practicaven, i que es trobaven molt allunyades de les possibilitats de perseguir aquest anhel.

Així, lluny d'estimular l'ideal, els dos autors aconsellaven situar el punt de partida en una realitat poc idealitzada, que consistia, en primer lloc, a admetre la situació de dependència de la qual parteix el treball social respecte de les teories, mètodes i tècniques provinents d'altres ciències. Aquest fet, apuntaren, podia suposar un procés alliberador, davant de tantes angoixes i frustracions, que permetés iniciar un camí més clarificador per afrontar aquesta crisi.

A banda d'aquestes consideracions, Estruch i Güell analitzaren també les dificultats de consolidar un espai professional en un context tan ampli i alhora tan ambigu com és el social. Per tal de poder-ho fer, caldria aparcar els objectes generalistes en els quals resulta

extremament senzill perdre-s'hi, i restringir molt més l'àmbit d'actuació. D'aquesta manera ho escrivien:

> "Los especialistas de lo general —hombres polifacéticos del Renacimiento— no encajan en el marco del profesionalismo: una interrelación profesión-sociedad fructífera exige actualmente el abandono de lo universal para ceñirse cada vez más a cualquier clase de trabajos particulares" (p. 32).

Aquesta aportació d'Estruch i Güell anticipava el debat actual de l'especialització en el treball social, defensat en l'àmbit sanitari i en salut mental per autors i autores com: Colom (2008), Miranda (2010a), Calvo (2009), Garcés (2010), Castañera *et al.* (2014) o Ureña (2006), entre d'altres.

Tot i això, cal remarcar que Estruch i Güell abordaren la qüestió subratllant la necessitat de limitar el terreny del treball social en el seu conjunt, mentre que els autors que avui en parlen fan referència a trobar una especificitat pròpia (formativa, pràctica, professional) del treball social, d'acord amb els diversos àmbits en els quals té presència (sanitat, educació, justícia, serveis socials, etc.).

Per exemple, Garcés (2010) defensa que el marc teòric, els models d'intervenció i la metodologia s'han de trobar adaptats a les característiques pròpies del camp de la salut mental. Per això, esmenta la necessitat d'estandarditzar actuacions basades en l'evidència, d'acord amb les diverses patologies i situacions socials, i evitar així l'heterogeneïtat existent actualment.

Per la seva banda, Ureña (2006), Colom (2008) i Castañera *et al.* (2014) fan referència a l'especialització com a manera de garantir una major eficàcia en les intervencions del professional. Les exigències institucionals, organitzatives i socials forcen la professió a orientar-se en la línia d'obtenir uns coneixements i competències específics per tal de continuar sent competitius dins uns entorns laborals en els quals la majoria de companys d'altres disciplines ja tenen aquesta vessant interioritzada.

No obstant això, i com a contraposició a aquests arguments, hi ha recerques que posen en dubte la conveniència de plantejar processos d'especialització en treball social. Agustín Moñivas (2004) ha seguit el debat sobre aquest tema als Estats Units. En concret fa referència als estudis de Terry, Teare i Atherton, 1996, i Teare i Sheafor, 1995. Ambdues recerques[31] suggereixen en les seves conclusions que les tasques que duen a terme els

[31] Entre totes dues acumulen una mostra de més de 9.519 treballadors socials americans representatius dels diversos àmbits d'intervenció.

professionals en els diferents camps d'intervenció no presenten unes diferències prou significatives que justifiquin el camí de l'especialització.

Com a conseqüència d'aquests resultats, proposen un model generalista avançat de formació que posi més èmfasi en l'aprofundiment en coneixements específics, per sobre de l'especialització per àmbits, que aprofundeix en habilitats específiques. Assenyalen el primer com a més coherent, donades les intervencions que es duen a terme en el context professional.

CAPÍTOL 2

LA DIMENSIÓ SOCIAL DE LA SALUT MENTAL

L'Organització Mundial de la Salut defineix la salut com "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2017).

En el cas de la salut mental, aquesta queda definida com:

> "Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2013).

La salut mental, com a part integral de la salut de les persones, es troba determinada per una gran quantitat de variables (biològiques, psicològiques, socials) que interactuen entre si. De la mateixa manera, manté vinculacions amb un conjunt de factors socials més amplis que es troben condicionats per l'organització política i econòmica que estructura la vida de les persones.

La interacció dels individus amb aquest context de referència es troba mediada per una sèrie d'elements com són els valors culturals, les experiències col·lectives, les estructures socials i els recursos de la societat que els interpel·len i influencien, i que alhora intervenen en la formació d'uns condicionants que afecten de manera positiva o negativa la salut mental de la població (OMS, 2004b).

Tot i la presència evident i coneguda d'aquests elements multifactorials en les causes que originen els problemes de salut mental, els esforços per abordar aquesta qüestió continuen focalitzant-se majoritàriament en el tractament individualitzat d'aquelles persones que ja presenten símptomes avançats (OMS, 2004b).

Sembla raonable pensar que les possibilitats d'actuació que es poden dur a terme tenen un marge d'intervenció força més ampli, que impliquen el disseny i l'execució d'accions que van més enllà de la intervenció en pacients que ja es troben en fases consolidades d'algun tipus de trastorn mental, de manera que poden tenir un impacte més ampli.

L'acció comunitària és, en aquest sentit, una estratègia que encara resta infrautilitzada, tot i que en les reformes psiquiàtriques desenvolupades en els països del context europeu, ha estat assenyalada com a central.

D'acord amb Ramos (1997), els elements que caracteritzen una atenció comunitària en salut mental són:

- Tenir com a objecte de treball el conjunt de la població.
- Partir d'un sistema d'anàlisi multicausal que permeti les intervencions globals i integrades.
- Emprar la comunitat com a espai d'intervenció prioritari.
- Contemplar un conjunt ampli d'agents de salut, més enllà dels professionals.
- Intervenir sobre l'àmbit de les actituds socials davant les malalties mentals.
- Afegir als criteris d'eficàcia i eficiència del sistema, els d'universalitat i justícia (p. 17).

Aquest nivell d'acció suposa anar més enllà de la prevenció terciària en la qual s'emmarca una bona part de les actuacions que també es realitzen des del treball social. Com molt encertadament apunten Gómez i Zapata (2000), la professió podria mantenir un objectiu més ambiciós pel que fa a les possibilitats d'acció en aquest àmbit, i aportar més valor a l'objectiu general d'enfortir la salut mental de la població. Així, a banda de les actuacions més comunes vinculades a aquesta darrera tipologia de prevenció, hi hauria tota una part associada a la prevenció primària i secundària que, actualment, està quedant en un segon pla.

Taula 2. Intervencions del treball social en l'àmbit de la prevenció en salut mental

Prevenció primària	**Objectiu**	Reduir l'aparició i el desenvolupament dels trastorns mentals en la comunitat.
	Àmbit	Escola, treball, família, comunitat.
	Grups	Tota la població.
	Accions	1) Promoció de la salut mitjançant programes educatius adreçats a: la millora de l'alimentació; la millora de la higiene, la cura d'un mateix; l'estimulació intel·lectual i afectiva; la protecció del dany físic i psicològic; l'intercanvi sociocultural, etc.
		2) Protecció específica a partir de: l'estudi dels factors patològics i de les influències negatives dins un medi social concret; la detecció dels ambients de risc i dels casos més vulnerables o sotmesos a un nombre més alt de factors precipitants.

Prevenció secundària[32]	**Objectiu**	Evitar la cronicitat dels trastorns mentals reduint-ne la gravetat i promovent el manteniment de la salut.
	Grup	Persones que presenten simptomatologia i es troben en una fase inicial del trastorn.
	Accions	1) Aportar el coneixement i la informació necessaris de la persona i del seu context vital per a l'establiment d'un diagnòstic precoç.
		2) Participar en el procés de recuperació, emprant els mecanismes i tècniques propis de la professió i establint les coordinacions entre els recursos i serveis que s'hagin d'activar durant el procés.
Prevenció terciària	**Objectiu**	Frenar els processos de discapacitat derivada dels trastorns mentals, i fomentar projectes vitals tan satisfactoris com sigui possible per a les persones afectades.
	Grup	Persones amb algun tipus de trastorn mental diagnosticat.
	Accions	1) Participar en el procés de recuperació de les persones afectades, emprant els mecanismes i tècniques propis de la professió i establint les coordinacions entre els recursos i serveis que s'hagin d'activar durant el procés.

Font: elaboració pròpia a partir de Gómez i Zapata (2000).

D'acord amb el que ja s'assenyalava en el capítol anterior citant Ituarte (2009), el treball social que es practica en salut mental no ha incorporat veritablement aquesta dimensió social àmplia en el marc teòric i pràctic de la disciplina, tot i les evidències disponibles que en legitimen la necessitat, així com les possibilitats de fer-ho.

Al mateix temps, aquest fet pot debilitar el rol i l'estatus professional, ja que no s'aprofita tot un marge d'intervenció de gran valor que resta per treballar en els contextos interdisciplinaris, i que des del treball social es podria liderar. Un dèficit que possiblement provoca una dependència de les anàlisis que es produeixen des d'altres espais de coneixement, així com una conseqüent limitació en les pràctiques.

[32] En relació amb la prevenció secundària, Gómez i Zapata (2000) assenyalen com un fet els avantatges, en termes d'evolució, que assoleixen les persones quan el tractament i l'abordament professional es poden realitzar en els estadis inicials en què aquestes presenten simptomatologia associada a una patologia mental. De manera inversa, la intervenció tardana comporta uns processos de recuperació més lents i dificultosos.

De la comprensió de les variables socials que afecten la salut i la salut mental és des d'on neix la raó de ser i esdevé necessari el treball social en salut (Ituarte, 2009). Cal fer front al reduccionisme que implica dissociar els problemes mentals del context social (relacional, cultural, ètic, polític, econòmic) de què formen part. D'aquesta manera, resulta convenient integrar aquest coneixement més ampli perquè, des de posicions i mirades diferents, el treball social pugui aportar una major riquesa en l'abordament del fenomen.

En aquesta línia, l'objectiu principal d'aquest capítol se centra a recollir i assenyalar tot aquest conjunt de factors que es troben exposats i recollits en la literatura[33] com a aspectes que condicionen de manera molt significativa la salut mental.

El mateix llibre verd elaborat en el marc de la Comissió Europea (2005) per millorar la salut mental de la població assenyala aquests dèficits:

> "Aunque la actuación en el ámbito médico es fundamental para hacer frente a los retos planteados, no puede por sí sola abordar y modificar los factores determinantes de orden social (...). Es necesario un planteamiento exhaustivo que abarque no sólo el tratamiento y la asistencia a los individuos, sino también las acciones dirigidas al conjunto de la población a fin de promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y encarar los problemas relacionados con la estigmatización y los derechos humanos" (p. 5).

Aquest desajust en l'enfocament comporta perdre, amb el pas del temps, la referència d'alguns coneixements bàsics que de ben segur podrien formar part significativa de l'anàlisi prèvia a la formulació de les actuacions que es duen a terme des del treball social dins d'aquest àmbit.

Existeixen suficients dades per no seguir abordant solament els problemes de salut mental en una clau de patologia individual. Se sap que la desigualtat socioeconòmica, la injustícia social, la falta d'equitat, així com la manca d'oportunitats i l'aïllament social en són qüestions determinants.

2.1. Societat, economia, desigualtat i salut mental

Un nombre abundant de recerques realitzades mostren que diferències relativament petites en els nivells de desigualtat entre els països tenen efectes molt significatius en la salut de la població. Fins i tot en contextos en què les necessitats materials es troben cobertes, la

[33] En aquest sentit, l'OMS ha compilat una part molt important de recerques produïdes en aquesta línia durant els darrers anys.

desigualtat continua sent un element generador de mala salut mental com a conseqüència de la privació relativa (OMS, 2009).

Aquest fenomen s'explica donada la seva vinculació amb reaccions cognitives i emocionals negatives de les persones (algunes, manifestades conscientment, i d'altres, inconscientment) derivades de la comparació entre individus que es troben en situacions econòmiques i materials diferents.

Aquests resultats nocius per a la salut, i manifestats en termes de malestar emocional, són conseqüència de l'impacte sobre l'estatus i la identitat de les persones que, en aquesta anàlisi comparativa, resulten sotmeses al greuge d'una situació percebuda en termes d'injustícia (Wilkinson, 2005; Rogers i Pilgrim, 2003, a OMS, 2009: 2).

En aquest sentit, trobem que les respostes individuals de tipus cognitiu, emocional i conductual es troben intensament connectades amb la posició social dels individus i l'estructura social que els emmarca.[34]

La reducció de les desigualtats i el foment de contextos més equitatius produeix beneficis àmpliament compartits pel conjunt de la població, inclosos també els grups de persones amb ingressos més alts. D'aquesta manera, en nivells d'ingressos similars, la taxa de mortalitat és inferior si aquest nivell es produeix en països que presenten indicadors socioeconòmics menys desiguals que d'altres (Wilkinson i Pickett, 2007a, a OMS, 2009: 37).

La salut mental dins d'un context social aporta, mitjançant la seva presència en termes positius o negatius, quelcom més que un simple balanç en termes sanitaris. És també un indicador que informa de la qualitat dels processos d'interacció dels individus amb l'estructura organitzativa present en cada societat.

En aquest sentit, l'abordament dels símptomes i el malestar psíquic que pateix cada una de les persones que accedeix als sistemes de salut mental, caldria completar-los amb la preocupació pels aspectes socials que tenen una afectació negativa en la seva vida, i que es poden manifestar, entre altres maneres, a través de la mateixa patologia mental.

Per exemple a Espanya, d'acord amb el Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat (2011):

[34] La doctora Lynne Friedly, autora de l'informe de l'OMS *Mental health, resilience and inequalities* (2009: 1), tracta de representar el concepte de privació relativa amb l'exemple de l'avió. Així, es pregunta: fins a quin punt el viatger de classe econòmica es troba condicionat per l'existència d'altres viatgers que en el mateix avió viatgen en primera o *business*? És pitjor la seva sensació en termes de manca d'espai, menys quantitat o inexistència de menjar, condicions materials inferiors, etc., quan en un avió hi ha diferents tipus de viatgers, o quan tothom viatja en la mateixa classe? Quin tipus de reaccions emocionals i cognitives es donen en els viatgers de classe econòmica davant les subtils diferències d'actitud que els membres de la tripulació tenen amb els viatgers de primera classe?

> "La prevalencia de mala salud mental es mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y en hombres y mujeres con menores niveles de estudios. El 32% de las mujeres con estudios primarios presentan mala salud mental. En relación al estado civil, se observa que las personas viudas, separadas legalmente y divorciadas presentan peor salud mental. El hecho de ser mujer e inmigrante de países en vías de desarrollo está relacionado con una mayor prevalencia de mala salud mental (29,5%) (...). En relación a las condiciones de trabajo se observa que las personas en situación de baja laboral presentan mayor prevalencia de mala salud mental seguidas de las personas desempleadas (37,6% entre las mujeres jubiladas o pensionistas). Se ha sugerido que en una situación de depresión económica prolongada es probable observar tasas más altas de alcoholismo y drogadicción, depresión, suicidio y otros problemas de salud mental, tanto en países industrializados como en los menos desarrollados, asimismo la clase social influye de forma importante en el riesgo de padecer trastornos mentales" (p. 17).

Com es poden entendre els fenòmens corresponents al patiment psíquic sense incorporar-hi les variables de l'estructura social i les variables psicosocials de manera simultània? És més, com es poden entendre els factors causals intraindividuals sense incorporar models sociològics en l'anàlisi? D'acord amb Esteban Sánchez (2003), som davant d'un problema de complementarietat. En aquest sentit, l'autor recull les conclusions de diverses recerques que exemplifiquen l'extrema dificultat per explicar i entendre el malestar psíquic si no s'atén un origen socioestructural (p. 66).

Sánchez assenyala diversos estudis clàssics i d'altres de més recents (Faris i Dunham, 1939; Hollingshead i Redlich, 1958; Dohrenwend i Dohrenwend, 1969; Wheaton, 1978; Brown i Harris, 1978; Mirowski i Ross, 1989; Álvaro, Torregrosa i Garrido, 1992; Miech i Shanaha, 2000; Barrera *et al.,* 2002) que mostren l'existència d'una associació negativa entre les variables 'posició social' i 'trastorn mental', i com aquesta darrera incideix d'una manera més intensa en els grups que ocupen una posició més baixa en l'estrat social (p. 56-57).

Entre totes aquestes referències, l'autor en destaca dues. La primera és l'estudi de Brown i Harris (1978), per ser el que consolida les bases sobre les quals es construiran posteriorment els models sociològics en l'anàlisi dels trastorns mentals. L'estudi, situat al municipi de Camberwell, a Anglaterra, tracta d'explicar la major incidència del trastorn depressiu en dones de classe treballadora, per sobre de les dones de classe mitjana, d'acord amb factors que tenen a veure amb l'origen social.

Els elements explicatius són: els factors socials subjacents, els agents etiològics recents i els factors de vulnerabilitat. El primer element integra la classe social i l'etapa corresponent al

cicle vital (edat i maternitat). El segon element incorpora el nombre de successos vitals greus. El tercer element té a veure amb les estratègies de suport de què es disposa davant dels successos vitals greus. La distribució d'aquests tres elements entre els dos grups de la mostra es revela desigual, cosa que contribueix a explicar les diferències observades en la incidència de la depressió en els diversos estrats, a banda també de la seva gravetat i durada (p. 58-60).

El segon és l'estudi de Mirowsky i Ross (1989), en què es desenvolupa una explicació detallada del deteriorament psicològic vinculat al trastorn depressiu, d'acord amb les condicions socioestructurals dels individus. Partint d'una sèrie de condicions objectives en la seva vida associades a la posició social (en què s'inclourien els ingressos, l'educació, l'ocupació, el gènere, la raça i l'estatus matrimonial), es recopilen les experiències subjectives vinculades a les creences i les interpretacions sorgides dels diferents estrats, i per tant, d'aquesta condició objectiva d'existència. El nivell de deteriorament psicològic es trobaria associat a les diferents creences resultants que manté l'individu en relació amb la naturalesa humana, el món en el qual se situa i les relacions entre ell mateix i el seu ambient.

De manera operativa, les variables mediadores entre la posició social i el resultat de deteriorament psicològic serien les tres següents: alienació, autoritarisme i desigualtat. L'alienació s'entendria mitjançant els components següents: falta de control, aïllament social, confusió, absència de significat i absència de normes. L'autoritarisme representaria la conformitat amb l'autoritat externa i amb les pròpies capacitats associades a la posició social de partida. La tercera variable seria la desigualtat, és a dir, l'experiència de trobar-se implicat en un entramat de relacions injustes que poden conduir a vivències properes a l'explotació i l'abús (p. 60-64).

Amb aquestes referències, Sánchez sintetitza finalment l'estructura bàsica dels models teòrics d'arrel sociològica que estudien la relació entre la posició en l'estructura social i els trastorns mentals (amb una mirada més exhaustiva sobre el trastorn depressiu). Ho fa assenyalant tres aspectes interrelacionats. El primer indica la relació causal entre el trastorn mental i les condicions de vida dels individus, associades a una posició desafavorida dins l'estrat social. El segon mostra com els factors socials i psicològics interactuen entre ells i no són independents entre si, ja que existeix una realitat social que incideix significativament en la configuració de la realitat individual. El tercer aspecte explica que la relació entre estructura social i salut mental ve determinada per la major freqüència amb la qual els individus pertanyents als estrats inferiors es veuen exposats a situacions definides com a estressants. D'aquesta manera, l'autor destaca que les mirades intraindividuals o

supraindividuals que no s'entrellacen analíticament resten possibilitats al coneixement del fenomen (p. 56).

En sintonia amb aquesta anàlisi, l'OMS (2009) remarca la necessitat de realitzar una aproximació crítica a les circumstàncies personals i socials que contribueixen als problemes d'arrel psíquica dels individus. Per tal de fer-ho, insisteix en la necessitat de continuar estudiant les relacions d'influència existents en el marc d'un sistema social que incideix en com les persones pensen, senten i es relacionen.

Així mateix, des de la sociologia de la salut s'ha insistit a subratllar que les variables socioeconòmiques condicionen la salut (OMS, 2004b). Les persones que més desavantatge i aïllament social pateixen són les que tenen més problemes en aquest aspecte (House, Landis i Umberson, 1998, a OMS, 2004b: 30). De manera contrària, aquelles societats que presenten majors nivells de cohesió social[35] són més saludables per a les persones que les integren, i s'hi obtenen els índexs de mortalitat més baixos (Kawachi i Kenndy, 1997, a OMS, 2004b: 31).

En el pla econòmic, la riquesa dels països no és un factor que per si sol es converteixi en significatiu per al benestar i la reducció dels problemes de salut mental. Sí que ho és la combinació de riquesa i equitat distributiva, amb l'objectiu de reduir les desigualtats entre els ciutadans d'un país. Fins i tot, s'apunta que certes estratègies de creixement econòmic impulsades en alguns països emergents del context europeu, lluny de comportar una millora en els indicadors de benestar de la seva població, presenten perjudicis en el terreny psicosocial[36] (Pickett *et al.,* 2006; Marks *et al.,* 2006; Eckersley, 2005 i 2006, a OMS, 2009: 7).

La Carta d'Ottawa per a la Promoció[37] de la Salut, presentada per l'OMS l'any 1986, en el marc de la primera Conferència Internacional per a la Promoció de la Salut, ja suposà una crida als països i les instàncies governamentals per a l'ús combinat d'estratègies de diferents nivells per incidir en la salut de les persones, i recordava que la perspectiva integradora, així

[35] Una font rellevant per obtenir dades en relació amb el nivell de cohesió social és l'institut alemany Berterlsmann Stiftung. Vegeu: *Social Cohesion Radar. Measuring Common Ground. An International Comparison of Social Cohesion (2013).*
Accessible a: http://bit.ly/1K01VZS.

[36] Com assenyalen Martikainen *et al.*, 2002, a OMS (2009: 9), és necessari distingir, tot i la seva interrelació, els factors materials dels factors psicosocials que es desencadenen de les relacions econòmiques, socials i laborals. Per exemple, la reducció dels ingressos derivats de la pèrdua de l'ocupació representa el factor material. La pèrdua d'autoestima derivada d'aquest fet s'englobaria en l'anomenat factor psicosocial.

[37] L'OMS (2004b) utilitza el terme *promoció* per referir-se a l'acció sociopolítica adreçada a potenciar els factors protectors de la salut mental i minimitzar els factors de risc.

com l'atenció col·lectiva, es fa imprescindible si tenim en compte que els individus, de manera aïllada, tenen poc o cap control sobre una sèrie de factors molt importants que afecten la seva salut[38] (OMS, 2004b: 19).

Segons l'OMS (2003), la càrrega deguda als trastorns mentals s'incrementarà en les pròximes dècades. Es preveu que l'any 2020 els trastorns mentals representin el 15% dels anys de vida perduts. De la mateixa manera, s'estima que la depressió serà la segona causa de discapacitat en el món (p. 12).

Entre les causes que assenyala l'OMS davant aquest increment s'hi troben els canvis macroeconòmics, els desastres de diversa índole (que poden provocar pèrdua de la llar, desplaçaments, pobresa), els conflictes (exposició a conflictes armats) i la urbanització accelerada.

Precisament el factor d'urbanització és un dels elements que es troba vinculat a un augment de les persones sense llar, a la sobreocupació, la pobresa, l'increment dels nivells de contaminació, la ruptura de les estructures familiars i la pèrdua del suport social. Tots ells són components de risc per patir algun tipus de trastorn mental (Desjarlais *et al.,* 1995; Informe Mundial de la Salud, 2001, a OMS, 2003).

La pobresa, tant en els països desenvolupats com en aquells en vies de desenvolupament, és una de les variables més rellevants, que es manifesta en forma de causa i també de conseqüència (exposició a perdre el lloc de treball o la llar), donada l'adversitat ambiental i psicològica a la qual s'està sotmès sota aquesta condició (Patel, 2001, a OMS, 2003).

De la mateixa manera, la manca d'un habitatge es converteix en causa i efecte dels trastorns mentals. Diverses recerques han relacionat l'alta prevalença de problemes de salut mental en les persones sense llar. Entre els problemes més significatius en aquest grup destaquen: l'esquizofrènia, la depressió, l'ansietat, els intents de suïcidi, els problemes emocionals, la desesperança i els trastorns per consum de drogues i alcohol (Shaw, 2004; Lerner i Fernando, 1995; Heckert *et al.,* 1999; Folsom i Jeste, 2002; Nyamathi *et al.,* 2000; Scott, 1993; Sleegers *et al.,* 1998; Aptekar i Ciano-Federoff, 2009; Khurana *et al.,* 2004; Kerfoot *et al.,* 2007; Techakasem i Kolkijkovin, 2006, a OMS, 2010: 16-17).

En aquest sentit, l'OMS (2003) assenyala que tant la legislació com les polítiques governamentals adreçades a reduir els efectes relatius i absoluts de pobresa, així com

[38] Les cinc estratègies d'acció per a la promoció de la salut incorporades en la Carta, són: 1) configurar polítiques públiques saludables; 2) crear ambients de suport; 3) enfortir l'acció comunitària; 4) desenvolupar habilitats personals; 5) reorientar els serveis de salut (OMS, 2004b).

aquelles que s'adrecen a millorar la disponibilitat i qualitat d'habitatges, poden comportar una incidència positiva en la prevalença dels trastorns mentals.[39]

Seguint en el pla econòmic, la desocupació manté també aquesta doble relació amb els trastorns, ja que augmenta el risc de depressió i les taxes de suïcidi, i genera comportaments perjudicials per a la persona (Platt, 1984; Preti i Miotto, 1999; Gunnell *et al.,* 1999; Kposowa, 2001, a OMS, 2003).

En el seu informe *Impact of economic crises on mental health*, l'OMS (2011: 3-7) aprofundeix en la relació que tenen els determinants socials i econòmics amb la salut mental. Així, assenyala que:

- Els problemes financers, la pobresa i la privació social són els factors socioeconòmics més importants en el desencadenament dels problemes mentals (Fryers *et al.,* 2005; Laaksonen *et al.,* 2007).

- La presència relativament alta de trastorns mentals comuns es troba relacionada amb un baix nivell educatiu, desavantatges materials i desocupació (Fryers *et al.,* 2005).

- Els suïcidis són més comuns en àrees caracteritzades per la fragmentació, la privació socioeconòmica i la desocupació (Rehkopf i Buka, 2006; Middleton, Sterne i Gunnell, 2006).

- L'augment de la desigualtat en els ingressos es troba vinculat amb un augment de les taxes de suïcidi (De Vogli i Gimeno, 2009).

- Aquelles persones amb un nivell educatiu més baix són les que es troben més exposades a empitjorar la seva salut després de la pèrdua del lloc de treball (Edwards, 2008).

- La desocupació contribueix a l'augment de depressions (Dooley, Catalano i Wilson, 1994) i suïcidis (Blakely, Collins i Atkinson, 2003; Gunnell, 2004).

[39] Tot i que existeixen nombroses recerques que expliquen de manera fonamentada la relació entre la mala salut mental i la precarietat residencial, encara són poques les que expliquen els impactes que tenen les polítiques d'habitatge en la salut mental. Tot i això, alguns articles de revisió tracten d'aglutinar els estudis que han aconseguit exposar aquesta relació (vegeu: Thomson, Petticrew i Morrison, 2001). El que aquestes recerques mostren és una major efectivitat de les polítiques d'habitatge sobre la salut mental en els països amb ingressos més alts (OMS, 2004b). Aquest patró es pot situar en l'esmentada necessitat d'una intervenció integrada de diverses polítiques. La inversió en una línia d'acció desconnectada de l'abordament simultani d'altres necessitats pot produir uns resultats per sota dels esperats.

- Els joves desocupats tenen un risc més alt de tenir problemes mentals que aquells altres joves que tenen una ocupació.

- Els deutes, els problemes en el pagament de la hipoteca i les dificultats financeres condueixen també a problemes de salut mental (Skapinakis *et al.,* 2006; Reading i Reinolds, 2001; Jenkins *et al.*, 2008).

L'any 2007 es va publicar un estudi molt rellevant també a Anglaterra que aprofundia precisament en aquesta relació entre els ingressos econòmics i la prevalença dels trastorns mentals més comuns. La mostra es va dividir en cinc nivells d'ingressos i d'acord amb el sexe. Els resultats mostren que aquells individus (en aquest cas, homes) situats en el nivell més baix d'ingressos eren tres cops més propensos a patir algun tipus de trastorn mental comú (el 23,5% davant el 8,8%) que els situats en el nivell d'ingressos més alt. D'entre els trastorns, la depressió era el que presentava una relació més significativa entre els diversos grups (McNamus *et al.,* 2007).

Aquest estudi segueix la línia d'altres recollits per l'OMS (2011: 6) en què s'assenyalen els homes com el grup que presenta un risc més elevat de patir problemes mentals durant els períodes de crisi econòmica[40] (Artazcoz, 2004), majors morts derivades de suïcidis (Berk, Dodd i Henry, 2006) i abús d'alcohol[41] (Men, 2003).

En matèria laboral, els canvis legislatius que s'han anat aplicant en molts països, en la línia d'augmentar la flexibilitat en el mercat de treball i facilitar l'acomiadament, venen justificats tècnicament en el marc d'aconseguir una economia més competitiva, però es troben davant la contradicció de generar condicions de precarietat, atur, així com canvis sobtats en la trajectòria vital de moltes persones, que incideixen negativament en la seva salut mental (OMS, 2003).

La tendència produïda a partir d'aquests canvis legislatius qüestiona profundament l'afirmació que assenyala l'obtenció d'un lloc de treball com a factor protector de la salut mental. Sense deixar de ser incorrecta l'afirmació, l'OMS adverteix que l'ocupació ja no és garantia d'una bona salut mental. Aquest empitjorament de les condicions laborals en un

[40] Aquest fet se singularitza durant els períodes de crisi, i ve determinat per les condicions explicades. En termes generals, però, les dades posen de manifest una major freqüència de trastorns mentals en dones. Aquesta major prevalença ve caracteritzada per l'afectació més nombrosa dels trastorns de caràcter depressiu i ansiós en aquest grup.

[41] Als Estats Units, alts increments en la desocupació han estat associats amb l'augment de fins a un 28% en les morts causades per l'abús d'alcohol (Stuckler *et al.*, 2009, a OMS, 2011: 7).

sentit ampli condiciona de manera molt significativa la promoció i el manteniment de la salut mental en les persones ocupades (OMS, 2003).

Davant els factors protectors d'una bona salut mental associats a la seguretat i a un sentit de control en el treball, la baixa qualitat de l'ocupació, el treball amb contractes curts o sense contracte, amb poc reconeixement i dominats per l'absència de seguretat i control, mostren impactes negatius importants en la salut mental (Anderson, McDaid, Basu i Stuckler, 2011; Bambra, 2010, a OMS, 2014: 24).

Existeix una gran quantitat d'estudis en què s'analitza el nexe entre les condicions del mercat de treball i la salut mental. Entre els que recull l'OMS (2014: 35-36), es poden destacar els següents:

- Una anàlisi de dades referents a 26 països de la Unió Europea durant el període 1970-2007 va mostrar com per a cada increment d'un 1% en el percentatge de desocupació, l'augment en el percentatge de suïcidis creixia un 0,79% (Stuckler *et al.*, 2009).

- Un estudi comparatiu entre Espanya i Suècia durant el període 1980-2005 mostra com la solidesa dels sistemes de protecció social davant la desocupació durant els períodes de crisi suposa un factor de prevenció molt significatiu per a les persones amb major risc d'exposició a les problemàtiques de salut mental. En aquest sentit, a Espanya es pot observar un augment de les taxes de suïcidi a mesura que la taxa d'atur creix. En canvi, a Suècia, on per exemple la crisi financera de l'any 1992 va comportar un augment molt important de la taxa d'atur, no s'observa una associació entre les dues variables. Això es podria explicar atès que, com a mitjana per individu, la provisió de fons adreçada a les polítiques de protecció davant els efectes negatius que genera la sortida del mercat de treball a Suècia multiplica per quatre les proveïdes a l'Estat espanyol (Stuckler *et al.*, 2009).

- La línia descendent en la taxa de suïcidis dins dels estats membres de la Unió Europea va canviar de tendència l'any 2008, coincidint amb l'aparició de la crisi bancària i l'augment pronunciat l'any 2009 de les taxes de desocupació (Stuckler, *et al.*, 2008).

- Durant els anys 2008-2010, marcats per la recessió econòmica al Regne Unit, es van produir 1.001 suïcidis més dels esperats, la qual cosa canvià la tendència històrica descendent registrada fins llavors (Barr, *et al.*, 2012).

En síntesi, molts d'aquests estudis mostren evidències certament raonables i previsibles en concloure que aquelles persones que experimenten manca d'ocupació laboral, empobriment i pertorbacions familiars i socials com a conseqüència de les dificultats materials tenen un risc significativament més alt de trobar-se afectades per algun tipus de problema de salut mental que aquelles persones que no ho experimenten (Dooley, Catalano i Wilson, 1994; Mathers, Schofield, 1998, a OMS, 2011: 6).

Aquesta relació amb el mercat de treball no representa només una incidència en termes positius o negatius per a les persones directament implicades, sinó que també incideix en termes familiars més amplis, com per exemple en els seus fills. L'accés dels pares a unes ocupacions estables redueix el risc de pobresa en l'interior de la família i també incideix en la millora de les rutines familiars, alhora que facilita en els joves una aproximació més positiva al mercat de treball.

Si es té en compte que el risc de desocupació i les ocupacions amb pitjor qualitat es troben vinculats també amb la classe social de procedència de les persones, esdevindran cabdals les estratègies públiques adreçades a augmentar l'ocupabilitat dels grups més vulnerables (OMS, 2014: 22).

El fet és que la inserció laboral de les persones amb una discapacitat derivada d'un problema de salut mental és la més complexa d'entre totes les discapacitats. Les taxes de desocupació presenten valors molt alts —del 70% al 90%—, segons l'estudi de Harnois i Gabriel, 2009, a OMS (2010: 22). De manera particular, són les persones afectades per esquizofrènia, les qui tenen les taxes més altes (Marwaha i Johnson, 2004; Kilian i Becker, 2008, a OMS, 2010: 22).

L'àmplia investigació de Thornicroft (2009, a OMS, 2010: 22-23), que abraça 27 països, indica que el 70% de persones diagnosticades amb esquizofrènia es troba en situació de desocupació. De les 732 persones enquestades, la meitat va manifestar haver-se sentit objecte de discriminació en la seva recerca d'ocupació o en el seu esforç per conservar el lloc de treball.

2.2. Determinants de la salut mental

En el seu informe *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones específicas y opciones políticas*, l'OMS (2004a) hi aglutina un conjunt d'evidències disponibles respecte dels determinants que exerceixen una acció causal sobre la salut mental.

En aquest sentit, aquests determinants es classifiquen segons si actuen de manera protectora o en forma de risc. Els primers es defineixen com a condicions que milloren la resistència de les persones davant els problemes de salut mental. Els segons es troben associats a una major probabilitat d'aparició, una major gravetat i durada (p. 22).

En l'informe s'assenyala que és la presència acumulada de diversos factors de risc, combinats amb la falta de factors de protecció, el que predisposa les persones a aproximar-se a situacions de major vulnerabilitat, que poden conduir cap a una problemàtica mental, fins a convertir-se finalment en un quadre clínic de trastorn (p. 21).

Taula 3. Factors de risc i de protecció associats als trastorns mentals

	Factors de risc	**Factors de protecció**
Ambientals, socials i econòmics	Accés a drogues i alcohol. Desplaçament, aïllament i rebuig. Falta d'educació, transport i habitatge. Desorganització veïnal. Circumstàncies socials deficients. Nutrició deficient. Pobresa. Injustícia racial i discriminació. Desavantatge social. Migració a àrees urbanes. Violència, delinqüència, guerres. Estrès laboral. Desocupació. Ambients imprevisibles. Normes de comportament difuses, ambigües o canviants.	Integració de minories ètniques. Interaccions interpersonals positives. Participació social. Responsabilitat social i tolerància. Serveis socials. Suport social i xarxes comunitàries. Ambients previsibles, amb nivells de demanda adaptats a les capacitats de les persones. Normes de comportament consistents i delimitades.

	Factors de risc	**Factors de protecció**
Individuals i familiars	Fracàs acadèmic. Dèficits d'atenció. Cuidar pacients malalts crònics o amb demència. Abús i abandó de menors. Insomni crònic; dolor crònic. Comunicació anormal. Embaràs precoç. Abús a ancians. Immaduresa emocional. Ús excessiu de substàncies. Exposicions a violència, agressions i traumes. Conflicte o desorganització familiar. Soledat. Pes baix en néixer. Classe social baixa. Malaltia mèdica. Desequilibri neuroquímica. Malaltia mental dels pares. Abús de substàncies per part dels pares. Complicacions perinatals. Pèrdua personal; dol. Habilitats i hàbits de treball deficients. Discapacitats de lectura. Discapacitats sensorials i impediments orgànics. Incompetència social. Esdeveniments amb molta tensió. Consum de substàncies durant l'embaràs.	Capacitat per fer front a l'estrès. Capacitat per fer front a l'adversitat. Adaptabilitat. Autonomia. Estimulació cognitiva primerenca. Exercici físic. Sentiments de seguretat. Sentiments de domini i control. Bona criança. Alfabetització. Afecte positiu i llaços afectius primerencs. Interacció positiva entre pares i fills. Habilitats per a la resolució de problemes. Conducta sociable. Autoestima. Destreses vitals. Destreses socials i de maneig de conflictes. Creixement socioemocional. Maneig de l'estrès. Suport social de la família i els amics.

Font: adaptat d'OMS (2004a: 22 i 24); Hernández (2013: 319).

És conegut que l'impacte dels trastorns mentals divergeix en funció dels sectors de població. Així, els que presenten major vulnerabilitat són els que tenen alhora més risc de veure's afectats per les patologies mentals. Aquesta vulnerabilitat es troba caracteritzada per l'escassetat de recursos i la proliferació de circumstàncies adverses.

Entre els sectors més sensibles s'hi troben: nens i adolescents amb una criança alterada, emigrants, poblacions indígenes, persones afectades per conflictes i guerres, persones afectades per condicions d'extrema pobresa i dones sotmeses a abusos (OMS, 2003).

En relació amb els primers, els infants i adolescents, diversos estudis han ofert resultats similars en l'associació entre problemes conductuals en la infància i les seves posteriors conseqüències adverses al llarg de la joventut. Entre d'altres es pot destacar l'estudi de Fergusson *et al.*, 2005, a OMS (2009: 33), realitzat a Nova Zelanda, amb un seguiment longitudinal que comprèn 25 anys. En les seves conclusions destaquen que el 5% dels infants situats en el pitjor nivell en termes conductuals multipliquen per quatre (si es compara amb el 50% que no en presenten) la probabilitat de veure's involucrats en un futur en delictes violents; per tres, pel que fa a les probabilitats d'intent de suïcidi; gairebé per tres, la probabilitat d'esdevenir pare o mare en l'adolescència, i gairebé per u i mig, les probabilitats de no obtenir credencials en el terreny educatiu.

Amb dades d'UNICEF, Wilkinson i Pickett, 2007a, a OMS (2009: 36), apunten que dins dels països situats en la banda alta de desenvolupament, aquells que obtenen uns indicadors més positius de benestar infantil (Països Baixos, Suècia, Dinamarca i Finlàndia) coincideixen amb els que presenten una taxa de pobresa relativa més baixa entre la seva població. D'altra banda, els països amb nivells de benestar infantil inferiors són els mateixos que obtenen taxes de pobresa relativa més alta (els Estats Units i el Regne Unit).

També és coneguda la relació entre els trastorns físics i mentals que es veu reflectida en la menor esperança de vida de les persones afectades per un trastorn mental. L'estudi fet al Regne Unit per la Disability Rights Commission, 2006, a OMS (2010: 25), assenyala que les persones afectades per greus problemes de salut mental presenten una esperança de vida mitjana inferior a la població general. Aquesta mitjana la situen en deu anys per sota.

Alguns dels factors explicatius tenen a veure amb la disminució de la funció immune, les conductes poc saludables, els resultats poc favorables de la malaltia, i l'incompliment de les prescripcions terapèutiques. Aquests factors augmenten també el risc de patir alguna malaltia de tipus somàtic (OMS, 2003).

De la mateixa manera, l'exposició continuada i acumulada en el temps a factors d'estrès té una incidència múltiple en la salut i en el sistema immunitari, ja que afecta el funcionament psicològic de les persones, les funcions cardiovasculars o el sistema respiratori, entre d'altres (Shonkoff i Garner, 2012; Shonkoff, Boyce i McEwen, 2009, a OMS, 2014: 18).

La mateixa OMS, en l'informe més recent, *Social determinants of mental health* (2014), assenyala una sèrie d'àrees clau emmarcades en la comprensió dels determinants socials de la salut mental, que són: la comunitat, els serveis locals i els factors d'àmbit nacional. Aquestes àrees són assenyalades com a espais d'oportunitats per reduir el risc d'incidència dels trastorns mentals.

En l'àmbit comunitari s'apunta a enfortir la cohesió social a partir del treball en l'àmbit del veïnatge, mitjançant el foment de la participació, i la reducció de la violència i de les desigualtats. Amb referència als serveis locals, es destaca la importància dels serveis educatius i de cura en les etapes infantils, els serveis adreçats a adolescents i joves, així com la qualitat de les escoles[42] i dels serveis de salut i socials. A escala nacional, s'assenyala la reducció de la pobresa, la desigualtat i la discriminació; l'èmfasi en la governança i els drets humans; les polítiques de promoció educatives, laborals, de salut i habitatge, així com les polítiques de protecció social (p. 7).

En el marc d'aquestes recomanacions, s'indica com a imprescindible l'aprofundiment i l'ampliació de les institucions socials que organitzen i gestionen els diversos sistemes de suport que fan possible una convivència ciutadana més digna. L'impacte de les polítiques que s'adrecen a desproveir les institucions de les seves finalitats públiques suposa un greu risc per a la cohesió social i el benestar ciutadà. Sense la política pública amb una mirada horitzontal que tingui en compte els àmbits centrals d'una societat (ocupació, educació, salut, serveis socials, justícia i drets humans, habitatge i medi ambient), la prevenció dels trastorns mentals i la promoció de la salut mental no deixaran de ser fites altament improbables d'aconseguir (OMS, 2004a).

Alhora que s'intenta fomentar la capacitat de resiliència de les persones davant de les dificultats intrínseques de la vida, resulta convenient situar en el debat la necessitat d'enfortir la resiliència comunitària que demana aprofundir en els sistemes de protecció socials.

[42] D'acord amb Durlak i Wells, 1997, a OMS (2011: 4), els centres escolars i preescolars són centrals en la consecució d'una bona salut mental, ja que promouen una preparació holística per a la vida mitjançant la provisió d'aprenentatges socials i emocionals.

Apel·lar a la qualitat en la resposta dels serveis públics davant els problemes socials que s'encarnen en els ciutadans defineix en bona mesura l'habilitat de reacció i adaptació que, en conjunt, es té davant les dificultats col·lectives sobrevingudes (Bartley, 2006; Cummins *et al.*, 2007, a OMS, 2009: 24).

En la taula següent es mostren tres línies d'acció referents a la promoció de la salut mental, amb els seus respectius elements associats.

Taula 4. Factors personals, socials i ambientals que determinen la salut mental

1. Desenvolupament i manteniment de comunitats saludables	Protecció i seguretat. Bones condicions d'habitabilitat. Experiències educatives positives. Ocupació. Bones condicions de treball. Reducció del conflicte i la violència. Control de la pròpia vida. Validació comunitària. Suport social. Necessitats bàsiques satisfetes.
2. Capacitat de cada persona per desenvolupar-se en el seu context social a partir de la participació, la tolerància a la diversitat i la responsabilitat mútua	Llaços afectius primerencs. Afecte. Establiment de relacions. Comunicació. Sentiments d'acceptació.
3. Capacitat de cada persona per fer front als sentiments i pensaments, el maneig de la pròpia vida i la resiliència	Salut física. Autoestima. Capacitat per conduir els conflictes. Capacitat per aprendre.

Font: HEA, 1997; Lehtinen, Riikonen i Lahtinen, 1997; Lahtinen *et al.*, 1999, a OMS (2004b: 28).

D'acord amb l'OMS (2011), cal tenir en compte que l'extensió dels problemes de salut associats als períodes de recessió econòmica no ha de complir-se necessàriament si els països es troben dotats d'uns sistemes de protecció sòlids. Les dades disponibles mostren que

països com Finlàndia i Suècia, tot i estar també sotmesos a canvis cíclics en la seva economia que comporten l'augment de la població desocupada, no presenten les conseqüències negatives associades en termes d'increment de les desigualtats en salut ni d'augment de les taxes de suïcidi (Lahelma *et al.*, 2002; Ostamo i Lönnqvist, 2001, a OMS, 2011: 8).

Taula 5. Intervencions polítiques i tècniques per a la prevenció dels trastorns mentals i la promoció de la salut mental

Suport familiar en la criança	Reducció de la pobresa infantil. Programes de millora de la nutrició. Entrenament en habilitats parentals. Augment de la qualitat en l'educació preescolar. Reducció de la violència i els abusos sexuals. Augment dels espais educatius destinats als jocs infantils. Promoció de la salut en els entorns escolars. Suport parental per fomentar un ambient d'aprenentatge a la llar. Desenvolupament de l'infant en el terreny social, creatiu i esportiu, al mateix temps que acadèmic.
Reducció de la inseguretat econòmica	Millora de les condicions de treball i l'estabilitat laboral. Establiment d'estratègies de suport davant la pèrdua del lloc de treball. Programes d'acompanyament per a la gestió dels deutes. Programes de prevenció en salut mental en el treball. Acompanyament en el treball per a persones afectades per un trastorn mental.
Enfortiment de la xarxa comunitària	Creació i accés a recursos comunitaris que no tinguin caràcter mèdic o sanitari, com per exemple recursos culturals, educatius, associatius, artístics, etc. Accés a zones verdes i obertes.
Programes socials específics	Intervencions de suport integrals adreçades als col·lectius socials més vulnerables. Millora de l'accés a l'habitatge. Millora de les condicions d'habitabilitat.

Font: OMS (2004a; 2004b; 2009).

Per a l'OMS (2011), les evidències disponibles en la recerca permeten apuntar que l'impacte de la mala salut mental en la població com a conseqüència de les situacions de crisi econòmica dependrà de l'acció en cinc àrees clau:

1) Els programes que preveuen mesures actives del mercat de treball.

2) Els programes de suport a les famílies.

3) El control dels preus i la disponibilitat dels productes alcohòlics.

4) L'atenció primària adreçada als col·lectius amb més risc de patir problemes de salut mental.

5) Els programes d'assistència davant dels deutes econòmics[43] (p. 10-12).

Reconeixent la importància d'aquestes àrees, resulta necessari mantenir present que l'acció política i tècnica sobre elles no podrà suprimir completament les problemàtiques de salut mental. Els components biològics determinats per la càrrega genètica, així com les decisions de caràcter personal que dirigeixen la conducta i els comportaments, suposen uns elements que sobrepassen les capacitats d'actuació d'aquestes accions. En tot cas, sí que es poden reduir intervenint de manera més intensa i global sobre un ampli marge de circumstàncies socials que en molts casos resten al descobert i que, com s'ha evidenciat, esdevenen determinants (OMS, 2004b).

Tot i que les dades presentades poden situar-se en un nivell *macro* i de caràcter preventiu, també es poden combinar i interrelacionar-se amb factors de caràcter més operatiu i concrets, associats en aquest cas a les fases de recuperació de les persones que ja es troben afectades.

En aquest sentit, en l'article "Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence" (2012), els investigadors Jerry Tew, Shula Ramon, Mike Slade, Victoria Bird, Jane Malton i Clair Le Boutillier han realitzat una labor molt significativa en recollir i divulgar un gran nombre d'evidències presentades en aquesta esfera, i a una escala internacional.

En la taula següent es presenten alguns dels resultats recollits més rellevants:

[43] Un estudi realitzat a Anglaterra l'any 2007, amb una mostra de 7.461 pacients psiquiàtrics, concloïa que les persones amb problemes econòmics associats amb deutes triplicaven el risc de patir algun tipus de trastorn mental comú (Meltzer *et al.*, 2012).

Taula 6. Factors socials associats a la recuperació de les persones afectades per trastorns mentals. Revisió internacional

	Descripció
Relacions de suport en el treball	Una recerca amb una mostra de 261 persones afectades per algun tipus de trastorn mental que es troben inserides en el mercat de treball (en alguns casos, ordinari, i en d'altres, protegit) conclou que les relacions de suport que s'estableixen en el lloc de treball és el factor més important que explica una percepció de qualitat de vida més alta per part d'aquest grup (Rüesch *et al.*, 2004).
Treball i benestar	Una recerca comparada entre tres grups de persones afectades per algun tipus de trastorn mental conclou que aquelles que tenen un treball són les que presenten més satisfacció amb la seva vida. El segon grup, que participa en activitats de rehabilitació comunitària però no té un treball, no presenta millor satisfacció que el tercer, el qual no té cap activitat regular diària (Eklund, Hansson, Ahlqvist, 2004).
Organitzacions basades en l'ajuda mútua	Moviment creat per persones que tenen al·lucinacions auditives. Es construeix una xarxa que fomenta un ambient d'acceptació i intercanvi d'estratègies per gestionar aquestes situacions. El seguiment i l'avaluació d'un grup de persones (un total de 17) que formen part del moviment mostren aspectes positius en termes d'identitat i apoderament (Meddings *et al.*, 2004).
Organitzacions de persones afectades	S'estudia l'impacte que afecta 250 usuaris que formen part de 20 organitzacions de salut mental en què la major part dels membres que formen l'equip professional són persones afectades per un trastorn mental. Els resultats indiquen una associació positiva entre la participació en aquestes organitzacions i la recuperació (Brown *et al.*, 2008).
Programes basats en l'ajuda mútua	Estudi comparatiu que mesura l'eficàcia, en termes de recuperació, entre un programa de suport que incorpora l'ajuda entre iguals i altres programes estàndards que no la incorporen. Els resultats indiquen una major eficàcia del primer (Resnick i Rosenheck, 2008).
Recuperació	Estudi que identifica els factors que més han influït en la recuperació de 15 usuaris diagnosticats amb algun tipus de trastorn mental. Aquests són: 1) la relació de suport prestada pels professionals; 2) les relacions establertes dins d'un grup d'iguals; 3) la participació en activitats que es consideren significatives; 4) la possibilitat d'escollir entre una varietat de tractaments (Mancini, 2007).

Apoderament (1)	Estudi que indica com els processos d'apoderament a un nivell *micro*, *meso* i *macro* faciliten el procés de recuperació. S'identifiquen indicadors clau en àrees vinculades a l'adquisició de recursos, la integració comunitària i el desenvolupament d'espais de control i decisió dels usuaris (Nelson, Lord i Ochocka 2001).
Apoderament (2)	S'implementa un mètode a partir del qual s'entrega a cada persona afectada un pressupost individual, el qual ha de gestionar i bescanviar per aquells serveis que consideri més adients a les seves necessitats. S'observa més satisfacció en relació amb el servei, una major responsabilitat en relació amb els diners i una millora en termes de recuperació (Alakeson, 2007).
Model basat en les fortaleses	Model que emfatitza la idea que els serveis i suports a prestar han d'estar alineats amb les habilitats i qualitats internes positives que tenen els usuaris. Des d'una perspectiva comparada amb altres models de tractament assertiu, aquest presenta millors resultats pel que fa a la reducció de simptomatologia (Barry *et al.*, 2003; Saleebey, 1996).
Xarxa social	Un estudi amb una mostra de 176 persones amb trastorns mentals conclou que aquelles persones que tenen una xarxa social més extensa, i que obtenen major satisfacció en les relacions que hi estableixen, presenten un millor procés de recuperació (Corrigan i Phelan, 2004). Altres estudis en relació amb aquestes variables —xarxa social, relacions socials, capital social— ofereixen resultats similars (Becker *et al.*, 1998; McCorkle *et al.*, 2009; Salokangas, 1997; Schon, Denhov i Topor, 2009; Topor *et al.*, 2006; Yanos, Rosenfield i Horwitz, 2001).
Estigma	Diversos estudis han mostrat els impactes que té l'estigma social en el procés de recuperació de les persones afectades: -Una recerca amb la participació de 70 persones afectades per algun tipus de trastorn mental conclou dient que l'estigma social associat a la malaltia mental perjudica l'autoestima de les persones afectades (Link *et al.*, 2001). - Persones amb un nivell menys interioritzat d'estigma presenten menys dificultats en el procés de recuperació. De manera inversa, per a aquells que presenten nivells més alts, el procés resulta més dificultós (Lysaker, Roe i Yanos, 2007). - En una mostra de 264 persones tractades durant una fase aguda de trastorn afectiu bipolar, es conclou que una alta preocupació per aspectes vinculats amb l'estigma és un factor predictiu d'aïllament social i d'evitació de relacions fora de l'àmbit familiar (Perlick *et al.*, 2001).

	- En una mostra amb 157 persones afectades per algun tipus de trastorn mental s'observa que una major resistència a l'estigma correlaciona positivament amb major autoestima, major apoderament i major qualitat de vida (Sibitz *et al.*, 2009).
Relacions i vincle amb els professionals	Diversos estudis assenyalen la relació entre usuari i professional com una variable molt significativa en el procés de recuperació. Aquesta és especialment rellevant en aquells usuaris que necessiten una continuïtat assistencial a llarg termini (Huxley *et al.*, 2009; Malmberg-Heimonen, 2010; Topor *et al.*, 2006).

Font: elaboració pròpia a partir de Tew *et al.* (2012).

2.3. Els marcs d'interpretació dels trastorns mentals i la discapacitat

En un nou intent per superar el reduccionisme biomèdic (el moviment d'higiene mental, esmentat en el capítol anterior, en seria pioner), el psiquiatre nord-americà George Engel va posar en circulació a finals dels anys setanta el terme *biopsicosocial*, amb la pretensió d'incorporar d'una manera més sòlida els factors psicològics i socials a l'anàlisi i el tractament de les patologies mentals, assenyalant la necessitat d'obrir de nou la perspectiva.

Actualment, aquest model d'abordament vindria a ser el més comú dins dels sistemes d'atenció, si més no, des d'una perspectiva formal. Tot i això, situats en el nivell de la intervenció, resulta bastant evident que aquesta triple dimensió no troba en la pràctica quotidiana un encaix sobre el qual establir-se.

Encara que el prisma biopsicosocial regeix oficialment l'enfocament institucional del tractament de les malalties i els trastorns mentals, la vessant funcional centrada en el cos continua mantenint el pes hegemònic d'aquest eix tridimensional. El nexe d'unió entre el trastorn mental i els elements culturals, biogràfics, socials i psicològics es manté dèbil. El malestar i la patologia psíquica troben la seva resposta simplificada en l'analogia física, majoritàriament com a disfunció biològica (Martínez, 2000: 249).

Possiblement el pes històric de la psiquiatria, marcada per un mandat social il·lustrat per corregir la desviació i la marginació mitjançant la substitució dels elements màgics i religiosos pels científics, manté un pes molt significatiu que encara avui es manifesta com un ancoratge poderós en l'imaginari col·lectiu.

El manteniment de la drecera biològica i la fragmentació de les problemàtiques mentals en el cas per cas dificulten la incorporació dels criteris socials en els diagnòstics, així com la seva causalitat amb els fenòmens psicopatològics. Menys encara se succeeixen les reflexions sobre

les categories diagnòstiques. L'exercici necessari d'inscriure aquestes categories en la dinàmica d'unes construccions culturals emmarcades en un context històric determinat és percebut en diverses ocasions com una apologia de l'antipsiquiatria.

Tot i això, no sembla necessari fer-ne una anàlisi gaire detallada per observar que la configuració de la base epistemològica que es troba en les definicions psicopatològiques ve influïda per conceptes d'arrel social com: normalitat, desviació, adaptació o integració (Pons, 2006). Sense aquests, resulta difícil entendre per què un patró de comportament és diagnosticat com a patologia en un context històric determinat, i deixa de ser-ho quan aquest context canvia. Poc se sap, des d'un punt de vista exclusivament mèdic, de per què l'homosexualitat va estar incorporada com a patologia en els manuals psiquiàtrics de referència[44] fins pràcticament els anys noranta, ni tampoc per què en un cert moment van desaparèixer-ne, i deixaren de tenir la consideració de patologia.

En canvi, s'estén la idea que les categories diagnòstiques es mouen en l'àmbit de la constatació empírica, a tall de fets objectius que se'ns revelen a la mera observació, sense tenir en compte els elements socials que incorporen i els determinen (Martínez, 2000: 249).

Al mateix temps, l'ampliació de l'oferta mèdica, biològica i farmacològica en els països desenvolupats no sembla comportar una reducció de les problemàtiques de la població en termes de salut mental. Al contrari, l'expressió de malestar psíquic és creixent. La creença en la ciència biomèdica com a portadora de solucions singulars als problemes de salut mental de les persones troba un llindar per sobre del qual deixa de ser efectiva (Del Cura i López, 2008: 5).

L'individualisme metodològic que s'empra des d'aquesta perspectiva descansa sobre la imatge del subjecte isolat, descontextualitzat. La vivència complexa d'un individu connectat a un sistema social de caràcter polític, econòmic, social i, finalment, biogràfic és reduïda dràsticament a uns estàndards que puguin ser manejables en termes de gestió assistencial sanitària (Correa *et al.*, 2006: 49).

Aquest raonament no exclou el fet de reconèixer que les evidències mèdiques de caràcter biològic hi són i mereixen tenir un espai central. Tot i això, també cal considerar que no només són evidències empíriques resultants de l'observació del cos. Com assenyala Fábrega, 1987, a Martínez (2000):

[44] Em refereixo a dos concretament: el CIM (Classificació internacional de malalties), de l'Organització Mundial de la Salut, i el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), de l'Associació Americana de Psiquiatria (APA).

> "Los trastornos mentales son generalmente realidades abstractas: no sólo involucran hechos, sino también, y fundamentalmente, comportamientos, experiencias, emociones y expresiones (...). En el desarrollo de su práctica clínica, el psiquiatra se encuentra con manifestaciones que más que signos físicos son quejas, comportamientos y expresiones de malestar. Dicho de otra manera, son realidades lingüísticas y culturales expresadas por los pacientes y no tanto fenómenos físico-naturales que pueden ser observados por el profesional" (p. 269).

El trastorn mental no pot equiparar-se a les malalties d'ordre físic, que són focalitzades des de la perspectiva clínica, i obvien els elements d'identitat i narrativa que es troben implicats en el fet. L'actuació unilateral sobre hipòtesis neuroquímiques que tenen el seu inici i el seu final en l'espai corporal del pacient no dona una resposta sostenible a aquesta problemàtica (Correa *et al.*, 2006: 49).

Tot i això, la inèrcia històrica empeny cap a un domini del discurs centrat en la patologia clínica. Un model d'interpretació individual que, d'acord amb Giddens, entén les malalties —entre les quals, la mental— com a entitats que es configuren només a partir dels símptomes identificables. En aquest sentit, aquest enfocament predominant en la cultura occidental des de fa més de dos segles respon, seguint Giddens (2006: 267), a tres pressupòsits fonamentals.

El primer assenyala la malaltia en termes de patologia orgànica que succeeix en l'organisme humà. Aquesta anomalia és generada per un agent biològic que ocasiona una alteració en el funcionament natural del cos. Des d'aquest punt de vista, la intervenció professional consistirà inicialment a diagnosticar la causa que provoca l'anormalitat. Posteriorment s'aplica un tractament mèdic amb l'objectiu de retornar el cos a un estat de normalitat.

El segon aspecte assenyala que el cos i la ment poden ser abordats de manera aïllada, posant l'èmfasi en la curació de la malaltia, atès que el pacient amb una patologia representa un cos malalt. S'entén el cos com a objecte d'intervenció, i pot ser tractat d'una manera aïllada. En aquest sentit, la informació mèdica i les dades clíniques del pacient són centrals, per damunt d'aspectes ambientals o contextuals. Es realitza, doncs, una pràctica sanitària focalitzada en el símptoma, la qual remet a una subordinació tècnica de caràcter mèdic. S'objectiva el subjecte, fins al punt de perdre'l (Miranda, 2010b: 24), i es deixen així de banda altres coneixements socials i culturals que permetrien una atenció més integral.

En tercer lloc, es parteix de l'especialització del professional expert per tractar les patologies que genera el cos. Aquesta expertesa es manifesta mitjançant la utilització de la tecnologia, la

prescripció farmacològica i la intervenció quirúrgica. L'espai assistencial es troba cobert per professionals que elaboren un diagnòstic i estableixen el tractament a seguir. En essència, el model individual parteix de l'anormalitat corporal o mental per interpretar també el fenomen corresponent a la discapacitat.

L'ancoratge en la interpretació biomèdica es fa palès en el moment que des de la literatura s'exposen els anomenats 'discursos alternatius'. Aquests discursos sorgeixen bàsicament amb l'aparició del model social d'interpretació de la discapacitat, que incorpora, al fenomen de la salut mental i la discapacitat derivada d'una patologia mental, noves perspectives per a la seva interpretació.

Per al model social,[45] les limitacions que suporten les persones amb discapacitat no vindrien tant directament associades a la malaltia en si, com a un seguit d'elements incorporats en l'ambient social que incidirien més àmpliament en les persones afectades (Verdugo, 2003: 3). Abberley, 1995, a Ferreira i Rodríguez (2006) hi fa referència dient:

> "La teoría tradicional (...) sitúa la fuente de discapacidad en la deficiencia del individuo y en sus discapacidades personales. En contraposición, el modelo social entiende el resultado del fracaso de la sociedad al adaptarse a las necesidades de las personas discapacitadas" (p. 243).

Per a Miguel Ángel Ferreira (2008: 222-23), la perspectiva que aporta el model social pot ser desgranada en tres dimensions. La primera té a veure amb la interpretació de la discapacitat com a construcció social. Així, se subratllen un conjunt de pràctiques socials que afecten les persones discapacitades per la condició singular de la seva situació. En aquest punt, Ferreira empra Bourdieu (1991; 1998) per referir-se al concepte d'*habitus* i emmarcar el conjunt de predisposicions apreses derivades de la vivència d'una lògica social determinada; lògica a partir de la qual es configura aquest *habitus* de la discapacitat marcat per la insuficiència, la incapacitat, i la devaluació sorgida de l'eix estructurador 'capacitat-discapacitat'.

La segona dimensió també faria referència a una esfera vinculada a la construcció, en aquest cas, de la identitat social. D'acord amb Barnes, 2007, a Ferreira (2008), els individus que tenen una discapacitat en són conscients a partir de la interacció amb les persones 'no-

[45] Aquest és un model que sorgeix des de l'activisme de les persones afectades. Té els seus orígens en el moviment de persones amb discapacitat física al Regne Unit durant la dècada dels setanta, i es concreta amb la creació de l'organització UPIAS (Union of the Physically Impaired Against Segregation). En el seu manifest fundacional presenten la discapacitat com un concepte diferent del de deficiència. En els anys posteriors, diversos científics socials (com Mike Oliver i Vic Finkelstein) treballen en aquesta temàtica i en línia amb aquesta diferència conceptual, a fi d'atorgant credibilitat acadèmica i de donar forma a un model d'interpretació alternatiu a l'individual d'arrel biomèdica (Giddens, 2006).

discapacitades' (p. 226). Així, aquesta construcció identitària alçaria els seus fonaments sobre el terreny de les relacions i interaccions socials, més que en els efectes individuals del trastorn mental o físic (Hunt, 1966, a Ferreira, 2008: 227). Aquest tret uneix, en l'imaginari col·lectiu, un nombre molt ampli de persones que no tenen res en comú, excepte aquesta particularitat (Brisenden, 1986, a Ferreira, 2008: 227).

Finalment, la tercera dimensió enllaçaria amb la posició que ocupen en l'estructura social. En el marc de les societats capitalistes, d'arrels liberals i meritocràtiques, les persones amb discapacitat partirien d'un clar desavantatge per tal d'assolir, a partir dels seus propis mitjans, posicions altes dintre de l'estructura econòmica i social.[46] Fins i tot, es podria assenyalar la dificultat per a terme una vida independent (Ferreira, 2008: 230-31).

Des del model social s'empren perspectives properes a la sociologia del conflicte per a l'anàlisi, en termes de voluntat transformadora d'un ordre dominant generador d'opressió, i que desencadena situacions de malestar, vulnerabilitat i vulneració de drets sobre les persones amb discapacitat. S'obre també una línia crítica cap a l'assumpció del rol tècnic que agafen els professionals sanitaris. L'expertesa tècnica professional, d'acord amb el model, ha de qüestionar la ideologia dominant que dictamina el seu exercici, i preguntar-se si aquesta es troba regida per la justícia social. L'alternativa implica els processos d'apoderament de les persones afectades, la qual cosa possibilita que aquestes esdevinguin actores centrals per tal de parlar i investigar respecte del fenomen que les afecta (Verdugo, 2003: 1).

D'acord amb Oliver (1998), les teories emmarcades en el model individual d'arrel biomèdica poden ser objecte de crítica per tres motius principals. Primerament, pot ser-ho pel seu caràcter determinista, atès que s'entén la conducta en paràmetres de normalitat en el cas que aquesta coincideixi amb els paràmetres de normalitat establerts científicament. En segon lloc, no s'hi incorporen els factors socials, polítics i econòmics subjacents. Finalment, no incorporen la interpretació subjectiva provinent de les persones directament implicades en el problema.

Pel model social, la discapacitat és entesa com a desavantatge social més que no pas en termes de deficiència física, psíquica o mental. Així, s'entén la construcció de la malaltia i la discapacitat com a quelcom més que patologies biològiques enllaçades amb els aspectes fisiològics del cos. Aquesta construcció té a veure també amb els components culturals

[46] Òbviament, aquest raonament no és aplicable al conjunt de persones amb discapacitat. Així ho assenyala Ferreira (2008): "Un discapacitado perteneciente a una familia adinerada y bien situada en la estructura de poder de una sociedad estará adscrito, pese a su discapacidad, al escalafón social de la misma y, consecuentemente, pertenecerá a un grupo social más bien privilegiado" (p. 230).

presents en el context en què s'inscriu la persona: "romper las barreras físicas, sociales y actitudinales existentes contra las personas con discapacidad es tan importante, sino lo es más, como curar las deficiencias físicas o mentales"(Imrie, 1997, a Verdugo, 2003: 2).

El problema de la discapacitat que pateix un individu no només té incidència en el seu desenvolupament personal, sinó que afecta de manera sistèmica la relació que l'individu té amb la resta de persones del seu context. La discussió entre models contraposa dues maneres d'entendre la discapacitat, amb conseqüències reals en el procés vital de les persones.

Seguint Oliver (1998) i Giddens (2006), se n'infereix que del model biomèdic en sorgeix una idea de tragèdia personal. Aquesta tragèdia, a tall d'esdeveniment funest, representa un infortuni per a la persona afectada per algun tipus de discapacitat, que ho acaba incorporant com a problema personal. En certa manera, la càrrega genètica heretada, les circumstàncies sobrevingudes o les malformacions congènites podrien ser algunes de les principals explicacions biomèdiques.

En aquest sentit, escriu Oliver (1998):

> "No hay duda de que, en el fenómeno de la discapacidad, la teoría dominante, aunque implícita, ha sido la de la tragedia personal. Según esta teoría, la discapacidad es un hecho trágico que les ocurre a individuos desafortunados y aislados, de forma aleatoria. Esta idea influye además en las respuestas de política compensatoria y en las intervenciones terapéuticas diseñadas para ayudar a los individuos a aceptar la tragedia. En su experiencia individual, muchas personas discapacitadas llegan a la conclusión de que sus vidas están arruinadas por la tragedia" (p. 48).

El tractament que es deriva d'aquesta interpretació se situa en clau individual. La farmacologia,[47] l'expertesa i el domini professional i l'especialització científica en són els elements principals per a la reparació del dany. En aquest model, el retorn a la normalitat implicarà una adaptació del pacient a les condicions ordinàries que presenti el seu marc vivencial.

[47] Els dos models presenten aproximacions maximitzades a una banda i altra. La seva utilitat rau precisament en el posterior exercici matisat que s'hi pugui fer. El cas de la farmacologia, per exemple, no queda invalidada des del model social. En paraules de Manuel Miguel Pajuelo (2012): "En les persones amb més gravetat a nivell psiquiàtric és indispensable que no hi hagi símptomes actius. Per aconseguir-ho cal la cobertura farmacològica. És cert que gran part de les medicacions antipsicòtiques tenen efectes secundaris indesitjables. Però no és menys cert que en malalties psiquiàtriques greus, amb símptomes actius, sense medicació no hi ha possibilitat de tractament a través de la paraula, perquè la persona no té la capacitat necessària per prestar atenció, concentrar i pensar amb claredat, i, per tant, per revisar i canviar" (p. 73).

Taula 7. Models d'interpretació dels trastorns mentals i la discapacitat

Model individual enfocat en el tractament	Model social enfocat en la recuperació
Interpretació de caràcter clínic.	Interpretació de caràcter biogràfic i humanista.
Problema personal.	Vulnerabilitat social.
Tractament individual focalitzat en la patologia.	Acció social focalitzada en la persona i el seu context.
Descripció. Diagnosi. Medicalització. Rehabilitació.	Comprensió. Construcció de sentit. Recuperació. Autoajuda.
Domini de l'expertesa professional.	Diversitat d'experteses (inclosa la de la persona afectada).
Intervencions basades en l'especialització i el control.	Intervencions basades en les fortaleses de les persones.
Identitat individual.	Identitat grupal.
Programes.	Polítiques.
Adaptació individual. Retorn a la normalitat.	Canvi social. Responsabilitat col·lectiva.

Font: adaptat d'Oliver, 1996, a Giddens (2006: 287); Slade (2009).

Per la seva part, el model social deixa de banda la visió de tragèdia personal per parlar d'opressió i de problema d'arrel social. Les accions de caràcter col·lectiu que apel·len a la responsabilitat individual i col·lectiva, així com l'ajuda mútua que s'ofereixin els afectats entre si, en són aspectes clau. L'objectiu de la cura és relativitzat, atès que en molts casos aquesta no es pot donar. Com assenyala Ferreira (2008: 222), es tracta més aviat de fomentar la creació de contextos que puguin eliminar aquestes barreres culturals, i reconèixer la presència d'un conjunt de persones que han de poder viure en unes condicions d'igualtat i de ple dret.

En el model social es pretén fomentar el canvi de rol de la persona. Aquesta passa a obtenir també expertesa mitjançant l'acumulació d'una experiència susceptible de ser racionalitzada, que pot esdevenir d'utilitat per a ella mateix i per a altres individus en la mateixa situació. El

focus d'actuació implica l'acció científica i també política, és a dir, el coneixement, l'exercici dels drets i la supressió de fets discriminatoris.

Apunta de nou Oliver, 1990, a Verdugo (2003):

> "una teoría de la discapacidad (...) debe estar localizada dentro de la experiencia de las propias personas con discapacidad y sus intentos, no solo para redefinir la discapacidad sino también para construir un movimiento político entre ellos mismos y desarrollar servicios proporcionados con sus propias necesidades autodefinidas" (p. 2-3).

A diferència del model individual, no s'espera una adaptació individual del pacient, prèvia assumpció de la seva situació, sinó un canvi social en la manera de concebre i actuar davant del fenomen.

Per a Oliver (1998), replantejar el model dominant suposa també replantejar les metodologies de recerca que s'empren per investigar la discapacitat. En aquest sentit, l'autor assenyala que les metodologies interpretativistes i positivistes han conduït a descripcions irrellevants en el millor dels casos, i opressores en el pitjor. Aquestes s'han acomodat dins del paradigma mèdic, i han equiparat discapacitat amb patologia individual. Les persones amb discapacitat han esdevingut, des d'aquesta perspectiva, objectes passius. La situació d'opressió es descriu a partir del manteniment d'una posició sotmesa a la intervenció, el tractament i la rehabilitació, en què els elements experiencials i vivencials queden relegats.

La funció social que ha mantingut tradicionalment la recerca ha estat la d'informant tècnic cap a l'espai polític. La via resultant per als subjectes investigats ha estat la integració a un món social, tal qual és. En cap cas, remarca Oliver, la funció no ha estat adreçada a canviar l'experiència de la discapacitat ni tampoc no s'ha comptat amb les persones com a participants actius en el procés de recerca. Cap possibilitat per crear noves regles, noves visions d'aquest món social en què no sigui necessari integrar, atès que es parteix per endavant de la no-exclusió.

Oliver assenyala, doncs, la necessitat d'establir perspectives d'investigació alternatives a les existents, amb l'objectiu que el mateix procés de recerca tingui una incidència positiva en l'emancipació de la vida de les persones discapacitades i contribueixi a la millora de les seves circumstàncies materials. D'aquesta manera, sustenta la importància d'una recerca emancipadora. Per a l'autor, es fa necessari establir un diàleg entre els agents implicats en la investigació i les persones implicades, perquè aquestes investigacions puguin revertir favorablement en el procés de desenvolupament social del col·lectiu.

En aquesta línia, no és tant el grup de persones amb discapacitat les que han de ser objecte d'estudi, sinó que ho han de ser de manera integrada dins la societat i els fenòmens de desigualtat que, per aquesta condició, s'hi generen. El model social, per tant, implica una reelaboració cognitiva i simbòlica del que significa la comprensió de la discapacitat, en una mena de procés de desaprenentatge de les connotacions negatives que s'han anat forjant amb el temps (Hunt, 2000, a Guerrero, 2013: 67).

CAPÍTOL 3

EL CONEIXEMENT EN TREBALL SOCIAL (I)

Per tal d'aprofundir en els elements que dificulten al treball social l'assumpció i promoció plena de la dimensió social en el camp de la salut mental, em resulta necessari reenfocar la perspectiva i retornar de nou a aspectes que es troben en el nucli mateix de la disciplina i que superen l'especificitat d'un camp o altre.

Per aquest motiu, en els dos capítols següents s'aparca de manera temporal l'atenció fins ara centrada en la salut mental, per tractar de situar una sèrie de qüestions més generals que, al meu entendre, poden posteriorment facilitar l'anàlisi de la dificultat esmentada.

D'aquesta manera, en aquest tercer capítol s'aborden, en primer lloc, les circumstàncies que caracteritzen el treball social dins el marc de les ciències socials, fent especial èmfasi a la seva condició de disciplina aplicada. A aquest primer estadi el segueix un segon fil conductor que aprofundeix en la relació que manté el treball social amb la ciència i el coneixement científic. Finalment, en el darrer apartat es pren en consideració la dimensió teòrica associada a la disciplina, i es presenten de manera sintètica els paradigmes, les teories i els models sobre els quals descansa.

Seguint una mateixa línia, en el capítol quart s'explora la pluralitat que manifesta el treball social en el terreny quotidià d'actuació, segons la posició que prenen els seus professionals. Així, s'exposen la influència i la interrelació que mantenen tres vessants àmpliament recollides en la literatura, com són: la vessant artística, l'eclèctica i la tècnica. En relació amb aquesta darrera, s'aprofundeix en el debat que suscita la pretensió d'incorporar en l'actuació professional procediments de caràcter empíric que permetin acreditar una pràctica científica del treball social. Per acabar, es pren en consideració la càrrega ideològica que presenta la disciplina, i es tracta assenyalar els condicionants particulars que aquesta genera des d'un punt de vista deontològic.

3.1. El desenvolupament d'una disciplina aplicada

Les disciplines científiques de caràcter social són filles de la modernitat. Van néixer en una època històrica en la qual l'home modern confià en el coneixement científic i la raó per al desenvolupament d'una societat més lliure i justa. Bona part d'aquestes disciplines s'han anat consolidant fins avui, i ho han fet a partir de tres aspectes forjats des d'un inici: la delimitació d'un espai propi i autònom de treball; la construcció teòrica fruit de la recerca; la socialització d'un tipus de saber especialitzat entre els seus membres.

El treball social neix també com a disciplina en aquest context històric, però amb unes particularitats que la diferencien molt clarament d'algunes de les seves coetànies.

Principalment, del treball social no s'ha esperat que investigui les causes d'aquelles situacions que se li demana que abordi. Aquesta ha estat una tasca reservada a altres ciències socials. En canvi, sí que se li ha demanat un rol d'acció per tal de fer-los front.

Partint d'aquesta missió social de caràcter executiu, s'ha consolidat una trajectòria lligada a la pràctica. Els esforços majoritaris dels qui formen part d'aquesta professió s'han destinat a la creació d'estratègies d'abordament i resolució davant dels problemes manifestats en contextos socials concrets. D'aquesta manera, la inèrcia històrica ha comportat l'atorgament d'una rellevància més significativa a l'adquisició de competències de caràcter pràctic que a aquelles de caràcter teòric i de recerca (Vázquez, 2013).

Així, el treball social es troba identificat a través d'un perfil professional decantat cap a aquesta disposició que cerca l'abordament de les situacions assenyalades institucionalment com a problemàtiques. Aquí, es diu, es troba la veritable raó de ser del treball social: la seva capacitat d'oferir respostes aplicades a aquestes situacions, més que l'aprofundiment en les causes que les permetin explicar (McCrae *et al.*, 2005).

Possiblement per aquest motiu s'ha pogut crear el que Estruch i Güell (1976) van anomenar 'mite de la pràctica' (p. 34). Aquest fenomen fa referència a les reiterades peticions que fan els estudiants i professionals (del treball social, però no només) d'una formació més adaptada a les demandes d'ordre aplicat que posteriorment se'ls demanarà en els seus respectius llocs de treball.

Sostingut en el temps, aquest requeriment ha pogut produir una certa desconnexió entre aquestes dues esferes, teoria i pràctica, interpretades com a entitats de naturalesa diferent, i fins i tot contraposades, i fins i tot s'ha titllat en ocasions de massa teòrica —és a dir, de poc pràctica— qualsevol tendència que no ofereixi pautes clares per a la intervenció. La frase "una cosa és la teoria i una altra, la pràctica" s'ha fet cèlebre.

Davant d'aquest encàrrec i de les circumstàncies en les quals es desenvolupa la professió, és comprensible que la vinculació del treball social amb la investigació i amb les possibilitats de produir uns coneixements validats en vista dels cànons científics, hagi estat i continuï sent realment difícil. Més, si és possible, sense haver pogut definir una parcel·la pròpia suficientment clara, com a objecte a partir del qual generar un saber compartit (Grassi, 2011).

Tot i això, pot resultar encara avui força paradoxal la situació que presenta la disciplina allunyada de la recerca, donada la proximitat que els seus professionals mantenen amb un camp de treball tan ric en termes de manifestacions i fenòmens per a l'anàlisi; un camp

estratègicament privilegiat, si es té en compte que la intervenció resulta molt propera a la vida quotidiana de les persones (Grassi, 2011; Zamanillo, 2012).

Així ho expressa Grassi (2011):

> "El trabajo social debería hallarse en condiciones ventajosas, en tanto profesión, para interactuar y apropiarse (en un sentido positivo) de los recursos teórico-metodológicos que ofrecen las ciencias sociales, precisamente porque el objeto se le presenta ya en toda su complejidad y multideterminación, en los innumerables hechos, lugares, acontecimientos, sucesos o rutinas institucionales que suelen pasar desapercibidos, precisamente, por ser la rutina" (p. 134).

Tot i tenir la matèria primera ben a prop, aquesta no és tractada en una lògica investigadora. La qüestió rau, novament, en les condicions de possibilitat en les quals s'exerceix la professió, dominades majoritàriament per raons d'urgència en l'encàrrec. Aquestes condicions minven les possibilitats d'exercir les accions necessàries per teixir un procés de coneixement sistematitzat d'un cert ordre de coses. L'orientació en clau de projectes de recerca és l'excepció més que la norma, ja que aquests es deixen per a sociòlegs, psicòlegs, antropòlegs, etc. (Ponce de León, 2012: 143-44).

Núria Pellegero i Montserrat Mestres (1997) apuntaven precisament que les activitats vinculades a la recerca i les publicacions es troben en posicions marginals dins del col·lectiu de treballadors socials en l'àmbit de la salut mental. En aquest sentit, dues són les raons que exposen. La primera té a veure amb la manca de temps i la pressió assistencial; la segona, a la diversitat de funcions a realitzar, raó per la qual en dedueixen una dificultat per concretar objectes concrets de recerca.

Davant d'aquest dèficit de producció pròpia, una bona part del suport teòric que s'empra es troba fonamentat a partir dels sistemes teòrics d'altres disciplines. Així ho assenyala Valentín Calvo (2010) quan escriu:

> "El Trabajo Social nació como una disciplina aplicada, (y todavía, hoy día, "trabajo" es un término que implica disciplina fundamentalmente práctica), y los trabajadores sociales para poder orientar nuestro trabajo y dar cuenta de él y sus efectos necesitábamos elementos teóricos que se importaron de otros saberes como la sociología, el psicoanálisis, la psiquiatría, la pedagogía y otros" (p. 10).

Precisament el fet que el treball social quedi configurat com una professió que aplica, en força mesura, el coneixement d'altres fa que l'esforç de vigilància epistemològica que tota disciplina científica ha de dedicar per tal d'examinar de manera contínua la naturalesa,

l'origen, l'objecte, així com els límits del seu coneixement, sigui molt menor (Toledo, 2004: 205).

En aquest punt, cal subratllar que la sistematització teòrica que fan les altres disciplines no es realitza en sintonia amb els interessos i les finalitats particulars del treball social. Aquestes operen amb el coneixement seguint lògiques que responen als objectes teòrics amb els quals treballen. Tal com indiquen Zamanillo i Gaitán, 1992, a Toledo (2004: 201-202), no podem esperar trobar-nos que ens facin un cos de coneixement a la mida de les nostres necessitats.

El fet és que, en les disciplines socials que desenvolupen un tipus de ciència bàsica, el seu objecte o problema d'investigació no acostuma a coincidir amb el problema social institucionalitzat,[48] que és el que s'aborda de manera recurrent des del treball social. Per exemple, més que interessar-se per combatre directament els problemes de salut mental de la població, l'interès pot centrar-se a investigar de quina manera es configura conceptualment el terme *salut mental* en la nostra societat.

Val a dir que aquesta situació de dependència —o de falta d'autonomia— en relació amb el coneixement és una condició generadora d'incomoditats i malestars que alimenten el substrat de la majoria de problemes que presenta la professió. Tanmateix, hom es pot preguntar si aquesta dificultat per construir un tipus de coneixement propi i específic no es troba íntimament lligada (si no és el mateix) a la dificultat per acotar i definir un espai concret, a tall d'objecte d'intervenció, que pugui ser interrogat[49] més enllà de com ve definit. Un espai, per cert, sempre en disputa amb la resta d'agents professionals que hi intervenen.

Octavio Vázquez (2012) i Xavier Pelegrí (1995) aprofundeixen precisament en la qüestió de l'objecte. Per a Vázquez, la capacitat per establir-lo es troba doblement limitada. En primer lloc, pel caràcter normatiu al qual es troba subjecta la disciplina, i que condiciona en gran mesura qui o què pot esdevenir objecte de la intervenció dels professionals. El segon

[48] Sobre aquesta qüestió resulta avinent l'explicació de Grassi (2011): "(...) las instituciones son ya también la institución (en el sentido de creación, de instauración) del problema y de sus definiciones (...). Si el primer gran obstáculo del trabajo profesional en las instituciones es que toda institución "instituye" el problema (o es la institución del problema), a ello se agrega además que toda institución tiende a reproducirse a sí misma, lo que comporta la imposición del problema como problema, haciendo del mismo sentido común, y del sentido común del problema, su definición. En esa lógica, desde los procedimientos burocrático–administrativos, la tecnología disponible, los proveedores de servicios específicos y de "saberes" sobre el problema, hasta la práctica de sus agentes tiende a ser confirmatoria del problema tal como ya viene instituido" (p. 136).

[49] Amb preguntes del tipus: "De quina manera emergeixen les situacions problemàtiques a què fa front el treball social? Qui les defineix? Per a qui són un problema? Quines circumstàncies se succeeixen perquè esdevinguin situacions problemàtiques?" (Quejido, 2005).

condicionament ve per la disputa de la construcció de la realitat social en la qual s'incorpora el suposat objecte del treball social (p. 67).

Si es parteix de la idea, com apunta Pelegrí (1995), que la disciplina pot tenir com a objecte aquells fenòmens que es troben allunyats dels estàndards de normalitat (ja sigui prenent referències normatives, culturals, socials, econòmiques, etc.) i que per aquest motiu són situacions en què intervenir, caldrà assumir un objecte variable depenent d'una referència que s'escapa del control de la disciplina, i que es trobarà lligada a processos de subjectivació permanents i canviants. En aquest sentit, segueix Pelegrí, per al treball social esdevenen centrals no tant les manifestacions purament empíriques dels fenòmens, sinó el valor i el sentit que aquestes prenen en un context social dinàmic i determinat[50] (p. 75).

La manca d'un objecte, assenyala Congress (2012), és el que ha pogut dur la disciplina a desenvolupar una supervivència de caràcter pragmàtic al llarg del seu recorregut històric. En aquest sentit, la condició pragmàtica comporta l'avantatge de mantenir la disciplina útil, des d'un punt de vista social i institucional, atès que la seva finalitat és possibilitar l'acció sobre les demandes que rep, més enllà del debat especulatiu i teòric que aquestes poden originar (p. 53). Així, el treball social augmenta la seva legitimitat en la mesura que és eficaç davant dels encàrrecs concrets que li pertoquen assumir. Sota aquesta condició, la consciència teòrica quedaria en detriment de la utilitat.

En aquesta línia, Grassi (2011) intenta trobar, si més no, un aspecte positiu a la situació; així, destaca que un avantatge de no tenir un objecte formalitzat és la llibertat de moviments per utilitzar una multiplicitat d'orientacions, recursos i fonts, davant d'escenaris que demanen als professionals actuacions flexibles i de gran transversalitat.

Al llarg de la seva evolució, l'objecte s'ha mantingut com una entitat esquiva per al treball social. També se'n desprèn aquest resultat si s'analitzen les definicions que des dels organismes corporatius internacionals s'han fet del treball social. En la definició aprovada per la Federació Internacional de Treballadors Socials (FITS) l'any 2000, aquest espai se situava en el nexe d'interacció entre els individus i el seu entorn:

> "La professió del treball social promou el canvi social, la resolució de problemes en les relacions humanes així com l'enfortiment i l'alliberació del poble per tal d'incrementar el benestar. Mitjançant la utilització de teories sobre el comportament humà i els sistemes

[50] A tall d'exemple, Elaine Congress (2012) escriu: "Mientras que tiempos atrás los trabajadores sociales hubieran pensado que una familia monoparental era lo menos aconsejable, y se enseñaba a los estudiantes a que a la hora de trabajar con clientes se les instara a formar una familia tradicional, en la actualidad, les explicamos que es necesario aceptar los diversos tipos de familias existentes" (p. 53).

socials, el treball social intervé en els punts en els quals les persones interactuen amb el seu entorn. Els principis dels drets humans i la justícia social són fonamentals per al treball social" (FITS, 2000).[51]

La darrera definició aprovada per la FITS l'any 2014 és encara una mica més genèrica, i indica que s'intervindrà amb les persones i les estructures, sense assenyalar explícitament aquesta situació d'interacció entre ambdues.[52]

> "El treball social és una professió basada en la pràctica i una disciplina acadèmica que promou el canvi i el desenvolupament social, la cohesió social, i l'enfortiment i l'alliberament de les persones. Els principis de la justícia social, els drets humans, la responsabilitat col·lectiva i el respecte a la diversitat són fonamentals per al treball social. Amb el suport de les teories del treball social, les ciències socials, les humanitats i els coneixements indígenes, el treball social involucra les persones i les estructures per fer front a desafiaments de la vida i augmentar el benestar" (FITS, 2014).[53]

Teresa Zamanillo (1999) fila una mica més prim i proposa conceptualitzar l'objecte del treball social en el malestar psicosocial. Aquest és un terme presentat en clau sintètica, que integra la gènesi estructural i la vivència personal, que l'autora defineix de la manera següent:

> - Gènesi estructural: "Los problemas psicosociales derivados de la falta de producción y de desarrollo de las oportunidades vitales necesarias para el crecimiento de los individuos en las situaciones de pobreza, privaciones morales, sociales y culturales, dependencia, marginalidad, desintegración social, desafiliación, desviación social, y cualesquiera otras que impidan la realización de su autonomía, su identidad social, y su desarrollo personal" (p. 29).
>
> - Vivència personal: "Padecimiento del malestar que provoca perturbaciones en sus distintas esferas de relación social: familiar, laboral, comunitaria e institucional" (p. 29).

A banda d'aquestes orientacions, el terreny de joc continua sent extens i poc concret. Les demandes internes per assolir un estatus científic, sense abans haver pogut delimitar un

[51] Traducció pròpia de l'anglès.

[52] La Federació inclou, annex a aquesta definició, el desglossament dels quatre elements bàsics que la formen: els deures bàsics, els principis, els coneixements i les pràctiques associades a la tasca.
Disponible a: http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_10126-8.pdf.

[53] Traducció pròpia del castellà.

espai concret de coneixement, resulten poc probables. Potser per aquest motiu Estruch i Güell (1976) assenyalaven fa ja més de quatre dècades:

> "Creemos necesario introducir en la discusión de la repetida proclamación del trabajo social como profesión autónoma la duda cartesiana sobre las bases de la citada autonomía (...). Porque lo cierto es que fundar la profesionalidad en 'lo social' (...) es peligroso en la medida misma que 'lo social' es uno de los conceptos más ambiguos de toda la historia de las ideas" (p. 24).

Si es tractés de fomentar una disciplina científica, sembla que un aspecte central seria precisament el de parcel·lar un espai de la realitat social fent-lo objecte de coneixement, alhora que la missió aplicada del treball social hauria de compartir també terreny amb una activitat investigadora.

Grassi (1995), autora que s'alinea a favor d'aquesta possibilitat, assenyala que la recerca[54] i la producció de coneixement, no només adquireixen sentit en el marc de la intervenció pràctica (per tal de fer-la més ajustada i efectiva), sinó que sobretot ho fa en el marc constitutiu de la disciplina. Així, subratlla que la construcció d'un treball social fort implica bastir una pràctica professional autònoma amb potestat per edificar el seu objecte, produït de manera col·lectiva sota el compromís de l'estudi, i socialitzat en el marc d'una disciplina tan lliure com sigui possible, i evitar caure en l'error de cercar unes teories que, a tall de manual d'ús, només prescriguin què cal fer davant d'un fenomen problemàtic concret.

En aquest sentit, Grassi (2011) subratlla la necessitat de fomentar una actitud investigadora, allunyada de les diverses urgències que limiten la reflexió, així com de les intervencions basades en el sentit comú o justificades en termes de compromís polític.

Tal com explica Bourdieu, 1989, a Grassi (1995), la construcció de l'objecte és quelcom més que assenyalar uns fets i determinar-los com a nucli central de la professió. Més enllà de descriure els fets i constatar-los, cal tractar d'explicar-los, determinar-ne les causes i justificar per què succeeixen.

[54] Definida per ella mateixa, com "el recurso de las disciplinas del campo social que permite interpretar y formular explicaciones posibles de los hechos, acontecimientos y procesos sociales. Comprende la dimensión e incidencia que tienen, como el contexto de su ocurrencia, el sentido o la dirección que toman los procesos, y la trama de relaciones que no se dan a simple vista, pero sí en las prácticas e interacciones sociales en las que se producen. Para las prácticas de los profesionales de lo social es, además, el medio para definir objetivos, metas, acciones y recursos, para prever consecuencias de estas intervenciones, articular estas definiciones a las estrategias de los agentes involucrados, adecuar la marcha de los proyectos, programas, corregir equivocaciones o imprevistos, etc." (Grassi, 2007: 30).

3.2. La relació amb la ciència

De la revisió de les fonts bibliogràfiques d'aquells autors i autores que tracten sobre la cientificitat del treball social, se'n podria deduir que la relació que manté la disciplina amb la ciència és complexa, confusa i fins i tot en alguns casos conflictiva.

Abans, però, d'aprofundir-hi, vegem, a manera d'aclariment conceptual, com es dibuixa en la literatura el mateix terme de *ciència*. Per fer-ho, prenc la referència de Mario Bunge i la seva obra, *La ciencia, su método y filosofía* (2013), un clàssic dins del gènere, en què el filòsof tracta de fer una explicació del que, segons ell, són les característiques més importants de la ciència, així com del tipus de coneixement que genera. Per a Bunge, aquest coneixement científic es caracteritza per ser:

- *Fàctic*, en tant que pretén descriure els fets mitjançant dades empíriques. També significa que transcendeix els fets, és a dir, es va més enllà de la descripció per intentar racionalitzar l'experiència del fet a través de l'elaboració teòrica (passant del fet a la teoria mitjançant la mediació de les hipòtesis i la seva contrastació).

- *Analític*, és a dir, que tracta d'entendre una qüestió mitjançant la descomposició dels seus components, per posteriorment examinar-ne la interdependència de les parts i establir-ne la síntesi. Com a conseqüència de l'enfocament analític, la ciència és especialitzada.

- *Clar i precís*; per tant, que supera les vaguetats. La manera d'obtenir-lo és delimitant la problemàtica a estudiar, definint i mesurant els fenòmens que són de la seva incumbència.

- *Comunicable*, tant els seus resultats com les tècniques emprades. Aquesta comunicació fa que el coneixement pugui ser divulgat, de manera que té més possibilitats per a la seva confirmació o refutació.

- *Verificable* per a l'experiència, per tal de dur aquest coneixement cap a l'objectivitat. Aquesta prova de verificació té naturalesa empírica, en tant que es pot realitzar mitjançant l'observació o l'experiment.

- *Metòdic*. No es deixa a la improvisació, sinó que es planeja el que es vol buscar i com trobar-ho. Per fer-ho s'utilitzen les referències prèvies que hagin obtingut uns resultats sòlids.

- *Sistemàtic*. Lluny de ser un agregat d'informacions, el coneixement científic comporta un sistema d'idees connectades entre si de manera lògica i orgànica. Això significa que la substitució d'alguna de les hipòtesis bàsiques comporta un canvi en el sistema teòric construït. Més que un conjunt de fets, els fonaments teòrics es construeixen a partir d'un conjunt de principis presentats de manera ordenada i coherent.

- *General*, en el sentit que els fets particulars i singulars que s'investiguen queden emmarcats en un esquema general de pautes que inclou una gran quantitat de casos concrets i específics. Així, la labor científica tractarà de descobrir allò que els fets singulars comparteixen.

- *Legal*, ja que emet pautes regulars, ja siguin en forma de lleis naturals o socials. Aquesta emissió és de caràcter essencialista, atès que tracta d'anar sempre a l'arrel de les coses. Les lleis científiques són transitòries, subjectes al sorgiment de nous nivells de coneixement, cosa que fa que les seves particularitats quedin incorporades en l'emergència de noves lleis.

- *Explicatiu*. A més de saber com són les coses, de descriure-les de manera minuciosa, és necessari preguntar-se per què succeeixen els fets de la manera que ho fan i no de qualsevol altra. La veritat de les explicacions, com els seus errors, serà en moltes ocasions parcial i subjecta a perfeccionament.

- *Predictiu*, en tant que tracta de posar a prova les hipòtesis en escenaris de futur. Aquesta característica es fonamenta en les lleis i les regularitats obtingudes sobre un estat de coses passades o actuals. La predicció, més que estar basada en la certesa, ho fa en les condicions de la seva perfectibilitat.

- *Obert*. No reconeix barreres que limitin el seu coneixement, i apel·la a la necessitat que tot coneixement fàctic pugui ser refutable. Si no és així, no és un coneixement que pugui considerar-se científic.

- *Útil*. Més enllà dels resultats que es puguin aplicar de manera més o menys immediata, la ciència és útil en tant que tracta de cercar la veritat, i això té vàlua per si mateix, atès que aporta majors quotes de llibertat. L'obtenció de resultats aplicables no és una proposta necessària de la ciència, encara que aquest pugui ser un dels aspectes més valorats pels agents externs a l'àmbit científic. En aquest sentit, Bunge assenyala que, més que els científics, són els tècnics, els qui empren el coneixement científic amb finalitats d'ordre aplicada.

D'un conjunt d'autors vinculats al treball social que han analitzat la qüestió, en són pocs els qui sostenen afirmativament que el treball social pot ser considerat com una disciplina científica. Sí que s'hi troba un nombre més nombrós que afirma el contrari, és a dir, que no ho és. Tot i això, molts d'aquests consideren molt necessari el desenvolupament científic de la professió, com a condició necessària per a la seva supervivència. Finalment, una altra línia argumental no considera imprescindible aquesta vinculació, ja sigui perquè l'allunya de les seves arrels naturals, d'ordre pragmàtic i humanista, o bé perquè, tot i necessitar el coneixement científic, aquest ve a representar només una part dels diferents tipus de coneixement que el treball social requereix.

Un dels arguments centrals que aporten els integrants del primer grup és aquell que indica que el mateix intent que ha anat fent la disciplina per abordar les situacions socials que atén d'una manera metòdica i sistematitzada, és a dir, disciplinada, la condueix a poder definir-se com a científica (Sierra, 1997).

De manera oposada ho presenten altres autors, com per exemple Susana García (1986), per a qui el treball no té una autonomia científica, atès que està mancat precisament de l'objecte teòric propi. Tot i ser una disciplina que elabora models teòrics per a la intervenció, aquests es fonamenten en continguts d'altres ciències socials. En el millor dels casos, planteja que el treball social podria estar convertint-se en una tecnologia amb finalitats lligades a la resolució pràctica. En tot cas, si es volgués avançar en aquest camí, li seria necessari una estructura teoricometodològica més formalitzada i específica.

D'altra banda, Jean-Pierre Deslauriers i José Vicente Pérez (2004: 197-98) assenyalen que les institucions i organitzacions que requereixen el treball social ho fan fonamentalment per la seva competència aplicada, però no científica. Aquest aspecte determina les condicions de possibilitat del treball social. D'aquesta manera, sostenen, la disciplina ve definida per un comportament adaptatiu dels seus professionals cap a aquests requeriments, que es construeix mitjançant:

- La primacia de les persones per sobre d'elements teòrics, com les idees o els conceptes.
- L'adaptació a situacions que exigeixen improvisació i decisions ràpides.
- La solució de problemes des d'una aproximació més intuïtiva que racional i sistemàtica.
- La solució de problemes complexos que requereixen la participació de molta gent.

- La preeminència de les opinions de les persones per sobre dels seus coneixements.

Aquest comportament pot explicar també la dificultat a l'hora d'establir una posició teòrica clara dels professionals. La multiplicitat de conceptes, teories i mètodes a utilitzar pot respondre a la lògica de la pràctica canviant, a la qual el professional s'ha d'adaptar desenvolupant un estil d'intervenció propi, de vegades no sempre conscient (Deslauriers i Pérez, 2004: 199).

La teoria es pot concebre com a punt de partida, en la qual, però, no sempre es troben referències de les situacions socials i particulars de les persones o famílies que s'atenen. Arriba un moment en el qual aquest punt de partida teòric es pot deslligar de la situació a intervenir, i deixar pas al comportament adaptatiu indicat. Aquest espai d'incertesa que es produeix és precisament el terreny que pot ser generador de la pràctica eclèctica.

D'altra banda, Vázquez (2013) situa la seva posició davant d'aquesta qüestió, assenyalant que el treball social no és una ciència, si més no, en el sentit clàssic del terme, atès que el coneixement teòric té moltes dificultats per instal·lar-se en la pràctica professional.[55] Tot i això, considera necessària la vinculació del treball social al desenvolupament científic a fi de perdurar com a professió.

En aquest sentit, Vázquez (1998) subratlla que el coneixement científic és quelcom dominant i central en la nostra societat, ja que representa la vara utilitzada per discernir el que és veritable d'allò que no ho és. Per aquest motiu, el treball social no pot aparcar l'abordament d'aquesta qüestió de manera perpètua (p. 270).

Altres autors plantegen posicions força diferents de les anteriors. Per a Chaime Marcuello, Santiago Boira i Ana Hernando (2012: 250), el treball social ha caigut en la trampa del debat sobre la cientificitat i el cientisme, una empresa que consideren pantanosa per a la disciplina, atès que, lluny d'aportar lluminositat, podria generar límits a l'objecte, al mètode i, en definitiva, a la construcció de coneixement.

Aquests autors alerten de l'anacronisme de cercar una identitat professional a través de l'assoliment científic. Lluny d'aquesta actitud, reclamen una professió vinculada a contextos concrets que tinguin com a objectiu donar respostes als problemes de les persones des d'una concepció àmplia i transversal del coneixement; superar, diuen, la mirada simplificadora i

[55] En aquesta línia Colom (2011) escriu: "seria injust generalitzar, perquè hi ha treballadors socials que busquen en els àmbits científics, però la majoria, a la llum de les evidències, sembla sentir-se més còmoda i tranquil·la en els àmbits polítics, sobregeneralitza situacions, causes i efectes" (p. 17).

reduccionista que separa l'objecte del mètode, i atendre la singularitat de les situacions, més enllà de la cerca de regularitats, lleis i models explicatius.

En aquesta mateixa línia, Goldstein, 1986, a Coady (2012: 110), afirma que la disciplina, que nasqué d'arrels idealistes i humanistes, se'n comença a distanciar en el moment que tracta de socialitzar-se en el marc de la dimensió científica.

Precisament McCrae *et al.* (2005) subratllen que la naturalesa humanística de la disciplina fa que la definició dels conceptes teòrics, així com la voluntat de mesura, sigui problemàtica. La multiplicitat de factors que es posen en joc per intervenir s'interrelacionen de manera sistèmica, la qual cosa amplifica la dificultat per parcel·lar i demostrar l'efectivitat de les accions pròpies que des del treball social es duen a terme, tal com requereixen els cànons científics.

S'assenyala la dècada dels setanta del segle passat com l'època en què s'intensifica una demanda creixent de la societat per mesurar i contrastar fets de manera empírica que validin el coneixement. Això provoca, apunten, un traspàs accelerat de poder des de la vessant professional de la intervenció cap a la vessant acadèmica, fet que comporta l'elevació de la perspectiva tècnica i racional molt per sobre d'altres perspectives.

També per a Hartman, 1990a i 1990b, a Coady (2012: 110), aquesta visió científica i tècnica del treball social promoguda des de les instàncies acadèmiques ha tingut conseqüències negatives per a la professió, atès que l'ha distanciada de les perspectives de tendència més natural per a la disciplina.

D'aquesta manera, el resultat educatiu sorgit de l'acadèmia comportaria una excessiva rigidesa en els enfocaments (Gitterman, 1988, a Coady, 2012: 110) i una menor tolerància a la incertesa (Schon, 1983, a Coady, 2012: 110) que, d'altra banda, és inherent a l'actuació del treball social. Aquesta incertesa s'hauria pretès contrarestar amb la cerca d'uns procediments científics que proporcionessin respostes ajustades respecte de com actuar i quines tècniques emprar davant els casos que els professionals aborden de manera quotidiana (Mahoney, 1986, a Coady, 2012: 110).

José Luis Moreno (2004: 373) aborda també la qüestió i conclou dient que la disciplina, tot i produir coneixement, ho fa en un ordre diferent de l'entès com a científic. Per a ell, el treball social requereix els enunciats i continguts de la ciència, però no per dotar-la de més coneixement acumulable, sinó per utilitzar-la de manera pràctica en situacions concretes. Així, aquest mode d'actuació requereix el coneixement científic, però no només. En bona part, els problemes als quals s'enfronta la disciplina, segueix dient Moreno, venen

configurats políticament (d'acord amb criteris d'integració normativa), i la qüestió sobre què cal fer es juga en el pla tècnic i ètic. L'abordament científic torna a ser limitat, per més que es pugui apel·lar a criteris de racionalitat.[56]

Les problemàtiques que aborda el treball social són difícils d'objectivar. La implicació personal que pot tenir el professional és un element a tenir en compte en l'elaboració del diagnòstic i la planificació de les accions a exercir. Els arguments que es presenten combinen, en molts casos, l'essència probabilística amb el caràcter teleològic.

El treball social, segueix Moreno, no es produeix en un espai científic regulat caracteritzat per un control de les condicions. Al contrari, es localitza en un espai obert, en què la dificultat per validar les pràctiques de coneixement de manera científica és molt elevada. Fins i tot, d'acord amb Deslauriers i Pérez (2004: 197), es tractaria d'un espai desfavorable per a la recerca.

En aquest debat, Barbero (2006) obre una nova perspectiva posant en relleu la possibilitat que el treball social s'orienti cap a criteris científics, sense que això representi un allunyament o un tancament cap a altres tipus de saber. Segons l'autor, aquesta condició es pot produir quan el treball social:

> - "Se sirve de procedimientos que le conectan con las formas de hacer propias de las actividades científicas: de la investigación para la construcción de conocimientos disciplinares y de la planificación racional para la construcción de sus intervenciones.
>
> - Se sirve de conocimientos y de teorías, sean propias o procedentes de otras ciencias, para realizar comprensiones satisfactorias de las situaciones sociales que aborda y de las formas de abordarlas.
>
> - Se sirve del pensamiento sistemático y del examen lógico para argumentar, deducir y poner en relación sus proposiciones" (p. 48).

Possiblement són aquest tipus de perspectives, les que permeten obrir un espai de reflexió més òptim davant la complexitat de la qüestió. Així mateix, Vázquez (2012), precisant la seva

[56] Tot i estar d'acord amb Moreno, també caldria tenir en compte el que subratlla Miranda (2003: 58), quan compara el treball social amb altres disciplines properes dins l'àmbit de la salut mental, com la medicina o la psicologia, explicant que, tot i el fet que aquestes darreres siguin considerades com a científiques, això no comporta que de manera automàtica tots els metges o psicòlegs actuïn com a tals. Així es podria entendre atès que les actuacions quotidianes d'aquests professionals no s'inscriurien (si més no, una gran part) en el que es podria denominar com a ciència bàsica, sinó que més aviat ho farien en termes aplicats i tècnics. D'aquesta manera, en el supòsit que el treball social assolís l'estatus científic, sembla lògic apuntar que una gran part dels treballadors socials no exercirien com a tal.

posició, subratlla la necessitat de sortir del dilema sobre la cientificitat del treball social, i aprofitar les preguntes epistemològiques que sorgeixin del debat per enfortir la disciplina. La qüestió no finalitza responent que no al debat científic del treball social, sinó que més aviat hi comença. D'allò de què es tracta és d'entendre més i millor la posició del treball social en el marc del coneixement de les ciències socials (p. 69).

De fet, la qüestió científica del treball social és un tema que difícilment es pot resoldre dins el marc de la disciplina, atès que aquesta té vinculacions amb un debat més ampli que s'incorpora en el gruix de les ciències socials i la qüestió global de la seva cientificitat (Vázquez, 2012: 64). Com indica Lorente, 2010, a Vázquez (2012: 69), els problemes epistemològics del treball social es troben immersos en el mateix nucli problemàtic que mantenen les ciències socials i humanes.

Des d'aquest punt de vista ho examina també Zamanillo (2012), que diu que la possibilitat d'adquirir un estatus científic en treball social implica la integració a una epistemologia ja coneguda i reconeguda en el marc de les ciències socials, i que arriba a la disciplina mitjançant la difusió d'uns sistemes teòrics que a hores d'ara ja hi han deixat una empremta significativa (p. 154). Des d'aquesta perspectiva, no resultaria viable encetar ara una filosofia de la ciència desmarcada d'aquesta tradició, sinó que el que convindria és continuar a partir d'aquesta senda.

Si s'obre el focus per observar el que succeeix en el marc de les ciències socials, s'observa un debat que manté la seva tensió respecte als límits i possibilitats del seu coneixement; debat que ve fortament condicionat per la comparació amb les ciències naturals. En aquest sentit, una de les tendències que tensen la discussió es troba en el moment que es proposa un mimetisme amb les ciències naturals, a tall de projecció d'unes disciplines socials que projecten un control ampli dels mecanismes i les lleis subjacents als seus objectes d'estudi.

Autors com Estruch i Güell (1976) ja advertien de la dificultat d'una posició que, tot i el seu atractiu, presenta limitacions importants:

> "Es de sobra conocida la precariedad teórica de las ciencias sociales en comparación con las ciencias naturales. Dentro del cajón de sastre de la teoría se engloban operaciones intelectuales importantes que tienen más que ver con un proceso analítico que con la teoría propiamente dicha" (p. 26-27).

I és que sembla força evident que les ciències socials mantenen algunes particularitats diferenciades respecte de les ciències naturals, tal com ho assenyala Joaquim Prats (2001). En primer lloc, Prats apunta que el subjecte que tracta de conèixer és alhora un element que

forma part de l'objecte que és del seu interès. Es pot dir que aquesta particularitat és compartida també en les ciències naturals, però amb la diferència que ho fa en una intensitat molt menor. El fet que el subjecte formi part del mateix context social, polític o lingüístic que pretén estudiar és una dificultat epistemològica a tenir en compte, però en cap cas una impossibilitat per conèixer (p. 13).

Prendre consciència d'aquesta implicació valorativa que tot investigador social té, sembla que pot ser el millor inici per prendre part d'un procés de coneixement. La defensa apassionada de la neutralitat i l'objectivitat del subjecte, convertint-lo en un ens alliberat de tot judici de valor, representa una voluntat molt lloable d'apropar-se a l'objecte, però alhora pot resultar certament il·lusòria.

En segon lloc, la naturalesa fluctuant i de contínua interdependència del fet social fa que la capacitat per fer-lo objectiu sigui altament complexa. Com apunta Prats, s'acaba fabricant un ens immaterial, que a més està subjecte a variació en el mateix procés de divulgació del coneixement obtingut. L'observador, que modifica allò que observa, no pot preveure exactament allò que succeirà. En el millor dels casos, pot manejar probabilitats de caràcter general, atès que la capacitat per incorporar el conjunt de variables presents en una situació objecte de les ciències socials és altament improbable.

En tercer lloc, es planteja la qüestió de si realment la realitat social pot ser abordada científicament. Aquest és un debat històric que continua vigent amb arguments que defensen diverses posicions. Entre aquestes posicions destaquen aquelles que entenen per ciència la cerca d'un coneixement exacte, verificable i complert, que defineix lleis i és predictiu. Ens trobem aquí amb els defensors de la ciència entesa com a ciències naturals, que es regeixen per un principi de causalitat que acompanya la idea que cal justificar el coneixement mitjançant l'evidència. En aquesta qüestió, com s'ha esmentat, les ciències socials hi tenen molt complicada la cabuda.

En canvi, hi ha altres posicions que entenen la ciència social en termes d'un tipus de coneixement que pot fabricar teories factuals, sempre parcials i fal·libles, en què la base experimental és molt menor que en les ciències naturals. Tot i això, la investigació que s'hi realitza pot formular problemes de caràcter social, construir hipòtesis i tractar de contrastar-les amb la mateixa realitat existent mitjançant l'observació, la sistematització i l'anàlisi. La justificació del coneixement pot venir a través de l'evidència i el raonament. Aquesta visió

obre la porta a una concepció de la ciència més àmplia (Prats, 2001), en la qual el treball social es pot sentir més còmode.[57]

Així, es podria suggerir que les diferències entre les ciències naturals i les socials no són tant de caràcter essencialista, atès que totes dues pretenen construir lleis i teories a través de l'estudi de determinats fets, sinó d'un caire d'efectivitat, en el sentit que les possibilitats metodològiques de les quals es disposa en les ciències socials no permeten assolir un nivell d'objectivitat[58] com el que s'assoleix en les ciències naturals (2001: 11).

Tampoc no ho són perquè els mètodes emprats en les ciències socials siguin d'una qualitat més baixa que en les ciències naturals, sinó que les seves possibilitats venen altament condicionades per la naturalesa de l'objecte en el qual centren l'atenció (2001: 11).

En qualsevol cas, sembla evident que les ciències humanes i socials presenten un cert complex de ciències inferiors, si tenim en compte la dinàmica comparativa amb les ciències naturals i les seves possibilitats d'ordre predictiu i explicatiu. Aquesta reiterada comparació l'ha convertit en un saber més insegur, inestable, i fins i tot de vegades més vulnerable davant els envits de l'esfera política.

El coneixement que s'obté des de les ciències socials té un caràcter d'abstracció ideal, no material, que es construeix a través de les facultats cognitives humanes. No es pot atrapar la globalitat de les coses que són i succeeixen. Davant d'aquesta impossibilitat, el que es fa és presentar una essència de la realitat. Una essència que requereix un diàleg constant, per contrastar un coneixement sempre provisional, fragmentat. Un coneixement que, com apuntava Estruch (2003) seguint les referències de Max Weber, és incapaç de dir-nos com haurien de ser les coses, però sí que ens pot ajudar a comprendre millor com són, d'una manera més lúcida (p. 22).

3.3. Paradigmes, teories i models

La dimensió teòrica es troba, de manera conscient o inconscient, sempre present en la intervenció del professional. El fet que el treball social es distingeixi per ser una disciplina

[57] Vázquez (2013) situa la necessitat que els professionals, especialment aquells qui es troben dins l'acadèmia, coneguin de prop aquest procés de debat, en què els arguments a favor d'una ciència més oberta, àmplia i integradora estan guanyant terreny i obrint una finestra d'oportunitats per al treball social (p. 54).

[58] Moreno pren la citació de Nietzsche per assenyalar les contradiccions en les quals entren les ciències socials, quan es pretén projectar el que difícilment poden arribar a ser: "si alguien esconde una cosa detrás de un matorral, a continuación la busca en ese mismo sitio y, además la encuentra, no hay mucho de qué vanagloriarse en esa búsqueda y ese descubrimiento" (Nietzsche, 1990, a Moreno, 1997: 1).

aplicada no significa que aquesta li sigui aliena. David Howe (1999) ho significa de la manera següent:

> "Lo que hacemos con nuestros clientes en trabajo social no es una cuestión de sentido común evidente. Es una cuestión de elección teórica, lo reconozcamos o no (...). El lado en que nos situamos determina nuestro punto de vista y nuestro punto de vista determina nuestra línea de actuación. La percepción, la concepción y la acción están íntimamente relacionadas en la medida en que se encuentran dentro del mismo orden teórico" (p. 85).

No hi ha espais o pràctiques neutres (Howe, 1999, a Ariño, 2013b: 13). Encara que els professionals es trobin en moltes ocasions submergits en els procediments d'ordre protocol·lari de les institucions i organitzacions de les quals formen part, fins i tot llavors no deixen de trobar-se relacionats amb algun tipus d'enteniment teòric sobre la situació a la qual han de fer front.

Com ja s'ha comentat, la particularitat del treball social es troba en el fet que en diverses ocasions la teoria que empra no ve produïda des de l'interior de la disciplina, sinó que procedeix de l'exterior. Aquesta pràctica la subratlla amb molt encert Barbero (2002), quan diu que el treball social esdevé un 'consumidor' de coneixements. Aquest consum es fa més explícit quan es parla de teories i de construcció de models, però segurament menys quan es fa referència als paradigmes, atès que aquests no tenen una entitat que se'n pugui reconèixer com a propietària.

3.3.1. Paradigmes

La noció de paradigma es fa popular amb l'obra de Thomas S. Kuhn[59]. Aquesta noció és plantejada en termes d'una teoria en un sentit ampli, és a dir, una visió de la realitat que subministra un conjunt d'elements bàsics per tal de desenvolupar uns problemes d'investigació, així com per avançar en les posteriors exploracions i resolucions (Giner, Lamo de Espinosa i Torres, 2006: 626-27).

En aquest sentit, els paradigmes tenen també la seva vessant metafísica, és a dir, proporcionen una determinada imatge del món, així com una sèrie de creences bàsiques respecte del que pot ser la realitat. Alhora, també s'hi suma una vessant sociològica, que fa referència a un àmbit institucional que regula l'estructura, les relacions i el simbolisme d'una comunitat científica concreta, identificada amb una determinada manera d'abordar el coneixement d'un objecte d'estudi.

[59] Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

L'existència de paradigmes confirma la diversitat de percepcions i visions del món social. Es conceben la ciència i les seves finalitats des de posicions diferents, i com a conseqüència s'ofereixen relats heterogenis, fruit de les divergències conceptuals i l'ús de llenguatges teòrics diferents (Vázquez *et al.*, 2001).

D'aquest raonament se'n desprèn que les competències associades al saber no només tenen implicacions cognitives (saber) i procedimentals (saber fer), sinó que també en tenen d'actitudinals (saber ser). Així, allò que hom sap també té incidència en com s'ho sap i en la manera com aquest coneixement incideix en la seva disposició vital.

Per a María José Escartín (2012: 288) el paradigma de referència que s'ha consolidat en el treball social ha estat el paradigma positivista. En aquest sentit, l'ús d'elements provinents de la psicologia, la psicoanàlisi, la sociologia funcionalista i l'afegit de la terminologia d'arrel biomèdica així ho confirmaria.

També coincideixen en aquest diagnòstic Evaristo Barrera, José Luis Malagón i Jose Luis Sarasola (2012), els quals van fer una recerca a la província de Sevilla per tal d'analitzar les relacions existents entre l'exercici professional dels treballadors socials i els diferents paradigmes en els quals en situaven l'actuació. Amb les dades recollides, van concloure que era el patró funcionalista (d'arrel positivista) amb un enfocament individual el que resultava majoritari.

Taula 8. Paradigmes en ciències socials

	Positivista	**Interpretativista**	**Conflictivista**
Naturalesa epistemològica	Empírica, experimental, objectiva, realista, determinista.	Fenomenològica, idealista, subjectiva, nominalista, no-determinista.	Històrica, dialèctica, materialista, realista, crítica, determinista.
Síntesi epistemològica	Resulta possible conèixer els fets socials a través de la ciència i mitjançant l'aplicació del mètode científic.	Els fets socials no tenen una existència pròpia, més enllà dels fenòmens construïts i interpretats pels humans.	Els fets socials existeixen més enllà de les observacions empíriques i les construccions. Es teoritzen dialècticament.

	Positivista	**Interpretativista**	**Conflictivista**
Fonaments	Interès per la ciència com a mètode per superar el sentit comú L'accés al coneixement prové de l'observació desinteressada. Extrapolació de les ciències naturals a les ciències socials i humanes. Idea de progrés social mitjançant la ciència. Elaboració de lleis universals. La societat i els individus com a fenòmens que es poden conèixer objectivament.	Interès per aprofundir en el sentit de les interaccions humanes i socials. Presència de múltiples possibilitats d'accedir al coneixement. Interpretació de l'experiència, els significats, les intencions, les percepcions. Influència mútua entre ciència i experiència. Centralitat dels elements socioculturals. Sentiment i raó es fusionen en el procés de coneixement.	Interès per revelar els elements ideològics subjacents en la ciència (també en la cultura, la religió, etc.). La pràctica és coneixement teòric en acció. La recerca com a mitjà d'actuació participant en el medi. La ciència i la construcció teòrica com a mitjans per transformar l'ordre existent. El conflicte com a principal motor per impulsar el canvi.
Accions centrals	Observar, mesurar, controlar, predir, explicar, reformar.	Interpretar, comprendre, construir, col·laborar, relatar, emparaular.	Criticar, emancipar, transformar, redistribuir, polititzar, lluitar.
Termes associats	Empirisme, mètode, evidència, tècnica, racionalitat instrumental, regularitat, analogia, progrés.	Experiència subjectiva, significació, acte quotidià, estructures lingüístiques, acció discursiva, compromís.	Desigualtat social, conflicte de classe, alienació, anàlisi estructural, justícia social, consciència de classe, alliberament.
Referents clàssics	Herbert Spencer, Auguste Comte, Émile Durkheim, Sigmund Freud, Ivan Pàvlov, Jean Piaget, Talcott Parsons.	Wilhelm Dilthey, Edmund Husserl, Max Weber, George H. Mead, Alfred Schütz, Erving Goffman, Carl Rogers.	Karl Marx, Friedrich Engels, Ralf Dahrendorf, Herbert Marcuse, Max Horkheimer, Theodor Adorno.

Font: elaboració pròpia a partir d'Agudelo i Estrada (2012); Ariño (2013b); Giner *et al.* (2006); Howe (1999); Morán (2003); Palomar i Suárez (2012); Payne (2005); Rodríguez i Sobremonte (2012); Ruiz Olabuénaga (2012); Viscarret (2007).

A partir de les dues referències anteriors —Escartín (2012) i Barrera *et al.* (2012)—, es podria plantejar la hipòtesi que el paradigma funcionalista seria el més utilitzat, atès que produeix

teories de les quals es pot desprendre una estructura operativa i metodològica més concreta, cosa que la faria més intel·ligible i útil. El seu ús majoritari podria vincular-se precisament a la capacitat d'aquestes teories per transferir el coneixement al camp de la intervenció d'una manera més eficient de com ho fan les provinents d'altres paradigmes. Tot i que possiblement molts professionals es podrien trobar més còmodes situant-se en la perspectiva d'altres posicions teòriques, la seva viabilitat a l'hora de dur-les al terreny pràctic és més alta, i per tant, les fan més convenients.

A banda dels presentats en la taula, un altre dels paradigmes que ha irromput amb força en aquests darrers anys i que ha tingut un impacte rellevant en el treball social és el paradigma de la complexitat, d'Edgar Morin (2004). Per a Arantxa Rodríguez i Emma Sobremonte (2012: 87), aquest paradigma pot aportar certa llum a la disciplina, per superar les dificultats derivades de l'ús d'unes eines teòriques i metodològiques excessivament rígides.

De la mateixa manera ho interpreten Marcuello *et al.* (2012: 252), els quals veuen en la transdisciplinarietat i el paradigma de la complexitat els recursos epistemològics més pertinents per abordar les situacions socials a les quals han de fer front els professionals del treball social.

Per als seus defensors, aquest suposaria paradoxalment un desafiament a la mateixa noció de paradigma. Presentat en forma de pensament complex, s'exhibeix com un cos teòric obert que tracta de conduir la incertesa epistemològica mitjançant la integració i fusió dels diversos sabers disciplinaris. Aquesta diferència agafa cos davant els corrents de coneixement tradicionals, derivats en major mesura del positivisme, que han gestionat l'abordament del coneixement mitjançant la parcel·lació, el determinisme i l'aplicació de principis reductors i causals.

Els paradigmes clàssics, d'acord amb el pensament complex, són espais massa estancs i amb limitacions serioses per canalitzar realitats holístiques. Ja no es poden, diuen els seus defensors, abordar els fenòmens biològicament, sociològicament o psíquicament, si es vol accedir a un saber multidimensional i significatiu del món actual. No és que aquestes perspectives no serveixin, o que la fonamentació científica sobre la qual estan estructurades sigui errònia, sinó que no serveixen des de la lògica mecànica a partir de la qual han estat aplicades.

Aquesta manera de fer, se suggereix, ha arribat a un punt de saturació. Els diversos objectes d'interès apropiats per a cada disciplina han de poder trobar-se en un espai de confluència més ampli. Existeix una necessitat d'unir les parts al tot i connectar els fenòmens singulars

amb un marc més ampli. La fractura del coneixement neix de la construcció de mirades restrictives i dogmàtiques, les quals es perden quan la situació requereix anar més enllà d'una o altra parcel·la de coneixement.

La continuïtat dels coneixements dividits, fragmentats o inconnexos ja no suposa un valor significatiu per a l'enteniment teòric i l'acció. Tampoc no ho són ja les connexions causals, simplificades o senzilles. Reconèixer la naturalesa ambigua, desordenada, incerta del món social esdevé una primera fase imprescindible per al seu abordament i per a l'obertura en la interrelació de diverses lògiques de coneixement.

Sense abandonar les bases dels fonaments científics, el pensament complex opta per incorporar amb més intensitat facultats com la flexibilitat i la creativitat en el procés de coneixement. Els elements tradicionals d'ordre, coherència, racionalitat i objectivitat són termes que es reconfiguren des d'una perspectiva més àmplia.

Encara que existeixin elements de difícil concreció i no aporti un desplegament metodològic concret (és molt difícil que un sistema d'aquestes característiques ho pugui fer), l'apropament al paradigma de la complexitat pot ser fructuós en treball social. El valor de la seva aportació pot venir en la mesura que generi més elements de comprensió de les problemàtiques socials.[60]

Tot i la necessitat de disposar de sistemes teòrics dels quals es puguin desplegar models que permetin l'actuació, també resulta oportú reivindicar l'ús de teories més enllà de la seva utilitat pràctica més immediata, de la seva eficàcia i rendibilitat. De fet, aportacions com aquesta proporcionen també la possibilitat de configurar una noció de ciència més oberta, amb un caràcter integrador de les diverses disciplines que aborden parts específiques d'un món social que ens desborda.

3.3.2. Teories

En un estadi posterior i derivat dels paradigmes, hi trobem les teories, que poden ser definides com a lleis o regles que ofereixen explicacions i descripcions dels fenòmens que es deriven del món social (Banks, 1997: 64). De manera més concreta, Estruch i Güell (1976) indiquen que una teoria "constituye un conjunto de hipótesis estructurada por las relaciones de implicabilidad y deductibilidad" (p. 26).

[60] Reconeixent aquesta oportunitat que ofereix el pensament complex, és inevitable pensar també en la necessitat que té el treball social de fer operatives les teories amb les quals treballa. L'abstracció, ja difícil de manejar en les teories clàssiques per al treball social, es pot tornar aquí com el principal escull per fer atractiu aquest paradigma.

Per a Malcolm Payne (2005) una teoria explicativa descriu el perquè i sota quines circumstàncies una acció provoca un cert tipus de conseqüències (p. 5). Aprofundeix, per tant, en les explicacions causals i proposa accions efectives per a la seva aplicació en situacions concretes.

El mateix autor ofereix quatre arguments per defensar l'ús de la teoria en treball social:

> - "La teoría ofrece un marco para la práctica. Esto es importante, porque organiza las ideas y la investigación que nos ofrecen una guía sobre en qué hemos de concentrarnos y sobre qué hacer en esas situaciones complicadas.
>
> - La teoría nos ayuda a comprender y refutar las ideas. Tiene que ver con conceptos, debates, discursos, ideologías, tradiciones teóricas y jerarquías de valores. Es importante, porque la teoría puede ser reveladora: permite que salgan a la luz los trasfondos inherentes a nuestra experiencia diaria, que de otra manera quizá no resulten obvios.
>
> - La teoría nos ayuda a ser profesionales responsables y disciplinados, lo cual es importante, ya que nuestros clientes, nuestros colegas y las agencias tienen derecho a esperar que podamos justificar y explicar lo que hacemos y por qué los hacemos.
>
> - La teoría proporciona una explicación y también comprensión. Eso es importante, porque pone orden en la complejidad. Los trabajadores sociales tratan con fenómenos sociales y comportamientos humanos de carácter complejo, y necesitan identificar lo que resulta ser más relevante a la hora de pasar a la acción y, para ello, han de comprender la causalidad, el impacto de la cultura" (Payne, 2012: 22).

En la taula següent es mostren les principals teories per al treball social,[61] d'acord amb els paradigmes presentats anteriorment.

[61] Prenc la referència de Howe (1999), que anomena 'teories per al treball social' aquelles que permeten al professional comprendre la naturalesa de les situacions que atén en el marc d'un context, a partir d'una sèrie de propietats i esdeveniments generals (p. 237).

Taula 9. Teories per al treball social segons tipus de paradigma

	Paradigma positivista	**Paradigma interpretativista**	**Paradigma conflictivista**
Teories	Funcionalisme, teoria de sistemes, psicoanàlisi, psicologia conductista, psicologia cognitiva.	Interaccionisme simbòlic, fenomenologia, psicologia social, psicologia humanista, existencialisme.	Marxisme, teoria del conflicte, teoria crítica, feminisme.
Lògica d'intervenció des del treball social	Intervenció sobre la situació problemàtica del subjecte per tal de reparar-la. S'apel·la a mecanismes d'adaptació per ajustar els individus als requeriments de la dinàmica social Èmfasi en els programes.	Se cerca l'apoderament (individual, grupal) mitjançant l'autoajuda i l'autoconeixement. S'apel·la a la potencialitat innata de tota persona pel seu desenvolupament vital. Èmfasi en el vincle terapèutic.	Se cerca el canvi (social, estructural) a partir d'intervencions comunitàries. S'apel·la a l'autoconsciència racional per alliberar-se de les ideologies dominants. Èmfasi en les polítiques.
Vinculació del treballador social	Tècnica.	Humana.	Ideològica.
Bases d'intervenció	Observador independent, expert, especialitzat, tècnic. Tracta de rehabilitar les carències o falles dels individus o dels subsistemes. Elabora diagnòstics i aplica intervencions basades en l'evidència i la utilitat.	Cerca una relació de confiança i apreciació amb l'usuari. N'explora el món per veure el problema a través seu. Tracta de facilitar espais de relació i comunicació que possibilitin la recuperació. S'empra l'expertesa de l'usuari com a coneixement vàlid.	Denuncia les situacions que generen opressió, vulnerabilitat i malestar social. Fomenta l'acció col·lectiva per transformar elements de caràcter estructural. Tracta de generar alternatives de reconstrucció social i comunitària.

		Paradigma positivista	**Paradigma interpretativista**	**Paradigma conflictivista**
Perfil professional del treballador social[62]	Segons Howe (1999)[63]	Reparador.	Buscador de sentit. Conscienciador.	Revolucionari.
	Segons Payne (2005)	Individualista-reformista.	Reflexiu-terapèutic.	Socialista-col·lectivista.

Font: elaboració pròpia a partir d'Agudelo i Estrada (2012); Ariño (2013b); Giner *et al.* (2006); Howe (1999); Morán (2003); Palomar i Suárez (2012); Payne (2005); Rodríguez i Sobremonte (2012); Ruiz Olabuénaga (2012); Viscarret (2007).

3.3.3. Models

En un pla més operatiu, i sobre la base de les teories anteriors, el treball social ha pres la referència d'un conjunt de models per orientar-se i intervenir. Aquests models són emprats pels professionals per tal de poder obtenir un marc d'interpretació i actuació davant dels problemes i situacions que ha d'atendre (Banks, 1997: 64). Tot i contenir menys poder explicatiu que una teoria, plantegen una representació funcional de la realitat d'una manera estructurada, sintètica i organitzada a petita escala.

Un model tracta d'establir principis i patrons d'actuació que permetin desenvolupar una pràctica consistent i específica (Payne, 2005: 5). Per a Juan Jesús Viscarret (2007: 66), els models integren: elements teòrics, elements d'anàlisi, elements metodològics, elements funcionals i elements filosòfics, ideològics i de valors implícits.

Seguint amb Viscarret (2007), aquest autor conceptualitza el terme de la manera següent:

> "El modelo puede considerarse como una especie de descripción o representación de la realidad (hechos, situaciones, fenómenos, procesos, estructuras y sistemas, entre otros), que, por lo general, está en función de unos supuestos teóricos o de una teoría. Dicha

[62] A banda de les esmentades per Howe i Payne, trobem altres propostes, com les fetes per Asquith *et al.* (2005), en què identifiquen sis tipus de perfil que pot assumir el treballador social: *counsellor* (assessor); *advocate* (defensor); *partner* (acompanyant); *assessor of risk or need* (assessor de necessitats o riscos); *care manager* (gestor de serveis); *agent of social control* (agent de control social). (Traducció pròpia de l'anglès.)

[63] Howe (1999) parteix de la nomenclatura dissenyada per Burrell i Morgan (1979), en la qual presentaven quatre paradigmes per analitzar la teoria social (funcionalista, interpretativista, humanista radical i estructuralista radical), i n'assigna quatre encapçalaments per identificar-los d'una manera més clarificadora tenint en compte la disciplina. Seguint el mateix ordre, es tracta de: reparadors, buscadors de sentit, conscienciadors i revolucionaris.

representación es una construcción racional de un campo de estudio concreto y suele presentarse en diferentes grados de abstracción. En consecuencia, se trata de:

- Una idealización, por cuanto que muestra las condiciones perfectas en las que se produce el fenómeno o el sistema.

- Una aproximación esquematizada de este campo de estudio; es decir, no intenta representar la realidad como tal, sino solo aquellos aspectos o variables más importantes y significativos. Además, la realidad está en un proceso de cambio constante" (p. 64).

Presentats teòricament, els models tenen aquesta configuració aparentment estanca els uns dels altres; amb poca interconnexió, i amb marcs conceptuals que apel·len a raons diferents sobre els mateixos fenòmens, i com a conseqüència, amb directrius d'actuació divergents.[64] Responen de manera diversa a les preguntes plantejades. Encara que, com indica Pablo de la Rosa (2012), "es posible que distintos profesionales igualmente competentes y rigurosos no solo propongan intervenciones diferentes, si no a veces contrarias" (p. 77).

Per aquests motius, seguint Zamanillo (2012), és convenient no confondre el model amb la realitat mateixa. El model és sempre una abstracció de la realitat, una simplificació (p. 156). Com bé diu Miren Ariño (2013a), "cualquier situación es siempre más rica que los conceptos dentro de los cuales se intenta reducir" (p. 98).

Els models, per tant, sempre són parcials, incomplets; construïts a través del que falla o falta en els altres (Maroto, 2012: 360). El problema, subratlla Ángel Luis Maroto, no és el caràcter reduccionista de qualsevol model, sinó el fet de no assumir que així sigui (p. 361).

En la taula següent es fa un recull dels models del treball social que apareixen en la revisió bibliogràfica.[65]

[64] Payne (2005) indica que una de les dificultats en treball social és la complexitat de comparar models teòrics. En primer lloc, perquè la recerca que es fa s'encamina a avaluar serveis, independentment de la tria teòrica que fan els professionals. En segon lloc, fa referència a la dificultat de comparar i avaluar models que tenen finalitats de partida diferents. Tanmateix, per a Vázquez, 2008, a Idareta (2011: 88), la construcció teòrica pròpia podria arribar en el moment que s'avaluï l'experiència en l'aplicació d'aquests diferents models.

[65] Zamanillo (2012) suggereix que els models que no tenen una referència en la dimensió pràctica no són tals. En aquest sentit, escriu que, des del seu coneixement, a Espanya només s'hi troben referències del model sistèmic i escasses del model psicoanalític (p. 155).

Taula 10. Models teòrics[66] en treball social[67]

	Model	Context i perspectiva	Objectius bàsics d'intervenció	Mètodes i procediments
Paradigma positivista	**Psicodinàmic**[68]	Problemes psicològics i emocionals d'arrel inconscient, fruit d'experiències traumàtiques o cures inadequades en la infància. Es parteix d'un determinisme psíquic, en què l'instint i les pulsions tenen un pes central. El focus es troba posat en el pacient, el seu comportament patològic, les pulsions internes, i el seu desenvolupament psicosexual.	Desenvolupar en el pacient un enteniment emocional i cognitiu respecte de les connexions entre els seus problemes passats i presents. Es busca fer aflorar els traumes de l'inconscient a un estat conscient.	Procediments clínics i reparadors de caràcter introspectiu. Teràpies dirigides i subordinades a l'expertesa professional. S'empren tècniques de clarificació, empatia, suport, influència, exploració, reflexió, discussió, evolució i motivació.

[66] En la llista de models, no hi incorporo el model de gestió de casos. Tot i que aquest model apareix en diverses publicacions descrit com a model teòric del treball social, entenc que es troba més a prop del que seria un mètode organitzatiu de gestió. De manera molt general, s'explica mitjançant la figura professional que esdevé referència d'un usuari, i que té com a missió oferir una intervenció centralitzada que coordini el conjunt d'intervencions a aplicar, tractant de simplificar la complexitat del sistema de serveis i cohesionant-ne els aspectes més fragmentats en benefici de l'usuari. El model se sustenta sobre la base de l'eficiència, l'eficàcia i la qualitat, però no en una base teòrica com la que s'intenta descriure en aquest apartat. En aquest sentit, els professionals que assumeixen la gestió de casos com a sistema de treball acostumen a emprar altres models teòrics per a la intervenció.

[67] En la revisió bibliogràfica, l'associació dels models del treball social als paradigmes no té un acord unànime i presenta disparitat de criteris. Finalment, s'ha emprat el criteri de l'autor per fer la relació que es presenta en la taula.

[68] Sota aquest terme hi podem trobar altres models possibles vinculats a la teoria psicoanalítica, com: el model funcional d'intervenció, el model psicosocial, el model de resolució de problemes.

	Model	Context i perspectiva	Objectius bàsics d'intervenció	Mètodes i procediments
Paradigma positivista	**Cognitiu-conductual**	Problemes de comportament inadaptat d'arrel conductual, o de percepció i processament de la informació d'arrel cognitiva. Ruptura amb les teories psicoanalítiques i la introspecció. En aquest cas l'estudi se centra en el comportament observable i mesurable. El focus es troba també en el pacient. Interès pels elements que controlen la conducta, més que en els factors causants.	Obtenir un canvi en els comportaments i pensaments generadors de conflictes i desavinguts amb el context social en el qual se situa el pacient. Adaptar aquestes conductes i els processos de raonament exercits pel pacient als estàndards de normalitat social.	Procediments clínics i reparadors centrats en la modificació de la conducta o la reestructuració del pensament. Teràpies dirigides i subordinades a l'expertesa professional. S'empren tècniques de modelatge, condicionament, reforç, extinció, càstig, premi, repetició, aprenentatge per imitació i aprenentatge social.
Paradigma positivista	**Centrat en la tasca i d'intervenció en crisi**	Problemes de diversa tipologia vinculats a estats de vulnerabilitat i desequilibris generats per tensions vivencials i estrès. Focus en l'usuari, tot i que no s'emfatitza l'exploració psicològica ni psicoanalítica. Ús teòric eclèctic. Interès pels problemes puntuals greus i crítics, i també per aquells que apareixen seqüencialment. Es parteix de la voluntat de canvi i acció de l'usuari.	Disminuir les situacions d'estrès derivades de circumstàncies problemàtiques. Retornar la persona a un estat d'equilibri i minimitzar els impactes negatius. Potenciar les habilitats i capacitats adaptatives per afrontar les dificultats que apareixen en les diverses fases vitals.	Procediment professional actiu i directiu. Intervencions a curt termini, focalitzades, segmentades i avaluables. Ús del contracte per formalitzar els acords entre professional i usuari. S'empren tècniques de clarificació, facilitació, informació, consell, motivació, aprenentatge i acompanyament.

	Model	Context i perspectiva	Objectius bàsics d'intervenció	Mètodes i procediments
Paradigma positivista/interpretativista	**Sistèmic**[69]	S'interpreta el sistema en què se situa l'individu com un cos orgànic. Els problemes dels usuaris s'originen també en un nivell superior a l'individual. La interacció i els processos comunicatius amb el seu entorn més immediat tenen una especial significació. Aquests dos elements, interacció i comunicació, representen el focus d'aquesta teoria.	Generar canvis (de millora, creació, vinculació, desvinculació, etc.) de l'usuari respecte dels seus subsistemes ambientals per tal d'afavorir relacions més profitoses i beneficioses. Fomentar un procés de reestructuració o adaptació de caràcter recíproc entre l'usuari i el seu ambient.	El treballador social tracta d'implicar (directament o indirectament) tots aquells agents que consideri que puguin formar part de la resolució. Amb l'usuari s'empren tècniques de facilitació, resolució de problemes, dinamització, connexió, mediació, cooperació, negociació. La relació amb l'usuari és de reciprocitat.
Paradigma interpretativista	**Humanista**[70]	Els problemes que pateixen els clients són desafiaments existencials propis de la condició humana i que pertorben el seu procés vital. Aquests desafiaments es tradueixen en situacions difícils i doloroses, que comporten inseguretat, por i angoixa Totes les persones som susceptibles de trobar-nos-en afectats i necessitar ajuda.	Canalitzar els sentiments d'impotència i desesperació en un major autocontrol. Possibilitar la recuperació de les habilitats per analitzar-se a si mateix, clarificar-se i valorar quins elements necessita enfortir. Acompanyar el client en el procés de construcció d'un projecte existencial amb contingut significatiu propi.	No es parla tant de tècniques com d'actituds (autenticitat i transparència). Es parteix de l'expertesa del client i les seves experiències. El professional com a generador d'espais d'experimentació vivencial i creixement. La relació professional-client esdevé central. El client la pot utilitzar com a mitjà per al seu desenvolupament.

[69] Com a variants d'aquest model, també podem trobar: el model d'intervenció social sistèmica o el model sistèmic-ecològic.

[70] Com a variants d'aquest model, també podem trobar: el model centrat en el client, l'enfocament Gestalt, el treball social existencial, l'anàlisi transaccional, el model constructivista.

	Model	Context i perspectiva	Objectius bàsics d'intervenció	Mètodes i procediments
Paradigma interpretativista/conflictivista	**Construc-cionista**	Les interpretacions i construccions subjectives que es desprenen del món creen realitats particulars que tenen incidència (positiva o negativa) en la vida de les persones. Les estructures de poder tenen un paper central en la configuració i legitimació de certs relats sobre la realitat. En molts casos, les persones i grups objectes del treball social esdevenen actors passius i impotents en la configuració narrativa del que els succeeix.	Fomentar que els individus i grups tinguin la capacitat d'identificar en quina mesura el relat sobre la seva situació i, per tant, les reaccions i expectatives que tenen els altres sobre ells tenen efectes nocius. Possibilitar que els individus siguin capaços de construir alternatives discursives plausibles i més favorables, respecte de les situacions i els fets que viuen.	El professional tracta d'aglutinar individus amb problemàtiques d'arrel similar. Se cerca el treball cooperatiu, comunicatiu i reflexiu dins del grup, del qual és un col·laborador. S'empren tècniques vinculades amb l'estructura del llenguatge i els marcs mentals: anàlisi del discurs, desconstrucció de problemes, noves descripcions, reemmarcament.
Paradigma conflictivista	**Crític radical**[71]	Diversos elements estructurals de la societat (econòmics, polítics, culturals, religiosos) fomenten l'hegemonia d'uns grups respecte d'altres que esdevenen oprimits en termes de classe social, gènere o ètnia. Les dinàmiques individuals i competitives pròpies de les societats capitalistes generen situacions de desigualtat i injustícia en moltes persones. El poder busca culpabilitzar les persones de les seves pròpies carències i necessitats.	Promoure un estat de consciència entre la població que trenqui amb la visió natural i inevitable dels seus problemes socials. Possibilitar que els individus amb necessitats comunes s'enfrontin als problemes d'una manera col·lectiva i organitzada. Transformar la naturalesa política de les institucions que governen la vida quotidiana de les persones.	El professional és un agent de canvi que incorpora explícitament els elements ideològics a la seva pràctica. Intervenció dialògica (intercanvi, discussió) amb les persones, i centralitat del treball col·lectiu i comunitari. Se cerquen aliances amb altres agents, moviments socials, sindicats, etc., amb interessos similars.

Font: elaboració pròpia a partir de Coady (2012), Howe (1999), Morán (2003), Payne (2005; 2012) i Viscarret (2007).

[71] Com a variants d'aquest model, també podem trobar: el model marxista, el treball social feminista, el model antiracista, l'enfocament problematitzador.

CAPÍTOL 4

EL CONEIXEMENT EN TREBALL SOCIAL (II)

4.1. Art, eclecticisme i tècnica

Existeixen dades que permetin jerarquitzar els models presentats anteriorment en funció dels seus resultats? Coady (2012) ha revisat diferents estudis (Lambert i Ogles, 2004; Wampold, 2001; Smith i Glass, 1977; Wampold *et al.*, 1997; Elkin, 1994) en què es compara l'efectivitat dels diversos models del treball social. Com a conclusió indica que aquests models no presenten diferències significatives en termes de resultats, fet que dificulta la possibilitat de determinar de manera fefaent que uns siguin més òptims que d'altres.

Aquestes conclusions es poden enllaçar amb el que altres investigadors ja havien indicat algunes dècades anteriors (Rosenzweig, 1936; Frank, 1961, a Coady, 2012: 108), apuntant que els factors diferencials dels diversos models terapèutics (referint-se a l'orientació teòrica, les tècniques o els processos metodològics, etc.) tenen un impacte relativament petit si es compara amb els factors comuns que poden ser presents en tots ells.[72]

Entre aquests factors comuns, un destaca per sobre de tots: l'aliança terapèutica.[73] Aquest esdevé l'element explicatiu més important per predir l'obtenció d'uns bons resultats (Horvart i Symonds, 1991; Lambert i Barley, 2001; Wampold, 2001; Lambert I Ogles, 2004, a Coady, 2012: 108-109).

Wampold, 2001, a Coady (2012: 108), ho quantifica dient que el 70% dels efectes terapèutics són conseqüència dels factors comuns. De manera encara més concreta, Carr, 2009, a Nevo i Slonim-Nevo (2011: 1195), dona a l'aliança terapèutica un pes del 38% dins el conjunt global dels factors terapèutics que tenen incidència en la intervenció social.

[72] La idea que els factors comuns, entesos com els components humans que emergeixen en la intervenció, són presents de manera transversal i equitativa entre els diversos models és qüestionable. Si més no, encara que aquests factors puguin tenir presència en tots ells, sembla raonable pensar que ho poden fer amb intensitats diferents i de manera heterogènia.

[73] El concepte d'aliança terapèutica es troba majoritàriament substituït en el context del treball social pel terme *vincle*. D'acord amb Santibáñez, 2001, a Idareta (2013b), l'aliança terapèutica fa referència a: "(...) la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso psicoterapéutico, en la cual el terapeuta y el paciente colaboran con armonía (...). Una buena alianza terapéutica lo será cuando se dé un compromiso con el proceso por parte tanto del paciente como del terapeuta, cuando el terapeuta sea percibido como creíble y seguro, cuando el paciente perciba a su terapeuta como comprometido en el proceso, cuando la relación se plantee como una colaboración entre iguales, cuando el terapeuta sea empático y sea percibido como tal por el paciente y cuando existan sentimientos positivos y recíprocos entre paciente y terapeuta" (p. 4-5). En aquesta línia, Idareta (2013b: 11-12) assenyala que un estil professional amb un caire més emocional (amb major atenció, expressió i més involucrat) que intel·lectual (menys instructiu, operatiu i avaluatiu) podria afavorir la promoció d'aliances terapèutiques.

Recolzat en aquestes dades, Coady (2012) planteja la necessitat de reconèixer les limitacions que té la dimensió teòrica en la professió des d'un punt de vista operatiu, encara més si és possible, quan durant la major part del temps en què transcorre la pràctica, no hi ha, per part dels professionals, una implicació conscient de la teoria.

És segurament per aquest motiu que afirma que el treball social és tant un art com una ciència (Coady, 2012: 99). Fins i tot va més enllà, afirmant que la millor pràctica del treball social incorpora en la mateixa mesura art i ciència.

Per art, Coady entén la utilització de la intuïció, l'instint, l'escolta empàtica i el raonament inductiu. Amb aquests 'ingredients', i de manera col·laborativa amb l'usuari, diu que es poden construir teories ad hoc que permetin afrontar les problemàtiques d'una manera creativa.

Aquest procediment és, per a Coady, la base que nodreix una perspectiva generalista-eclèctica. La manera com aquest autor comprèn l'eclecticisme té alguna variant que és necessari subratllar. Si l'eclecticisme s'entén majoritàriament com l'habilitat del professional per tal de combinar diferents esquemes teòrics i adequar-los a la situació concreta que atén (Vázquez, 2013: 57), la interpretació de Coady ve determinada per la fusió d'una multiplicitat de competències que tenen a veure amb la vessant científica (aplicació objectiva, racional, deductiva, etc.) i artística (subjectivitat, humanitat, vinculació, etc.).

En cap cas aquesta pràctica no representa un refús a alguna d'aquestes dimensions, sinó un reconeixement a la vàlua d'ambdues i la seva complementarietat. Ans al contrari, es pretén extreure les millors idees i tècniques de les diverses fonts disponibles i aplicar-les en funció de les determinades situacions a què s'hagi de fer front (Coady, 2012).

Per tant, lluny de ser una falta, l'eclecticisme és interpretat com una exigència per adaptar-se a la pràctica (Deslauriers, 2010: 47). Assumir la perspectiva eclèctica significa posar en relleu la flexibilitat i sortir de qualsevol tipus de rigidesa conceptual i metodològica, evitant la temptació d'encaixar els problemes i situacions dels usuaris en el model seleccionat prèviament pel professional. Francisco Idareta (2013a) insisteix precisament a evitar qualsevol pretensió d'adquirir un domini basat en el coneixement pur de l'altre, en què la intel·lectualització converteixi les persones en mera representació mental.

Algunes recerques publicades coincideixen a apuntar que l'eclecticisme és, de facto, l'enfocament àmpliament generalitzat en la quotidianitat dels professionals (Payne, 2005: 31). Per exemple, en un estudi publicat l'any 1990 per Jensen, Bergin i Greaves, a Coady (2012: 105), en què s'analitzava quin ús feien de les teories quatre grans grups professionals

de l'àmbit de la salut mental als Estats Units (psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i terapeutes familiars i matrimonials), el 68% dels treballadors socials participants van considerar-se eclèctics.

A Catalunya, la recerca realitzada per Pellegero i Mestres (1997), amb una mostra integrada per treballadors socials pertanyents a centres i unitats de salut mental, concloïa mostrant que l'orientació eclèctica era assumida pel 38% dels professionals.

Un pas més enllà de les recerques que exploren la posició teòrica dels professionals, hi trobem aquelles que estudien el procés de presa de decisions que aquests fan durant el transcurs de les seves intervencions.

Per exemple, Javier Ferrer i Xavier Montagud (2013) recullen un conjunt de referències[74] (Rosen i Proctor, 1983, 1986, 1995 i 1999; Osmo i Benbennishty, 2001, 2002 i 2003; Cortez, Oneto *et al.*, 2009) en què s'indica que els treballadors socials empren de manera majoritària coneixements generalistes, experiències i regles, o normes directives de l'organització o institució per a la qual treballen, per tal d'orientar les seves accions. Les evidències científiques, així com les referències teòriques, queden en posicions secundàries.

En el context americà, Mullen i Bacon, 2004, a Abreu (2012: 66), apunten que les intervencions realitzades pels professionals del treball social tenen poc suport empíric, atès que en escasses ocasions prenen com a referència altres estudis publicats en àmbits similars. Tot i això, hi afegeixen que, de manera paradoxal, la recerca manté una consideració alta entre ells.

A Israel, la recerca de Rosen, 1994, a Trevithick (2008: 1229), conclou dient que els treballadors socials gairebé mai no empren investigacions disponibles en la literatura científica com a element informatiu per tal de prendre una decisió.

Per tant, la idea a partir de la qual els treballadors socials utilitzen la literatura científica per tal d'informar-se davant les intervencions que necessiten abordar en el seu dia a dia ha quedat diverses vegades qüestionada.

Per a Kirk, 1984, a Deslauriers (2010: 46), els professionals no refusen les dades concloents de les recerques i els estudis, ni tampoc els coneixements que se'n puguin derivar, però el mateix autor apunta que, de manera majoritària, l'aprenentatge és més significatiu a partir d'altres fonts, com les esmentades amb anterioritat per Ferrer i Montagud (2013), i emprant

[74] Totes, situades en l'àmbit de menors en risc.

de nou la referència de Kirk (1984), Deslauriers les amplia assenyalant el diàleg entre companys i la lectura de novel·les.

Tot i ser defensada àmpliament per un grup nombrós d'autors, l'orientació eclèctica és també analitzada críticament en la literatura per un altre sector important. Tanmateix, ho fan amb matisos i intensitats diferents.

Una primera línia crítica, la més moderada, subratlla els riscos que planteja aquesta perspectiva si no es practica de manera consistent, planejada i contrastada (Payne, 2005: 31).

Vázquez (2013) ho escriu de la manera següent: "el eclecticismo corre el riesgo de derivarse en una definición metodológica personal que proviene de la acumulación de saberes prácticos, cuyo criterio de organización no es más que la habilidad profesional en su manejo" (p. 57).

Així mateix, Ituarte (2012) assenyala els efectes nocius que es deriven de l'adopció d'un ús eclèctic poc fonamentat. En aquests casos, s'incrementa el risc d'una progressiva pèrdua de consciència en els professionals d'estar utilitzant algun tipus de base teòrica. En darrer terme, aquest fet pot desembocar en un desarrelament gradual de la dimensió teòrica en la disciplina.

Una segona anàlisi, més dura que aquesta primera, considera l'eclecticisme una posició inadequada i insuficient davant les demandes que es plantegen a la professió. Es remarca la feblesa de l'orientació eclèctica en no sobrepassar els criteris personals i trobar-se mancada d'elements d'objectivitat davant la presa de decisions (Gambrill, 2006; Franklin, 2007; Howard *et al.*, 2007; Shlonsky i Stern, 2007; Soydan 2007, a Morago, 2009: 45).

Finalment, apareix una darrera crítica que eleva la discussió al pla ètic, argumentant que no resulta acceptable que des de les instàncies professionals es puguin prendre decisions que afectin significativament la vida de les persones, sense que aquestes estiguin contrastades científicament (Buchanan, 2009).

Buchanan adverteix que no seguir amb un procediment científic validat comporta que el treballador social esdevingui un element de risc, un "agent patogen" (Buchanan, 2009: 10), que pot estar experimentant amb la vida dels usuaris sense tenir cap certesa que allò que està fent esdevingui una relació d'ajuda amb possibilitats d'assolir resultats positius. També en aquest sentit, Calvo *et al.* (2012) assenyalen:

> "Como disciplina, el Trabajo Social puede ser ecléctico, pero una vez manejamos las indicaciones y contraindicaciones de un tratamiento incluido en una marco teórico concreto, el trabajador social, el profesional, no puede ser ecléctico, debe conocer la teoría de la que emana la técnica con profundidad y rigor (...). En la práctica clínica no todo vale, la formación en un marco teórico permite elegir y realizar una práctica ética, aplicar técnicas desconociendo o sin conocer en profundidad la teoría y un modelo, es un salto al vacío" (p. 30).

4.2. L'empirisme com a mètode: defensors i detractors

De manera totalment contraposada a una concepció del treball social en forma d'ofici o art, se situa la pràctica basada en l'evidència (PBE). D'influència anglosaxona i importada de l'àmbit mèdic, la PBE s'impulsa en els darrers temps com un recurs de primer ordre per tal de fomentar una pràctica científica en treball social.

Autors com Gambrill, Macdonald, Sheldon i Thyer en són alguns dels capdavanters (Payne, 2005: 55). La seva ensenyança s'està generalitzant precisament en els països anglosaxons, i és àmpliament incorporada en el currículum acadèmic dels estudiants (Morago, 2009).

La PBE es presenta en la literatura com un procediment que, adequadament aplicat, pot ajudar a canviar la percepció social negativa que es manté sobre la professió (com a disciplina allunyada de 'l'acreditació' científica). I ho pot fer, s'apunta, substituint l'aplicació de criteris personals en les decisions per la legitimitat que donen els procediments basats en l'experiència sistematitzada i l'objectivitat.

Per a MacDonald, 1990, a Morago, (2009: 52), l'adopció de decisions correctes i ajustades per part dels treballadors socials va necessàriament lligada a una major competència en l'ús i el domini de les dades empíriques. Per a aquesta autora, les decisions professionals han de poder basar-se en l'avaluació i l'aplicabilitat de les fonts més rellevants disponibles, per ser efectives.

Així, es pretén que el professional pugui controlar al màxim l'eficàcia i els efectes de les seves decisions i, en la darrera part del procés, pugui divulgar a la resta de professionals l'abast de les intervencions que du a terme.

En aquest sentit, la PBE es defineix com: "la integración de la mejor evidencia extraída de los estudios de investigación científica con la pericia profesional y los valores y preferencias del usuario" (Sackett *et al.*, a Morago, 2009: 42).

Aquesta pràctica es basa en una sèrie de procediments que Pedro Morago (2009) descriu detalladament i que, a tall de síntesi, poden presentar-se de la manera següent: en primer lloc, es formula una qüestió clínica precisa, elaborada a partir dels problemes i necessitats de l'usuari en qüestió. En segon lloc, es porta a terme una cerca dins la literatura científica disponible en relació amb els estudis d'investigació realitzats sobre la qüestió esmentada. En tercer lloc, s'analitza la literatura seleccionada, amb l'objectiu de prendre en consideració les recerques que aportin una vàlua per a l'abordament del cas. A continuació, s'aplica l'evidència o evidències seleccionades. Finalment, es fa una revisió de la intervenció realitzada (p. 42).

Morago (2004) recull també una sèrie d'arguments favorables a l'ús de la PBE. Inicialment, ressalta que aquesta evita les pràctiques basades en el criteri de l'autoritat. Posteriorment, assenyala que promou l'ètica en la disciplina, atès que les decisions són més efectives, transparents, honestes i personalitzades. Continua dient que la utilització sistemàtica de la PBE incrementa el coneixement i la informació. Finalment, indica que fomenta una disciplina més sòlida i sistemàtica, ja que integra la pràctica, l'evidència i l'ètica.

Menys destacada, però no exempta d'importància, és l'argumentació favorable a l'ús de la PBE com a estratègia defensiva a utilitzar per a un professional que es trobi sotmès a un procés d'investigació, davant d'acusacions de danys i perjudicis a tercers com a conseqüència de la seva actuació. Així, se subratlla que la PBE pot considerar-se més solvent que una defensa basada en intuïcions personals, consells de companys, o explicacions anecdòtiques.

L'argumentació a favor de la PBE topa amb una multiplicitat de veus oposades que plantegen dificultats en diversos nivells. Tracto de sintetitzar-les en tres línies d'argumentació crítica.[75]

Una primera, de caràcter epistemològic, qüestiona l'ajust d'aquesta orientació en la dinàmica del treball social. La segona vincula l'emergència de la PBE als interessos gerencials que regeixen els sistemes i les organitzacions de serveis socials actualment. La tercera acusa la PBE d'invisibilitzar les causes estructurals que presenten els casos que atén el treball social.

En relació amb la primera, ens podríem remuntar fins als integrants de l'Escola de Frankfurt, per referenciar les importants crítiques del paradigma positivista en què s'emmarca aquesta pràctica. La idea que el coneixement pot induir-se de l'extracció d'unes dades primàries de naturalesa 'pura', sense implicació valorativa i mitjançant una dinàmica determinista i generalista, resulta altament qüestionable.

[75] Malcom Payne té elaborada una taula en la qual es pot aprofundir en els arguments a favor i en contra de la PBE (vegeu: Payne, 2005: 64).

S'assenyala que els defensors de la PBE passen per alt algunes de les complexitats existents en el treball social, i que la diferencien d'altres disciplines que, com la medicina, poden ser més concordes a l'ús de la PBE. Com subratlla Blom (2009: 160), resulta difícil basar l'essència del treball social en un coneixement exacte i predictiu.

Per a Klein i Bloom (1995: 800) esdevé una ficció tractar d'aproximar-se a la complexitat de la vida real dels casos a través de procediments i mesures de caràcter empíric. Aquests poden donar certes explicacions de porcions molt petites de la realitat, però en cap cas no són suficients per si sols.

Webb, 2001, a Morago (2004: 14), aprofundeix també en aquesta debilitat epistemològica de la PBE, atès que prefigura un sistema tancat d'actuació, exempt d'incertesa, en què els professionals processarien una informació completa i veraç. Titlla la pràctica d'excessivament mecanicista i amb escassa de flexibilitat, ja que obvia una gran quantitat d'informació.

Nevo i Slonim-Nevo (2011: 1193) sostenen que la pràctica del treball social no pot estar subjecta a la decisió de la millor evidència disponible per aplicar-se sense mediació. De fet, en la cerca de la millor evidència, els autors es pregunten què significa realment la millor i com es pot saber què ho és.[76] En aquesta línia, continuen preguntant-se si les millors recerques serien les dels millors investigadors, o les sorgides de les millors universitats, o bé de les institucions i organitzacions més prestigioses.

Per a Trinder, 2000, a Morago (2004: 14), el context en el qual actua el treballador social és molt més fluctuant i imprevisible del que ho és per a altres professions properes. Així mateix ho assenyala Kazi (2003), en considerar que, en un sistema obert, els esdeveniments no són el resultat de la connexió entre un grup reduït de variables, sinó que ho són d'una configuració complexa de causes en el marc de processos estructurats que es donen a diversos nivells i al mateix temps. Per això mateix, Moreno, 1996, a Morán (2003), destaca que:

> "La aplicación de leyes estándar solo se puede aplicar en una relación de ayuda a condición de que la gente permanezca pasiva dentro de un plan de acción delineado por el técnico o el concienciado de turno. Y es que pese a sus pretensiones cientistas la condición de inteligibilidad del éxito de tales metodologías son las relaciones de poder" (p. 181).

[76] A banda, caldria partir del supòsit d'accés a bases de dades globals, i al domini lingüístic pertinent.

De fet, sembla raonable pensar que la millor evidència que ha donat els millors resultats en un context determinat no ha d'assolir necessàriament el mateix èxit en un altre context cultural, atès que les variables amb les quals hi ha interrelacionat en el primer no tindran les mateixes condicions que en el segon.

En tot cas, la nova modulació s'hauria de fer tenint en compte les diferents circumstàncies presents, i serà en aquest cas el professional qui haurà de reflexionar i valorar en quines condicions dissenyar un nou plantejament d'intervenció que s'adeqüi als objectius que es pretenen assolir.

De fet, a vegades es confon la naturalesa del treball social equiparant-la erròniament amb altres disciplines que utilitzen la PBE i que disposen d'uns marcadors que ofereixen dades de caràcter objectiu (Trinder 2000, a Webb, 2002: 49). Per exemple, s'equipara el treball social a la medicina, com si aquest tingués a l'abast instruments semblants a les analítiques, les radiografies, les tomografies, etc., que proporcionessin al professional una informació de caràcter semblant a la que obtenen els metges.

La comparació mèdica, útil per tractar de facilitar en certes ocasions l'entesa conceptual del treball social en termes d'aquesta altra, pot resultar desfavorable quan s'equipara de manera sistemàtica, sense tenir en compte el terreny desigual en el qual actuen una i altra.

Finalment, per tancar aquesta primera crítica, es pot recórrer a la mateixa OMS (2004b), que adverteix dels riscos d'emprar solament un enfocament basat en l'evidència. Així, assenyala:

> "La promoción de la salud es acción social (...) el consenso acerca de la efectividad está basado en la triangulación metodológica que conduce a la interpretación convergente de evidencia de diferentes clases, proveniente de diferentes lugares, generada por diferentes investigadores" (p. 20).

Per aquesta raó, l'OMS (2004b) esperona a treballar sota el principi de prudència. Aquest principi sosté que:

> "Toda evidencia tiene deficiencia, que nunca podemos saber lo suficiente para poder actuar con certeza, pero que podemos en muchos casos tener la certeza suficiente sobre la calidad de la evidencia existente para hacer recomendaciones en cuanto a la acción. Gran parte de la evidencia sobre la efectividad de la promoción de la salud se debe derivar de la investigación basada en la comunidad. No se puede confiar plenamente en las medidas tradicionales cuantitativas. Al incluir los métodos cualitativos tendremos un mejor entendimiento de qué funciona y qué no funciona. Aunque dicha investigación del 'mundo

> real' es un proyecto complejo, es posible, sin embargo, elaborar un conjunto de conocimientos confiables" (p. 20).

Entrant en una segona línia crítica, Trinder interpreta la presència a l'alça de la PBE com un producte del nostre temps. La centralitat dels criteris econòmics entorn de l'eficàcia i l'eficiència que s'ha produït des de principis dels anys noranta ha generat un terreny propici, també en l'àmbit del benestar, per incorporar l'actuació gerencial (*management*) en totes les esferes professionals i disciplinàries.

Aquest context beneficia la pràctica basada en l'evidència, en tant que està associada a una gestió científica, racional i eficaç dels recursos (Trinder, 2000, a Morago, 2004: 15). Els crítics qüestionen, doncs, aquesta associació i la posen en dubte: quina relació hi ha entre l'emergència de la PBE i la penetració de la tendència gerencial en els serveis socials? No deu ser que sovint s'elaboren les eines metodològiques pensant més en l'encaix gerencial que aquestes puguin tenir (en termes d'implicacions justificatives, d'alineació amb plans generals, de possibilitats de mesurar dades, de simplificació de resultats, etc.) que no pas en les seves possibilitats d'incidència positiva en el camp?

Sembla més aviat que l'exigència tecnocràtica tracta de legitimar l'eficiència a la qual aspira mitjançant un recobriment científic. Aquesta situació és interpretada pels autors més crítics com un element de poder que s'empra institucionalment i que pot limitar l'autonomia dels professionals, alhora que pot convertir-se en un mode encobert de racionar uns recursos escassos.

En aquest sentit, els procediments venen massa sovint determinats per unes demandes institucionals (econòmiques, polítiques, socials) de resolució i d'obtenció d'unes finalitats pràctiques immediates.

Algunes veus s'aixequen contra aquest discurs de la neutralitat científica, atès que hi veuen les bases per reduir qualsevol tipus de fonamentació teòrica del treball social a mers procediments (Rodríguez, 2007). Fins i tot, de vegades, s'adverteix que dins la disciplina es poden trobar professionals que confonen els models de gestió de les organitzacions on treballen amb els models d'intervenció del treball social (Rodríguez i Sobremonte, 2012: 93).

Així ho posa també en relleu Ariño (2013b) quan escriu:

> "Entre los modelos empleados en nuestra disciplina, hay algunos que, si es que lo fueren, no serían productos de nuestro pensar reflexivo y participado sino más bien protocolos normativizados por nuestros sistemas públicos de protección social; modelos de gestión y distribución de los bienes públicos, (cada vez más y más recortados) ratificados por

> nuestra legislación social vigente, (cada vez más limitada), que ejercen de agenda guía que a menudo constriñe nuestra acción profesional (...). El hecho de confundir este marco regulador con nuestros referentes teóricos y prácticos es imprudente e irreflexivo (...)" (p. 13-14).

Finalment, una darrera crítica, indica que la PBE comporta un biaix, encara més pronunciat de la disciplina, cap a un focus d'intervenció individualitzada. En línia amb algunes tendències teòriques del paradigma positivista, la PBE redueix la complexitat de les situacions que atén el treball social a un individualisme metodològic.

Alguns autors, suecs tots ells (Blom, 2009; Herz i Johansson, 2011), que han analitzat la qüestió en els països escandinaus, sostenen aquesta crítica indicant que la PBE està dominada per una psicologia positivista que modela i transforma els problemes socials en problemes psicològics i psiquiàtrics. Es pot comprendre la problemàtica de qualsevol individu sense tenir en compte la referència del món social en el qual se situa?

Per a aquests autors, la PBE no és una pràctica que afecta eventualment el treball social, sinó que s'inclou en un context més ampli d'hegemonia (vinculat a un corrent cultural que s'exerceix de manera suprema, en què els mètodes terapèutics i psicològics esdevenen centrals a partir de la seva difusió als mitjans de comunicació, la publicació de llibres d'autoajuda, magazins, etc.) en què les persones són encoratjades a cercar la resposta als seus problemes dins la dimensió individual (Herz i Johansson, 2011: 39-40).

La dificultat per tenir en compte la multiplicitat de variables que entren en joc quan, per exemple, s'atén una persona que té un problema de salut mental és molt alta. L'atractiu de la PBE descansa en la seva condició mecànica; simplificació en l'anàlisi de les causes, i aplicació de processos adaptatius de caràcter individual com a solució.

Luengo (2009) apunta:

> "Parece claro que la internalidad no cuestiona a los estamentos que tienen poder y gobiernan, y a nivel socioeconómico y político ayuda a mantener el 'status quo' del Sistema pues hace referencia a que las problemáticas sociales (paro, pobreza, discriminación, explotación, marginalidad, maltrato, negligencia...) son responsabilidad de los propios individuos que lo padecen y no de deficiencias de otros niveles" (p. 58).

L'interès que posa el treball social en la relació existent entre els subjectes que atén i les estructures socials en què viuen es veu reduït considerablement des de l'enfocament de la PBE (Hough, 1999, a Herz i Johansson, 2011). Des d'aquesta orientació, les variables de

classe social, gènere i ètnia tenen un caràcter explicatiu cada cop menor (Dominelli, 2004 i 2002b, a Herz i Johansson, 2011: 30).

Aquests arguments poden posar-se en relació amb una de les hipòtesis amb les quals conclouen Barbero, Feu i Vilbrod (2007) el seu estudi *La identidad inquieta de los trabajadores sociales*, en el sentit que la tendència generalitzada en els professionals a l'hora d'enfocar els casos mitjançant la lògica individual estaria invisibilitzant la càrrega estructural que tota situació individual comporta.

Paral·lelament a aquesta situació, sorgeix també un altre risc afegit que té a veure amb la fragmentació a l'hora d'abordar els casos, i que es trasllada a la pràctica amb la mateixa divisió de serveis, escampats pel sistema en forma de recursos especialitzats (Blom, 2004).

D'aquesta manera, la complexitat sorgeix com una conseqüència lògica de la gran quantitat d'especialistes i serveis diferenciats, resultat d'aquesta parcel·lació, fet que comporta la pèrdua de la referència d'universalitat. Així, la dificultat per entendre les situacions que les persones plantegen no s'explica tant per la presència d'uns problemes de naturalesa indesxifrable, sinó que ho fa per la complexitat a l'hora de sintetitzar i connectar la informació fragmentada amb què operen els diversos professionals especialitzats involucrats en els casos.

Un indicador de risc d'aquesta situació, apunta Blom, es pot trobar en el moment que es detecta que els usuaris amb diverses problemàtiques han d'adaptar-se a l'organització dels serveis, i no a la inversa, visitant tants professionals com tipus de problemàtiques tinguin.

En l'estudi qualitatiu elaborat per aquest mateix autor a Suècia (Blom, 2004), es conclou dient que la pràctica especialitzada es presenta adequada per a aquells grups d'usuaris que manifesten problemàtiques relativament homogènies i ben definides. En aquest sentit, posa l'exemple d'usuaris amb problemes econòmics sobrevinguts, que no tenen altres dificultats. D'altra banda, la pràctica generalista seria més convenient en usuaris que plantegen dificultats de diferent tipologia i interrelacionades (d'altra banda, i des d'una perspectiva general, aquestes són les més nombroses en el gruix d'usuaris que s'atenen).

Per a bona part dels autors presentats en les diverses línies crítiques, més que renunciar a mètodes de caràcter empíric, el que cal és incorporar la necessitat de contextualitzar les observacions en l'indret social en el qual es produeixen, en què la situació expressada pels individus gairebé sempre incorpora elements estructurals propis del context.

Aquests elements passaran desapercebuts a la visió del professional, si no es va proveït d'una base teòrica que ajudi a interpretar les dades empíriques, així com les causes més importants que provoquen les dificultats que posteriorment els usuaris plantegen.

Per a Klein i Bloom (1995: 800-801), es fa necessari traçar ponts d'entesa entre l'experiència fenomenològica de l'usuari respecte de la seva circumstància social, i les dades empíriques de les quals els treballadors socials es poden proveir.

Per aquest motiu, Nevo i Slonim-Nevo (2011: 1193) proposen una pràctica informada per (no basada en) l'evidència. Aquesta visió més comprensiva encoratja el professional a ser coneixedor dels resultats existents en la literatura, i utilitzar-los en la seva intervenció d'una manera integrada, conjuntament amb altres elements com el context d'intervenció, les preferències i valors dels usuaris, i el criteri professional.

Per tant, per a Nevo i Slonim-Nevo, no es tracta de realitzar una pràctica centrada en les evidències, o si més no en el seu pes monopolitzador, sinó en un conjunt de variables, incloses les evidències, en la qual però, els usuaris se situen sempre en el centre de la intervenció.

Blom (2009) assenyala diverses referències (Howe, 1987; Kristiansen, 1999) que indiquen que les relacions basades en el compromís, la confiança, l'atenció, l'empatia (les qualitats artístiques esmentades en el punt anterior), a més d'uns procediments clars i explícits, fan la tasca del treballador social més efectiva. Tenint en compte aquest fet, Blom manifesta la necessitat d'estructurar serveis en què es puguin generar les condicions per tal que aquest tipus de treball pugui desenvolupar-se d'una manera òptima.

El paper de les evidències pot ser molt important com a punt de partida, però no pot determinar l'actuació. Per a Blom (2009), el professional ha de basar-se habitualment en la flexibilitat, atès que ha de fer front i estar obert a situacions que no poden planificar-se o predir-se de bon principi.

D'aquesta manera, sosté la importància d'assolir un equilibri entre allò que es coneix i el que encara resta per conèixer. El professional ha de poder partir de coneixements solvents i fer-los compatibles amb la incertesa del desconeixement.

Aquesta relació pot facilitar als professionals del treball social la realització d'exercicis de deliberació reflexius (Blom, 2009) que de vegades requeriran l'ús del coneixement previ; però en altres ocasions es requerirà 'ignorar' temporalment certes evidències per fer possible l'emergència d'una nova observació.

Aquesta idea de Blom es troba lligada amb la defensa de l'orientació eclèctica que fa Deslauriers (2010), i amb els postulats propers al construccionisme. En aquest sentit, ambdós autors parteixen de la idea que el coneixement científic informa sobre la part previsible del món, però no ho fa respecte d'aquella part desconeguda que es troben sempre treballadors socials en el moment d'abordar un nou cas.

Així, la professió ha de tractar amb certs elements de caràcter imprevisible (sorgits també de l'autonomia i llibertat que tenen les persones amb les quals es treballa) que apareixen en el decurs de la intervenció. Com apunta Zamanillo (2012), cal assumir la incertesa com a condició pròpia del procés de coneixement. Paradoxalment, lluny de representar una debilitat, aquest estat pot donar, en circumstàncies concretes, una posició d'avantatge per enriquir les pràctiques (p. 173).

4.3. La tensió entre la veritat, el deure i la possibilitat

El treball social és una disciplina que conté una càrrega ideològica important, i que, a diferència d'altres, aquesta resulta explícita en les diverses definicions i codis deontològics[77] que orienten la conducta del professional.[78]

Això no vol dir que el treball social sigui singular en aquest aspecte, atès que, com apunta Morin (2004), tota activitat teòrica conté postulats metafísics que no es manifesten explícitament al coneixement. És a dir, totes les disciplines, i especialment en ciències socials, es veuen interpel·lades per algun tipus d'impacte ideològic en el seu procés de creació d'idees i coneixement.

L'autonomia completa, la imparcialitat integral o la il·lusió de no tenir cap vinculació ideològica amb el món resulten un risc, atès que per si mateix ja és indicatiu de trobar-se sotmès a algun tipus de comprensió naturalitzada o donada per descomptada que es presenta de manera inconscient en el subjecte (Sacristan, 1983, a Nogués, 2012: 354).

Segurament, la particularitat del treball social es troba en el fet que les seves declaracions formals ja presenten aquesta voluntat fefaent per orientar la consciència ideològica dels

[77] Begoña Román (2009) descriu la deontologia professional com: "el conjunt de normes i obligacions concretes, dels deures mínims exigibles a qualsevol professional per no ser negligent, normes i deures que vinculen un col·lectiu de professionals. El codi deontològic està sotmès al canvi i, en no ser un codi jurídic, sinó moral, no pot imposar-se per coacció externa forçant la consciència dels individus que l'han d'assumir" (p. 22).

[78] El desplegament íntegre dels codis, més enllà dels mínims exigibles jurídicament, depèn en bona mesura de la voluntat i l'obligació simbòlica que contrau el professional amb la seva acció quotidiana (Román, 2009).

membres que l'integren, amb l'objectiu que el desenvolupament de les seves accions produeixin resultats en aquesta línia.

D'altra banda, en la majoria de disciplines de les ciències socials sembla que s'actuï en sentit contrari, és a dir, es tendeix a advertir de la presència inevitable d'aquests pressupòsits ideològics, per tal d'insistir en els seus integrants de la necessitat que quedin suspesos mentre es realitza l'actuació professional.

Aquesta argumentació es fa més evident si s'analitza de manera comparada el codi deontològic del treball social[79] que regeix a Catalunya amb el d'altres disciplines properes, com poden ser la psicologia[80] o la sociologia.[81] De l'anàlisi se n'extreuen diferències substancials pel que fa a les orientacions i compromisos que pren cadascuna, així com els membres que en formen part.

Un primer exemple es pot trobar amb referència al concepte de justícia social. El codi de treball social l'assenyala en la part introductòria, esmentant l'esforç que ha de fer la disciplina per a la promoció d'aquest principi (2000: 2). A més, en l'apartat de les funcions del treball social, s'indica en una d'elles la necessitat "d'advocar perquè s'adoptin polítiques socials justes i perquè s'estableixin serveis o alternatives als recursos socioeconòmics existents" (2000: 3).

No s'hi troben referències semblants en els altres dos codis, si bé en el codi de psicologia s'apel·la a l'obligatorietat de respectar els principis comuns que emanen de la protecció dels drets humans (2014: 3), i en el codi d'aplicació per als sociòlegs s'indica que els professionals posaran els seus coneixements "a disposició de la societat per tal contribuir al bé comú" (2010: 6).

Les diferències es continuen plasmant pel que fa a les accions de denúncia social i política. De la mateixa manera que en l'aspecte anterior, és el codi de treball social el que assumeix una actitud activa en aquest tipus d'acció, mentre que en els altres dos no s'hi troba cap referència. En aquest sentit, s'assenyala la necessitat de "denunciar les causes socioeconòmiques que generin situacions de desigualtat, marginació i exclusió social" (2000: 7).

---

[79] Codi deontològic del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya (2000): http://www.tscat.cat/sites/default/files/TSCAT_codi_deontologic.pdf.

[80] Codi deontològic del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (2014): http://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/6799/1402630.pdf.

[81] Codi ètic i de bones pràctiques professionals del Col·legi de Politòlegs i Sociòlegs de Catalunya (2010): http://www.colpis.cat/files/documents/361_material.pdf.

Un darrer aspecte a destacar posa en relleu algunes diferències de to pel que fa al lligam amb la producció de coneixement. Així, en el codi de sociologia es fa esment d'una necessària imparcialitat del professional quan és cridat a mostrar el seu coneixement o emetre judicis que es derivin de la seva actuació professional. Pel que fa al codi de treball social, s'indica que els estudis i recerques elaborats pels professionals s'han de realitzar "procurant que els objectius i els resultats repercuteixin en el bé dels implicats" (2000: 6), entenent com a tals les persones i comunitats estudiades.

En relació amb les definicions, és interessant recollir la que fa la Federació Internacional de Treballadors Socials (FITS, 2014).[82] De la seva lectura i del posterior comentari que en fan[83] a tall d'ampliació, resulta indicat destacar-ne: el deure professional a facilitar l'alliberació de les persones; de nou, el deure al desenvolupament i al canvi estructural de les situacions socials que generin marginació o exclusió; la voluntat de generar una consciència que qüestioni i critiqui les fonts estructurals d'opressió; la solidaritat amb les persones més desafavorides; la lluita per reduir la pobresa i promoure la inclusió; la defensa pels drets de les persones; el compromís amb el manteniment de l'estabilitat social, amb el benentès que aquest no sigui causa d'exclusió, opressió o marginació.

Tenint en compte el caràcter explícit de la ideologia en el treball social, com cal actuar, doncs? És possible conciliar el compromís polític amb l'orientació científica? Fins a quin punt és viable un exercici professional que persegueixi indefectiblement aquestes premisses?

Luis Nogués (2012) apunta la necessitat de distingir els espais que ocupen la ciència i la ideologia, encara que no estigui resolta la qüestió que planteja quina relació ha d'existir entre ambdues. Continua assenyalant que la ciència tracta de conèixer els fets, mentre que a la ideologia li pertoca proposar un univers de valors i anhels que desborden l'àmbit del coneixement (p. 355).

Es pot prendre una actitud fonamentada en la pràctica científica, i alhora admetre que el marc en el qual actua el treball social es troba influït per una naturalesa ideològica? Per a Nogués (2012), aquesta presa de consciència, lluny de limitar, pot ajudar a clarificar i desenvolupar una disciplina amb pluralitat d'estratègies i orientacions professionals, sota el paraigua de la ciència (p. 357).

[82] Ja esmentada en aquest treball en la p. 85.

[83] Es pot accedir al comentari a: http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/.

El fet que emergeixin visions de la realitat àmpliament compartides en el si de la disciplina i que es disposi d'uns principis d'actuació comuns no significa que els procediments i mètodes a seguir per assolir certes finalitats també hagin de ser compartits.

Nora Aquín (1994) complementa aquesta posició afegint que la dimensió ideològica en les pràctiques del treball social hauria de quedar subordinada, que no significa anul·lada, a la vigilància de la dimensió teòrica. Aquest aspecte, continua dient, no ha estat suficientment pensat en la disciplina i ha comportat una impregnació duradora del discurs polític. Això ha propiciat que es refusi precipitadament la producció teòrica, que queda substituïda de manera massa recurrent pel compromís personal del professional (p. 5).

Tot i la importància dels valors i els principis en l'essència de la disciplina, s'esmenta que cal intentar que aquests no esdevinguin substituts dels arguments tècnics per justificar les decisions (Taylor i White, 2006, a Trevithick, 2008: 1229). Es fa necessari diferenciar la professió de la militància política. Si l'acció no és fonamentada, no s'escaparà de l'etiqueta d'activista (Ramos, 2013: 66).

El fet, però, és que diversos autors i autores assenyalen la pèrdua de legitimitat que pateix la professió com a conseqüència de tenir uns principis declarats obertament, que no tenen una correspondència amb les actuacions quotidianes que els treballadors socials poden desenvolupar.

Així ho subratlla Josefa Fombuena (2007: 154-158) en les conclusions de la seva obra, quan explica que les preteses millores en justícia social i disminució de les desigualtats socials no s'aconsegueixen abordar, ans al contrari. La professió es mou en un entorn de missatges contradictoris, generadors de malestar i queixes.[84] Parteix d'un mandat de canvi i millora social, però alhora resta en una posició subordinada en què el marge de maniobra difícilment va més enllà de la guàrdia d'un ordre establert.

Per a Pelegrí (2004), cal tenir present que el poder que té el treballador social se li genera automàticament en ocupar una posició estructural de domini, dins un espai professional emmarcat en un context organitzatiu o institucional. La posició es torna difícil, atès que el mandat emancipador i de canvi que ha d'assumir el professional del treball social, cal combinar-lo amb la necessitat d'ordre i control que requereix tota estructura.

[84] En relació amb la queixa, Zamanillo i Martín (2011) hi veuen una forma passiva d'adaptació individual davant les situacions d'impotència professional, en un context en què la conformitat esdevé una funció necessària per a la conservació i continuïtat de l'ordre social (p. 100-101).

Aquest és un element molt significatiu que la professió encara no ha acabat d'assumir en l'interior de la seva cultura (p. 28). Com a conseqüència, la sensació generada és sovint propera a la impotència i la inutilitat, en el sentit que el poder que es té no possibilita l'actuació necessària per als fins desitjats. Aquesta dificultat amb el poder, amb les formes que pren, i la complicació per emprar-lo de la manera més responsable i justa possible són una font de contrarietat i conflicte (Pelegrí, 2004).

Segueixen Asquith *et al.* (2005), aprofundint en aquest argument, i assenyalant que la incomoditat és fruit precisament de la distància entre el que els professionals diuen que volen acomplir i el que tenen possibilitats d'acomplir en el marc professional en què es troben. Aquest fet pot ser amplificat en el procés d'inici a la professió, en el desajust existent entre les expectatives de què es disposa un cop finalitzada la titulació i l'acomodació en el primer lloc de treball.

Per exemplificar aquest desassossec, Juan Luis Tomás (2006) manifesta:

> "Estamos intentando insertar, integrar, incorporar... socialmente a seres humanos que día tras día, incluso, generación tras generación han sido vilipendiados, excluidos y machacados por el sistema social del cual les queremos hacer cómplices. ¿Ese es el sistema social justo donde les queremos integrar? ¿A quién debemos cambiar, a las personas o al sistema social que permites las injusticias sociales?" (p. 122).

De fet, en la literatura s'indica que gran part dels treballadors socials que abandonen la professió manifesten fer-ho en el marc d'aquest malestar, en què el lloc de treball que ocupen els impedeix alinear la seva pràctica amb el compliment dels valors i els compromisos lligats a la professió (Asquith *et al.*, 2005).

En aquest sentit, la reflexió pot sobrepassar el pla individual, per interrogar sobre les possibilitats de desenvolupament d'un treball social 'ètic' en contextos organitzatius i institucionals en què la pràctica té moltes dificultats per seguir el mandat deontològic.

Barbero, Feu i Vilbrod (2007) plantegen la paradoxa que, tot i que els professionals mostren una gran sensibilitat i consciència per les explicacions estructurals i d'injustícia a un terreny teòric, en la seva dimensió pràctica, d'exercici professional, aquests hi apareixen menys implicats, des del punt de vista polític i social, del que desitjarien (p. 153).

Els mateixos autors tracten de proposar alguna resposta intuïtiva a aquesta hipòtesi, i ho fan sostenint que aquest predomini de l'abordament individual és el que podria explicar les dificultats per projectar una tasca que estigués alineada amb el canvi social.

En aquesta línia, José María Morán (2003) assenyala que la intervenció social que actualment es realitza es troba cenyida a un servei prestacional totalment allunyat dels principis transformadors i de participació social propis del treball social (p. 103). Així doncs, se'n deriva la pregunta següent: es poden desenvolupar els principis transformadors del treball social amb una intervenció allunyada del contingut ideològic?

Per a Zamanillo i Martín (2011), és la metodologia del treball social comunitari, la que possibilitaria més clarament les opcions per compaginar la tasca que els treballadors socials han de dur a terme, d'acord amb els principis de la professió (p. 105). En aquest sentit, el foment del treball social comunitari pot compensar l'atomització i fragmentació en la qual es troba la professió, i a la qual la mateixa disciplina està contribuint mitjançant l'abús de mètodes i metodologies de caràcter individual i familiar (p. 111).

Ambdues segueixen remarcant que la proposta d'un treball social comunitari, amb una dimensió ètica i política, hauria de servir per treballar a favor d'una ciutadania amb possibilitats de ser més activa en les qüestions que afecten la seva activitat quotidiana, i alhora també més crítica amb les instàncies de poder (Zamanillo i Martín, 2011)

Finalment, i en la línia del que plantejava Pelegrí (2004), Damián Salcedo (2010) i Sarah Banks (1997) afegeixen algunes precisions per abordar aquesta complexitat deontològica en la professió. Per a Salcedo, cal tenir present que el treball social, alhora que ha d'assumir la seva responsabilitat ètica en la intervenció més directa amb els individus, famílies i grups, també ha de tenir en compte la implicació institucional i social en la qual es troba immers. La dimensió pública de la societat, a través de les seves institucions i organitzacions, marca en bona mesura els límits d'actuació de la professió.

Per tant, el treball social intervé en un terreny de joc que la societat, en el seu conjunt, ha establert prèviament. Cal, doncs, assenyalar que és la mateixa ciutadania la que preveu que els professionals del treball social tinguin un paper actiu en el compromís amb el bé públic (en un sentit ampli), i per aquest mateix motiu caldrà tenir present que aquesta actuació es fa en el marc d'uns interessos col·lectius.

Aquest fet suposa que la intervenció del treball social es troba condicionada, i que no pot perjudicar el benestar del conjunt de la ciutadania, en benefici dels ciutadans i ciutadanes als quals atén (Salcedo, 2010: 15). Es podria dir, seguint Banks (1997: 32), que la posició que ocupa el professional del treball social en el context del sistema de l'estat del benestar resulta, per la seva pròpia contingència, plena de contradiccions.

Així, el professional es troba compromès amb el bé públic, atès que administra uns recursos de tots.[85] Té la confiança de la societat, i la podrà seguir mantenint sempre que des de l'opinió pública es percebi que aquesta actuació no va en detriment dels interessos col·lectius (Salcedo, 2010: 18). Fombuena (2007) indica que, per guanyar legitimitat, la disciplina també ha de fixar-se en aquesta dimensió més àmplia, que en massa ocasions passa completament desapercebuda en les anàlisis.

Per aquest motiu, els deures professionals resten àmpliament condicionats per la relació subjecta al bé públic (Salcedo, 2010: 27). Aquest és un condicionament que, com bé apunta el mateix autor, "pone en aprietos" els professionals en la seva pràctica, fet que comporta situacions de contrarietat, com a conseqüència de veure's en l'obligatorietat de representar institucionalment i aplicar polítiques, normatives i programes que es poden entendre, des de la perspectiva del treball social, com a inadequades i injustes (p. 28).

Tot i això, Salcedo entén que no fa cap bé a la professió el fet que, davant les situacions de conflicte, el treballador social arremeti sistemàticament contra les institucions públiques per les quals treballa, situant-les en el bàndol de la injustícia i l'opressió, i rescati el bàndol professional com aquell que manté els nivells màxims de moralitat i alliberament davant de la manca de dret i raó presentada pels primers. Això, continua l'autor, genera al treball social una pèrdua de la confiança i l'autoritat que li ha estat concedida per la mateixa ciutadania (p. 28).

Salcedo es refereix precisament als codis deontològics per assenyalar que no ajuden a aportar claredat en aquesta qüestió. En primer lloc, perquè són poc precisos i no permeten que els usuaris i la resta de la ciutadania coneguin amb exactitud el que es pot esperar de l'actuació del treballador social. En segon lloc, perquè no incorporen de manera clara aquest balanç, apuntat per l'autor, entre la responsabilitat directa que té el professional amb l'usuari i la que té amb el conjunt de la societat. En aquest sentit, posa l'exemple del codi ètic establert a finals dels anys noranta per l'Associació Nacional de Treballadors Socials Nord-americans, en què sí que complien amb aspectes de caràcter clarificador:

> "La responsabilidad principal de los trabajadores sociales consiste en fomentar el bienestar de los clientes. En general, los intereses de los clientes son prioritarios. Sin embargo, la responsabilidad de los trabajadores sociales hacia la sociedad en general o las

[85] Faria referència de manera directa als treballadors i treballadores socials que treballen a l'Administració pública, però indirectament també als que es troben en entitats privades de caràcter social i mercantil, atès que en nombroses ocasions gestionen recursos i serveis públics, o reben finançament de les administracions per realitzar projectes d'utilitat pública.

> obligaciones jurídicas específicas pueden en ocasiones anular la lealtad debida a los clientes y de esto se informará a los clientes (...)" (NASW, 1997, a Salcedo, 2010: 24).

Per a Salcedo és necessari que els professionals aprenguin a actuar en la tensa dinàmica d'una estructura normativa de caràcter públic, que, si bé en molts casos és limitadora, també en d'altres pot esdevenir possibilitadora[86] (p. 29). De la mateixa manera, Sarah Banks (1997) apel·la a aquest aprenentatge necessari:

> "El profesional reflexivo necesita ser consciente de estas tensiones y contradicciones para comprender su papel en la relación con los usuarios, y debe entender que es un profesional pagado públicamente, con conocimientos de 'experto' cuyo objetivo es cambiar y controlar el comportamiento; y, al mismo tiempo, es un ser humano como otro cualquiera cuya finalidad es entrar en una relación de empatía con el usuario" (p. 80).

La lleialtat institucional i el compromís públic no s'han d'entendre només en termes de representació i obediència institucional, sinó que també es pot fer en termes de contribució a la millora i transformació d'aquestes, a favor del benefici públic:

> "El deber de resistirse, denunciar y contribuir a la transformación de las estructuras institucionales que no realicen de una forma eficaz o justa la responsabilidad hacia el bienestar de los miembros de la sociedad que tiene encomendados (...) por ese mismo compromiso con el bien público, también es su deber presentar dentro de las instituciones y ante la sociedad las deficiencias e injusticias de las instituciones, normas y políticas en que la responsabilidad social hacia el bienestar se han concretado, contribuyendo así a su mejora o transformación" (Salcedo, 2010: 30).

Aquesta és de ben segur una relació complexa, en què l'assumpció de diversos rols i el maneig de situacions de tensió resulten necessaris per part dels professionals. Per a Salcedo, però, aquesta és la via per guanyar la influència i l'autoritat moral necessària per incidir més positivament en la dimensió pública i donar projecció als ideals de la professió.

Banks (1997) aposta per reconèixer aquestes tensions i equilibrar-les. El professional del treball social interactua i es mou al mateix temps amb valors de tipus social, institucional, professional i personal. Tendir a donar més pes a les creences i valors de caràcter personal,

[86] De manera reveladora escriu: "Su mera existencia limita lo que se puede hacer; pero si no existiera, nada se podría hacer" (Salcedo, 2010: 29). En aquesta línia, continua assenyalant com altres disciplines i professionals, a diferència del treball social, es podrien 'salvar' en el supòsit que les societats deixessin de preocupar-se per l'organització de sistemes públics destinats a la protecció, el benestar i la qualitat de vida de la població. Així, segurament continuaríem trobant persones afectades per una malaltia contractant metges i ciutadans amb voluntat de defensar els seus interessos judicials, fent el mateix que amb advocats (p. 29).

ignorant la resta, li pot suposar un distanciament de la institució i dels mateixos usuaris. D'altra banda, acceptar de manera incondicional i irreflexiva els valors i regles de la institució el pot convertir en un professional defensiu i excessivament burocratitzat (p. 159)

Segona part: BLOC METODOLÒGIC

CAPÍTOL 5

EL PROCÉS D'INVESTIGACIÓ

5.1. Objectius i preguntes d'investigació

L'objectiu general d'aquesta tesi ha estat aprofundir en el coneixement disciplinari i professional del treball social, a partir d'una anàlisi focalitzada en un dels àmbits en el qual es desenvolupa, la salut mental.

Aquest objectiu general s'ha dividit en cinc objectius de caràcter específic:

1. Explorar l'objecte del treball social en l'àmbit de la salut mental.
2. Examinar la correspondència entre la pràctica professional i el corpus teòric de la disciplina.
3. Identificar les possibilitats, així com les maneres, d'avaluar l'impacte de les intervencions.
4. Determinar la posició que ocupa el treball social en el context multidisciplinari de la salut mental.
5. Analitzar la rellevància que pren la dimensió ideològica en l'acció pràctica i reflexiva dels professionals.

Els objectius específics presentats troben la seva correspondència en les preguntes d'investigació que els han motivat. En la taula següent es pot veure l'associació que presenten uns i altres. A més, s'hi presenten els elements teòrics treballats en els capítols del bloc anterior.

Tot i que es pot observar una connexió directa entre tots tres components (objectius, preguntes d'investigació i elements teòrics), aquesta ha estat acomodada, durant el treball de camp i l'anàlisi, a la necessitat de ser flexible per tal de tractar amb els elements de caràcter transversal que anaven apareixent.

Taula 11. Interrelació entre els objectius específics, les preguntes d'investigació i els elements teòrics

Objectius específics	Preguntes d'investigació	Elements teòrics associats
1. Explorar l'objecte del treball social en l'àmbit de la salut mental.	Quines són les tasques i accions que ocupen majoritàriament els professionals? Quins tipus de situacions s'atenen? Amb quins objectius? Quins fenòmens es problematitzen? Quines perspectives s'empren per explicar les causes dels trastorns mentals? Quines són les finalitats del treball social en salut mental? Quins són els condicionants que afecten el desenvolupament del treball social en aquest àmbit?	- La missió del treball social en salut mental. - Determinants socials i salut mental. - Mètodes i nivells d'intervenció. - El treball social com a disciplina aplicada. - Interpretacions dels trastorns mentals.
2. Examinar la correspondència entre la pràctica professional i el corpus teòric de la disciplina.	Quin ús es fa dels models teòrics del treball social? Quins són els models més utilitzats? Quins perfils professionals sorgeixen com a resultat d'aquest ús? És, la dimensió teòrica, un element significatiu per a la intervenció professional? Quina valoració es fa de la formació acadèmica universitària? Quines posicions es prenen davant l'especialització formativa en salut mental?	- Paradigmes en treball social. - Teories per al treball social. - Models teòrics. - Lògiques d'intervenció. - Perfils professionals. - L'eclecticisme.
3. Identificar les possibilitats, així com les maneres, d'avaluar l'impacte de les intervencions.	En quina mesura s'avaluen les intervencions? Quines són les principals dificultats o limitacions? Quines estratègies s'utilitzen? S'empren indicadors? De quin tipus (qualitatius/quantitatius)? S'estandarditzen els processos? Com s'incorporen els elements de caràcter subjectiu en les avaluacions?	- La vessant artística del treball social. - El vincle terapèutic. - La pràctica basada en l'evidència. - La pràctica informada per l'evidència.
4. Determinar la posició que ocupa el treball social en el context multidisciplinari de la salut mental.	Quins són els trets que singularitzen el treball social respecte de les altres disciplines de l'àmbit? Quines contribucions fa la disciplina a l'eix biopsicosocial de la salut mental? Es desenvolupa la interdisciplinarietat en els equips de treball? Quins són els elements bàsics que defineixen el rol del treballador social? Quines valoracions es fan de l'estat de la professió dins de l'àmbit?	- El rol del treballador/a social. - L'autonomia professional. - La vinculació científica del treball social. - La perspectiva biopsicosocial en salut mental.

Objectius específics	Preguntes d'investigació	Elements teòrics associats
5. Analitzar la rellevància que pren la dimensió ideològica sobre l'acció pràctica i reflexiva dels professionals.	De quina manera es trasllada el contingut deontològic de la professió a la pràctica quotidiana? Quins són els principals condicionants? Com s'acomoden els principis del treball social dins les institucions i organitzacions en què s'ubiquen els professionals? En quina mesura la professió és entesa en termes de pràctica ideològica?	- Codis deontològics. - Principis i valors del treball social. - Ciència i ideologia. - Legitimitat pública i treball social. - Identitat professional.

Fo nt: elaboració pròpia.

5.1.1. La qüestió a investigar

La construcció dels objectius de recerca presentats és fruit d'un procés reflexiu i metodològic que resulta convenient explicar.

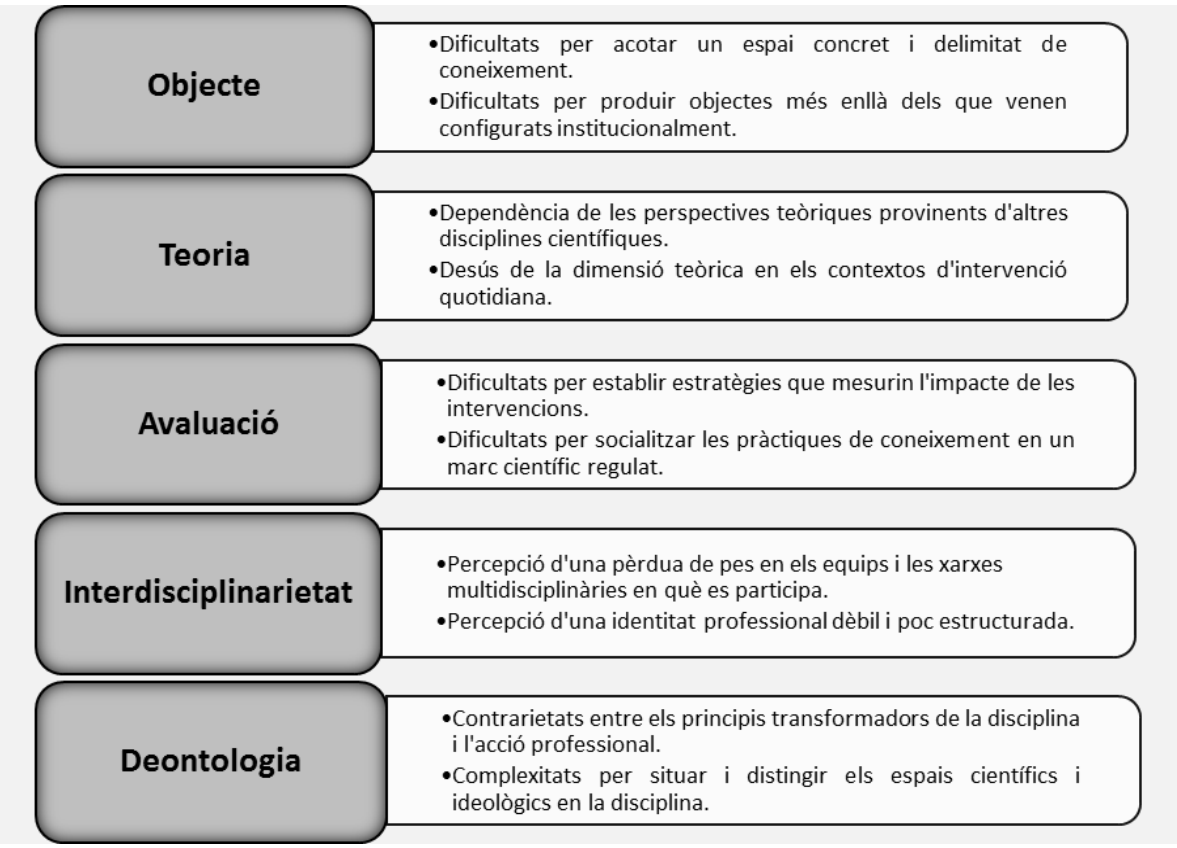
Com s'ha mencionat, la tesi neix d'una motivació per aprofundir en el treball social, com a disciplina i pràctica professional, com a conseqüència d'un malestar professional viscut en primera persona en experimentar les dificultats que té el treball social per desenvolupar-se dins l'àmbit de la salut mental. Aquest va ser un punt de partida general que resultà necessari reduir i concretar, per tal d'acomodar-lo als requeriments bàsics que tot pla de recerca demana,[87] així com a les possibilitats d'aquesta investigació.

El procés d'acotament, dut a terme a partir d'una fase inicial d'exploració de fonts documentals, va permetre seccionar aquest interès en cinc àrees més concretes i específiques a partir de les quals orientar i possibilitar l'acció investigadora. Aquestes seccions van ser: l'objecte de la disciplina, la dimensió teòrica, les qüestions vinculades a l'avaluació de les intervencions, les relacions interdisciplinàries i els elements d'ordre ideològic i deontològic.

D'una manera sintètica, en la figura següent es mostren les principals qüestions problemàtiques que es van associar a cadascuna d'aquestes àrees.

[87] En l'apartat 5.4 d'aquest capítol es descriuen les etapes de la recerca.

Figura 1. Problemàtiques associades a les cinc àrees



Font: elaboració pròpia.

A mesura que s'establien els fonaments sobre les quals descansaria la investigació, i seguint amb l'objectiu de simplificació de fons, resultava convenient seleccionar també un espai més concret i delimitat. Es va tenir en compte que el terreny en què actua el treball social és extremament extens. Aquest fet, sumat a la tria d'uns temes d'investigació ja de per si amplis, feia augmentar el risc de desorientació en el camp de treball, si no s'actuava dins uns marges més reduïts.

D'aquesta manera, la fase de definició de la problemàtica avançava mitjançant la tria de l'àmbit, així com del perímetre que situava la investigació en un indret específic. En aquest sentit, es va entendre convenient mantenir el desenvolupament de la recerca en el mateix espai en el qual s'havien generat les inquietuds inicials,[88] això és, el camp de la salut mental. Posteriorment es van dur a terme dues delimitacions més. En primer lloc, la tria del context geogràfic, que s'establí a Catalunya. En segon lloc, els actors informants a partir dels quals

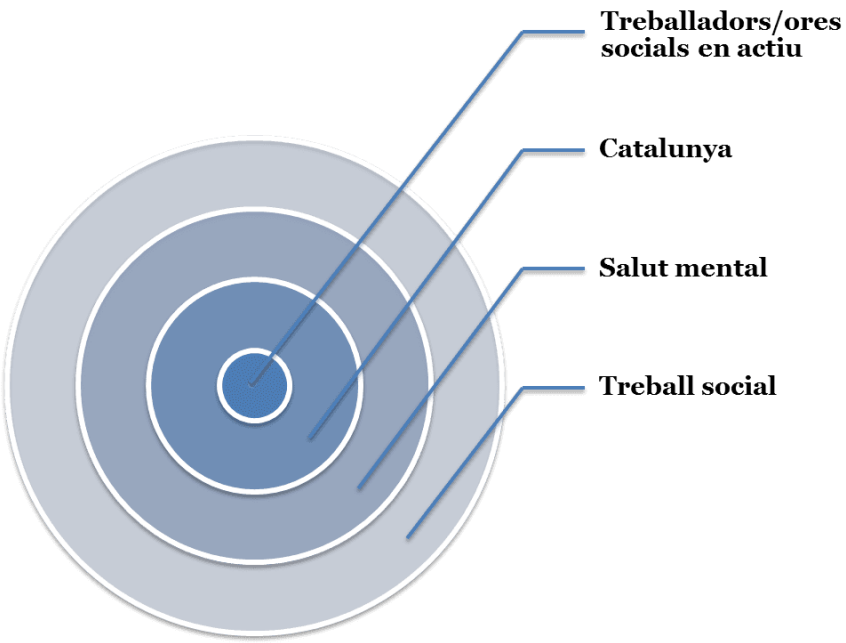
[88] Tot i que resulta factible indicar que les problemàtiques assenyalades poden ser extrapolades a altres camps en què actua la professió.

recollir la informació. Es va considerar que els treballadors i treballadores socials en actiu dins aquest camp serien els agents més idonis per a aquesta finalitat.

Per tant, els espais sobre els quals s'ha desenvolupat aquest treball mantenen mides diferents quant a la seva extensió. De manera gràfica, tal com es pot observar en la figura següent, aquests es poden representar en forma de corones i diferenciant-los mitjançant dos tipus de nivells.

Un primer nivell, més ampli i abstracte —i, per tant, més allunyat i general— incorpora la tercera i quarta corona. La més àmplia de totes, la quarta, fa referència a la mateixa disciplina del treball social. D'ella se n'extreuen els orígens de totes les qüestions que motiven l'interès de la recerca. La tercera corona ve configurada per l'especificitat de la professió en una àrea, com la salut mental, en la qual actua fa més d'un segle. Dins d'aquesta àrea s'hi integren tant el sector sanitari com el social.

Figura 2. Espais de desenvolupament de la recerca



Font: elaboració pròpia.

Un segon nivell, més concret i precís, té a veure amb les dues corones que formen les dimensions més properes a la realitat. Així, la selecció d'un territori com Catalunya emmarca la investigació en un espai específic, caracteritzat, com tots els territoris, per uns elements d'ordre cultural, social i polític (en aquest cas, fent referència explícita a la manera d'organitzar els sistemes d'atenció social i sanitari) que el singularitzen.

Finalment, en la primera corona s'hi troba el nucli central en què s'ha desenvolupat la recerca. Aquí és on s'ha donat la presa de contacte amb els professionals que es troben en el centre mateix de la problemàtica, i que encarnen materialment les qüestions medul·lars a investigar.

Com s'ha pogut comprovar en els capítols anteriors, els aspectes que han configurat l'estructura bàsica del bloc teòric han estat integrats majoritàriament per elements del primer nivell (treball social i salut mental). En alguns casos s'han pogut entrellaçar ambdós, i en d'altres s'han treballat de manera separada. En el menor nombre de casos s'han incorporat parts del segon nivell,[89] com a conseqüència d'una disponibilitat escassa de literatura que incorporés de manera transversal totes les dimensions.

D'aquesta manera, la construcció d'un marc teòric de caràcter més contextual que operatiu o conceptual ha requerit un treball més extens i acurat durant les fases en les quals s'ha concretat la problemàtica a investigar i s'han formulat els objectius i les preguntes de recerca.

5.2. Orientació de la recerca

En aquest segon apartat del capítol es descriu la perspectiva d'investigació emprada. Per fer-ho, es mostra el procés de reflexió que es va dur a terme per respondre al que Corbetta anomena les tres qüestions fonamentals a les quals s'enfronta tota investigació social: 'Existeix la realitat social?', 'Es pot conèixer?', 'Com es pot conèixer?' (Corbetta, 2007). Es tracta d'unes qüestions que ell mateix ajuda a respondre al llarg del capítol 1 de la seva obra.

La primera, de caràcter ontològic, aprofundeix en la naturalesa i forma de la realitat social: "Es decir (...) si los fenómenos son *cosas en sí mismas* o *representaciones de las cosas*" (p. 8). La segona, de tipus epistemològic, es pregunta per la possibilitat de conèixer aquesta realitat, aprofundint en la relació entre l'objecte (realitat a estudiar) i el subjecte (aquell qui vol estudiar l'objecte). La tercera, de signe metodològic, es planteja la qüestió del 'com', és a dir, de quina manera resulta possible conèixer. En aquesta darrera és on aprofundiré d'una manera més detallada.

Tal com indica l'autor, aquestes tres qüestions es troben interrelacionades, però és la resposta a la primera la que pot tenir un major condicionant en les dues següents. Tanmateix, Corbetta adverteix de la dificultat d'establir uns límits clars entre unes i altres.

[89] La temàtica 'interdisciplinarietat' és la que en presenta una major proporció.

L'abordament de les qüestions s'ha fet gràcies a les diferents propostes que els paradigmes d'investigació social plantegen, i que el mateix autor sintetitza. Aprofundint en la primera qüestió sobre l'ontologia, cal apuntar que s'ha rebutjat el plantejament positivista que parteix d'un coneixement objectiu dels fenòmens socials, i s'ha optat per prendre una posició a cavall entre el constructivisme i el realisme crític.

Des de la posició constructivista trobem que, o bé s'exclou l'existència d'un món objectiu —des de les posicions més radicals—, o bé no es planteja l'existència d'una realitat externa de caràcter absolut —des de les més moderades. En termes generals, el constructivisme indica que allò que es pot conèixer són els significats que els individus atribueixen. Per tant, aquesta realitat social té un caràcter múltiple que es configura a partir de les diferents interpretacions que els subjectes fan, de manera que existeixen, així, tantes realitats com individus.

La segona posició, el realisme crític, es pot situar entremig del positivisme i el constructivisme, atès que, a diferència d'aquest segon, assenyala l'existència d'una realitat externa a l'individu vinculada a un món social —d'estructures i entitats— que existeix i actua amb independència del coneixement que se'n tingui. D'altra banda, i a diferència del positivisme, diu que al màxim a què es pot aspirar és a conèixer aquesta realitat d'una manera incompleta i imperfecta. En cap cas, l'observació empírica tindrà un caràcter objectiu pur, ja que sempre vindrà marcat per la teoria que (conscientment o inconscientment) s'empri.

Així, des del realisme crític s'adverteix que no podem reduir la pregunta sobre què són els objectes de coneixement a allò que podem conèixer-ne, atès que els fenòmens que estudiem no s'esgoten per molt que els analitzem, els pensem i els observem de manera empírica. Tot i aquest plantejament, el realisme crític no segueix una línia de tall relativista, sinó que planteja la conveniència d'un progrés científic que aporti un coneixement acumulatiu cada cop més adequat a la comprensió dels fenòmens en estudi.

Deixant la qüestió ontològica i passant a l'epistemològica, cal apuntar que l'objecte d'aquesta recerca no es va entendre com una realitat externa que calia observar i mesurar, sinó que es va considerar més oportú dur a terme una aproximació comprensiva (*Verstehen*, en termes weberians) cap als subjectes que configuraven la mostra.

Tanmateix, es va prendre consciència que el fenomen a estudiar (representat pels informants) no seria independent del subjecte que els interrogava, i que de fet, ambdós

podien rebre una influència mútua (en termes d'empatia, identificació, acceptació, reconeixement, o bé de rebuig, desànim, enuig, etc.) al llarg del procés.

En definitiva, la reflexió epistemològica em va conduir a entendre que tractaria d'explorar una realitat social a través de l'estudi d'uns professionals del treball social triats per a aquest fi. En darrer terme, el que calia fer era interpretar-los de la manera més fidel i exacta possible, mitjançant un procés de comunicació[90] realitzat en un marc temporal i espacial determinat (Ruiz Olabuénaga, 2012). D'aquesta manera, la recerca es mouria en el que Riba anomena el triangle particular: "observador-observat-context" (Riba, 2010: 13).

Aquesta presa de consciència, d'alt valor subjectiu, no va suposar que el criteri d'objectivitat en quedés al marge, ni tampoc que es descartés la possibilitat d'aconseguir certes dades explicatives i generalitzables del fenomen que s'estudiava. De tota manera, sí que s'entenia que, en el millor dels casos, ambdues es podrien aconseguir d'una manera aproximada. Per tant, les conclusions que s'obtinguessin mantindrien un abast limitat, de caràcter provisional.

Des d'un punt de vista metodològic, i tenint en compte els antecedents mencionats, es va optar per l'elecció d'un procés d'investigació qualitatiu. "El paradigma qualitatiu parteix del fet que el món social no constitueix un sistema de regularitats empíriques i objectives, observables, mesurables, replicables i predibles mentalment" (Ruiz i Ispizua, 1989, a Brunet, Pastor i Belzunegui, 2002: 229).

Aquest mètode, lluny de facilitar explicacions causals a gran escala, havia de permetre l'aprofundiment en el significat i les interpretacions d'un conjunt d'actors socials seleccionats, situats en àmbits concrets d'experiència. Per tant, es va adoptar una anàlisi *micro* del fenomen, i s'optà per una descripció en profunditat mitjançant la submersió en un context específic (Ruiz Olabuénaga, 2012). Això va comportar que no es treballés amb una mostra probabilística, sinó que resultés de tipus intencional.[91]

Brunet *et al.* (2002) indiquen que la investigació qualitativa es caracteritza per ser oberta i reflexiva. La consideració d'oberta té a veure amb la idea de "donar cabuda a l'inesperat, ja que la realitat a què s'enfronta és dinàmica i canviant" (p. 234).

[90] En relació amb aquest procés, Ruiz Olabuénaga (2012) destaca que el problema clau per a l'investigador "no es el de escuchar al informante, sino el de interpretar correctamente su experiencia en su propio contexto. El conocimiento tácito juega un papel central en suministrar el significado de una experiencia que no puede expresarse por completo en palabras, gestos o metáforas (...). Si fuera sencillo superar esta inaccesibilidad a la experiencia y esta crisis de su representación, todo el análisis cualitativo se reduciría a una simple entrevista" (p. 100).

[91] En el darrer apartat del capítol es descriu la mostra.

És per aquest motiu que es va considerar més convenient establir preguntes d'investigació, i no hipòtesis,[92] per acompanyar els objectius el treball. Es va creure que aquestes s'acomodarien millor a l'esquema d'una investigació que, tot i partir d'uns objectius que li donaven estructura i orientació, requeria al mateix temps una certa llibertat de moviment. En aquest sentit, la formulació d'hipòtesis podia contravenir, per la seva majora rigidesa, aquesta manera de fer.

En paraules de Riba (2010):

> "La metodologia qualitativa reconeix habitualment que l'avenç no és en línia recta, ni tan sols en línia trencada, sinó mitjançant una estratègia que podríem denominar de *taca d'oli*, o en una espiral que va connectant les diferents parts d'una investigació o diferents investigacions entre si" (p. 14).

Continuen Brunet *et al.* (2002) afegint que l'anàlisi qualitativa és oberta "perquè el personal investigador determina els participants, el context, i és l'encarregat d'articular, analitzar i interpretar tota la informació" (p. 234).

D'altra banda, la condició reflexiva del mètode té a veure amb la inclusió de l'investigador en el camp de la recerca, del qual forma part substancial. Un camp que posteriorment ha de reconstruir, tenint en compte que en cap cas el sentit que li atorgui no tindrà la mateixa condició que la situació original. En aquest sentit, es dona una impossibilitat per reproduir la realitat viscuda.

Aprofundint en els trets característics dels mètodes qualitatius, Riba (2010) assenyala que aquests:

- "Prefereixen habitualment les estratègies ideogràfiques.
- Solen optar per la construcció d'objectes d'estudi més densos i complexos i per perspectives holístiques o globals sobre aquests.
- Prefereixen les estratègies observacionals, i renuncien gairebé sempre a la cerca de relacions causals, ja que opten per l'establiment de relacions globals.
- Tenen en compte la subjectivitat per mitjà de l'observació participant o de l'observació documental, mitjançant l'adopció de punts de vista interiors (èmics) respecte a l'objecte d'estudi i assumint la intersubjectivitat com a valor.

[92] Aquest ha estat un canvi significatiu respecte de l'establert inicialment en el pla de recerca.

- Tenen molt en compte els significats inferits dels subjectes o comunicats per aquests, la qual cosa fa que utilitzin habitualment unitats molars i que l'investigador adopti el paper d'intèrpret o hermeneuta a partir de materials verbals o escrits" (p. 5).

El mateix autor indica que l'adopció d'aquests trets característics forma en l'investigador qualitatiu un perfil que:

- "Busca la comprensió en profunditat de fenòmens complexos, tant des del punt de vista d'ell mateix, com a observador, com des del punt de vista del subjecte.

- Exhibeix un tarannà habitualment reflexiu, crític i relativista respecte dels valors oficials de la ciència.

- No manté la definició del problema d'investigació de manera immutable al llarg de la recerca, sinó que redefineix aquest mateix problema i revisa les seves interpretacions en el curs del mateix procés de recollida i anàlisi d'informació.

- (...) Difícilment pot deslligar-se o distanciar-se de la realitat que estudia i això l'obliga a adaptar-s'hi contínuament i, sovint, a comprometre-s'hi, encara que això representi pèrdua d'objectivitat" (p. 6).

Pel que fa a la validació de les investigacions qualitatives, Ruiz Olabuénaga (2012) subratlla la necessitat d'aplicar un conjunt de criteris específics que s'adaptin a la seva naturalesa, i deixar d'utilitzar els de caràcter tradicional, que es presenten pràcticament per defecte com a conseqüència del seu pes històric associat a la metodologia quantitativa. És en aquest sentit que n'assenyala quatre: credibilitat, transferibilitat, dependència i confirmabilitat (p. 105-109), que han estat tinguts en compte en el transcurs d'aquesta investigació.

El criteri de credibilitat té a veure amb la validesa interna de la investigació. Per tal de garantir-lo, Ruiz Olabuénaga presenta una sèrie de suggeriments, alguns dels quals són:

- Mantenir present, al llarg del procés, els interessos i objectius de la recerca, encara que això porti a realitzar canvis en la planificació inicial.

- La conveniència d'explicar el procés pel qual la investigació arriba a formular certes conclusions.

- Estar alerta dels biaixos que es poden produir en la recollida de dades. Aquest mateix estat d'alerta els pot minimitzar, alhora que també es poden plantejar accions per tal de reduir-los (com per exemple les notes de camp, o el recull de documentació prèvia associada al context).

- Permetre un esquema mixt de treball, de manera que les diverses fases (recollida de dades, interpretació, sistematització) es puguin interrelacionar mitjançant una dinàmica de progrés circular.

Pel que fa al criteri de transferibilitat, té relació amb la validesa externa; això vol dir, amb la possibilitat de representativitat de la recerca, i l'extensió dels seus resultats. En aquest punt, l'autor recorda que aquesta representativitat no està subjecta al nombre, sinó a la tipologia de subjectes incorporats. Per a Ruiz Olabuénaga, una prova que es compleix aquest criteri la tindrem si els resultats de la recerca poden ser utilitzats com a hipòtesis per iniciar-ne una altra.

El tercer criteri, dependència, representa una analogia del criteri de *fiabilitat* en la investigació quantitativa, i, per tant, té a veure amb l'estabilitat i consistència de les dades, del seu tractament i dels resultats obtinguts.[93] Com a proposta per aproximar-se al compliment d'aquest criteri, Ruiz Olabuénaga fa referència a:

- Documentar els canvis i les revisions que alterin el pla inicial de recerca, i deixar constància final dels processos de decisió que han guiat el treball.

- Utilitzar diferents tècniques que permetin diversificar o compensar el risc de deficiència d'alguna d'elles. Per exemple, a través de la triangulació (d'informants, de situacions, de maneres de recollir la informació).

- Comptar amb la presència d'un investigador extern (o investigadors), que examini i valori la qualitat dels processos seguits.

Finalment, la confirmabilitat preveu els riscos associats a una interpretació de caràcter massa personal, per part de l'investigador, de la informació que la recerca va generant. Com en el criteri anterior, en aquest cas també se suggereix la presència d'auditors externs que analitzin la relació entre les dades empíriques obtingudes i els resultats presentats.

5.3. Les tècniques d'investigació

Un cop introduïda la perspectiva d'investigació que s'ha triat per efectuar la recerca, es desenvolupa ara una explicació de les dues eines de recollida d'informació emprades durant el treball de camp. Aquestes eines han estat l'entrevista i els grups de discussió. Un total de

[93] El mateix Ruiz Olabuénaga (2012) expressa la dificultat de dur a terme aquest criteri d'una manera satisfactòria, dins la dimensió qualitativa. En aquest sentit, fa esment de la condició irrepetible dels fenòmens que s'investiguen.

quaranta participants van ser entrevistats, mentre que tretze van formar part dels grups de discussió.

Després d'aquests dos punts referents a les tècniques, se n'inclou un darrer en què es presenta una descripció del procés desenvolupat per treballar analíticament el material empíric.

5.3.1. L'entrevista

L'entrevista ha estat l'eina metodològica majoritàriament emprada durant el treball de camp, la qual és descrita per Ruiz Olabuénaga (2012), com "una técnica para obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales" (p. 165).

Corbetta (2007) hi afegeix que "la entrevista es construida de manera conjunta por el entrevistador y el entrevistado, y su resultado depende en gran medida del vínculo empático que se haya instaurado entre los dos interlocutores" (p. 364).

Per la seva part, Sandin, 1985, a Brunet *et al.* (2002), assenyala les característiques comunes a tota entrevista:

- "Comunicació verbal.
- Cert grau d'estructuració.
- Finalitat específica.
- Situació asimètrica.
- Procés bidireccional.
- Adopció de rols específics per ambdues parts" (p. 262).

Lluny de ser neutral i espontània, l'entrevista implica una situació única, a través de la qual l'entrevistador, mitjançant la tipologia de preguntes que realitza, busca crear una situació concreta (Ruiz Olabuénaga, 2012: 165). No es tracta, doncs, d'un mer procediment mitjançant el qual obtenir informació, sinó que té a veure amb una dinàmica d'interacció social entre els dos actors, en què l'entrevistador "té com a funció afavorir la producció d'un discurs lineal de l'entrevistat sobre un tema definit en el marc d'una investigació" (Brunet *et al.*, 2002: 261).

Ruiz Olabuénaga (2012) hi afegeix que: "en la entrevista, el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, sus significados,

perspectivas e interpretaciones, el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo" (p. 166).

D'acord amb Brunet *et al.* (2002), aquesta tècnica presenta un seguit d'avantatges davant d'altres, com el qüestionari, en el sentit que:

- "En l'entrevista és més segur obtenir la cooperació de la persona.

- Permet aconseguir una comprensió de les condicions psicològiques i ambientals de la persona entrevistada, i de la seva intenció i disposició d'ànim en la resposta de les preguntes, així com aclarir-ne el sentit quan no sigui suficientment clares.

- Les persones solen concedir-li més importància en relació amb la poca importància que freqüentment concedeixen als qüestionaris.

- Permet obtenir una informació més completa, profunda i rica, sobretot en qüestions compromeses" (p. 285-286).

Al mateix temps, cal tenir en compte les seves limitacions com a font d'informació. Algunes poden ser inherents a la mateixa tècnica, com per exemple:

- Quan apareixen limitacions en l'expressió verbal, en el sentit que resulta dificultós reflectir els pensaments i l'acció que es tracten d'explicar.

- Quan hi ha possibilitats que apareguin incongruències entre el que es diu i el que es fa.

- Quan l'entrevistat mostra desconfiança davant la possibilitat que sigui identificat en el document final, encara que s'hagi informat convenientment de la confidencialitat (Brunet *et al.*, 2002: 287-288).

Altres dificultats poden provenir de l'entrevistador, ja que aquest pot:

- "Limitar l'eficàcia de l'entrevista en la mesura que pot condicionar les respostes, fonamentalment per: el seu aspecte personal (la presència física, la manera de vestir, el comportament, els gestos, el llenguatge, la veu, etc.) i les seves opinions personals (una absoluta imparcialitat per part de l'entrevistador, encara que s'ho proposi, resulta impossible a la pràctica)" (Brunet *et al.*, 2002: 289).

En el transcurs del treball de camp s'ha dut a terme una tipologia d'entrevista que es pot descriure mitjançant tres característiques: individual, enfocada i semiestructurada. S'ha definit com a individual, atès que el format predominant ha estat marcat per la situació de l'entrevistador amb un entrevistat. Només en dues ocasions s'ha variat aquesta modalitat, a

petició dels informants[94] i amb l'acceptació de l'investigador. En aquests dos casos, s'han efectuat les entrevistes amb un format de dues persones en cadascuna. Cal afegir que totes s'han desenvolupat en una única trobada.

Assenyalo que es tracta d'una entrevista enfocada, en el sentit que la temàtica que ha estat presentada als informants no era d'ampli espectre, ni aprofundia en qüestions biogràfiques, sinó que es va cenyir a aspectes de tipus descriptiu i reflexiu que tenien a veure amb el seu exercici professional, dins de l'àmbit específic de la salut mental.

Finalment, es va formular un tipus d'entrevista semiestructurada[95] en què, seguint Ruiz Olabuénaga (2012: 170), es van tenir en consideració els aspectes següents:

- El disseny d'un guió previ per conduir l'entrevista, en el qual es delimitessin les àrees més importants a tractar.

- La utilització flexible d'aquest guió, alterant l'ordre i la forma quan es considerés convenient, d'acord amb les respostes dels entrevistats.

- El fet d'afegir preguntes que no es trobaven en el guió inicial. Aquestes es podien formular per clarificar, ampliar o aprofundir en aspectes que poguessin aparèixer en les respostes dels informants, i que es consideressin d'interès.

- El control del ritme de l'entrevista. Tot i mantenir una voluntat per conservar aquest aspecte, també calia preveure un marge per a la flexibilitat i els canvis de ritme, quan fos necessari.

- La presa d'un rol neutral per part de l'entrevistador. Només en el cas en què algun entrevistat ho demanés, es faria algun comentari respecte de les qüestions plantejades.

- La formulació majoritària de preguntes obertes. Solament en la part final de l'entrevista s'utilitzarien quatre qüestions a les quals es demanaria als informants respondre de manera dicotòmica.

- Els aspectes de context i de comunicació no verbal, que serien registrats en forma de notes.

- El fet que les respostes podien no ser veritat des d'un punt de vista objectiu, però sinceres, des d'una òptica subjectiva.

[94] Per dificultats en la disponibilitat horària dels participants.

[95] En l'annex 3 es pot veure el guió d'entrevista utilitzat.

- Mantenir present, en tot moment, que l'entrevista perseguia l'objectiu d'obtenir informació que facilités la comprensió i l'explicació del fenomen que s'estava estudiant.

Per al desenvolupament correcte de les entrevistes, es van seguir els suggeriments que fa Corbetta (2007: 361-366), en relació amb cinc aspectes. El primer té a veure amb els preparatius, mentre que els restants ho fan amb el desenvolupament de les mateixes entrevistes:

- En relació amb les explicacions prèvies: es va establir un procés d'apropament amb cada entrevistat per tal de superar els possibles problemes de desconfiança i inseguretat que es poden presentar en els estadis inicials. En aquest sentit, es va contactar amb els entrevistats, per primer cop, majoritàriament per telèfon,[96] per tal d'introduir la proposta. En el cas d'accedir a continuar, se'ls va facilitar, a través del correu electrònic, un segon bloc informatiu més extens de la recerca, especificant-ne les finalitats, així com les condicions de la col·laboració (gravació,[97] confidencialitat,[98] durada,[99] espai en què es durien a terme,[100] etc.). L'objectiu era transmetre clarament què s'esperava de l'entrevistat i l'entrevista. Al mateix temps, es van intentar clarificar els dubtes que els entrevistats van plantejar.[101]

- En relació amb l'ús de preguntes primàries i secundàries: les preguntes primàries, de caràcter més general, es van emprar per obrir les diverses

[96] Quan no va ser possible per aquesta via, es va fer mitjançant correu electrònic.

[97] Es va optar per la gravació, en detriment de la transcripció durant l'entrevista, per tal de mantenir la concentració, així com pel fet de possibilitar una conversa més natural i deslliurada d'interrupcions. Mitjançant la gravació, es va poder conservar la narració de manera literal i completa. Per a la transcripció posterior, es va seguir el criteri *integral* (Corbetta, 2007), que preveu recollir les manifestacions en el seu conjunt (incorporant-hi els errors de sintaxi, les variacions dialectals, les frases incompletes, etc.).

[98] Vegeu el document de consentiment de l'informant (annex 1).

[99] Es va traslladar als informants una estimació de 45-50 minuts de durada de l'entrevista. En alguns casos, es va allargar, com a màxim, fins als 90 minuts.

[100] En la majoria dels casos, les entrevistes es van realitzar al lloc de treball de l'entrevistat. En les ocasions en què es va considerar més idoni mantenir l'entrevista fora d'aquesta ubicació, es van cercar llocs alternatius: cafeteries; espais de la Universitat de Lleida; espais del Col·legi de Treball Social de Catalunya…

[101] Cal esmentar, en aquest punt, que nou demandes de participació no van fructificar. En dos casos es va declinar explícitament la col·laboració, i en set no es va obtenir resposta, després de diversos intents duts a terme telefònicament i per correu electrònic. Aquestes sol·licituds fallides no van suposar la disminució de la mostra, atès que es va continuar amb la cerca de nous informants, fins a arribar a la xifra necessària.

temàtiques de què es volia tractar, mentre que les segones van facilitar l'estructuració i l'aprofundiment en els temes oberts amb les primeres.

- En relació amb l'ús de mecanismes exploratoris: es van emprar tècniques comunicatives que, a tall d'estímuls, permetessin aprofundir en les qüestions que els informants tractaven d'explicar. En aquest sentit, es van utilitzar recursos com: la repetició de la pregunta; la repetició de la resposta o una síntesi d'aquesta; la utilització d'expressions que manifestessin interès per alguna cosa concreta que havia dit l'entrevistat; les pauses; la petició explícita d'aprofundiment.

- En relació amb el paper de l'entrevistador: es prenia consciència que seria determinant per a l'obtenció dels resultats esperats. Així, es va tractar de dur a terme una tasca d'orientació que permetés conduir l'entrevista cap als objectius preestablerts. Entre els aspectes més importants, es va intentar mantenir un clima de comoditat per a l'entrevistat, a partir del qual pogués trobar les condicions necessàries per expressar-se de manera veritable. En aquest sentit, Corbetta apunta que a l'entrevistador li resulta necessari desenvolupar aptituds com: "la sensibilidad, la intuición, la capacidad para identificarse con la personalidad del interlocutor, la experiencia con las relaciones humanas (...), y un conocimiento profundo del problema objeto de estudio" (p. 365), per tal que l'entrevista pugui desenvolupar-se amb èxit.

- En relació amb el tancament: totes les entrevistes es van finalitzar agraint als informants el temps dedicat, oferint la possibilitat d'afegir algun aspecte si ho consideraven convenient, i informant-los del fet que se'ls facilitaria una còpia del document final, un cop aquest estigués finalitzat.

5.3.2. El grup de discussió

Aquesta tècnica va ser emprada un cop realitzades totes les entrevistes. En concret, es van dur a terme dos grups de discussió amb l'objectiu d'abordar, de manera focalitzada, certes informacions recollides amb anterioritat pels informants participants en les entrevistes. En aquest sentit, es pretenia contrastar aquests discursos (ja sigui perquè quedessin reforçats o debilitats, o bé per explorar-ne alternatives) des d'un format diferent, i amb uns integrants que presentaven una condició singular.

La particularitat dels integrants en aquests dos grups de discussió va ser que tots ells formaven part del Grup de Treball de Salut Mental del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Aquest és un grup integrat per professionals en actiu que:

> "Desenvolupen la seva actuació o activitat en diferents equips que conformen la xarxa de serveis d'atenció a la salut mental de tot Catalunya, i es reuneix al Col·legi amb una periodicitat mensual des de fa més de 25 anys. Els membres que el componen, per raons professionals i/o personals, han anat canviant al llarg dels anys" (Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, 2016: 11).

La participació d'aquests informants es va considerar estratègica per al treball de camp d'aquesta recerca, atès que són professionals integrats en una dinàmica d'anàlisi i reflexió sobre algunes de les temàtiques que s'intenten explorar en aquest treball. En aquest sentit, es va tenir en consideració la seva expertesa i motivació com un element afavoridor, d'alt valor qualitatiu, per aprofundir en les qüestions a investigar.

Tot i això, es fa necessari advertir que la selecció d'aquests informants contravé una de les normes àmpliament formalitzades en els grups de discussió, i és que les persones que hi participin no formin, de manera preexistent, un grup.

Aquesta norma tracta d'evitar el sorgiment o la reproducció d'elements com les relacions de poder i l'aparició de dinàmiques dins la sessió, que siguin una extensió del grup anteriorment constituït. Tenint en compte aquests riscos, es va optar per dur a terme les sessions, i es valorà a posteriori si la seva aportació podia ser, o no, significativa per als objectius de la recerca. En el cas que es valorés negativament, s'optaria per crear dos grups més seguint el criteri esmentat, i obviant els registres anteriors. Tanmateix, l'avaluació realitzada va ser positiva, en considerar l'obtenció d'unes dades que aportaven elements significatius per a l'anàlisi, i se'n descartà així la repetició.

Pel que fa a la definició del grup de discussió com a tècnica, Brunet *et al.* (2002) assenyalen que: "és una eina adient per a observar processos de formació d'opinions, ja que es basen en la pròpia dinàmica de reunions on es genera contínuament informació circulant" (p. 314).

D'una manera més concreta, Krueger, 1991, a Callejo (2001), defineix el grup de discussió com:

> "Una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo, no-directivo. Se lleva a cabo con aproximadamente siete a diez personas, guiadas por un moderador experto. La discusión es relajada, confortable y a menudo satisfactoria para los participantes, ya que exponen

sus ideas y comentarios en común. Los miembros del grupo se influyen mutuamente, puesto que responden a las ideas y comentarios que surgen en la discusión" (p. 25-26).

Pel que fa a la qüestió del nombre de persones adequades per participar en un grup de discussió, la definició anterior assenyala l'interval de set a deu. Aquesta és una xifra que presenta variacions segons els autors que en parlin. Per exemple, Callejo (2001: 21) la situa entre sis i deu, i Giner *et al.* (2006: 384) parlen de cinc a nou persones.[102] En relació amb la durada, Giner *et al.* (2006: 384) diuen que ha de ser al voltant d'una hora i trenta minuts.

Seguint Callejo (2001: 65-76), les situacions que es generen en els grups de discussió estan caracteritzades, entre d'altres, per les particularitats següents:

- És una situació d'interrelació cara a cara, de caràcter públic. Aquest fet comporta la presa en consideració dels condicionaments que aquesta circumstància pot provocar (tendència a la creació de consensos, dificultats per fer aflorar certs punts de vista, intervencions 'políticament correctes'), així com la reflexió davant les raons que porten els informants a acceptar l'oferiment a participar en un exercici d'aquest tipus.

- Parteix d'una demanda d'investigació. Aquesta demanda acostuma a generar preguntes en els participants, que tenen a veure amb el 'perquè' (de la recerca) i 'per a qui' (el perfil de l'investigador). En aquest punt, Callejo recorda que resulta necessari tenir present alguns condicionants (en forma de resistències) que poden emergir en els participants, donada la possibilitat que ells mateixos puguin percebre que són els objectes d'estudi.[103] Per aquest motiu, abans de la celebració dels grups de discussió, es va organitzar una sessió informativa presencial, en què es va oferir una explicació extensa de la recerca al conjunt dels informants als quals es demanava la participació, parlant de les motivacions, així com les condicions que caracteritzarien aquesta participació.[104]

[102] Els dos grups realitzats en la recerca van estar formats per vuit persones el primer i cinc el segon (vegeu les fitxes dels grups de discussió en els annexos 4a i 4b).

[103] De la mateixa manera que en les entrevistes, es va reiterar l'interès pel contingut més enllà de l'informant que l'emet, i s'assenyalaren de nou els criteris de confidencialitat als quals estarien subjectes les persones participants.

[104] Tot i que no es va plantejar com a objectiu en aquesta primera reunió, el coordinador del grup de treball va proposar parlar de les dates de celebració dels grups de discussió, els horaris, així com la distribució dels membres en els dos grups. El primer i segon aspecte van quedar fixats. El tercer es va posposar per tal de seguir-ne parlant internament. L'única condició per part de l'investigador en relació amb aquest aspecte va ser que cap dels dos grups no fos inferior a cinc persones ni superior a deu.

- La figura del moderador. El moderador és el principal responsable de la dinàmica que s'exercirà en el grup, atès que condueix els diàlegs que vagin sorgint. Com a representant de la demanda d'investigació, es requereix que el moderador vetlli pel desenvolupament correcte dels torns de paraules (tractant d'evitar els excessos, així com l'escassetat), i al mateix temps, que tingui la capacitat per incorporar els temes que li interessin en els moments adequats.

Taula 12. Situacions previstes en la dinàmica d'un grup de discussió i propostes suggerides

Situacions	**Propostes**
Presentació de la temàtica per part del moderador	Salutació i agraïment inicial. Enquadrament tècnic concís. Evitar l'explicació científica detallada, així com l'emissió de missatges implícits en el problema.
Actuació bàsica del moderador durant la sessió	Evitar situar-se per damunt del grup. Evitar situar-se en una posició d'expert. Evitar la interpretació excessiva durant la sessió. Tractar de dirigir la conversa, formular preguntes, donar la paraula si no s'expressa ningú, fomentar les relacions simètriques i d'igualtat entre els participants.
Silenci inicial	Situació raonable i repetida en les dinàmiques dels grups de discussió. Es pot insistir de manera moderada, ja que segurament algú iniciarà la sessió en el segon o tercer intent del moderador.
Un participant demana l'aprovació del moderador durant la seva intervenció	Se suggereix no correspondre la demanda (a diferència del criteri establert en l'entrevista). Resulta més convenient retornar-la al grup.
Procés de finalització de la sessió	El moderador pot prendre la paraula per anunciar el procés de finalització, i aportar una intervenció de síntesi per tal de concloure, amb la qual es pot observar el grau de conformitat del grup davant el resum exposat. Finalitzar amb un agraïment als participants pel temps dedicat.

Font: elaboració pròpia a partir de Brunet *et al.* (2002) i Callejo (2001).

Entre les avantatges que ofereix el grup de discussió com a font d'informació, Callejo, 2001, a Brunet *et al.* (2002), assenyala:

- "La interacció directa entre l'investigador i els observats.

- La possibilitat d'observació dels comportaments no verbals.

- La gran quantitat de dades comptant amb tota mena de matisos.

- Una pràctica flexible, que permet anar pensant i decidint sobre la marxa" (p. 333).

D'altra banda, i com a limitacions d'aquesta tècnica, Brunet *et al.* (2002) destaquen que:

- "Les respostes dels membres del grup no són independents les unes de les altres, fet que restringeix la generabilitat dels resultats.
- Els resultats poden ser esbiaixats per un membre molt dominant.
- El moderador pot esbiaixar els resultats en proporcionar, conscientment o inconscientment, pistes sobre quin tipus de respostes són desitjables" (p. 334).

5.3.3. Procediment d'anàlisi del material empíric

Per tal de desenvolupar l'anàlisi de les dades recollides mitjançant les dues tècniques descrites anteriorment, es va dissenyar un procediment que comprenia vuit fases.

En la primera, es va transcriure el material enregistrat. En termes generals, es va tractar de procedir a les transcripcions al més aviat possible. Aquest criteri es va seguir per tal d'afegir correctament, i de la manera més concisa possible, aquelles anotacions que s'havien dut a terme durant el treball de camp i que tenien a veure amb aspectes no verbals i de context de l'entrevista, impossibles d'enregistrar amb l'aparell de gravació de veu. D'aquesta manera, es pretenia evitar la pèrdua de connexió d'aquestes notes amb les impressions que es van tenir durant la realització.

En segon lloc, es va dur a terme un primer disseny de categories[105] i subcategories temàtiques, que van ser organitzades d'acord amb un esquema comprensiu de la recerca, amb l'objectiu que servissin com a eix estructurador que orientés la posterior selecció de les dades més significatives.[106]

Aquest és un exercici que, com assenyala Mace, 1988, a López i Deslauriers (2011), facilita el procés per jerarquitzar-ne posteriorment les dades:

"La constitución de la información designa el proceso de selección, de simplificación y de transformación de la información bruta. Es esencialmente por un ejercicio sistemático de

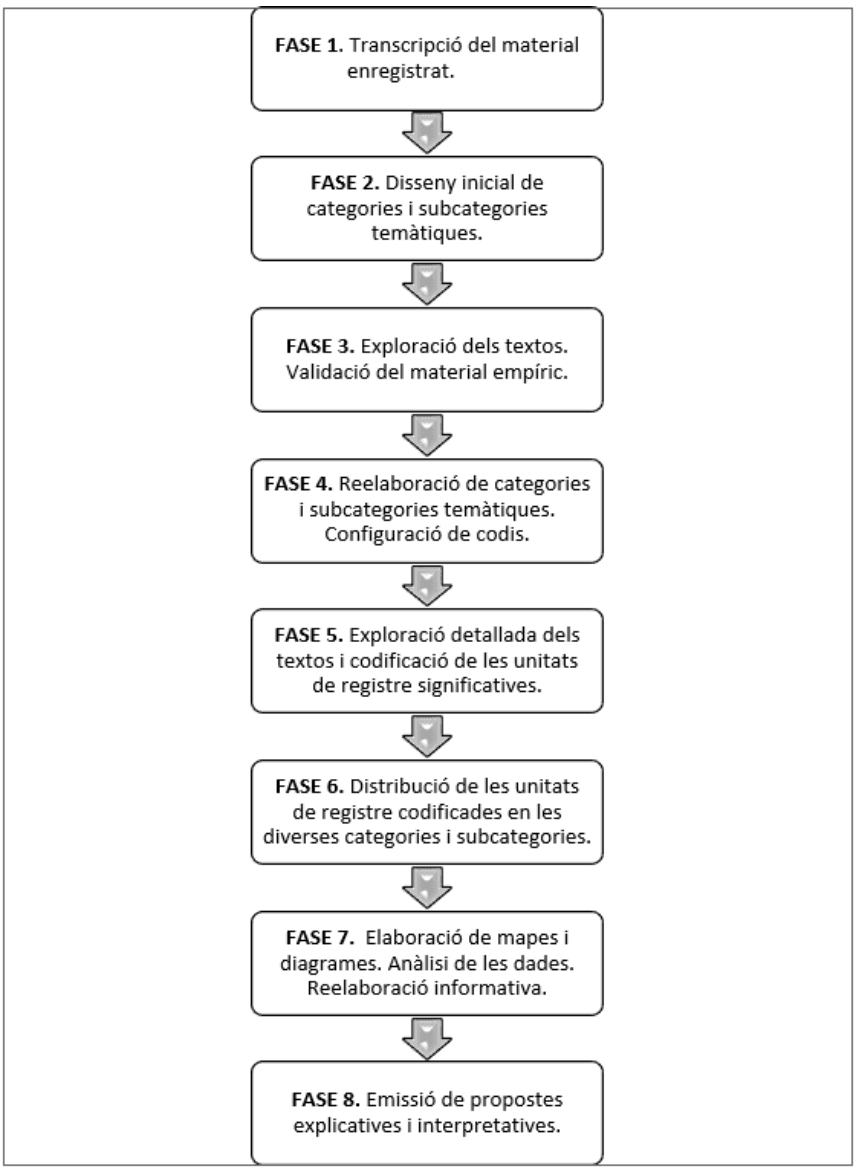
[105] Aquestes coincideixen amb els cinc eixos temàtics.

[106] Aquest ha estat el mètode majoritàriament emprat durant la fase d'anàlisi. En alguns casos, però, es va optar per introduir-hi algunes variacions, com per exemple el recompte numèric de termes clau. Aquesta variació es trobarà en l'apartat 6.1.

la clasificación de la información, que el investigador logra transformar los hechos en datos (...)" (p. 14).

Un cop fet aquest pas, es va passar a la tercera fase, en la qual es va dur a terme una exploració inicial dels textos transcrits. L'objectiu en aquest estadi era validar el material, seguint criteris d'idoneïtat, correspondència, qualitat (riquesa) i quantitat (saturació) de la informació. També aquesta exploració va ser útil per reconfigurar de nou les categories i subcategories dissenyades prèviament, un cop fet aquest primer contacte amb el material.

Figura 3. Fases de l'anàlisi empírica



Font: elaboració pròpia.

Confirmades les categories i subcategories temàtiques, es va establir un símbol identificatiu per a cadascuna d'elles mitjançant el qual es poguessin codificar aquelles dades narratives (ja fossin fragments, paraules, conceptes o paràgrafs) que hi poguessin estar vinculades. Aquest procés convertiria les dades brutes seleccionades en unitats de registre.

Pel que fa a la codificació del material, López i Deslauriers (2011) suggereixen que cal evitar que sigui excessivament general, així com excessivament específica: la primera, perquè pot complicar el procés de discriminació de la informació; la segona, perquè l'investigador corre el risc de perdre's entre tants detalls.

D'aquesta manera, i amb el suggeriment anterior de fons, s'arriba a la cinquena fase, en què es va desenvolupar una anàlisi sistemàtica del contingut de la comunicació transcrita, codificant el material i establint les interrelacions corresponents entre les subcategories i les unitats de registre.

Com es pot veure en la taula següent, es van constituir 5 categories matriu amb 35 subcategories derivades, que van emmagatzemar un total de 637 unitats de registre. Cal assenyalar que per a cada categoria es va establir la subcategoria *altres unitats*, amb la qual es possibilitava la incorporació d'aquelles unitats relacionades amb la categoria matriu, que no disposaven de subcategories preconfigurades en les quals poder-se ubicar.

Taula 13. Categories i subcategories temàtiques establertes (*fase 4*) i nombre d'unitats de registre significatives vinculades (*fase 6*)

Categories temàtiques (codis)	**Subcategories temàtiques (codis)**	**Nre. unitats de registre**
Objecte (0.1)	*Funcions professionals* ***(0.1.1.)***	34
	Causes dels trastorns mentals ***(0.1.2.)***	18
	Conseqüències dels trastorns mentals ***(0.1.3.)***	29
	Finalitat del treball social en salut mental ***(0.1.4.)***	15
	Objectius de la intervenció professional ***(0.1.5.)***	19
	Nivells d'intervenció ***(0.1.6.)***	31
	Dificultats en el desenvolupament de les intervencions ***(0.1.7.)***	22
	Altres unitats ***(0.1.8.)***	17

Categories temàtiques (codis)	**Subcategories temàtiques (codis)**	**Nre. unitats de registre**
Teoria (t.2)	*La teoria en treball social* ***(t.2.1.)***	29
	Models teòrics del treball social ***(t.2.2.)***	27
	Correspondència teoria-pràctica ***(t.2.3.)***	19
	Formació en treball social ***(t.2.4.)***	16
	Competència professional ***(t.2.5.)***	8
	Especialització formativa en salut mental ***(t.2.6.)***	31
	Experiència professional ***(t.2.7.)***	9
	Altres unitats ***(t.2.8.)***	11
Avaluació (a.3)	*Objectivitat* ***(a.3.1.)***	16
	Subjectivitat ***(a.3.2.)***	13
	Eines i tècniques d'avaluació ***(a.3.3.)***	15
	El treball social com a disciplina científica ***(a.3.4.)***	29
	Investigació i recerca ***(a.3.5.)***	7
	Altres unitats ***(a.3.6.)***	8
Interdisciplinarietat (i.4)	*Identitat professional* ***(i.4.1.)***	28
	Rol professional ***(i.4.2.)***	25
	Evolució històrica ***(i.4.3.)***	16
	Àmbit social ***(i.4.4.)***	7
	Àmbit sanitari ***(i.4.5.)***	11
	Equips multidisciplinaris ***(i.4.6.)***	16
	Enfocament biopsicosocial ***(i.4.7.)***	24
	Altres unitats ***(i.4.8.)***	3

Categories temàtiques (codis)	Subcategories temàtiques (codis)	Nre. unitats de registre
Deontologia (d.5)	*Ètica i deontologia* ***(d.5.1.)***	21
	Ideologia ***(d.5.2.)***	19
	Institucions i organitzacions ***(d.5.3.)***	24
	Activisme des del treball social ***(d.5.4.)***	13
	Altres unitats ***(d.5.5.)***	7
		637

Font: elaboració pròpia.

Ordenades les categories de major a menor nombre d'unitats de registre associades, es troba: *Objecte (1r)*, 185 (29,0%); *Teoria (2n)*, 150 (23,5%); *Interdisciplinarietat (3r)*, 130 (20,4%); *Avaluació (4t)*, 88 (13,9%); *Deontologia (5è)*, 84 (13,2%).

Un cop incorporades, es va passar a una fase posterior en què van ser posades en relació, no ja les unitats, sinó les diferents categories i subcategories, tractant d'explorar-les i establint les relacions (en forma de connexió, d'oposició i jerarquia) que podien existir entre elles. Per a la realització d'aquest exercici es van emprar mapes i diagrames conceptuals.

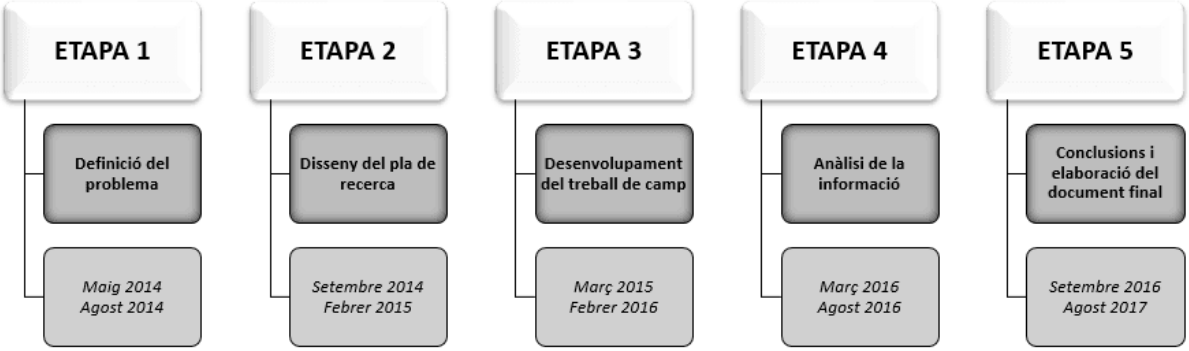
S'arriba així a la darrera fase, en la qual es van emetre les diferents propostes d'anàlisi per a cadascuna de les categories.

5.4. Desenvolupament de la recerca

El desenvolupament d'aquesta recerca ha comportat la realització d'un itinerari que, com s'esmentava, en situa l'origen en un interès per explorar la disciplina del treball social, i el seu punt d'arribada en l'elaboració d'aquest document de tesi doctoral. Tenint en compte aquests dos punts d'inici i acabament, es podria afirmar que aquest recorregut ha estat integrat per cinc etapes bàsiques que han guiat l'acció investigadora.[107] Es poden veure en la figura següent:

[107] Tot i la presentació d'aquesta seqüència evolutiva, cal remarcar que s'han introduït els criteris de flexibilitat i provisionalitat en la dinàmica de treball, els quals han estat necessaris, tal com es recomana en les investigacions qualitatives, per tal d'adaptar el procés de treball a les pròpies demandes de la realitat a estudiar (Ruiz Olabuénaga, 2012; Brunet *et al.*, 2002; Corbetta, 2007).

Figura 4. Etapes de la recerca



Font: elaboració pròpia.

La primera etapa ha estat la de definició del problema. Tal com s'ha avançat en el primer apartat, es va tractar de situar el tema que motivava l'estudi i precisar-ne les qüestions a comprendre. Aquest exercici va requerir una primera immersió en la problemàtica, feta bàsicament a través de la bibliografia, i amb la finalitat d'ordenar les preguntes i inquietuds inicials. Per tal de portar-ho a terme, es va:

- Establir uns criteris de selecció de dades secundàries.
- Realitzar la recerca bibliogràfica i seleccionar les lectures.
- Llegir i analitzar el material seleccionat.
-Confeccionar les notes (resums, esquemes, fitxes, mapes mentals i conceptuals).

L'objectiu d'aquesta primera acció va ser, més que descriure la problemàtica amb exactitud, formular-ne una primera temptativa de definició. Es pretenia, doncs, concretar-ne l'extensió i densitat.

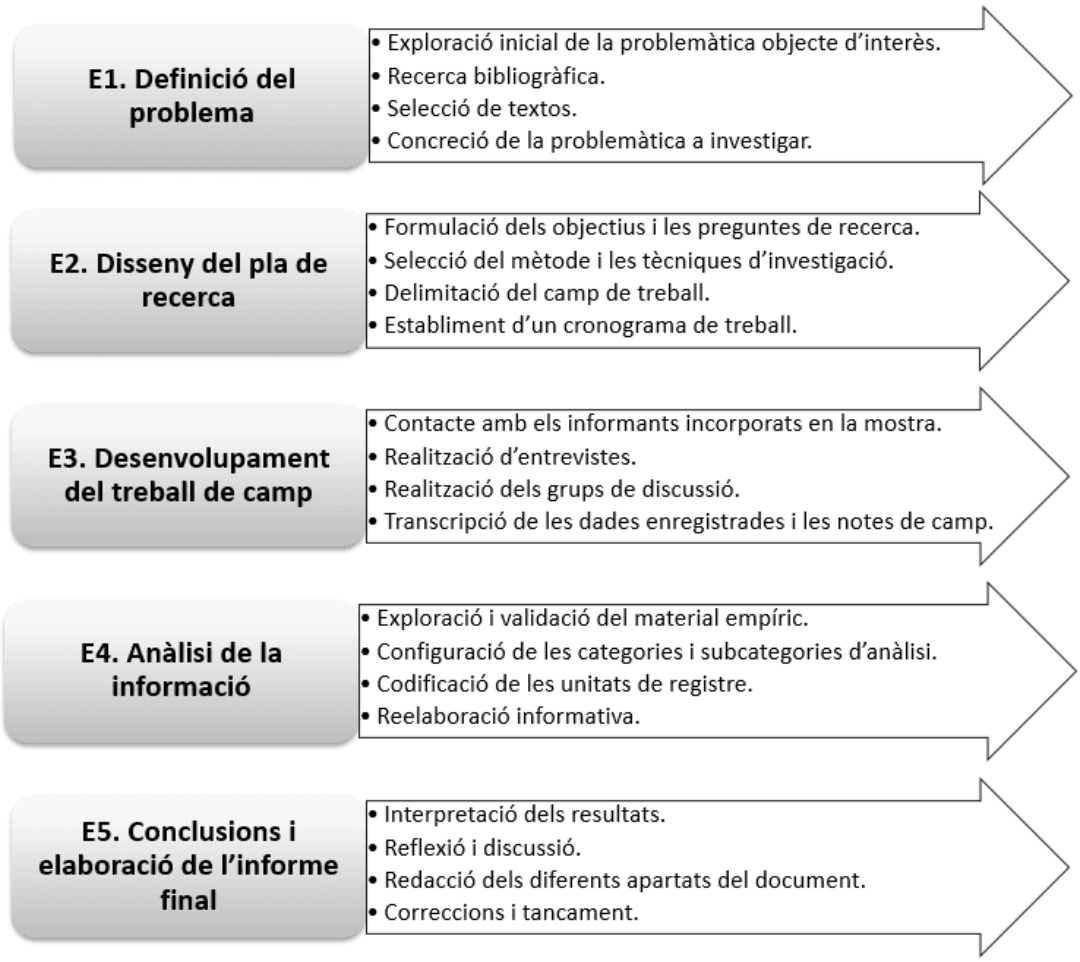
D'acord amb Brunet *et al.* (2002), es va tenir en compte que:

> "La definició del problema sempre és provisional (...). Definir el problema és entrar-hi en contacte, situar-s'hi, orientar-s'hi, submergir-s'hi, apropar-s'hi, contactar amb el nucli, el seu centre. Definir el problema és seleccionar una direcció concreta o un esdeveniment, una situació, un fet, un comportament i delimitar-ne el temps, l'espai, les persones, el context en què es decideix investigar" (p. 241).

Al mateix temps, aquesta anàlisi documental va servir per ubicar els textos[108] a partir dels quals es confeccionaria posteriorment el bloc teòric.

De manera complementària a les lectures, un altre mètode utilitzat en aquesta etapa va ser l'intercanvi d'impressions amb col·legues professionals del treball social (en alguns casos, vinculats a l'àmbit de la salut mental, i en d'altres, no). Aquest intercanvi consistia a plantejar-los el tema i les motivacions de la recerca que s'anava a iniciar, per tal que, amb el diàleg, poguessin emergir noves idees, preguntes i reflexions que permetessin observar el tema des de noves perspectives.

Figura 5. Accions més significatives associades a cadascuna de les etapes



Font: elaboració pròpia.

[108] Al llarg del document s'han emprat 185 referències, que apareixen en l'apartat de bibliografia. Amb la voluntat de contextualitzar la recerca de la manera més àmplia possible, s'han utilitzat fonts específiques del treball social i la salut mental escrites per autors i autores de diversos països (majoritàriament del Regne Unit, els Estats Units, Suècia, Canadà i l'Argentina, però també de Noruega, Finlàndia, Àustria, Suïssa, Colòmbia, Mèxic, Xile i Israel).

La segona etapa va suposar el disseny del pla de recerca, mitjançant el qual es buscava configurar l'estratègia de treball a executar, que donés resposta als tres interrogants clau: 'què' (objectius i preguntes d'investigació), 'com' (metodologia i tècniques) i 'qui' (informants).

A partir dels objectius i les preguntes d'investigació es formalitzaven els interessos de la recerca. Un cop establerts, a continuació es va seleccionar aquella metodologia, així com les tècniques d'investigació que, tenint en compte els mitjans i recursos de què es disposava, es considerava que s'adaptarien millor a les preguntes i objectius en qüestió.

Paral·lelament es va realitzar la delimitació definitiva del camp d'anàlisi. Aquesta tasca va comportar la necessitat de definir, en primer lloc, l'abast de la recerca, i en segon lloc, el nombre i el perfil dels informants que podien aportar un nombre de dades majors, en termes quantitatius, i millors, en termes qualitatius.

Finalment, cal afegir que en aquesta etapa es va configurar el calendari de treball, en el qual s'incloïen les accions que es durien a terme i l'ordre en què serien executades, així com l'interval de temps en què es preveia que es podrien realitzar.

La tercera etapa va ser la del treball de camp. Aquesta etapa es va iniciar amb una primera fase de prospecció, contacte i informació amb les persones a les quals es demanava la col·laboració com a informants. En els casos en què la proposta va ser acceptada, es va passar a concretar les condicions de participació (data, hora, durada, modalitat, etc.).

Les entrevistes i grups de discussió es van dur a terme en un interval de sis mesos. En concret, el treball de camp es va iniciar a principis de setembre de l'any 2015, i va finalitzar els darrers dies de febrer de l'any 2016.

Realitzat el treball de camp, es va procedir a l'etapa d'anàlisi (vegeu el subapartat 5.3.3, en què es troba descrita), que va venir marcada, en primer lloc, per la validació del material empíric, a través d'una tasca de preparació i refinament de les dades 'brutes' recollides, per tal que poguessin ser treballades. En segon lloc, es va procedir a l'estudi intensiu d'aquest material, a partir de les categories i subcategories d'anàlisi dissenyades, emprades a manera de guies orientatives. En tercer lloc, es va dur a terme un procés de reelaboració informativa dels diferents resultats obtinguts, per tal de confrontar-los amb els objectius i les preguntes formulats prèviament.

La cinquena i darrera etapa va consistir en l'elaboració de les conclusions i la redacció completa del document. Amb el bloc de conclusions es va tractar de plasmar els resultats

obtinguts en relació amb els objectius establerts, i es va aportar, posteriorment, en format de discussió, elements per a la reflexió dins el marc de debat de la disciplina.

Finalment, s'arriba a la confecció final dels diversos apartats que s'havien d'incloure en el document. Aquesta és una tasca que va comportar decidir què calia presentar i què no, com jerarquitzar la informació, com estructurar-la, i el més important, com donar-li sentit i conferir-li significat (Ruiz Olabuénaga, 2012).

5.5. Descripció de la mostra[109]

Tal com s'ha esmentat anteriorment, aquesta mostra és de tipus intencional. És a dir, no s'han utilitzat càlculs o regles probabilístiques per a la seva confecció, sinó que, seguint Ruiz Olabuénaga (2012: 64), s'ha emprat un criteri estratègic que ha consistit a seleccionar els informants que, per la seva situació o coneixement del fenomen a estudiar, s'han considerat els més idonis i representatius.

En relació amb el nombre, la mostra ha quedat configurada per un total de 51 persones.[110] Totes elles tenen en comú que són professionals acreditats en treball social, vinculats actualment —en la major part dels casos, o en el passat, en el menor— a l'àmbit de la salut mental dins el territori de Catalunya. De manera general, el criteri per escollir les persones informants ha estat que es trobessin en actiu[111] professionalment en aquest àmbit en el moment de l'entrevista o la participació en el grup.

Aquest requisit s'ha complert en 47 dels 51 casos. Les quatre excepcions es van incloure atès que es consideraven perfils d'interès, d'acord amb els objectius d'aquest treball. Tot i no complir el requisit establert, els quatre tenien unes característiques (bàsicament d'experiència i coneixement profund del camp) que els feien atractius per incorporar-los.

Es va pretendre que la mostra integrés uns perfils variats de professionals, en consonància amb el que succeeix en els contextos quotidians de desenvolupament, com per exemple, en relació amb els anys d'experiència laboral, o a l'antiguitat en l'organització, o bé, pel que fa a la distribució entre el sector sanitari i social. D'altra banda, es va tractar de mantenir una certa correspondència amb alguns dels desequilibris presents en aquests contextos, com per

[109] Apartat realitzat a partir de les dades facilitades pels informants (veure el document: "fitxa a emplenar per l'informant" en l'annex 2).

[110] Cal esmentar que dues persones informants han participat en l'estudi com a entrevistats i, alhora, han format part dels grups de discussió.

[111] El terme *actiu* fa referència tant als professionals que desenvolupen la seva tasca en serveis o programes d'intervenció com els qui ho fan des de la funció docent en l'àmbit universitari.

exemple, en la variable 'sexe'. Així, el nombre de dones és molt més alt que el d'homes. De ben segur, el criteri que ha quedat més distanciat del context real és el de representació territorial, atès que la mostra integra el mateix nombre de participants a la província de Lleida que a la de Barcelona.

En la taula següent es presenta el còmput global dels informants, acompanyats d'algunes de les seves característiques bàsiques, alhora que s'hi poden trobar les corresponents notes a peu de pàgina que indiquen l'especificitat que caracteritza alguns dels casos, així com el criteri d'idoneïtat que en aquests s'ha tingut en compte per a la seva inclusió.

Amb l'objectiu de respectar la confidencialitat dels informants, en el quadre se n'han obviat algunes dades (com per exemple el sexe o el territori d'actuació) que, tot i ser rellevants per obtenir-ne un perfil més complet, s'ha considerat convenient no mostrar per tal d'evitar la possibilitat de traçar-ne les identitats. Amb el mateix objectiu s'han establert de manera genèrica —en format d'intervals— algunes dades (com l'edat o els anys d'experiència).

Al llarg del bloc analític, es fa referència als informants mitjançant els acrònims que apareixen en la primera columna de la taula.

Taula 14. Contingut de la mostra

	Edat	**Sector**	**Tasques**	**Anys d'experiència en SM**	**Anys d'experiència en TS**
Ts01	Entre 25 i 35	Social	Treball social	Entre 1 i 5	Entre 1 i 5
Ts02	Entre 36 i 45	Social	Coordinació	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts03	Entre 25 i 35	Social	Coordinació	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts04	Entre 36 i 45	Social	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts05	Entre 25 i 35	Social	Direcció	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts06	Entre 36 i 45	Social	Coordinació	Entre 11 i 15	Entre 11 i 15
Ts07	Entre 36 i 45	Sanitari	Coordinació	Entre 11 i 15	Entre 16 i 20
Ts08	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 11 i 15	Entre 16 i 20
Ts09	Entre 25 i 35	Social	Treball social	Entre 1 i 5	Entre 1 i 5
Ts10	Entre 25 i 35	Social	Coordinació	Entre 1 i 5	Entre 1 i 5

	Edat	Sector	Tasques	Anys d'experiència en SM	Anys d'experiència en TS
Ts11	Entre 36 i 45	Social	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 11 i 15
Ts12	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 11 i 15	Entre 11 i 15
Ts13	Entre 36 i 45	Social	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts14	Entre 56 i 65	Sanitari	Treball social	Entre 16 i 20	Entre 26 i 30
Ts15[112]	Entre 25 i 35	Sanitari	Treball social	Entre 11 i 15	Entre 11 i 15
Ts16	Entre 25 i 35	Sanitari	Treball social	Menys d'1	Entre 1 i 5
Ts17	Entre 25 i 35	Social	Direcció	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts18	Entre 46 i 55	Social	Direcció	Entre 31 i 35	Entre 31 i 35
Ts19	Entre 46 i 55	Social + treball[113]	Treball social	Entre 11 i 15	Entre 16 i 20
Ts20[114]	Entre 46 i 55	Sanitari + educatiu	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 16 i 20
Ts21[115]	Més de 65	Sanitari	Coordinació	Més de 35	Més de 35
Ts22	Entre 46 i 55	Sanitari	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 26 i 30
Ts23	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 11 i 15	Entre 11 i 15
Ts24[116]	Entre 25 i 35	Social	Integració social	Entre 1 i 5	Menys d'1
Ts25	Entre 25 i 35	Social	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 1 i 5

[112] En el moment de realitzar l'entrevista, la informant es troba vinculada professionalment a l'àmbit sanitari. No ho està de manera específica a la salut mental. En tot cas, se n'escull la participació donada l'experiència que ha acumulat en salut mental.

[113] Informant que es desenvolupa professionalment en els dos sectors des d'una mateixa organització.

[114] En el moment de realitzar l'entrevista, l'informant es troba vinculat professionalment a l'àmbit sanitari. No ho està de manera específica a la salut mental. En tot cas, se n'escull la participació donada l'experiència que ha acumulat en salut mental. Quant a l'àmbit docent, sí que hi està vinculat de manera concreta en el moment de l'entrevista.

[115] Informant jubilada. Se n'escull la participació donada la seva àmplia experiència. Per definir les columnes 'Sector' i 'Tasques' s'empra la darrera referència de la seva vida laboral.

[116] L'informant exerceix tasques com a integrador social. En tot cas, se n'escull la participació per la seva experiència en l'àmbit i per la singularitat del seu perfil.

	Edat	Sector	Tasques	Anys d'experiència en SM	Anys d'experiència en TS
Ts26	Entre 36 i 45	Sanitari + educatiu[117]	Treball social	Entre 21 i 25	Entre 21 i 25
Ts27	Entre 46 i 55	Social	Treball social	Entre 1 i 5	Entre 11 i 15
Ts28	Entre 56 i 65	Sanitari	Treball social	Entre 31 i 35	Entre 31 i 35
Ts29	Entre 36 i 45	Sanitari	Coordinació	Entre 6 i 10	Entre 16 i 20
Ts30	Entre 46 i 55	Sanitari + educatiu[118]	Treball social	Entre 26 i 30	Entre 26 i 30
Ts31	Entre 36 i 45	Social + treball[119]	Coordinació	Entre 11 i 15	Entre 11 i 15
Ts32	Entre 25 i 35	Social	Coordinació	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts33[120]	Entre 46 i 55	Sanitari + educatiu	Treball social	Entre 11 i 15	Entre 26 i 30
Ts34	Entre 46 i 55	Social	Direcció	Entre 21 i 25	Entre 21 i 25
Ts35	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 16 i 20	Entre 16 i 20
Ts36	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 16 i 20	Entre 16 i 20
Ts37[121]	Entre 56 i 65	Educatiu	Coordinació	Entre 21 i 25	Més de 35
Ts38	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts39	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 1 i 5	Entre 16 i 20
Ts40	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 16 i 20
Ts41	Entre 46 i 55	Sanitari	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 21 i 25
Ts42	Entre 46 i 55	Sanitari	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 11 i 15

[117] Informant que es desenvolupa professionalment en els dos sectors des de dues organitzacions diferents.

[118] Informant que es desenvolupa professionalment en els dos sectors des de dues organitzacions diferents.

[119] Informant que es desenvolupa professionalment en els dos sectors des d'una mateixa organització.

[120] En el moment de realitzar l'entrevista, la informant no exerceix tasques docents vinculades al treball social i la salut mental. Ho fa exercint intervenció social des d'un servei de salut mental. En tot cas, se n'assenyala el perfil docent donada l'experiència que ha acumulat en aquesta àrea de manera recent.

[121] En el moment de realitzar l'entrevista, la informant no exerceix tasques docents vinculades al treball social i la salut mental. En tot cas, se n'escull la participació donada l'experiència que ha acumulat en aquesta àrea de manera recent, i també per la seva experiència anterior exercint com a treballadora social en salut mental.

	Edat	Sector	Tasques	Anys d'experiència en SM	Anys d'experiència en TS
Ts43	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 16 i 20	Entre 16 i 20
Ts44	Entre 46 i 55	Sanitari	Treball social	Entre 11 i 15	Entre 26 i 30
Ts45	Entre 25 i 35	Sanitari	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 11 i 15
Ts46	Entre 25 i 35	Social	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts47	Entre 25 i 35	Social	Treball social	Entre 1 i 5	Entre 6 i 10
Ts48	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 11 i 15
Ts49	Entre 25 i 35	Sanitari	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 11 i 15
Ts50	Entre 46 i 55	Sanitari	Treball social	Entre 21 i 25	Entre 21 i 25
Ts51	Entre 36 i 45	Sanitari	Treball social	Entre 11 i 15	Entre 11 i 15

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

5.5.1. Característiques dels informants

En relació amb el sexe de les persones informants, predomina la presència de dones —un 86,3% (44)— per sobre dels homes —un 13,7% (7). Aquesta és una tendència que, sense una voluntat explícita per reproduir numèricament en aquesta recerca el que serien les xifres reals, segueix la lògica repetida en treball social des dels seus orígens, que indica que es tracta d'una disciplina que ha tendit a incorporar numèricament moltes més dones que homes[122] en el seu exercici professional.

En relació amb l'edat de les persones informants, preval la franja situada entre els 36 i els 45 anys, seguida de la franja entre els 25 i 35 anys i dels 46 als 55 anys. De manera menys representativa, tres informants s'integren en la franja entre els 56 i 65 anys. La informant que es troba jubilada representa l'única que supera els 65 anys. La mitjana del conjunt de la mostra en relació amb l'edat és de 41,2 anys.

[122] No és objecte d'aquest treball entrar en aquesta qüestió. Altres autors i autores ho han treballat àmpliament. Per exemple, Tomasa Bañez ha publicat diferents articles respecte a aquest tema, com per exemple: 'Género y trabajo social', a la revista *Acciones e Investigaciones Sociales*.
Disponible a: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=170226.

Taula 15. Informants per franges d'edat

	Informants	
De 25 a 35 anys	15	29,4%
De 36 a 45 anys	20	39,2%
De 46 a 55 anys	12	23,5%
De 56 a 65 anys	3	5,9%
Més de 65 anys	1	2,0%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

En la taula posterior es poden observar els informants d'acord amb els anys d'experiència laboral que acumulen en l'àmbit de la salut mental fins al moment de la seva participació en la recerca. La part més nombrosa de la mostra es troba entre els 6 i els 10 anys, seguida dels 11 als 15 anys i d'1 a 5 anys. La mitjana d'experiència per al conjunt de la mostra se situa en els 12,2 anys. Cal assenyalar que es donen tres casos en què els informants també sumen anys d'experiència en salut mental assumint el rol professional d'altres disciplines en les quals estan titulats. Aquestes són: integració social, educació social i infermeria.

Taula 16. Informants segons els anys d'experiència laboral en salut mental

	Informants	
Menys d'1 any	1	2,0%
Entre 1 i 5 anys	7	13,7%
Entre 6 i 10 anys	20	39,2%
Entre 11 i 15 anys	11	21,6%
Entre 16 i 20 anys	4	7,8%
Entre 21 i 25 anys	4	7,8%
Entre 26 i 30 anys	1	2,0%

Entre 31 i 35 anys	2	3,9%
Més de 35 anys	1	2,0%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

A banda del temps d'experiència vinculat a l'àmbit de la salut mental, s'ha incorporat com a dada els anys totals d'experiència laboral que acumulen els treballadors i treballadores socials de la mostra en el conjunt d'àmbits que integren el treball social i en els quals aquests han treballat. Així, trobem que la part més nombrosa se situa ara entre els 11 i els 15 anys d'experiència, seguida pel mateix nombre en les franges de 16 a 20 anys i de 6 a 10 anys. Com a mitjana del conjunt, la xifra se situa en els 15,5 anys.

Taula 17. Informants segons els anys d'experiència laboral com a treballadors socials

	Informants	
Menys d'1 any	1	2,0%
Entre 1 i 5 anys	5	9,8%
Entre 6 i 10 anys	10	19,6%
Entre 11 i 15 anys	12	23,5%
Entre 16 i 20 anys	10	19,6%
Entre 21 i 25 anys	4	7,8%
Entre 26 i 30 anys	5	9,8%
Entre 31 i 35 anys	2	3,9%
Més de 35 anys	2	3,9%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

De l'encreuament de les dades referents als dos indicadors anteriors, se n'extreu quin és el percentatge de temps, dins de l'historial d'anys professionals com a treballadors socials, durant el qual els informats s'han dedicat a l'àmbit de la salut mental.

En aquest sentit, trobem que gairebé la meitat de la mostra ha desplegat la totalitat de la seva carrera en aquest àmbit, sense haver treballat en cap altre. En vuit casos ho han fet en una franja del 41% al 60% del temps, i set ho han fet del 61% al 80% del total del temps de dedicació. Només dos casos presenten menys d'un 20% del total de la seva experiència laboral com a treballadors socials en salut mental. La mitjana del conjunt se situa en el 78%.

Taula 18. Percentatge de temps professional com a treballador social vinculat a l'àmbit de la salut mental

	Informants	
Menys del 20%	2	3,9%
Entre el 20% i el 40%	4	7,8%
Entre el 41% i el 60%	8	15,7%
Entre el 61% i el 80%	7	13,7%
Entre el 81% i el 99%	6	11,8%
100%	24	47,1%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

En la taula posterior es pot veure una classificació dels informats segons els anys d'antiguitat laboral que presenten en l'organització/institució en la qual estan treballant en el moment de la seva participació en la recerca. Cal aclarir que en els casos d'aquells informants que es troben vinculats a més d'una organització, es pren com a referència la que pertany a la seva activitat principal.

Com a franja majoritària, trobem que gairebé el 40% dels informants se situen entre els 6 i 10 anys d'antiguitat, seguits per la franja entre 11 i 15 anys i entre 1 i 5 anys. En aquest interval, entre 1 i 15 anys, hi trobem més del 80% del total. La mitjana del conjunt se situa en 10,4 anys.

Taula 19. Informants segons els anys d'antiguitat laboral en l'organització/institució per a la qual treballen[123]

	Informants	
Menys d'1 any	2	3,9%
Entre 1 i 5 anys	10	19,6%
Entre 6 i 10 anys	20	39,2%
Entre 11 i 15 anys	12	23,5%
Entre 16 i 20 anys	1	2,0%
Entre 21 i 25 anys	2	3,9%
Entre 26 i 30 anys	2	3,9%
Entre 31 i 35 anys	2	3,9%
Més de 35 anys	0	0,0%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Tal com s'ha comentat, la configuració de la mostra no ha seguit uns criteris que ponderessin, a escala real, la distribució dels treballadors i treballadores socials en les quatre províncies que formen Catalunya.

Tot i això, sí que hi ha hagut un interès per incloure informants situats professionalment en totes les províncies, per tal d'obtenir una representació que comprengués el conjunt del territori català. En aquest sentit, Lleida i Barcelona han estat els dos territoris més representats, seguits de Tarragona i Girona.

[123] Es donen tres casos en què, a banda de funcions com a treballadors socials, els informants han sumat anys d'antiguitat en l'organització assumint funcions corresponents a una altra professió.

Taula 20. Informants segons la província en què treballen

	Informants	
Barcelona	19	37,3%
Girona	6	11,8%
Lleida	19	37,3%
Tarragona	7	13,7%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Un criteri important en la configuració de la mostra s'ha basat en l'intent d'incorporar un cert equilibri entre els dos sectors majoritaris en què s'inscriuen els professionals del treball social en salut mental: el sector sanitari i el sector social.

En aquest sentit, la mostra inclou professionals vinculats a disset serveis diferents dins del sector sanitari, fet que representa un 52,6% del total.

Taula 21. Informants vinculats al sector sanitari

1. Sector sanitari		
1.1. Centre de salut mental d'adults (CSMA)	9	11,8%
1.2. Unitat d'aguts d'adults	4	5,3%
1.3. Unitat de subaguts d'adults	4	5,3%
1.4. Servei de rehabilitació comunitària	3	3,9%
1.5. Pla de serveis individualitzats (PSI)	3	3,9%
1.6. Unitat de patologia dual	3	3,9%
1.7. Unitat d'atenció psiquiàtrica especialitzada	2	2,6%
1.8. Centre d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS)	2	2,6%

1.9. Urgències psiquiàtriques	2	2,6%
1.10. Hospital de dia d'adults	1	1,3%
1.11. Centre de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ)	1	1,3%
1.12. Unitat de llarga estada	1	1,3%
1.13. Hospital de dia infantil i juvenil	1	1,3%
1.14. Unitat de referència psiquiàtrica infantil i juvenil (URPI)	1	1,3%
1.15. Unitat de rehabilitació hospitalària	1	1,3%
1.16. Unitat hospitalària especialitzada en discapacitat intel·lectual (UHEDI)	1	1,3%
1.17. Servei especialitzat en salut mental i discapacitat intel·lectual (SESM-DI)	1	1,3%
	40	**52,6%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

En relació amb la representativitat del sector social, aquest arriba al 38,2%, incloent-hi la vinculació a cinc serveis socials incorporats a la Cartera de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya, i un total de vuit projectes/programes més, que s'implementen a partir de la iniciativa d'organitzacions privades.

Cal assenyalar, com es veurà posteriorment en les taules 25 i 26, que alguns dels professionals de la mostra es troben vinculats a més d'un servei o programa, fins i tot pertanyents a més d'un sector.

Taula 22. Informants vinculats al sector social

2. Sector social		
2.1. Servei de tutela	5	6,6%
2.2. Servei de club social	4	5,3%
2.3. Servei prelaboral	3	3,9%
2.4. Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar (PSALL)	3	3,9%
2.5. Servei de llar residència	2	2,6%
2.6. Altres projectes	12	15,6%
2.6.1. Servei d'atenció social i familiar	3	3,9%
2.6.2. Projecte d'habitatge	2	2,6%
2.6.3. Servei d'atenció domiciliària	2	2,6%
2.6.4. Projecte d'acompanyament integral	1	1,3%
2.6.5. Projecte d'acompanyament comunitari	1	1,3%
2.6.6. Projecte d'oci	1	1,3%
2.6.7. Projecte de voluntariat	1	1,3%
2.6.8. Club de joves	1	1,3%
	29	**38,2%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Un altre aspecte que s'ha volgut impulsar és la incorporació de perfils amb experiència d'intervenció, però caracteritzats també per la seva vinculació a l'exercici docent universitari, en la matèria del treball social i salut mental,[124] dins els graus o màsters oficials de les universitats catalanes.

[124] El nom concret de la matèria difereix segons la universitat.

En aquest sentit, s'hi han pogut incorporar fins a cinc d'aquests perfils:[125] dos docents vinculats a universitats localitzades a Barcelona, una altra a Tarragona, una a Lleida i una a Girona.

Taula 23. Informants vinculats al sector educatiu universitari

3. Sector educatiu		
3.1. Docència universitària[126]	**5**	**6,6%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Finalment, cal indicar que s'ha volgut singularitzar els dos professionals que exerceixen la seva tasca en les unitats de suport a l'activitat professional en algun CET; per la qual cosa s'hi ha afegit el sector 'treball' com a element específic i diferenciat del sector social.

Taula 24. Informants vinculats al sector 'treball'

4. Sector 'treball'		
4.1. USAP	**2**	**2,6%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Com s'apuntava anteriorment, més del 40% dels informants fraccionen el seu temps professional per dedicar-lo a més d'un servei, projecte o programa.

A continuació, es pot observar de manera més detallada els que així ho fan. Una mica més de la meitat dels informants, el 56%, té la dedicació completa focalitzada en un sol servei.

[125] Una altra de les informants ha estat vinculada durant un temps significatiu a la docència universitària impartint la matèria de treball social i salut mental. En tot cas, no s'ha incorporat en el sector educatiu atès el temps que fa que se'n troba allunyada.

[126] Una de les informants treballa, en el moment de l'entrevista, a l'àrea de formació, docència i recerca d'una organització sanitària. Per aquest motiu es manté comptabilitzada en el sector sanitari i no en l'educatiu, encara que no s'hagi afegit a cap dels serveis mostrats en la taula 21.

Taula 25. Informants segons el nombre de serveis/projectes als quals estan vinculats professionalment[127]

	Informants	
Un	28	56,0%
Dos	14	28,0%
Tres	8	16,0%
Més de tres	0	0,0%
	50	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Com podem veure en la taula 26, la major part dels membres de la mostra treballen en el sector sanitari o bé en el social.

Taula 26. Informants segons els sectors d'activitat als quals pertanyen

	Informants	
Sector sanitari	25	49,0%
Sector social	19	37,2%
Sector educatiu	1	2,0%
Sector social + Sector 'treball'	2	4,0%
Sector sanitari + Sector educatiu	4	7,8%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Sis informants combinen la seva activitat en més d'un sector. Quatre d'aquests ho fan en el sector sanitari i educatiu; en el primer, com a activitat principal, i en l'educatiu, com a

[127] No s'ha incorporat la informant jubilada en el recompte.

activitat parcial com a docents universitaris. Dos informants estan situats a cavall entre el sector social i el sector 'treball', i només un informant té una dedicació completa en el sector educatiu, com a docent universitari.[128]

Pel que fa a les funcions, la major part dels informats desenvolupen activitats pròpies associades a la intervenció del treball social en salut mental. Quatre dels informants desenvolupen tasques de direcció, entenent com a tals el comandament d'organitzacions, la gestió econòmica i estratègica, i la gestió dels recursos humans. Nou informants realitzen tasques de coordinació. Dins d'aquesta categoria es preveu la conducció d'equips, la gestió tècnica de programes, projectes i serveis, així com la figura de caps de departament i caps d'àrea. En la tipologia 'Altres' s'hi ha incorporat la informant jubilada, així com l'informant que fa funcions d'integrador social.

Taula 27. Informants segons el tipus de funcions que desenvolupen

	Informants	
Direcció	4	7,8%
Coordinació	9	17,6%
Treball social	36	70,6%
Altres	2	3,9%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Gairebé el 30% dels informants incorporats en la mostra tenen, a banda de la titulació corresponent en treball social, una altra titulació universitària. Hi ha el cas d'un informant que acumula fins a dues titulacions més. Entre les titulacions més repetides apareixen l'educació social i la psicologia, seguida de l'antropologia, i en menor mesura la criminologia, les humanitats, la sociologia i la infermeria.

[128] Tot i que no s'han incorporat en el sector educatiu, durant la realització de les entrevistes es descobreix que dos informants han estat treballant en el passat com a docents en l'àmbit universitari.

Taula 28. Informants segons altres titulacions universitàries

	Informants	
Antropologia	2	13,3%
Criminologia	1	6,7%
Educació social	5	33,3%
Humanitats	1	6,7%
Infermeria	1	6,7%
Psicologia	4	26,7%
Sociologia	1	6,7%
	15	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

Finalment, es classifiquen els informants segons la naturalesa de l'organització a la qual pertanyen. La tipologia que s'ha emprat diferencia les organitzacions segons si corresponen a:

- El primer sector, de caràcter i finalitat pública, governamental i no lucratiu.
- El segon sector, de caràcter i finalitat privada, no governamental i lucratiu.
- El tercer sector, de caràcter privat i finalitat pública, no governamental i no lucratiu.

Com ja s'ha esmentat anteriorment en altres taules, en els casos d'aquells informants que es troben vinculats a més d'una organització, es pren com a referència la que pertany a la seva activitat principal.

Taula 29. Informants segons la naturalesa de l'organització en la qual es troben vinculats professionalment[129]

	Informants	
1r sector	16	31,4%
2n sector	7	13,7%
3r sector	28	54,9%
	51	**100%**

Font: elaboració pròpia a partir de les dades facilitades pels informants.

En aquesta classificació es pot observar que el nombre més ampli de participants pertany al tercer sector (associacions i fundacions, i, en menor mesura, cooperatives d'iniciativa social), que acumula més de la meitat de la mostra. En segon lloc, hi trobem els professionals vinculats al sector públic, i en darrer lloc, els vinculats al sector mercantil.

[129] En el cas de la informant jubilada, s'ha pres com a referència la darrera organització en què ha treballat.

Tercera part: BLOC ANALÍTIC

CAPÍTOL 6

L'OBJECTE DE TREBALL

L'elaboració d'aquest primer capítol de caràcter analític respon a la voluntat d'aprofundir en la qüestió de l'objecte del treball social en salut mental. Aquest resulta un exercici complex, atès que, partint de la premissa de la seva existència, no es presentaria d'una manera clara ni determinada a fi de poder ser reconegut. Tampoc, com ha quedat palès en Zamanillo (2012), no s'ha de confondre l'objecte amb el camp de treball.

Una manera d'intentar dibuixar-lo seria mitjançant la representació del que la professió assumeix, en cada moment i en cada època, com a assumpte del qual tractar i ocupar-se; el que alhora pot resultar matèria del seu coneixement, sensibilitat, comprensió i actuació. L'objecte va més enllà de les situacions problemàtiques concretes a les quals s'intenta donar resposta, com també del tipus d'intervencions que es realitzen. A més, aquest hauria d'incorporar algun tipus de construcció teòrica respecte de les causes que es troben en l'origen dels aspectes que se li presenten com a problemàtics.

Zamanillo (1999) escriu que l'elaboració de l'objecte en treball social és "de incumbencia interna (...). Su elaboración corresponde a la comunidad de trabajadores sociales en sus dimensiones profesional y académica, no a otras instancias" (p. 24). D'altra banda, uns anys abans Pelegrí (1995) subratllava que "el treball social no constitueix la institució dominant i hegemònica per acotar el seu objecte" (p. 75).

En aquest capítol s'ha volgut posar el focus de manera concreta en la interpretació d'aquesta qüestió des de la dimensió i la dinàmica professional quotidiana, sense perdre de vista el marc institucional i organitzatiu en el qual actuen els treballadors socials.

En aquest sentit, l'aproximació a l'objecte ha vingut configurada per l'agregació dels diversos microobjectes construïts a partir del que cada professional expressa i explica en relació amb la seva pràctica diària. Així, la construcció d'aquesta anàlisi està marcada per un procés que troba en la concreció del dia a dia professional els seus límits i les seves dificultats.

Des d'aquest punt de partida, s'ha entès que l'aproximació a una matèria certament relliscosa com aquesta podia realitzar-se mitjançant dues vies paral·leles: en primer lloc, a partir de la possibilitat de recollir els elements significatius d'aquest univers professional, que tinguin a veure tant amb els aspectes més concrets associats amb l'acció pràctica, com també amb les circumstàncies que dificulten l'exercici professional; en segon lloc, s'ha prestat atenció a una dimensió especulativa, més

allunyada de la quotidianitat, però més pròxima a la visió i la interpretació que el treballador social fa de l'àmbit en el qual se situa, i dels casos que tracta.

En aquest sentit, s'inicia una primera fase d'anàlisi mitjançant la focalització en el terreny de les tasques i funcions que els professionals duen a terme en el dia a dia. Per tant, en un primer terme s'ha volgut partir d'una base factual; és a dir, aproximar-se al fenomen de l'objecte professional a partir del que els seus professionals fan de manera més habitual i rutinària en els seus respectius llocs de treball.

Tot i que s'ha alertat sobre la necessitat de no caure en les confusions que identifiquin una cosa amb l'altra, bé és cert que resultaria temerari excloure de l'anàlisi de la configuració de l'objecte un aspecte tan important com són les atribucions que resulten competència del treballador social, així com les circumstàncies que contextualitzen aquestes pràctiques quotidianes.

Un cop fet aquest primer recorregut, se n'inicià un segon amb el qual es va interpel·lar els entrevistats per tal que abandonessin les qüestions de caràcter més funcional, i poguessin manifestar la seva valoració cap a altres aspectes que tenien més a veure amb la concepció i la interpretació sobre el fenomen de les malalties mentals, així com les circumstàncies en què es troben les persones que són objecte de la seva actuació.

6.1. La representació de l'acció quotidiana

Una de les qüestions que encapçalava les entrevistes que es van realitzar durant el treball de camp fou aquella que preguntava als informants per les seves tasques. En aquest sentit, s'instava que el participant pogués explicar quines són les seves principals activitats diàries, seguint criteris de temps destinat i d'importància, dins del marc laboral en el qual es troba actuant.

Lluny de voler recollir una llista formalitzada de les funcions que, d'altra banda, en gran part dels serveis es troben escrites, es pretenia que l'informant pogués exposar aquelles que representen una dedicació més significativa. L'interès se centrava a recollir una representació, tan àmplia però concreta com fos possible, del conjunt d'accions que pot desenvolupar un treballador social en aquest àmbit.

Per seguir una anàlisi homogènia, es va descartar la incorporació d'aquelles funcions professionals que feien referència a l'àmbit educatiu-universitari (desenvolupades pels informants amb un rol docent), així com aquelles que són pròpies dels professionals que ocupen un lloc de coordinació i direcció.

Aquest filtratge no significa que no s'hagin incorporat en la mostra aquests informants, sinó que no s'hi ha incorporat les funcions que sobrepassaven les pròpies del treballador social de base (a tall d'exemple, les funcions de representació institucional, o bé de contractació de personal i gestió de recursos humans, pròpies dels càrrecs de direcció i coordinació, han estat excloses d'aquest primer recull).

L'abordament d'aquesta dimensió s'ha dut a terme mitjançant el desplegament d'un recompte numèric dels termes clau que els informants han utilitzat per donar resposta a la qüestió plantejada. Amb aquestes dades, s'ha xifrat numèricament la informació. Aquest xifratge, recompte i categorització han permès el posterior exercici d'inferència argumental.

Els termes han estat seleccionats i incorporats en el moment en què s'ha considerat que podien aportar una informació significativa sobre el tipus de treball social que es realitza. Aquests han requerit una interpretació prèvia en el marc del diàleg amb els informants, així com un procés d'estandardització.

A tall d'exemple, es pot especificar que diversos termes han estat expressats en alguns casos com a noms i en altres en forma de verb (s'ha fet referència a *entrevista*, però també a *entrevistar*), i també com a expressió dins d'un conjunt més ampli de terme. En tots els casos, s'ha recuperat el terme en forma de nom i s'han aïllat els altres components de l'expressió.

Cal apuntar que en alguns casos s'ha dut a terme una funció d'agregació. Això s'ha produït quan s'ha considerat que un terme es podia incorporar dins el significat d'un altre de més ampli, de manera que aquest darrer actuava com si es tractés d'una categoria. Per exemple, el terme *reunió* s'ha integrat dins el terme *coordinació*.

Aquesta acció no s'ha fet quan els termes podien tenir unes càrregues de significació diferents. Així, s'ha mantingut una part molt important dels termes associats a la intervenció directa, que, tot i poder presentar una certa afinitat, mantenen distintes connotacions (per exemple, el terme *assistir* i el terme *rehabilitar*).

Finalment, cal explicar que en alguns casos s'han assimilat termes que presenten una connotació molt similar. Per exemple, el terme *incloure*, que significa formalment 'posar una cosa dins una altra', ha quedat absorbit dins el terme *integració*, molt més habitual en la professió.

Un cop xifrada i codificada la informació, el seu tractament s'ha fet a partir d'un eix format per dues variables. La primera variable seleccionada fa referència al tipus

d'intervenció que se segueix, ja sigui de caràcter directe o indirecte. S'entén per intervenció directa aquella que implica un contacte personal entre el professional i l'usuari o els usuaris. Per la seva banda, la intervenció indirecta es refereix a la resta d'accions que es duen a terme per part del treballador social per a la consecució dels objectius, en aquest cas però sense usar la relació i el contacte directes amb l'usuari o els usuaris.

La segona variable utilitzada té a veure amb el nivell d'intervenció en treball social al qual han fet referència els informants entrevistats en el moment de descriure les seves funcions. Aquests nivells d'intervenció són els establerts de manera formal per la disciplina: individual i familiar, grupal o comunitària.

S'ha cregut convenient emprar aquestes dues variables com a configuradores de l'eix estructurador d'aquesta primera part de l'anàlisi, ja que, d'acord amb els seus resultats, es pot obtenir una informació que pot ser analitzada tenint en compte els elements conceptuals introduïts en el marc teòric.

En definitiva, el joc entre les dues variables hauria de permetre comprendre en major detall quin tipus d'acció professional s'està desenvolupant per part del treball social des dels diversos recursos i serveis existents a Catalunya en matèria de salut mental.

6.1.1. Anàlisi de funcions i tasques

De l'examen de les respostes associades a les funcions,[130] s'han seleccionat un total de 55 termes clau. Aquests termes han estat mencionats 224 vegades pels entrevistats, amb una distribució clarament heterogènia.

D'acord amb la interpretació dels diàlegs i l'orientació que els han donat els informants, es pot assenyalar que 41 (74,5%) termes estan associats a les intervencions de caràcter directe que aquests realitzen, mentre que 14 (19,7%) ho estan a intervencions de caràcter indirecte.

Dins dels termes clau incorporats en l'acció directa, s'observa que la part més nombrosa correspon a aquells que pretenen explicar la realització d'un treball orientat a un àmbit individual i familiar (24). La segueixen els termes que s'associen a un treball d'orientació comunitària (11). En darrer lloc, se situen els termes vinculats al treball social en grup (6).

[130] Aquesta qüestió va ser formulada als informants que participaren en les entrevistes individuals, però no a aquells que ho van fer en els grups focals.

Taula 30. Nombre de termes clau associats a la intervenció directa segons àmbit

	Intervenció directa segons àmbit							
	Individual i familiar		**Grups**		**Comunitat**		**TOTAL**	
Nre. de termes clau	24	43,6%	6	10,9%	11	20,0%	**41**	**74,5%**

Font: elaboració pròpia.

En relació amb els termes clau agrupats en la categoria d'acció indirecta, es troba que el nombre més alt se situa en l'espai d'organització[131] (7). El segon lloc es troba ocupat pel component relacionat amb l'Administració[132] (4). Finalment, s'hi incorpora el component vinculat a la confecció de projectes.[133]

Taula 31. Nombre de termes clau associats a la intervenció indirecta

	Intervenció indirecta							
	Organització		**Administració**		**Projectes**		**TOTAL**	
Nre. de termes clau	7	12,7%	4	7,3%	3	5,5%	**14**	**25,5%**

Font: elaboració pròpia.

Tot i que la quantitat de termes clau detectats que es troben associats a l'acció directa és molt superior als associats a l'acció indirecta, resulta necessari ponderar aquestes primeres dades amb la freqüència amb la qual apareixen en les respostes dels informants. Aquesta segona acció és la que ens haurà de revelar, amb major seguretat, quin tipus d'aproximació al camp de treball es duu a terme pels professionals incorporats en la mostra.

[131] Terme que expressaria el conjunt d'accions que es duen a terme per analitzar, planificar i coordinar les respostes davant les situacions problemàtiques a què han de fer front els professionals.

[132] Terme que expressaria el conjunt d'activitats de caràcter més burocràtic que es desencadenen de la intervenció professional.

[133] Ja siguin d'intervenció o de recerca.

En la taula posterior s'observa que, un cop fet el recompte dels termes clau, ens trobem uns discursos que expressen una acció professional molt repartida entre la dedicació que es destina a un tipus d'intervenció i a l'altra.

Així, aquesta distribució ens aporta una informació més aclaridora respecte del tipus de treball que els professionals realitzen en el seu dia a dia.

Aquests resultats contrasten amb les dades apuntades amb anterioritat. L'explicació pot venir fonamentada per dues raons. En primer lloc, pot basar-se en l'ús d'un vocabulari més ampli i heterogeni entre els professionals per explicar la intervenció directa; el vocabulari, en canvi, seria més reduït i simplificat per explicar la intervenció indirecta. En segon lloc, es pot explicar per l'exercici de compactació dut a terme en els termes associats a la intervenció indirecta, que, com s'ha assenyalat anteriorment, no s'ha pogut realitzar amb els termes relacionats amb la intervenció directa.

Taula 32. Freqüència d'aparició dels termes clau d'acció directa segons tipus d'intervenció

	Freqüència	
Intervenció directa	117	52,2%
Intervenció indirecta	107	47,8%
	224	**100%**

Font: elaboració pròpia.

Si es posa l'atenció en la freqüència en què apareixen repetits els termes d'intervenció directa d'acord amb els nivells d'intervenció, es pot comprovar que aquests segueixen una lògica representativa similar a l'obtinguda en el recompte inicial. La presència discursiva pertanyent al treball social individual i familiar és la més destacada, seguida del treball social comunitari i el treball social de grups.

Taula 33. Freqüència d'aparició dels termes clau d'intervenció directa segons nivell d'intervenció

	Freqüència	
Individus i famílies	81	36,2%
Grups	16	7,1%
Comunitat	20	8,9%
	117	**52,2%**

Font: elaboració pròpia.

També es pot trobar la mateixa coherència amb la repetició dels termes agregats a la intervenció indirecta. Domina el discurs que presenta les tasques d'organització com a principals, seguit pel treball d'administració, i en un pla molt més marginal, les funcions associades al desenvolupament de nous projectes.

Taula 34. Freqüència d'aparició dels termes clau d'intervenció indirecta segons tipus

	Freqüència	
Organització	64	28,6%
Administració	36	16,1%
Projectes	7	3,1%
	107	**47,8%**

Font: elaboració pròpia.

Un dels exercicis que més poden ajudar a representar la línia que pren el discurs professional en aquest aspecte resulta d'exposar els deu termes clau més repetits. La seva significació s'explica atès que, entre tots ells, acumulen un total de 147 aparicions, xifra que equival al 65,4% del total.

D'acord amb els resultats equivalents en termes de volum mostrats amb anterioritat, la selecció d'aquests deu termes manté aquesta freqüència paritària, ja que la meitat (5) es

poden relacionar amb la intervenció directa (d), i l'altra meitat (5), amb la intervenció indirecta (i).

Taula 35. Termes clau d'intervenció directa i indirecta més repetits

	Freqüència	
1. Atenció (d)	30	13,3%
2. Coordinació (i)	30	13,3%
3. Gestió (i)	18	8,0%
4. Entrevista (d)	14	6,2%
5. Documentació (i)	11	4,9%
6. Pla de treball (i)	10	4,5%
7. Intervenció (d)	9	4,0%
8. Acompanyament (d)	9	4,0%
9. Seguiment (d)	8	3,6%
10. Derivació (i)	8	3,6%
	147	**65,4%**

Font: elaboració pròpia.

Dos termes ocupen la centralitat per damunt de tota la resta. En primer lloc, trobem el terme *atenció*, àmpliament utilitzat pels informants per sintetitzar la tasca vinculada a la prestació d'un servei que pretén canalitzar les demandes i necessitats socials que expressen els usuaris, famílies o grups, mitjançant l'escolta, tractant de comprendre-les i donant-los un tractament i una resposta professionalitzats. En segon lloc, apareix el de *coordinació*, amb el qual s'ha fet referència a l'acció, de caràcter intern o extern, que tracta de posar en relació els diversos professionals i serveis de la xarxa social o sanitària, amb l'objectiu d'establir una acció coherent, programada i eficaç davant les necessitats plantejades.

En els quadres posteriors es presenten altres termes clau amb una freqüència inferior que la dels assenyalats en la taula anterior.

Quadre 1. Altres termes clau associats a la intervenció directa

vinculació; apoderament; rehabilitació; estabilització; integració; orientació; assistència; vetlla; millora; ajuda; suport; cura; acolliment; informació; inserció; activitat comunitària; activitats; sensibilització; prevenció; tallers; psicoteràpia; ajuda mútua; psicoeducació; escola de famílies.

Font: elaboració pròpia.

Quadre 2. Altres termes clau associats a la intervenció indirecta

valoració; disseny; detecció; activació; tramitació; redacció; recerca de subvencions; recerca de recursos.

Font: elaboració pròpia.

Amb les dades obtingudes a partir dels discursos, es pot dibuixar un perfil que presenta una acció professional distribuïda de manera equitativa entre la intervenció directa (52,2%) i la indirecta (47,8%). Aquest ja és un primer aspecte que, tot i superficial, ens permet traçar una primera línia en el dibuix del perfil.

Pel que fa a la intervenció directa, aquesta es troba dominada per la focalització en l'esfera individual i familiar (36,2%). L'abundància dels termes com *atenció*, *entrevista*, *intervenció*, *acompanyament* i *seguiment*, explicats pels informants d'acord amb aquest nivell, així ho revela.

A continuació, aquest perfil centra gran part de la seva dedicació a aspectes d'organització (28,6%), els quals es vinculen a les accions professionals que es duen a terme per analitzar, planificar i coordinar les respostes davant les situacions problemàtiques que es presenten als professionals. Els termes més representatius són: *coordinació*, elaboració de *plans de treball*, *derivació* i *recerca de recursos*.

Els segueix la tasca d'administració (16,1%), que accentua les activitats de caràcter més burocràtic, en les quals predomina la *gestió* dels diversos afers associats amb la intervenció directa, la *documentació*, entesa en el sentit de registrar formalment l'activitat que es duu a terme, i també aspectes vinculats a la *tramitació*. Cal subratllar la importància que presenten aquestes dues categories en el discurs professional (entre totes dues acumulen el 46,7%) com a elements centrals en la tasca que es desenvolupa.

D'una manera més dèbil, el perfil al qual s'està donant forma presenta en les tres categories següents una menor intensitat de treball. Les dues primeres són les que fan referència a les intervencions directes orientades a l'acció comunitària (8,9%) i grupal (7,1%). La primera pren cos a partir de termes clau com *informació* a la població, *sensibilització* comunitària, *acompanyament* i *atenció* en l'àmbit comunitari.

Pel que fa a l'acció de caràcter grupal (7,1%), aquesta ve definida per uns termes que la singularitzen, com són: *grup psicoterapèutic*, *grup d'ajuda mútua*, *escola de famílies* i *grups psicoeducatius*. Finalment, la darrera tipologia es troba associada al desenvolupament de projectes (3,1%). Ve configurada per termes com *recerca de subvencions*, *redacció* i *disseny* de projectes.

Una de les absències que cal destacar és la que fa referència a les accions de formació, docència i recerca. Si bé és cert que aquests aspectes han estat presents en diferents moments de les entrevistes, no ho han estat en aquest bloc de respostes en les quals els professionals han estat preguntats per les funcions.

Continuant amb l'anàlisi de les dades a partir del recompte realitzat, es podria apuntar que, dins del marc de treball individual, les lògiques d'intervenció dels professionals segueixen una tendència més pròxima a la posició reflexiva-terapèutica que al patró reparador-reformista. Aquest apunt es pot fer d'acord amb els diversos termes clau que es poden vincular a aquesta posició i que hi han tingut una presència destacada.[134]

Són termes com *apoderament*, *vinculació* o *acompanyament*, que descriuen, dins del context en el qual s'expressen, una voluntat per construir espais de relació i confiança amb l'usuari com a base sobre la qual construir el treball posterior. Fomenten el seu treball en el vincle terapèutic i en les possibilitats d'enfortir les capacitats de la persona.

En ocasions, alguns dels informants expressen una relació humana més que professional amb les persones que atenen, fins al punt que manifesten que hi mantenen un tracte com si fos d'amistat (Ts24) i que els tenen estimació i afecte (Ts27).

[134] Cal fer esment de la dificultat per ser categòric quan es tracta de classificar els professionals. Això es manifesta quan un mateix treballador social pot fer servir termes clau en una mateixa frase que, des d'un punt de vista teòric, pertanyen a lògiques d'intervenció diferents. Per aquest motiu, aquest conjunt d'observacions hauran de ser agregades amb els resultats obtinguts en els apartats següents de l'anàlisi, per tal d'obtenir una idea més versemblant de la posició i la lògica d'intervenció que prenen els professionals.

Quadre 3. Fragments interpretats en la lògica d'intervenció reflexiva-terapèutica

Vinculació	Ts12: "Jo estic ara en una etapa de creació de vincle, és a dir, que et puguin trucar, que puguin confiar en tu, que et puguin explicar les coses que els passen pel cap".
Apoderament	Ts07: "La premissa més bàsica és apoderar al pacient. Si tu no apoderes el pacient dintre el seu procés, és molt difícil que això tingui èxit [*es refereix a la seva recuperació*]. Ell és el principal protagonista en el pla terapèutic".
Acompanyament	Ts16: "Por eso me gusta trabajar aquí, porque la atención es muy integral (...). Hay un acompañamiento en lo que se refiere a las capacidades de la persona (...). Yo no me lo imagino de otra manera, porque, si no, estaríamos retrocediendo décadas".

Font: elaboració pròpia.

D'altra banda, els termes que poden estar associats més clarament al patró reformista, com *rehabilitació* o *integració*, han tingut un pes menor en comparació amb els anteriors. Aquests termes representen una focalització sobre les situacions problemàtiques o les carències dels individus per tal d'aplicar-hi les corresponents intervencions tècniques que en permetin la reparació.

Quadre 4. Fragments interpretats en la lògica d'intervenció reparadora-reformista

Rehabilitació	Ts40: "Parlem de rehabilitar totes aquelles tasques que per culpa de la malaltia s'han malmès o s'han retardat (...). La simptomatologia del trastorn mental sever és l'apatia, l'anhedonia, tot això (...). Intentem que surtin [*es refereix al moment de l'alta del servei*] amb el temps ocupat, amb unes tasques a fer (...). És una rutina que s'ha trencat i s'ha de tornar a rehabilitar d'alguna manera".
Integració	Ts27: "Amb aquests tallers que fem s'han tornat persones molt més sociables i s'han pogut incloure en les activitats [*es refereix a la dinàmica cultural, festiva, pública*] del municipi".

Professional expert	Ts04: "Moltes vegades és la mateixa persona la que fica entrebancs. Li fas un pla de treball, li fas el seguiment, l'aconselles, però de vegades no et fa cas perquè ell creu que ho està fent millor (...). Això ho dificulta".

Font: elaboració pròpia.

6.1.2. Un marc de treball no intencionat

Es podria afirmar amb una certa consistència que el decantament cap a l'esquema de treball individual apuntat en la descripció d'aquest perfil no és, en tots els casos, el resultat d'una acció voluntària i deliberada en bona part dels professionals.

Això s'ha pogut contrastar ja que en una fase més avançada de les entrevistes, en què s'abordaven aspectes generals vinculats al territori en el qual s'inscriuen els diversos entrevistats, se'ls ha preguntat pels dèficits que consideraven més importants pel que fa a les respostes socials davant els problemes de salut mental.

De manera col·lateral, aquesta interpel·lació pretenia incorporar alhora una mirada sobre la tasca que es fa des de la professió mitjançant els seus diversos nivells d'intervenció.

De les respostes obtingudes, resulta destacable apuntar que més de la meitat dels informants (al voltant del 60%) van posar l'èmfasi en els dèficits presents en la dimensió social i comunitària. La resta de les respostes van repartir-se entre els que feien esment de la necessitat de reforçar el treball en clau individual (20%), i una altra part (20%) que emfatitzava la necessitat d'enfortir-ne la dimensió grupal, tant de les persones afectades com dels familiars.

Els fragments següents poden exemplificar el fil argumental de les respostes àmpliament obtingudes en aquest sentit, i que venen a explicar-ne la posició. D'una banda, s'expressa la impressió que una part molt important del treball que es realitza des dels serveis i recursos existents ja té una orientació clarament individual.

En aquest sentit, una part significativa de treballadors socials assenyala aquest fet com un risc, atès que implica un abandonament d'altres espais que també es consideren importants per combatre els problemes de salut mental en la seva globalitat.

En certa mesura, se'n desprèn que la professió hauria de ser capdavantera a assumir amb una major intensitat la responsabilitat d'assenyalar aquestes àrees de treball més

abandonades. Aquest fet s'explica, també, si es té en compte l'orientació clarament individual que ja caracteritza l'objecte d'intervenció d'altres disciplines dins de l'àmbit, com són la psiquiatria i la psicologia.

De les paraules dels informants, se n'interpreta una sensació de descobert i alhora d'impossibilitat d'arribar a aquestes àrees des dels llocs de treball en els quals se situen els professionals. L'accessibilitat al camp de treball implica la dimensió individual, i, com diu Ts12, el treball en grup. Aquest darrer, s'apunta, es pot configurar d'una manera més fàcil per part dels professionals quan en sorgeix la necessitat i consideren adient aplicar-lo.

> Ts01: "Ja hi ha els psiquiatres, els psicòlegs... vull dir que el treball individual ja es fa des de molts recursos".
>
> Ts13: "Trobo a faltar més la intervenció comunitària que la grupal. La grupal sé que la tinc molt a prop i en qualsevol moment la podré fer".
>
> Ts12: "El treball individual ja existeix (...). Però el que realment resulta necessari és potenciar el treball comunitari, molt. És que aquí no tenim res".

Aquesta posició majoritària, favorable a prioritzar el pla comunitari per sobre dels altres plans, troba també algunes contrarietats per part d'un nombre més minoritari d'informants. Amb el fragment següent s'intenta representar aquesta posició, mitjançant la qual s'argumenta que la disciplina necessita consolidar una base professional més ferma i especialitzada en la dimensió individual, per tal de possibilitar posteriorment l'ampliació a altres plans.

> Ts20: "Per poder diluir-te primer has de ser molt categòric, tenir una categoria molt clara i definida. Si tens la categoria molt clara i definida et pots diluir tant com vulguis i podràs tornar a la categoria inicial i no et perdràs. Diluir-te sense tenir aquesta categoria és una garantia de desaparèixer (...). Jo crec que el treballador social, i això és una opinió, ha de tenir un perfil psicoterapèutic (...) i hauria de treballar des d'aquesta perspectiva (...). Jo crec que cal fer l'ancoratge en aquesta categoria, per si després vols poder perdre't en el treball grupal o comunitari".

Continuant amb el fil argumental anterior, la interpretació d'aquest dèficit en l'àmbit comunitari té diferents matisos. D'acord amb el nivell de freqüència recollit pels informants, es poden presentar els quatre blocs següents. En primer lloc, hi ha el que fa

referència al dèficit de recursos comunitaris. En segon lloc, es destaquen els aspectes relacionats amb la prevenció en salut mental. A continuació, es posa l'èmfasi en la importància de la sensibilització social. Finalment, s'assenyala la necessitat de crear i enfortir les xarxes professionals i organitzatives.

En l'àmbit dels recursos comunitaris se situa l'èmfasi en la creació de recursos que puguin generar les condicions perquè les persones afectades tinguin més oportunitats de viure autònomament. En aquest sentit, els recursos més repetits són aquells que fan referència a l'àmbit laboral i d'habitatge, que són precisament els que es considera que poden generar una certa independència econòmica i un major aprofundiment en el projecte de vida dels individus afectats. S'afirma que en moltes ocasions no es donen progressos en la recuperació de les persones, precisament per l'escassetat d'aquests recursos.

> Ts15: "Jo tiraria cap als recursos laborals que permetin a les persones dur una vida més autònoma. El treball és necessari per poder funcionar en el dia a dia. Si no és en una empresa normalitzada, doncs en centres especials de treball (...). I més pisos amb suport, més que residències".

> Ts08: "Falten equips de reinserció a la comunitat (...). I més centres especials de treball. Moltes persones amb problemes de salut mental no poden tornar a treballar en un àmbit normalitzat, i necessiten aquesta protecció, o treballar només unes hores".

En segon lloc, l'èmfasi es posa en la prevenció. És a dir, totes aquelles accions de caràcter més ampli que poden tendir a evitar l'aparició o l'empitjorament dels problemes de salut mental. En definitiva, cal un paper que permeti contrarestar i avançar-se a les situacions que, deixades sense actuació, es presenten posteriorment de manera més abundant en els serveis de salut mental.

Aquest és un treball que requeriria no només la intervenció pràctica del treballador social, sinó també la recerca i l'estudi de les condicions associades al desenvolupament dels trastorns mentals. La presència del treballador social podria cobrir des d'escoles, instituts, llars d'infants, contextos laborals, contextos familiars, residències per a la tercera edat, etc.

> Ts03: "La prevención es básica y no se está haciendo (...). Habría que empezar con acciones en la infancia y familia y aplicarlas también en el ámbito educativo. Creo que esta es la asignatura pendiente (...). Claro que

> hay que trabajar individualmente, pero sin perder de vista lo colectivo (...). El trabajo comunitario nos puede ayudar a prevenir las patologías".

El treball de sensibilització és una altra de les línies assenyalades dintre d'aquesta dimensió més àmplia. Amb ell es vol fer referència a la necessitat d'actuar des d'una vessant pedagògica, mitjançant la construcció d'estratègies de comunicació efectives.

Aquest treball es justifica donada la importància de construir uns ambients més favorables per a la recuperació de les persones afectades. S'assenyala la prioritat per generar continguts que promoguin un imaginari social menys excloent i estigmatitzant.

> Ts13: "Falten projectes de sensibilització en la comunitat, que és on tenim el problema. El problema no és només el trastorn o la persona amb trastorn mental, sinó com li repercuteix aquesta manca d'acceptació social, en la seva persona".

> Ts16: "Falta un poco más de conocimiento a nivel general, que es lógico, pero que quizás es en lo que se tendría que trabajar más. Tratar de dar más información, con el objetivo de normalizar. Te pongo un ejemplo. Hace un par de meses fui a la biblioteca de aquí del distrito para explicarles lo que queríamos hacer y para que ellos me explicaran un poco los servicios (...). Con el tipo de preguntas que me hicieron respecto a las personas afectadas, ya puedes ver que hay mucho desconocimiento".

Finalment s'incorpora el darrer dels elements destacats. Aquest representa el grup d'informants que han volgut assenyalar la necessitat de construir unes xarxes professionals i organitzatives més sòlides. Ho han assenyalat en dos sentits. D'una banda, han fet referència a xarxes que superarien el mateix àmbit de la salut mental, i que s'haurien de potenciar amb la finalitat de cohesionar objectius i actuacions que podrien resultar compartits.

> Ts05: "Almenys aquí [*fa referència al territori*] el que manca és el treball comunitari. Falta més col·laboració. De vegades només pensem en el nostre col·lectiu i en el nostre dia a dia i no pensem que estem rodejats de moltes entitats amb les quals podríem treballar coses conjuntament i treure'n un profit. Hem de millorar per aquí".

Un segon significat que ha pres aquest element ha estat la idea que l'acció comunitària no implica, la seva totalitat, crear més recursos comunitaris, sinó que ho pot fer també

mitjançant l'enfortiment de les relacions entre els diversos recursos i serveis ja existents.

En aquest sentit, s'esperona a trobar fórmules de treball dins de l'àmbit que permetin establir processos d'acompanyament més integrals i proactius.

> Ts07: "Jo penso que des de l'àmbit comunitari s'hauria de fer més incidència en el treball d'engranatge entre els diferents serveis (...). Al pacient no se li pot donar l'alta i ja està. I ha d'haver-hi tot un acompanyament (...). El pacient ha d'estar dintre de la xarxa (...). No pot ser que ara sigui d'un servei, ara de l'altre, no. I ha d'haver-hi tota una continuïtat. Inclús per detectar símptomes. No caldria esperar que el pacient tingui una crisi psicòtica per ingressar-lo, sinó que quan ja detectes alguna cosa (...) poder-ho agafar amb temps, amb una mica més de previsió en aquest tema".

Per tancar aquest apartat, es fa una referència als aspectes burocràtics mitjançant els dos fragments següents. Amb ells es fa palesa la insatisfacció, en termes de la gran quantitat de temps destinat, davant d'aquest tipus de tasques que es deriven de la intervenció. Tot i l'abundància de manifestacions en aquest sentit, no es pretén aprofundir-hi elles, més enllà d'assenyalar-les i deixar-ne constància.

> Ts10: "Mi principal dificultad es la burocracia. Ese inmenso papeleo que te hacen hacer para absolutamente todo. Todo se complica por un trámite que parece sencillo. Todo eso dificulta un montón porque consume muchísimo tiempo. Ese es un tiempo que ya no puedes ocupar luego en la atención directa, a estar con el usuario".

> Ts17: "La dificultat és la manca de temps. El fet de no poder dedicar tots els esforços que voldríem a certes coses de la intervenció perquè se'ns menja la gestió. És desesperant".

6.2. La representació de l'àmbit de treball

Aquest segon apartat tracta de mostrar aquelles observacions generals resultants de l'anàlisi del discurs aplicat a les qüestions de caràcter interpretatiu que els informants han relatat, davant una sèrie d'aspectes que se'ls va formular respecte del camp de la salut mental.

Així, la primera qüestió s'adreçava a obtenir la resposta dels participants davant les causes que consideraven més importants per explicar les patologies mentals de les quals es troben diagnosticades les persones que atenen en el seu dia a dia. La segona pregunta tractava d'aprofundir en els aspectes de caràcter problemàtic que es desencadenen en aquestes persones com a conseqüència de patir un trastorn mental. La darrera es preguntava per la finalitat de l'acció professional dels treballadors socials situats en aquest camp.

L'apartat que segueix a continuació incorpora l'anàlisi corresponent a la primera i segona qüestió. El segon apartat ho fa amb la darrera de les preguntes.

6.2.1. Causes i conseqüències de la malaltia mental

El pes central dels discursos en relació amb les causes de les malalties mentals descansa majoritàriament sobre l'eix biopsicosocial. Per a una gran part d'informants, la coexistència de diversos factors biològics, psicològics i socials explicaria la posterior aparició d'un problema de salut mental.

La multiplicitat de factors de l'eix, unida a la interacció complexa de totes tres dimensions, pot produir que d'una manera abundant s'hagi tractat d'apuntar aquest marc, sense una voluntat posterior més explícita per assenyalar una dimensió o altra com a aspecte principal o desencadenant de les problemàtiques.

Així, les aportacions més nombroses han estat les que han fet referència a un pes equilibrat i simultani de totes tres dimensions com a elements causants. Aquest fet ha situat una gran part dels informants en una posició equidistant en relació amb els factors, així com en relació amb la seva major o menor influència causal.

> Ts25: "Jo crec que en les causes, al final, hi ha una barreja de tot".

No obstant això, una part més minoritària dels entrevistats sí que ha expressat una posició més explícita cap a algunes de les esferes. Resulta necessari apuntar que en l'imaginari d'aquest grup, l'esfera psicològica i la social s'han representat conjuntament (psicosocial) de manera recurrent, mentre que la biològica sempre ho ha fet d'una manera aïllada.

Pel que fa a la part biològica, s'ha recollit un discurs ampli que situa els factors orgànics com a desencadenants, fruit d'algun tipus de desordre en el funcionament cerebral. En aquesta línia, i com podem veure en el fragment posterior, l'inici biològic és el que

comportaria posteriorment tota una sèrie de desencadenants en altres nivells. La seva centralitat s'explica perquè s'interpreta com a factor causal.

> Ts15: "El tema genètic té molt pes (...). Jo penso que això és l'inici. I a partir d'aquí es genera una problemàtica més social (...). Des del meu punt de vista, aquesta part [*biològica*] és bàsica i té conseqüències sobre les altres dos [*psicològica i social*]".

En la major part dels casos en què es fa referència al factor biològic, la càrrega genètica és assenyalada com a l'element principal. L'informant següent així ho destaca. Per a ell, fer referència a la vessant biològica és fer-ne alhora a un infortuni produït per l'atzar.

En aquest discurs, a diferència de les consideracions que veurem en discursos posteriors, cal deslliurar la família de l'anàlisi causal de les situacions desencadenants de patologia, ja que, més que els aspectes vinculats a la criança, s'apunten els determinants de tipus genètic. Així ho assenyala un professional situat en un servei d'atenció infantil i juvenil.

> Ts14: "A qui li ha tocat tenir una malaltia... doncs li ha tocat. De la mateixa manera que al que li toca un càncer. Crec que és mala sort (...). No cal que els pares sentin la culpa... no, no".

Pel que fa a les actituds que atorguen major importància psicosocial, aquestes ho expliquen per la incidència de l'entorn, especialment el familiar, sobre la salut mental de les persones. A diferència dels discursos anteriors, no s'atorga tanta importància als aspectes relacionats amb la predisposició biològica o genètica, sinó que l'atenció es concentra en el tipus i la qualitat de vivències que les persones han tingut dins el context primari en el qual han crescut, així com en els recursos i habilitats personals dels quals han disposat per fer front a les dificultats vitals que se'ls han anat presentant.

> Ts03: "El entorno nos puede hacer vulnerables. Sí que es verdad, que también depende de cómo es cada uno y de cómo afronta según qué situaciones. Pero como todo lo que aprendemos o vamos aprendiendo son *inputs* externos, eso es lo que luego manifestamos y lo que forma la personalidad".

La informant següent assenyala una sèrie de factors ambientals més amplis, subjacents a l'aparició dels problemes mentals. Sense refusar la predisposició biològica, la seva ponderació tendeix a concentrar una explicació més rellevant en els determinants de caràcter social.

> Ts07: "Penso que potser sí que hi ha en general aquesta predisposició en termes biològics, però jo donaria més pes a tot el factor ambiental. La criança durant la infantesa, la relació amb l'entorn, abans el servei militar, els problemes laborals i econòmics, la pressió en els estudis, l'accés als tòxics, etc.".

De fet, del fragment següent de Ts12 se'n desprèn una posició més explícita, ja que apunta que, sense prejudici d'acceptar l'existència de causes biològiques, una actitud més adequada a adoptar com a treballador social és aquella que assenyala els condicionants psicològics i socials que es troben en el substrat de les malalties.

> Ts12: "Es pot pensar que hi ha un factor hereditari, però jo, com a treballadora social, et dic que pesa més el psicosocial, molt més. Perquè aquella persona va néixer sana. A diferència de la part física, on hi ha malalties que apareixen en el moment del naixement, jo crec que en salut mental tots naixem sans".

En cert sentit, del to, així com de la interpretació del context de l'entrevista amb Ts12, se'n deriva una certa necessitat que els professionals de l'àmbit social tractin de fer un esforç per situar aquestes variables en unes condicions de major igualtat amb les variables de caràcter biològic.

Dins el raonament psicosocial, el component al qual sens dubte han fet referència de manera més freqüent els informants ha estat el familiar. Per a un gruix considerable d'entrevistats, aquest és l'element decisiu que té capacitat per generar unes condicions de bona o mala salut mental en les persones. Els fragments que apareixen a continuació són una representació d'aquests discursos.

> Ts04: "La família afecta moltíssim. Si una persona té un entorn familiar estable, per molt que tingui aquesta càrrega genètica, el seu desenvolupament serà probablement molt diferent d'una altra persona que té un entorn pitjor. Em refereixo que hi ha famílies que tenen una manera de funcionar molt dolenta (...). Les seves dinàmiques ja provoquen situacions de crisi".

Tot i que no s'aprofundeix en les característiques familiars, ni en les qüestions anòmales que poden presentar aquests grups familiars considerats com a disfuncionals, diversos informants amb experiència en el treball familiar interpreten la malaltia

mental com una conseqüència clara del tipus d'ambient en què hom s'ha desenvolupat des de ben petit.

En el primer cas, Ts07 expressa la malaltia mental com una forma de supervivència, una via d'escapament davant situacions vitals marcades pel patiment. Embogir representa la darrera possibilitat per tolerar un dolor extrem.

> Ts07: "De vegades hi ha situacions tan dures [*parla del context familiar*] que penses que l'únic que podia fer aquella persona era embogir i sortir de la realitat que vivia".

Ts08 i Ts12 posen l'èmfasi en el procés de socialització primària que hom té d'ençà que entra en contacte amb el món. Així, emmalaltir psíquicament es correspondria amb una conducta adaptativa pròpia de l'acomodació a un medi familiar hostil. En el primer dels fragments següents, l'atzar, ja esmentat anteriorment, no estaria caracteritzat per una càrrega genètica, sinó que ho estaria per un seguit d'elements comportamentals dels progenitors.

> Ts08: "Evidentment és molt important la part de la genètica, però crec que depèn d'on neixes i de la família que et toca, aquesta part té una evolució o una altra. És que de vegades quan arriben aquí, i veus després les famílies, dius: 'Com no ha d'estar així, aquesta persona (...)? Com no ha d'emmalaltir?' (...). S'emmalalteix perquè el context emmalalteix".

> Ts12: "El primer element socialitzador de la persona és la família; per molt que vagi a l'escola o per molt que vagi a altres llocs, hi ha un *alma mater* que és la família. Si en aquesta hi ha una disfuncionalitat derivada de les dificultats de salut mental, aquella criatura aprendrà que aquella disfuncionalitat és normal i necessària per continuar pertanyent a aquesta família".

En contrast amb el que manifestava Ts14, l'actual informant, també vinculada a un servei d'atenció infantil i juvenil, destaca que en l'arrel de moltes alteracions del comportament detectades en joves i infants, s'hi troben precisament conflictes entre els progenitors.

En aquest sentit, assenyala que la gravetat (i se'n podria derivar, d'aquest raonament, el seu pronòstic) té més a veure amb la bona o mala qualitat de l'entorn familiar de l'infant o jove que no pas amb la severitat del trastorn que se li diagnostica.

> Ts33: "Les problemàtiques familiars i de parella és un tema que apareix en moltes de les derivacions. Les separacions mal portades, les discussions entre els pares (...). Quan venen aquí ho fan amb el nen focalitzat com a problema, i nosaltres tractem de desfocalitzar el nen com a problema i situar els problemes allà on estan (...). Perquè quan comences a mirar resulta que el nen és el que està més sa. Aquest el que fa és manifestar amb la seva conducta altres problemes que estan succeint en la família (...). De fet, els casos més greus no són els dels nens que tenen el diagnòstic més greu, sinó els que tenen un diagnòstic [*no tan greu*] en un context familiar d'aquest tipus".

De la mateixa manera, aquest raonament és manifestat per diversos treballadors socials (en un marc més ampli que l'infantil i juvenil), per als qui la gravetat dels trastorns pot resultar relativitzada per la quantitat i la qualitat dels suports que reben les persones afectades durant el seu projecte vital.

En aquest sentit, s'estima que les estratègies de recuperació i rehabilitació han de venir correspostes per la possibilitat d'oferir respostes àmplies a les diverses necessitats de les persones, més enllà de les respostes que cerquen l'estabilització clínica. De fet, s'entenen, totes elles, des d'una perspectiva sinèrgica, en què l'efecte terapèutic augmenta gràcies a un procés combinat que reculli el màxim de factors possibles.

> Ts13: "A vegades, el problema ja no és el trastorn mental, sinó que són altres coses més relacionades amb les oportunitats que ofereix l'entorn...".

Finalment, per tancar aquest bloc referent als discursos en relació amb les causes, s'assenyalen les referències a un altre element incorporat en la dimensió psicosocial, en aquest cas d'una manera molt menor. Es tracta dels elements d'ordre laboral i econòmic i la seva influència en el benestar psíquic de les persones. En aquest sentit, Ts22 parla de la seva percepció en relació amb els casos que ella estima que han augmentat per aquesta causa i que han estat objecte de la seva atenció des dels anys d'inici de la crisi econòmica.

> Ts22: "Amb la crisi fa la sensació que han pujat els diagnòstics (...). Parlant en termes generals, el tema laboral pot afectar i pot fer desenvolupar una malaltia mental que pot arribar a ser més o menys greu. Ho he vist en gent que estava treballant, que possiblement podien tenir una base de personalitat, però que era gent que tirava... i en el moment de caure a l'atur

> i començar a tenir problemes econòmics, doncs això ha fet sortir aquesta base que hi havia (...). És gent que ha arribat arran del tema de l'atur i de no trobar feina".

Pel que respecta als discursos dels informants sobre les conseqüències de les malalties mentals, una de les primeres característiques que es pot subratllar és que són manifestacions caracteritzades per l'expressió d'una càrrega empàtica important cap a unes situacions que es qualifiquen de 'complexes', 'dures', 'cruels' i amb altes dosis de 'patiment' per a la persona i el seu context més proper.

> Ts40: "La malaltia mental és molt cruel".

S'apunta que la persona que ho pateix pot experimentar en diverses ocasions la percepció de pèrdua de control sobre la seva pròpia voluntat d'acció.

> Ts31: "Senten que perden les regnes de la seva vida".

Es destaca la dificultat per interpretar l'arribada d'una pertorbació d'aquest tipus en la vida de les persones. Les crisis, el caos personal, la confusió, així com la complexitat per trobar un sentit a quelcom difícil de desxifrar són vivències habituals un cop es comença el periple pels serveis sanitaris.

> Ts14: "La malaltia mental és molt complexa, molt, molt... La queixa del pacient és que no entenem el que li passa. I és veritat que de vegades no ho entenem. Però també ell mateix no entén el que li passa".

Les sensacions de por i angoixa són descrites pels informants com a percepcions habituals davant la possible rebuda d'un diagnòstic de trastorn mental. Les preguntes per les causes i els perquès es tornen interrogants de difícil resposta. En aquesta fase, s'emfatitza la complicació per suportar el diagnòstic i tota la càrrega social que comporta. Resulta relativament senzill caure en la desesperança i la percepció de pèrdua.

> Ts03: "La primera dificultad es aceptar ese diagnóstico, porque socialmente ya no es aceptado (...). Y además esa sensación de miedo a lo que puede pasar. Hay siempre una angustia (...). Porque eso que hasta ahora no tenía un nombre ahora ya lo tiene".

Els informants expliquen com l'etiqueta diagnòstica genera tota una càrrega simbòlica amb conseqüències molt reals en el dia a dia. En molts casos, els projectes de vida queden truncats. De manera progressiva els individus veuen perillar el pas per aquelles

etapes vitals que es consideren bàsiques i habituals: la finalització dels estudis, la inserció laboral, la vida en parella, els fills, etc.

Tot i les generalitzacions dels problemes, es recull de manera sistemàtica la voluntat, per part dels informants, d'apuntar la necessària individualització de les circumstàncies així com de la mateixa personalitat de cada persona diagnosticada. En aquest sentit, el diagnòstic és només una referència que haurà de ser interpretada de manera més concreta, d'acord amb la personalitat i les circumstàncies de la persona.

En termes generals, però, les dificultats d'adequació als comportaments i les normes de la majoria dels membres de la societat es fan evidents en molts casos. La impossibilitat de seguir certs patrons en moments determinats genera situacions de desvinculació social. En massa ocasions, s'apunta, el rol de malalt acaba predominant en la configuració identitària de les persones, per sobre de qualsevol altre.

> Ts12: "No hi ha persona que en algun moment no m'hagi dit: 'Vull portar una vida normal' (...). Clar, la complicació ve pel context social, per com està catalogada la normalitat i com estan catalogades les funcions que se suposa que s'han de fer a la vida. A vegades ells despunten, són ovelles negres que no pertanyen al ramat (...). La dificultat és bàsicament aquesta, el fet de sentir-te diferent, sentir que la gent et mira, sentir que vols i no pots, i com que no pots, apareix aquest sentiment de marginació (...). Se'ls diu que hauria de tenir uns estudis, un cotxe, una carrera, una família, i quan no es pot tenir tot això, llavors s'enfonsa, es frustra i encara hi ha més simptomatologia".

Davant d'aquests contextos de canvis bruscos i adversos, s'assenyala que, d'una manera massa freqüent, les persones no reben el suport familiar més adequat. Des d'un punt de vista més proper, a vegades els familiars converteixen d'una manera involuntària la seva acció en resultats amb uns efectes contraris als que inicialment es perseguien. Així, les dificultats per fer front a les demandes dels referents més propers poden acabar generant situacions no desitjades, com a conseqüència d'una major vulnerabilitat davant de l'estrès.

> Ts03: "A veces los apoyos son más presiones que apoyos. La persona se siente como acorralada. Muchas veces se le dice que haga algo que en ciertos momentos no podrá hacer. Eso crea aún más angustia. Ese círculo vicioso llega a momentos en que se bloquea".

Tot i que en moments puntuals resulta convenient que les persones afectades deleguin en d'altres de més properes alguns dels aspectes importants que les incumbeixen, s'apunta que els perills d'aquestes situacions es manifesten quan aquesta assumpció de responsabilitats es fa de manera sistemàtica en familiars i professionals.

En certa mesura, els informants alerten contra aquestes situacions, alhora que expressen una autocrítica, ja que a mitjà i llarg termini s'entén que repercutirà negativament sobre les seves capacitats, tot i que la temptació a curt termini és actuar d'aquesta manera.

> Ts31: "Una persona que sent constantment veus, que té unes dificultats per entendre el món on està, doncs clar, és molt fàcil que delegui en els altres (...). Però és que en massa ocasions es decideix per elles. De fet, en el camp social som uns especialistes en això".

En aquest context, els professionals assenyalen de manera recurrent la problemàtica de les relacions interpersonals com un dels aspectes que queden més minvats com a conseqüència dels trastorns. Aquesta situació comporta de manera freqüent un cert aïllament, sentiments de soledat, així com a més llarg termini, uns dèficits més amplis en relació amb les competències personals.

Encara que els serveis socials i de salut tractin de fomentar aquesta vessant, s'indica que un dels riscos que es generen té a veure amb les dinàmiques endogàmiques de les quals entren a formar part molts dels usuaris. En aquest sentit, es vincula aquest fet amb el que s'ha comentat anteriorment, en què s'ha fet referència als dèficits de treball comunitari.

> Ts06: "En moltes ocasions, les poques relacions socials que tenen són dins el mateix àmbit. Es fan moltes activitats però sempre dins del grup (...). Les dificultats es troben en les activitats més normalitzades, més comunitàries".

Els informants perceben de molt a prop aquesta relació de devaluació a la qual són sotmeses per l'ambient social les persones afectades. Es nota la impossibilitat d'obtenir una acceptació social com a conseqüència de la percepció i de les imatges extremament negatives que es troben associades als trastorns mentals.

Els mateixos informants assenyalen la presència d'aquestes imatges en els serveis des dels quals es presta atenció, fins al punt que esdevé un fet que les persones afectades acaben interioritzant.

> Ts28: "La enfermedad mental no tiene ninguna diferencia con cualquier otra enfermedad, salvo el estigma. El estigma que tiene la sociedad, la familia, el paciente, y el que también tenemos nosotros".

Tot i que l'inici d'un problema de salut mental és explicat per un nombre significatiu d'informants sota uns paràmetres biològics (herència genètica) i de mala sort, cal subratllar que la tendència que ha predominat en els discursos sobre les conseqüències dels trastorns té elements que l'allunyen d'interpretar el fenomen dins d'un marc únicament individual. Els professionals fan constantment referència a les barreres socials que dificulten les possibilitats de realització de les persones afectades dins del context social en el qual es mouen.

Per a aquests, més que en la disfuncionalitat que es deriva del problema, les complicacions rauen en les relacions amb la resta de persones properes, en aquest cas etiquetades com a 'normals', així com en les derivades negatives d'aquesta dinàmica (identitat vinculada a la malaltia, situacions de discriminació en diversos àmbits quotidians, relacions endogàmiques, etc.)

En poques ocasions s'ha detectat un discurs que majoritàriament identifiqui la invalidesa generada per la malaltia com a causa única de les situacions de dificultat vitals. Per a la major part d'informants, la problemàtica derivada de la malaltia mental abraça una mirada més àmplia i complexa.

6.2.2. La finalitat del treball social en salut mental

Aquest darrer apartat tracta d'agrupar els relats més freqüents i significatius davant la qüestió que es planteja als informants sobre l'objectiu ideal que hauria de moure l'acció professional. Cal dir que, més que les accions que ja realitzen d'una manera més quotidiana, treballades a l'inici d'aquest apartat, aquí es promou que els entrevistats puguin parlar dels objectius des d'un punt de vista més idealitzat, com quelcom desitjable de fer més enllà que es duguin realment a terme o no.

L'inici es fa emfatitzant una posició àmpliament repetida pels informants, en què es descriu la necessitat que els professionals es puguin relacionar amb les persones amb problemes de salut mental superant la barrera de la patologia, no només per un aspecte de caràcter humà, sinó també per raons terapèutiques. Les referències al vincle, així com al trajecte compartit que s'haurà de recórrer durant el procés de treball, s'interpreten, en aquest període inicial, d'una manera molt significativa.

> Ts07: "El secret per a ser un bon professional del treball social és en primer lloc crear un vincle, això és molt important... (...). Que ells finalment confiïn en tu".
>
> Ts03: "Hay que tener muy claro que ese plan de trabajo se hace conjuntamente con la persona".

En aquest sentit, la persona és posada en el centre i sobre ella han de pivotar les diverses accions que es dissenyin. Durant la intervenció, els elements de caràcter mèdic vinculats amb la patologia s'haurien de contextualitzar en un esquema més ampli, en què la biografia de l'usuari, la seva personalitat i els seus interessos ocupin un espai determinant.

Aquest discurs encaixa perfectament amb la potenciació de noves perspectives teòriques introduïdes en l'àmbit social de la salut mental en els darrers anys, en què es posa l'èmfasi en la recuperació i l'apoderament, per sobre de la mirada focalitzada en la malaltia.

En línia amb els elements que aportava Pelegrí (1995) per conceptualitzar l'objecte del treball social, la interpretació que se'n fa a partir de la majoria de discursos recollits planteja deixar de banda l'enfocament basat en la definició negativa (associada amb les mancances i les insuficiències), per projectar-se sobre la positiva (relacionada amb les capacitats i possibilitats).

Un grup d'informants assenyala algunes de les estratègies que utilitzen per afavorir aquesta orientació. La professional següent explica la seva sistemàtica, mitjançant la qual a l'inici de la relació terapèutica obvia el diagnòstic perquè aquest no li suposi un condicionament negatiu. D'aquesta manera, tracta d'evitar totes les predisposicions i càrregues negatives associades al diagnòstic; un diagnòstic que pot predeterminar més a pensar en termes d'incapacitats i límits, que no en potencialitats. La voluntat s'inclina a posar el focus d'atenció de manera més intensa en la persona que en la malaltia, i, per això, cal un esforç conscient per part del treballador social.

> Ts14: "Per als professionals és un gran perill [*amb referència a l'etiqueta diagnòstica*] que ens predisposa a pensar que l'altre té molts límits (...). Per a mi, independentment del diagnòstic, el que m'importa és la persona i la seva personalitat. Jo quan veig una persona moltes vegades no sé el que té (...)".

En aquesta línia, es descriu la necessària incorporació d'una actitud orientada a rescatar les habilitats que tot individu té, més que no pas a aprofundir en els dèficits produïts per la situació. Es promou, doncs, transmetre la idea que existeixen possibilitats d'assumir un nou esquema de vida que possiblement anirà acompanyat del trastorn, però al qual es pot atorgar també un sentit positiu. Per aquest motiu, s'indica que cal tractar d'evitar actituds que convidin a la cronicitat i el pessimisme entre els professionals.

> Ts16: "No podemos transmitir la idea de que no hay nada que hacer, de que aquí no hay nada que rascar... A veces ves gente del circuito que no cree en las posibilidades de las personas, y eso es chocante".

Es relata una mirada professional àmplia, global i, en cert sentit, esperançadora, capaç d'interpretar la situació a partir dels ulls de la persona, de percebre'n les inquietuds i prioritats, i ajudar-lo a traçar metes que siguin significatives i viables. Cal potenciar condicions a fi que, durant el procés, s'acumulin i s'enforteixin una sèrie de capacitats que puguin ajudar a assumir un control més intens de la pròpia vida.

El fragment següent explica aquesta sistemàtica de treball en la qual s'incorpora la vessant analítica dins d'aquesta mirada humana.

> Ts18: "Hem de tenir la capacitat per entendre que [*parla d'un cas a tall d'exemple*] aquest senyor té una esquizofrènia paranoide de 25 anys d'evolució. Que és un senyor que està casat, que té dos fills, i que encara té uns pares. Que té una trajectòria laboral trencada i que té un projecte de vida que el neguiteja. Que el que voldria és passar-s'ho bé. Que té por que l'ingressin... És a dir, hem de tenir aquesta capacitat de veure la persona en el seu context, amb totes les coses que hi intervenen, i ser capaços de pensar quina ha de ser l'estratègia per ajudar-lo que pugui tenir un projecte vital adaptat a la seva situació. Que no se'ns escapi cap aspecte de la seva vida".

El ventall d'objectius que es relata implica, doncs, des de les qüestions de necessitat més bàsiques fins a altres elements de major envergadura, que tenen a veure amb el foment de l'autonomia, el desenvolupament d'habilitats que permetin la convivència amb la malaltia i la possibilitat de construir una identitat positiva durant el procés.

> Ts07: "Des de les necessitats més bàsiques, com la roba, la família, la documentació (...), fins a ajudar la persona a donar-li una identitat, una

> nova qualitat de vida, una nova història... aquí el treball social és indiscutible".
>
> Ts03: "Fomentar la autonomía, recuperar la capacidad... esos son nuestros objetivos".

En repetides ocasions els informants han apuntat necessitat de 'buscar espais' i 'buscar oportunitats' com una manera d'explicar el que cerquen amb la seva intervenció. Amb ells han fet referència a la cerca i desenvolupament d'un major nombre de possibilitats (socials, econòmiques, personals) adaptades a les situacions personals.

> Ts09: "Moltes vegades el problema és que no hi ha espais [*parla de manera metafòrica referint-se a la societat*] per a ells".

Dos factors s'han introduït com a importants en parlar de la finalitat de la intervenció: el temps i les expectatives. S'assenyala que aquesta voluntat per mantenir una mirada positiva i entusiasmada davant dels reptes que planteja l'afrontament d'una malaltia mental, cal combinar-la amb aspectes de caràcter pragmàtic vinculats als recursos, la motivació i el context.

En aquest sentit, el factor temps és incorporat en aquesta dinàmica, donada la necessitat, en termes generals, de treballar a mitjà i llarg termini per obtenir uns resultats satisfactoris. El fet de fer-ho a curt termini és el que pot suposar frustracions i insatisfaccions, com es desprèn del que apunta Ts16.

> Ts16: "Hay que ir con cuidado con las expectativas. Es algo que como profesional hay que trabajarse. Es importante proyectar motivación, pero eso no quiere decir que se vayan a conseguir los objetivos rápidamente. Aunque yo debo decir que desde que estoy en este ámbito, me he sorprendido en positivo. Esperaba más dificultades. Estoy satisfecha. No me siento parar nada frustrada. Es un trabajo de ir poco a poco. Los objetivos se van trabajando a largo plazo y también poco a poco se consiguen resultados. Yo, paciencia, tengo...".

En el treball d'intervenció, es posa l'èmfasi en el fet que cal disposar dels recursos materials que proveeix el sistema social i de salut, però sobretot cal incorporar també la idea que els mateixos professionals són un recurs de primer ordre per possibilitar la recuperació. Aquests no s'entenen només com uns representants del sistema que compleixen una funció proveïdora, sinó que s'incorpora la idea que l'actitud, el tracte i

les expectatives que projecta el treballador social són determinants en la bona o mala evolució del procés.

> Ts22: "Potser no li puc donar aquell recurs o aquell altre... però això ho compenso amb la meva intervenció. El recurs també soc jo (...). El que jo li puc aportar. Aquí treballem en aquesta línia, perquè allò altre [*fa referència a la dificultat d'accés a prestacions i recursos*] no ho podem arreglar".

Aquestes manifestacions més idealitzades es troben matisades amb altres fragments que descriuen les complexitats del dia a dia, però sense perdre la referència de quina resulta la finalitat.

> Ts17: "És idíl·lic perquè no passa fàcilment (...) la nostra funció professional és fer l'acompanyament en aquest procés i no convertir-nos en imprescindibles. Que la gent ens utilitzi durant un temps... És idíl·lic, però aquesta és la fita".

En aquesta línia, diversos professionals assenyalen, fruit de la seva pròpia experiència, quines conseqüències no intencionades de l'acció es donen de manera freqüent, i que es contraposen amb aquesta voluntat d'apoderament. Destaquen que en massa ocasions es cau en inèrcies protectores que no encaixen amb les suposades finalitats de l'acció professional. Es fa referència, no als casos amb major dificultat d'autonomia, en els quals possiblement resulti adequat un abordament de salvaguarda, sinó a persones que es preveu que podrien tenir una major autonomia i responsabilitat individual sobre el propi projecte de vida.

> Ts08: "Després dels anys i després de l'experiència, sí que dic que fem com a funcions molt paternalistes (...). No hauríem de ser tan protectors. Però són dinàmiques molt difícils de canviar, tot i que ho intentem".

> Ts31: "Tenim un rol com a molt paternalista. Tinc aquesta sensació. Jo crec que és una tara que portem, que potser té a veure amb la professió, amb la nostra manera de ser, no ho sé... Però tenim aquesta tendència i veig que és una cosa a revisar".

Finalment, s'apunta una observació de caràcter general, recollida a partir de diversos informants, mitjançant la qual es tracta de projectar una acció professional més dinàmica i amb capacitat creativa, amb possibilitats de desbordar les situacions de bloqueig que es presenten en els llocs de treball. S'introdueix, així, aquesta vessant de creació de nous 'productes' i serveis.

> Ts26: "Hi ha tot un seguit d'elements que tenen molt a veure amb els recursos que dificulten molt la tasca, o si més no la condicionen (...). I per aquest motiu, ja fa uns anys que treballem amb la idea d'inventar nous recursos... [*explica tota una sèrie de projectes iniciats en col·laboració amb altres organitzacions i serveis del municipi*]. És que tenim setanta persones en llista d'espera al Club social, i ja està bé de dir-los que no tenim recursos".

En aquest sentit, s'emfatitza que el treball social ha de poder superar aquests entrebancs amb els quals es troba diàriament, fruit de la manca de recursos, mitjançant el desplegament d'accions que promocionin noves formes d'intervenció que puguin ser viables i sostenibles en el temps, en què el suport econòmic de l'Administració o la presència d'estructures professionals per a la seva continuïtat no resultin tan determinants.

CAPÍTOL 7

LA COMPETÈNCIA TEÒRICA

En aquest setè capítol s'hi exposen els resultats de l'anàlisi realitzada als discursos que construeixen els informants davant les qüestions relacionades amb la vessant teòrica del treball social en salut mental. Per aprofundir en aquesta dimensió, s'han plantejat als participants diverses qüestions a abordar durant el treball de camp, les quals han tingut a veure amb l'ús de les teories i els models del treball social, la valoració que fan del seu procés formatiu, i la qüestió vinculada a l'especialització formativa dins l'àmbit.

Amb la finalitat de presentar els resultats obtinguts d'una manera ordenada, es construeixen tres subapartats que segueixen l'ordre apuntat. En cadascun d'ells es mostren les diverses categories formulades amb les quals s'han tractat d'agrupar aquells elements comuns dins la multiplicitat de respostes obtingudes.

7.1. L'ús dels models teòrics

Dels 51 treballadors socials integrants de la mostra, a 43[135] se'ls va preguntar si feien o havien fet ús de les teories o dels models teòrics del treball social per al seu desenvolupament professional quotidià. De les respostes es desprèn que 15 (34,9%) no fan ús dels elements teòrics d'una manera explícita, mentre que 28 (65,1%) sí que en fan ús.

Taula 36. Informants segons l'ús que fan de la teoria

	Informants	
Ús teòric	28	65,1%
Sense ús teòric	15	34,9%
	43	**100%**

Font: elaboració pròpia.

Dins el conjunt de professionals que fan referència a l'ús teòric, disset (39,5%) en farien ús d'una manera eclèctica, i apunten diversos models com a referència simultània. Si bé no tots els models que indiquen són emprats per ells actualment, sí que són referències que han emprat en moments determinats de la seva trajectòria, que, per tant, formarien part del seu bagatge teòric actual, i que utilitzen de manera més o menys precisa. Set

[135] No s'han incorporat els integrants d'un dels grups focals, atès que aquest tema no va ser inclòs en el guió dels aspectes a discutir.

altres professionals (16,3%) que assenyalen la referència d'un model teòric com a guia principal en la seva actuació. Per la seva part, quatre treballadors socials (9,3%) fan referència al model teòric que empra la institució en la qual treballen, i que és transversal per als diversos professionals que la integren.

Taula 37. Informants que fan ús de la teoria segons tipus

	Informants	
Eclèctics	17	39,5%
Referència a un model	7	16,3%
Referència al model institucional	4	9,3%
	28	**65,1%**

Font: elaboració pròpia.

Dels set professionals que assenyalen la referència d'un model teòric, cinc (12%) esmenten el model sistèmic (i algunes de les seves variants) com a patró principal. Dos (5%) indiquen la teoria psicoanalítica i el model psicodinàmic com les seves guies més importants.

Des d'una perspectiva eclèctica, sis professionals (14%) expliciten fins a tres models de referència, cinc (12%) ho fan explicitant-ne dos models, i sis (14%) n'expliciten un, tot i que n'afegeixen d'altres però sense fer-los explícits. Per als professionals eclèctics, el model més assenyalat és també el sistèmic, apuntat en setze ocasions. En sis ocasions es fa referència al model psicodinàmic. El model cognitiu-conductual apareix referenciat cinc vegades, tot i que en quatre ocasions més el model conductual és també assenyalat de manera singular. En dues ocasions s'assenyala el model humanista, i en una, el model psicosomàtic.[136]

[136] Tot i que s'incorpora en l'anàlisi, aquest no es preveu com a model en treball social.

Taula 38. Models teòrics segons freqüència de repetició

	Freqüència	
Model sistèmic	21	51,2%
Model cognitiu-conductual	9	22,0%
Model psicodinàmic	8	19,5%
Model humanista	2	4,9%
Model psicosomàtic	1	2,4
	41	**100%**

Font: elaboració pròpia.

De l'anàlisi qualitativa d'aquesta qüestió es construeixen tres grups, presentats en els punts següents, de més a menys representatius, en funció de les respostes obtingudes. Així, el primer grup presenta la via eclèctica com a patró més recurrent, la qual es caracteritza per la combinació en l'ús de diversos models per part dels professionals, amb una menció explícita d'aquests models. El segon grup engloba els professionals que no empren de manera explícita cap model o referència teòrica. El tercer inclou els professionals que manifesten la preferència per un model teòric com a referència principal, sense que això exclogui l'ús més o menys freqüent d'altres perspectives. Dins d'aquest grup, s'hi incorporen els professionals que assenyalen l'assumpció del model teòric de la institució com a referent propi.

7.1.1. L'ús eclèctic

El professional eclèctic no és uniforme. Tot i que comparteix pertinença en aquesta tipologia, hi arriba o l'explica de diverses maneres, ja sigui en funció de la seva trajectòria, per una qüestió de tria personal, per descart d'alguns models amb els quals s'havia iniciat, per curiositat intel·lectual, o bé per qüestions més pragmàtiques, vinculades amb l'encaix amb el treball quotidià o les demandes a les quals ha de fer front.

Com a contrapunt, alguns assenyalen com a punt dèbil d'aquesta manera de fer una indefinició en l'estil de treballar, atès que es mouen en diverses referències sense aprofundir en cap.

Explicar aquesta posició no resulta sempre senzill. Les informants següents ho fan mitjançant la figura retòrica del símil: la primera, comparant la feina del treballador social amb la d'un cuiner; la segona, assimilant els recursos teòrics i metodològics del treball social amb la caixa d'eines que porta un llauner o un lampista per fer la seva feina. Per a les dues, la posició eclèctica és més enriquidora i els dona un marge d'actuació més ampli que no pas l'ús exclusiu d'una sola perspectiva.

> Ts07: "És com un cuiner que ha de fer un plat, i ha d'agafar una mica d'aquí i una mica d'allà, i fer el que pot. Jo penso que això enriqueix molt més que no el fet d'estar tancat en una teoria, que penso que 't'encorseta' una mica més".

> Ts18: "Jo sempre m'imagino el treball social com algú que porta una cartera immensa plena de coses, d'eines... 'I què tens aquí?' 'Doncs mira, tinc cargols, tinc martells, tinc una serra, una lupa, un tros de cable, un cordill.' I tu això ho vas gastant i en vas incorporant (...). És a dir, aquesta capacitat d'analitzar, modular i veure. Això és la nostra professió. Aquest sentit comú que està filtrat per una formació, per una manera d'entendre, per una manera d'analitzar, per una caixa d'eines. I això té una riquesa indescriptible. Això és el nostre valor".

De la mateixa manera, l'explicació recurrent amb què es legitima el professional eclèctic és aquella que permet utilitzar els diversos coneixements que va recollint dels diferents models, en funció de la persona i la situació que se li planteja.

Sovint, el professional manifesta la sensació que l'usuari li demana tàcitament que actuï d'una manera o d'una altra. En aquest sentit, una competència teòrica àmplia per part del professional és el que li permet donar una resposta o una altra a aquesta demanda.

> Ts14: "De vegades depèn de la persona; hi ha persones que també veus que et demanen una actuació més conductista, és a dir, patrons més concrets, més educatius, perquè a vegades estan demanant que els diguis: 'Mira, no; per aquí, no'. Depèn de cada persona".

També s'afirma que l'ús d'un o altre model queda condicionat a aquesta necessitat, més enllà de la preferència del professional.

> Ts23: "El tema és que no pots utilitzar sempre la mateixa fórmula, perquè en un pacient t'anirà molt bé i en un altre serà completament el contrari".

> Ts15: "El model sistèmic m'agrada com funciona, però soc conscient que en una entrevista no sempre pots utilitzar-ho (...). El model cognitiu-conductual també m'agrada, però depèn de la situació, del temps que tens, de la persona que tens al davant, i de si té més o menys limitacions. Perquè clar, hi ha gent amb la qual pots abordar un treball de manera sistèmica i et serveix. I hi ha altres persones que, pel que sigui, doncs no t'ho permet fer, i llavors fas anar més el cognitiu-conductual".

De fet, hi ha professionals que expressen la necessitat d'emprar models, encara que aquests no siguin de la seva preferència o, fins i tot, els desagradin.

> Ts34: "Jo he fet moltes intervencions basades en teràpia familiar i en el model cognitiu-conductual. No tinc cap altra solució que fer-les, però no m'agraden".

D'aquestes observacions se'n desprèn la qüestió de si el professional hauria de conèixer un ventall ampli de models, per utilitzar el més idoni en funció de la situació que se li planteja, o bé la tria dels models ha de quedar subjecta a la predilecció del professional, independentment de la demanda o dels requeriments que té. En el fragment següent se'n planteja una resposta.

> Ts28: "Yo me di siempre cuenta de que todas las teorías pueden funcionar, pero no a todas las personas les puede funcionar la misma".

Així, alguns professionals eclèctics, com Ts28, afirmen que, atès que tots els models són susceptibles de funcionar, la competència clau del treballador social es troba en el fet de saber seleccionar aquell que millor s'adaptarà a la persona o persones amb qui ha de treballar.

La trajectòria inicial, el marc institucional en què es mou el professional, els canvis laborals, els companys, així com els interessos personals es troben, en molts casos, al darrere d'aquesta formació eclèctica. Més que d'una manera planificada, la posició eclèctica està condicionada per aquest seguit de variables que tenen una influència significativa en el recorregut dels informants.

> Ts30: "Quan jo em vaig incorporar a l'organització, el model era psicodinàmic i psicoanalític. Llavors, clar, la formació que rebíem dintre de

> la formació continuada era en aquest model, i això ha estat molt definitiu, o sigui que m'ha condicionat molt (...). Així que jo, com a treballadora social, estic inclosa en aquesta tendència. Jo em moc en el model psicodinàmic i en el model sistèmic, principalment".
>
> Ts50: "En la recerca de metodologies o models d'intervenció, vaig començar per la teoria psicodinàmica (...). Després, la sistèmica (...). Però la vida laboral em va donar molts canvis, i en la realitat actual, aquests coneixements que jo tinc no hi encaixen gaire".

És destacable el cas d'alguns professionals incorporats en aquest grup, per als quals la posició eclèctica ha estat fruit d'una recerca per trobar altres possibilitats en models diferents, els quals eren vigents a l'organització en què exercien i amb els quals havien iniciat la seva trajectòria professional.

En alguns casos, aquests models són incorporats en un inici, i aparcats posteriorment per esgotament.

> Ts12: "Se'm quedava curt, el que jo sabia. A mi, el conductual se'm quedava molt curt. Necessitava saber alguna cosa més".

Per a d'altres, no s'hi han arribat a incorporar mai, fet que suposa la recerca de referències fora de les establertes en l'organització.

> Ts18: "Jo vaig acabar la carrera i vaig venir a petar aquí, en aquesta organització, que era un model psicodinàmic, on parlaven coses que jo no entenia. Llavors vaig dir: 'Em poso a estudiar psicoanàlisi i ara sí que ho entendré'. I després d'haver comprat tots els manuals del Freud, vaig continuar sense entendre res, i pensava: 'Un dia o altre t'entrarà i descobriràs la llum, el model entrarà'..., per la cosa aquella de dir que jo tenia un model. I hi vaig estar molt capficada durant els primers anys. Fins que un bon dia vaig dir: 'Jo passo d'això, plego, fora'. Vaig regalar tots els llibres que tenia del Freud, i vaig tornar a començar a llegir les coses de treball social. De cop i volta vaig pensar: 'Què hi pinto, jo, en aquest equip de psicoanalistes o aspirants a psicoanalistes? Què hi pinto, jo, aquí al mig?!'".

Finalment, per a certs informants, tot i la desconfiança inicial, alguns dels models s'acaben assumint durant un període de temps, després de comprovar-ne una certa utilitat.

> Ts26: "Quan vaig començar ho vaig fer en un servei que es movia en un marc teòric absolutament psicoanalista. Jo no sabia res de psicoanàlisi. Vaig estar allà cinc anys i va ser una experiència una mica... [*no conclou la frase, però denota dificultat*]. La meva forma d'introduir-me en la psicoanàlisi... hi havia un punt que havies de fer una mena d'acte de fe. I dius... doncs bé, em crec els principis... i finalment veus que et serveix per a algunes coses".

També, de vegades, la falta de directrius teòriques en l'organització que es treballa produeix aquesta reacció, en forma d'anomia en el professional. Especialment es produeix en aquells professionals que presenten una necessitat d'ordre intel·lectual i pragmàtica dirigida a descriure el marc de la seva intervenció, a poder contextualitzar millor el seu paper, i establir unes referències que els permetin valorar la seva actuació:

> Ts50: "He estat molts anys en diferents llocs on no hi ha hagut unes directrius clares, i jo sí que les he anat necessitant (...). He tingut aquesta necessitat de tenir una base de coneixements, d'informació, per englobar, per analitzar, per intervenir, i per justificar una mica la meva feina. Un marc (...) per dir: 'Aquesta és la meva realitat, això és el que jo veig, i jo veig que des d'aquí podríem anar cap allà'. I això, la definició de la realitat, crec que s'ha de poder fer, perquè, si no, és molt confús. Potser aquesta realitat és equivocada, però si no la definim, no la podem contrastar".

L'admissió dels diferents gèneres teòrics i la seva fusió comporta que certs treballadors socials manifestin la idea basada en aquesta construcció progressiva d'un model propi. S'estableix un punt de partida en certs models, per posteriorment fusionar-los o reinterpretar-los.

> Ts15: "Agafant d'aquí i d'allà, del que més et convé i t'interessa, i ho vas absorbint. Llavors, et fas el teu propi model".

Per a aquesta professional i per a d'altres, la llibertat d'elecció que comporta aquesta posició és un valor que transmet singularitat a la seva feina, que l'allunya d'elements mecànics, els quals consideren que caldria evitar.

> Ts15: "A mi m'agrada més aquesta varietat, ho he de reconèixer. Perquè, si no, trobo que la professió la podria fer un ordinador".

Fins i tot en algunes ocasions, es percep com els professionals tracten de deslliurar-se ràpidament de l'etiqueta que els pot fer més propers a una teoria o altra. En aquest

sentit, la vinculació que es fa amb les teories i els models té un caràcter purament instrumental, sense connotacions expressives, motiu que afavoreix la posició eclèctica.

> Ts18: "Ara tinc moltes companyes que volen fer sistèmica, i la sistèmica està molt bé. Jo en vaig fer una temporada i la vaig deixar estar també, perquè vaig dir: 'Jo no sé si vull ser sistèmica, no ho sé'".
>
> Ts28: "Yo no soy de ninguna" [*tot i moure's en l'esquema eclèctic, expressa aquesta equidistància davant els diversos models que utilitza*].

7.1.2. Sense referència teòrica

Com en el grup anterior, els professionals que no expliciten l'ús de referències teòriques en la seva quotidianitat professional no tenen un perfil unívoc. En una gran part dels casos, aquest perfil es caracteritza per, tot i assenyalar l'absència de model, expressar una valoració positiva en relació amb la formació.

A voltes, es diu que tenen la impressió que de manera implícita s'empren certs elements teòrics estudiats, però sense identificar quins són. Aquesta és una característica estesa en una part important dels integrants d'aquest grup.

La teoria s'incorpora d'una manera híbrida en la manera de treballar, però el professional no acaba de reconèixer-se en una o unes posicions teòriques determinades. La particularitat de les situacions que s'atenen sobrepassen les regularitats dels models teòrics. No hi ha la percepció que un ús sistemàtic d'aquests models pugui aportar claredat a la feina del treballador social, ni resultar significatiu davant les problemàtiques a què ha de fer front.

> Ts16: "Yo puedo decir que los estudié [*els models*] en su momento, pero no es algo que me plantee ahora a la hora de intervenir. Sí que me sigo formando e informando sobre el trabajo social, porque la verdad es que es un tema que yo quiero llevar siempre bien, pero no la correspondencia de decir... (...). No es este análisis, el que hago todavía... No sé si lo haré".
>
> Ts32: "Jo, a l'hora de treballar, no me'n recordo. Però sí que va quedant un pòsit d'allò que aprens, que tu vas utilitzant. El que passa és que potser és de manera inconscient. Jo sí que valoro seguir-me formant, i ja et dic, et va quedant com la part més inconscient. Saps que hi ha això, i que parla de tal... però no em preguntis d'on ho trec".

Altres informants incorporats en aquest grup manifesten dubtes en relació amb la utilitat de la dimensió teòrica pel que fa a l'objectiu del treball que han de realitzar, i assenyalen que l'èxit en la intervenció suposa aspectes més de competència personal i humana, que no pas d'altres de teòrics o tècnics. L'apel·lació al sentit comú, a la coherència i a l'entrega és freqüentment usada.

> Ts24: "No sé les teories fins a quin punt..." [*no acaba la frase, però amb l'entonació transmet una sensació de malfiança*].

> Ts31: "Si t'hagués de dir el que utilitzo... doncs no ho sé. En aquell moment, amb la persona, intento ser el màxim fidel a mi mateixa, el màxim de coherent i donar-ho tot (...). Jo ara penso que les coses són molt més senzilles, que és escoltar la persona, deixar sentir el que li està passant i poder-ne parlar. És que de vegades les coses són més... (...). Jo crec que si apliquéssim coherència ja tindríem molta feina feta".

Certs informants expressen clarament l'absència teòrica en el seu quefer diari, i assenyalen que aquesta posició no és esmenada per la institució en què treballen, mentre se segueixin unes directrius organitzatives de caràcter general.

> Ts49: "No segueixo cap model i vaig fent sobre la marxa (...). Cadascuna ho fa a la seva manera [*parla de les altres treballadores socials del centre*], amb unes directrius conjuntes a escala organitzativa. Però en la manera de tractar els casos no ens diuen res".

> Ts48: "Jo també vaig fent una mica la meva (...). La veritat és que no sé ni com treballo (...). Tampoc des de l'organització em diuen com he de fer-ho".

Per a alguns professionals incorporats en aquesta categoria, aquesta posició és viscuda amb un cert malestar personal. Manifesten haver entrat en una inèrcia en la qual aquesta dimensió no s'ha tingut en compte, però que els agradaria redreçar. En tot cas, assenyalen també dificultats d'ordre pràctic i organitzatiu (inèrcies de treball basades en la urgència) per poder-ho fer.

> Ts08: "No, no segueixo cap teoria. De vegades sí que crec que hauria d'endreçar més aquests aspectes. Em falta reciclar-me més a fons, tornar a estudiar per tal de tenir més eines (...). Ara veig que això em falta (...). Trobo que em falta teoria (...). El que passa és que el temps és el que és (...). Però l'hauríem de buscar, per tot, per formar-nos, per estudiar, per escriure, per investigar".

> Ts13: "La teoria la tinc molt oblidada. Però sí que és un tema que quan surt... (...). És un tema que m'interessa, jo penso que bastant... que m'hi posaria, però bé, que al final la pràctica és el que més em porta. Tot i que ho tinc com a bastant oblidat, sí que veig que si m'hi posés, hi trobaria coses que em podrien ajudar (...). És que hi ha moltes coses que dius: 'Clar, és que és això el que estem fent'. Però tampoc no et puc explicar massa perquè ja et dic... Jo vaig acabar el 92, i no ho he refrescat, tot això (...). La idea aquesta d'aplicar la teoria al lloc de treball... no la recordo... no la tinc... no".

Per a altres informants, l'establiment de connexions entre la teoria i la pràctica comença a sorgir després d'anys d'exercici, sense que això hagués succeït durant el període inicial. En aquest sentit, la informant següent així ho assenyala.

> Ts36: "Jo fa potser setze anys que faig de treballadora social, i fa com un parell d'anys o així que realment començo a lligar moltes coses. És com que potser havia deixat de banda una mica la teoria... i ara li trobo sentit, a algunes coses (...). M'he tornat a llegir llibres que havia llegit abans, i és que ara ho entenc més bé, perquè clar, tornes a connectar d'una altra manera".

Finalment, alguns informants justifiquen aquesta posició amb el fet d'emprar les referències dels professionals d'altres disciplines per dur a terme la seva tasca.

> Ts02: "Prenc la referència de la psiquiatra, sobretot de com estan [*es refereix als usuaris*], de quina patologia tenen i de com ella creu que nosaltres els hem de portar o dirigir (...). El que ella em recomana. Pel que fa a les famílies, tenim la psicòloga (...). Anem una mica en la línia d'ella".

> Ts09: "Jo no crec que hi hagi una teoria a partir de la qual ens puguem basar. Nosaltres cada quinze dies ens reunim amb la psicòloga per parlar sobre els casos complicats, de com ho podem fer, de com no, i és l'aportació d'ella i la dels companys. Però no tenim una teoria que digui tal o qual".

7.1.3. La referència a un model com a orientació principal

Un conjunt de set professionals inclosos en la mostra han manifestat que la seva pràctica descansa o ha descansat en l'ús teòric, principalment mitjançant un model. En alguns casos, aquesta referència es fa més exclusiva i en d'altres no és tan determinant. En cap dels casos, l'ús no és ortodox.

El decantament per un model s'explica, igual que en els eclèctics, per diverses raons. En certs casos es tracta d'una qüestió de preferència davant un ventall de possibilitats. En d'altres, s'ha entès com la millor via per proveir-se d'una comprensió de les situacions que han d'abordar.

> Ts17: "La psicoanàlisi m'ha servit per entendre l'explicació que dona dels trastorns, i la manera com treballar els casos".

En d'altres, es tracta d'alguna referència que ja havia deixat empremta des de l'etapa formativa i amb la qual s'ha continuat treballant.

> Ts20: "Jo, quan vaig fer treball social, vaig tenir la sort de tenir unes assignatures que es basaven en un model que em va ser útil en aquell moment [*es refereix al model psicoanalític*] (...). Jo vaig pensar que tenia un camí per fer. Llavors, a partir d'aquí, vaig continuar formant-me en aquell model".

També es donen situacions vinculades a la primera etapa laboral, i com aquesta ha marcat posteriorment el camí a recórrer.

> Ts33: "A mi em va passar amb la primera feina que vaig tenir, que em vaig trobar una gent (...) que treballava la sistèmica (...). I no era només la teoria, sinó com aplicaven la teoria. I jo vaig al·lucinar, literalment, amb aquell funcionament. I a partir d'aquí jo me'n vaig anar a estudiar, a formar-me en allò de la sistèmica (...). Em vaig trobar còmoda en aquest model, i aquí m'he quedat, més o menys".

Per a la informant següent, aquesta posició és relativament nova, atès que anteriorment no treballava amb una referència teòrica específica. La immersió dins un curs formatiu li ha suposat introduir-se en un model teòric que en el present esdevé la seva referència principal.

> Ts25: "Si aquesta entrevista me l'haguessis fet fa un any o any i escaig, t'haguera dit una altra cosa (...) però ara... I és perquè des de fa un any que m'estic especialitzant en teràpia familiar sistèmica. Estic fent el curs de terapeuta, i realment... [*tot i no verbalitzar-ho, expressa satisfacció*]. Tot el que llegeixo i tot el que vaig treballant m'ho vaig trobant en el meu dia a dia".

La recerca teòrica és viscuda en gairebé tots els informants d'aquest grup com una necessitat. El seu perfil es caracteritza per la voluntat de buscar una interpretació a les situacions que treballen, per tal de situar-se i justificar-ne les actuacions.

> Ts37: "En la meva experiència professional, jo la vaig necessitar, la teoria. Sense teoria anava molt perduda, i em produïa molta ansietat i molta angoixa. I per a mi, la teoria sempre ha sigut una cosa que no m'he qüestionat si la podia fer o no. És que la necessitava (...). Després, quan vaig anar a salut mental, jo vaig continuar amb aquesta línia sistèmica (...). Sense teoria... doncs crec que és un anar fent. Vas fent i no et situes".

> Ts17: "A mi la teoria sí que m'ha ajudat a justificar una mica per què faig les coses, i no per tenir una justificació i així quedar-me tranquil·la, sinó per sentir-me còmoda, per estar sostinguda per arguments de gent que ho ha treballat abans".

Com s'ha esmentat en l'inici, la familiarització amb un model no es fa de manera ortodoxa pels informants d'aquesta categoria. En alguns casos, aquesta posició s'utilitza com a punt de partida per apropar-se a altres enfocaments, i reafirmar-se o matisar aspectes inicialment establerts.

> Ts33: "El que no vol dir és que a partir que coneixes aquesta [*la teoria sistèmica, en el seu cas*], també coneixes les altres. Per contraposició, coneixes la humanista, coneixes els cognitius-conductuals, la gent psicoanalítica, i llavors vas com reafirmant o agafant coses d'aquí i d'allà".

> Ts20: "A mi m'ha servit com a contenidor. Això no vol dir que jo pensi tota l'estona com un psicoanalista ortodox per a la pràctica diària. Però sí que per a l'entrevista o la relació, la formació que he fet crec que m'està sent útil. I jo m'ho crec. I no em sabria moure en un marc més eclèctic, d'agafar coses diferents... No ho sabria fer".

Finalment, un subgrup dins d'aquesta categoria assenyala el model institucional com la seva guia teòrica. D'aquesta manera, la tria que fan no té tant a veure amb la posició personal, sinó amb la referència que comparteixen amb la resta dels seus companys d'organització, i que prové d'una manera de treballar conjunta, difosa des de l'entitat de la qual formen part.

Si bé és cert que alguns dels professionals incorporats en la categoria eclèctica han apuntat certes directrius per part de la institució per a la qual treballen, aquestes tenien

més a veure amb models de gestió que no pas amb esquemes teòrics, com sí que succeeix en els professionals incorporats en aquesta categoria. Cal fer esment que aquests professionals pertanyen a entitats d'iniciativa privada del tercer sector, i que totes elles actuen en l'àmbit social.

> Ts03: "Cuando empecé a trabajar aquí me pasaron el manual, y me dijeron: '¿Conoces la ACP[137]?'".

> Ts10: "Aquí tenemos un modelo de trabajo teórico para aplicarlo en todos los servicios de la organización. Lo tenemos elaborado y está escrito (...)".

Alguns d'aquests professionals, en aprofundir en aquesta qüestió, assenyalen igualment certes preferències teòriques per la intervenció. En certa manera, tracten de no deixar-les de banda i incorporar-les en la mesura del possible, tot i trobar-se sota el paraigua d'una referència transversal.

> Ts03: "Yo me siento identificada con la terapia sistémica, pero también cada vez más con la conductual. El mixto este. Intento unificar las dos".

7.2. Com s'aprèn a ser treballador/a social?

Els discursos en relació amb el procés mitjançant el qual els informants s'han format i han adquirit les competències necessàries per a l'exercici professional reflecteixen la complexitat d'una disciplina que manté una escissió profunda entre la dimensió teòrica i la pràctica. En aquesta pluralitat de veus destaca una primera línia discursiva que es presenta força crítica amb la institució universitària i amb el paper que aquesta té en la formació dels futurs treballadors socials.

En aquest sentit, els informants d'aquest grup posen en relleu com el seu veritable inici formatiu comença amb les pràctiques i les primeres experiències laborals. D'acord amb aquesta explicació, se situa l'entrenament pràctic com la via més eficient per aprendre la professió i exercir-la. A causa d'una formació titllada d'insuficient per l'excés teòric, les primeres experiències inicials són recordades de manera caòtica, i s'expressa una manca de competència per la tasca que s'havia de realitzar. L'encaix dels aprenentatges acadèmics esdevé dificultós, i això s'argumenta a través d'un desajust entre les exigències pràctiques i els coneixements acadèmics provinents de la primera etapa formativa.

[137] L'ACP fa referència a l'atenció centrada en la persona. Es tracta d'un model transdisciplinari associat fonamentalment a l'atenció de les persones grans i amb discapacitat.

Altres professionals, en canvi, matisen aquesta primera línia discursiva, apuntant que l'aprenentatge de la professió té uns límits que són comprensibles durant l'etapa universitària. Es concep, així, el pas per la universitat com l'inici d'un trajecte en el qual es poden aprendre certes coses bàsiques, però en què principalment s'intenta estimular el futur professional per tal que aprofundeixi en els interessos despertats, i pugui utilitzar certes eines apreses per al seu desenvolupament posterior.

En aquest sentit, s'entén que el treball social es comença a aprendre a la universitat, però es continua aprenent bàsicament fora, amb maneres que poden ser heterogènies en funció de cadascú.

7.2.1. Crítica de la formació universitària

Es presenten, a continuació, uns fragments que exemplifiquen la primera línia discursiva apuntada, en què els informants que la integren manifesten aquest desajust entre la dimensió formativa que van rebre durant la diplomatura o grau, i les exigències d'ordre pràctic a les quals han de donar resposta diàriament. En alguns casos, s'assenyala també la insatisfacció respecte a la presència de docents a la universitat amb escassa vinculació amb la pràctica.

> Ts34: "La formació que em van donar a la universitat quan jo vaig estudiar (...), a mi no em va servir absolutament de res (...). Jo penso que hi ha massa distància entre la pràctica i la universitat. La universitat hauria d'apropar-se més (...). Hi ha d'haver un equilibri. La formació teòrica evidentment l'hem de tenir, però a vegades dista molt de la realitat".

> Ts32: "Jo de l'explicat a la universitat no me'n recordo gaire. No et podria dir si m'ha servit en un 50%. Jo crec que està bastant distant allò que s'ensenya, almenys en la majoria de crèdits, del que treballes després".

Per l'informant següent, aquesta tendència viscuda per ell mateix en el passat es repeteix actualment. Es recolza en la seva experiència com a tutor d'alumnes de pràctiques per remarcar la llunyania existent. En aquest sentit, indica que des de la universitat s'ensenyen continguts poc traslladables a les necessitats quotidianes.

> Ts51: "Jo acostumo a tenir alumnes de pràctiques i no venen amb una motxilla de models. Més aviat creuen que tenen molta teoria i, una vegada es posen a fer pràctiques (...), s'adonen que hi ha una diferència molt gran entre els conceptes i els mètodes o models que els ha pogut traslladar la

> universitat... I quan arriben a la realitat i veuen, sobretot en el vessant de la salut mental, la diversitat que hi ha, els tipus d'enfocaments que pots fer, els 'tempos' amb els quals nosaltres treballem (...). Tot això són conceptes que des de la universitat s'està a anys llum de la realitat".

En alguns casos es critica la generalització de continguts, i es troba a faltar un aprofundiment i una especificitat en els diferents àmbits professionals i en els aspectes definits per la informant següent com 'la realitat' dels professionals. L'expressió 'realitat' és habitualment utilitzada entre els professionals per assenyalar la pràctica professional i distingir-la de l'espai teòric associat a la universitat.

> Ts16: "A mí en la carrera lo que me faltaba era realmente un acercamiento por temáticas (...). No teníamos un acercamiento real a los sectores de trabajo. Los tres años son generales (...). Realmente creo que falta contenido práctico, más específico (...). Pues *role playing* hicimos cinco, seis o siete..., pero, realmente, falta la realidad".

La informant següent respon davant la qüestió de com ha après el model que actualment empra en la seva intervenció:

> Ts04: "Aquest model l'he après treballant i amb formació *online*. A la universitat, quan jo estudiava, moltes d'aquestes coses ni te les ensenyaven. No me'n recordo, d'ells. O sigui que aquests models... hi vam passar per sobre... Les que vam estudiar fa tants anys, que jo recordi... no...".

Una constant dins aquesta línia discursiva és l'apel·lació a l'entrenament pràctic com el mètode més efectiu per aprendre la professió. Des d'aquesta perspectiva, molts continguts impartits durant la diplomatura o grau obtenen una valoració baixa.

> Ts11: "Jo soc de les que pensa que al treball social li falten més pràctiques. Hauria de ser com una mena d'infermeria, que des del primer any hauríem de tractar els àmbits i conèixer-ho des de l'inici. Perquè molta teoria, molta història del treball social, molt d'allò..., però falta aquella part més pràctica. Jo crec que el tema pràctic s'ha de fer in situ, perquè nosaltres tenim molta responsabilitat, ja que treballem amb persones. I la teoria, sí, és molt bonica, de quatre coneixements i per tenir una base (...). Però que ens falta molta pràctica, moltíssima...".

Una observació general que s'extreu del discurs dels informants incorporats en aquesta línia és que la formació teòrica i la pràctica haurien de trobar més punts en comú

durant la formació universitària. És una idea àmpliament repetida, que expressa una manca de sentit de la primera dimensió, si no té una correspondència d'ordre pràctic amb la qual pugui ser encaixada al mateix temps que és explicada.

> Ts38: "Jo crec que la formació és necessària, però la formació amb una pràctica. Crec que ha d'anar acompanyada, si no... no... I rebo també estudiants de treball social i veus que... tant de bo poguessin començar a tastar abans el que és això del treball social. Potser anar rotant i veient. Jo crec que això potser ajudaria una mica més. Perquè després t'ubiques en un lloc i dius: 'Bé, i ara, què?'. Sé engegar l'ordinador, però no sé fer res més. I ho dic des de la meva pròpia experiència (...). Jo crec que és important la teoria acompanyada d'una pràctica, perquè llavors veus el raonament, li veus la lògica, si no...".

De manera més explícita, la informant següent assenyala la dificultat d'ensenyar aquesta professió, i apunta que no hi ha cap més manera que no sigui practicant-la en primera persona.

> Ts12: "A l'hora de tractar la persona hi ha dues complicacions (...). Primera, que no te'n poden ensenyar, perquè el treball social s'aprèn treballant, i no hi ha altra manera, no n'hi ha cap (...). És com anar amb bicicleta... amb l'experiència, no hi ha més".

7.2.2. Tinc el títol, i ara què?

El debut professional és un xoc important per a gran part dels informants entrevistats. En línia amb el punt anterior, en moltes ocasions es té la sensació de començar a exercir sense tenir la mínima preparació suficient i amb un sentiment de solitud davant dels escenaris als quals s'ha de fer front.

> Ts03: "Yo, cuando salí de estudiar y empecé a trabajar, dije: '*Hosti*... si esto no me lo han explicado' (...)".

> Ts40: "Sí que és veritat que va ser tan teòric que quan jo em vaig posar el primer dia com a treballadora social vaig dir: 'I ara, què faig?'".

Per a alguns informants, la identitat com a treballador social durant aquesta primera etapa és encara inexistent, o és molt dèbil i confusa. No se sap amb claredat què vol dir ser un professional del treball social.

> Ts38: "Jo crec que tampoc en aquell moment era conscient del que significava ser una treballadora social, no n'era conscient. Llavors, posar-me a la pràctica (...), et xoques una mica amb la realitat. I allò teòric que has après... pot ser que sí que en algun moment determinat ho puguis posar en pràctica, però és difícil, perquè com a estudiant... sí, tot molt bé (...), però ara 'que estás en ello', no sé si li trobo cap utilitat".

> Ts12: "Jo, quan vaig acabar d'estudiar, no sabia res, així t'ho dic. De fet, encara no sabia què era ser treballadora social. No em va quedar clar durant el curs, el que era ser treballadora social. T'ensenyen o et donen pinzellades de moltes matèries (...). Perquè després... '¡Pum! Toma dos varillas y mata el toro'".

A falta d'elements i competències tècniques, alguns dels informants assenyalen que cal fer valer una bona predisposició i actitud per tirar endavant una situació inicial tan complexa.

> Ts49. "Jo crec que la formació i les pràctiques no em van ajudar per afrontar el lloc de treball, ni de bon tros (...). La meva sensació és que tens poc bagatge en la carrera. Però bé, ho assumeixo. Després és l'experiència laboral, l'actitud que tu tens, les ganes...".

Per a la informant següent, el fet va més enllà de les pròpies dificultats personals i ho situa en un dilema ètic col·lectiu davant la responsabilitat que es té amb els usuaris que s'atenen durant el període inicial. Per a ella, la qüestió d'iniciar l'exercici professional amb tan poca base és una qüestió que caldria replantejar-se col·lectivament, atès que suposa una manca de diligència que té unes conseqüències que van més enllà de la casuística personal.

> Ts16: "Es que estamos hablando de situaciones que son muy sensibles. En la intervención que hace un trabajador social se tocan muchas cosas de alta sensibilidad para la persona. Entonces... que tu práctica sea ya tu experiencia... o sea que estés tratando ya con gente de sopetón y sin haber desarrollado las herramientas... no sé, es que me parece una falta de sensibilidad bastante grande. Es como si pusiésemos a un médico a operar directamente. Es que aquí no hay un proceso de aprendizaje vivencial, directo (...). ¿Hasta qué punto la carrera de trabajo social es una carrera fuerte con contenido, si luego el profesional sale sin las herramientas para

> llevarlo a cabo? Es que también somos portavoces de la profesión. Entonces, si acabamos la carrera y no nos sabemos desenvolver, ¿qué estamos haciendo? Es para replanteárselo".

En aquesta mateixa línia ho assenyala la informant següent, apel·lant a la necessitat de repensar aquesta qüestió des d'un punt de vista corporatiu.

> Ts50: "Amb 21 anys queda tot una mica gran. Aquestes coses les hauríem de tenir en compte a l'hora de definir-nos com a professió".

Per finalitzar aquest punt, s'ha escollit un fragment que, a mode d'exemple, sintetitza la trajectòria inicial d'un gruix important d'informants. Es recull la desubicació inicial, les estratègies dutes a terme per situar-se, i la valoració de l'experiència i el temps com els millors aliats per anar configurant una mínima estabilitat professional i començar a encaixar certs elements desconnectats durant un llarg període inicial.

> Ts36: "Jo estava molt perduda, perquè crec que necessites un temps, uns anys, per integrar allò que t'han explicat amb el que estàs fent. Recordo que en la meva primera feina em va arribar un comentari d'algú que va dir: 'Aquesta noia va més perduda que un pop en un garatge'. I jo deia: 'Doncs és veritat. Doncs sí, què passa? Acabo de sortir del forn, em fiquen aquí al mig d'un psiquiàtric; què voleu?'. I bé, el que em va ajudar és centrar-me en el concret, en el tema de gestions, en el que em deien els companys, i així, a poc a poc (...). Aquesta experiència de saber com manegar-te amb el pacient, amb les famílies, doncs la vas agafant amb el temps (...). Jo em sentia superinsegura, la diversitat de situacions que se't poden presentar, la complexitat, els rotllos institucionals, el tema dels equips... T'has de situar amb moltes coses per tal de fer una intervenció concreta. I amb tot això és amb el que has d'agafar una mica de rodatge".

7.2.3. Matisos a la crítica universitària

No en tots els casos el pas per la universitat esdevé un període recordat amb insuficiència. Els informants següents així ho destaquen. Possiblement, la diferència entre aquests informants i els anteriors es troba en les expectatives creades davant el que es podia esperar del seu pas formatiu per aquesta institució.

Per a aquests, l'etapa universitària és entesa com a punt de partida pel que fa a les bases que ha de tenir un treballador social durant aquesta primera etapa, i com a impuls

inicial, amb la dotació d'unes eines que posteriorment s'han d'anar desenvolupant. Així, se'n fa una valoració positiva, tot i aparèixer de nou la manca d'entrenament pràctic.

> Ts29: "La universitat et dona una visió que ni serveix perpètuament ni s'adapta a una realitat concreta. Penso que a la universitat, independentment que hi hagi moltíssimes coses que es poguessin millorar (...), sí que penso que et dona unes eines molt bàsiques, que és el saber a on buscar o com buscar (...). Però penso que les eines, les bases, els models teòrics principals (...), home, jo crec que això sí que es dona (...). És que clar, la nostra disciplina és tan oberta... (...), per això et dic, que potser la universitat ens dona aquesta base, i l'especialitat ens l'anem construint una mica cadascú".

> Ts19: "La meva formació a la universitat m'ha servit de molt i els fonaments que em van donar m'han servit de molt, malgrat que la critiqui, ja que trobo a faltar l'aplicació pràctica (...). No hi havia prou vinyeta... vinyeta pràctica de l'aplicació de tot aquest coneixement".

En aquesta línia, el fragment següent presenta una veu dissonant respecte del discurs majoritari, i posa en relleu l'aplicació pràctica dels coneixements teòrics que va aprendre a la universitat.

> Ts17: "La part de la teoria que vaig aprendre era molt aplicable a la pràctica. I la carrera era com un tastet d'allò que pot fer el treballador social en molts àmbits diferents. Jo vaig aprendre moltes coses (...). D'altra banda dius: 'Val... he estudiat treball social, tinc aquesta base teòrica, el que m'han anat explicant... però ara m'he de formar en l'àmbit de la salut mental perquè això sí que no ho he treballat'".

Per a alguns informants, el fet que el període formatiu universitari estigui centrat majoritàriament en la dimensió teòrica no resulta un aspecte negatiu. Aprofundir-hi durant aquest cicle és interpretat de manera correcta, ja que es considera que serà gràcies a aquest primer bagatge que es podran orientar posteriorment en el camp professional.

> Ts21: "Jo crec que la universitat és el lloc on l'alumne ha d'aprendre teoria. Aleshores, jo valoro positivament que sàpiguen diferents models i diferents maneres de treballar i d'enfocar. És que és el lloc adient, la universitat (...).

> Ho han de veure, i ho han de veure allí. Després, cadascú ha de trobar el seu camí".

Una aportació important a tenir en compte en aquest terreny és la que fan els docents universitaris. Es dona un cert consens a l'hora de reconèixer algunes de les limitacions de la universitat, a banda d'assenyalar una certa comprensió en el fet que certs continguts no puguin ser assimilats durant l'etapa estudiantil.

S'està d'acord en el fet que molts elements de la 'realitat' professional no es poden portar a l'aula, però es posa en relleu que hi ha aspectes pràctics que sí que es poden abordar. Es manifesta que en molts casos el que s'intenta és estimular i generar inquietuds en l'alumnat perquè aquest posteriorment pugui aprofundir en la matèria (amb referència a la matèria de treball social en salut mental), si és del seu interès.

Es tracta, doncs, d'introduir l'àmbit, presentar-lo, treballar-lo des de diferents punts de vista, i que els alumnes puguin adquirir unes capacitats mínimes per iniciar un camí formatiu més profund en el futur. S'assenyala també que la correspondència formativa requereix uns anys per consolidar-se, ja que és un bagatge que pren sentit a mesura que el professional té la capacitat d'establir connexions.

S'indica que en molts casos es dona una dificultat per identificar, durant la trajectòria laboral, els coneixements inicials incorporats. D'aquesta manera queden soterrats, i és per aquest motiu que s'expressen en termes de mancança o desconeixement.

> Ts30: "Jo dic sempre als alumnes que aquesta assignatura és minsa realment. I el que pretén és generar-los una inquietud i que aprenguin unes mínimes nocions. És perquè et generi una inquietud i que, si t'interessa, t'hi puguis acabar dedicant. I ja et buscaràs més formació...".

> Ts37: "Jo estic d'acord que hi ha coses que a la universitat no es poden ensenyar. Nosaltres no podem assegurar que tindran les competències i que seran bons professionals. Podem intentar que això passi, però no podem portar la vida a l'aula. Jo potser qüestiono més que no es continuïn formant. És com si... aquí fem la teoria i allà fan tota la pràctica. I jo crec que la cosa no és així. Aquí es pot fer teoria també bastant basada en la realitat".

Alguns docents manifesten una certa comprensió pel que fa a la demanda àmpliament expressada en relació amb la incorporació d'una dimensió més pràctica a la carrera.

> Ts33: "El que es dona a la universitat és un bagatge, i amb el que sí que potser puc estar d'acord amb ells és que no cal esperar a quart per fer un contacte més directe amb la realitat. Potser es pot fer abans, o més curt, o amb petits *feedbacks* amb la realitat, que permetin incorporar millor l'aprenentatge".

Tornant als professionals ubicats fora de l'àmbit universitari, Ts32 esmenta que l'aprofitament dels continguts en l'etapa universitària queda molt condicionat per l'escassa necessitat que presenta el jove, a banda també del període vital que viu.

Les connexions que pot establir són encara dèbils, atès que, generalment, no presenta estímuls d'ordre pràctic amb els quals poder encaixar el que està rebent. En aquest sentit, s'afirma que la necessitat formativa creix precisament en el moment que l'exigència pràctica augmenta, que és, paradoxalment, quan menys temps es té per dedicar-s'hi.

> Ts32: "També et dic que potser si hagués tingut una mica d'experiència abans de posar-me a estudiar (...), segurament li haguera tret molt més profit. Penso que, en el meu cas, estava lluny del que era la realitat quan em vaig posar a estudiar. I una mica, en algunes assignatures, com si expliquessin xinès. És com posar teoria a una cosa que jo encara no acabo de saber ben bé què representa a la pràctica. Encara que et posessin un cas i te l'expliquessin... és quan ho vius que et planteges... ostres! (...). Saps què vull dir? Jo, la carrera, la vaig començar amb divuit anys, i clar, ho he pensat molts cops, això, que si ara em posés a estudiar la carrera, li trauria molt més suc del que li'n vaig treure en el seu moment".

7.2.4. Teoria o pràctica, o teoria i pràctica?

En la part final de les entrevistes, es presenta un plantejament dicotòmic a una part dels informants. Se'ls demana que diguin si estan d'acord o en desacord amb l'afirmació següent: 'En treball social, el coneixement pràctic és més important que el coneixement teòric'. Gairebé un terç de les respostes afirmen estar-hi d'acord.

Els altres dos terços es divideixen entre aquells que hi estarien en desacord, i l'altra part, que fluctua entre una resposta i una altra, afegint-hi matisos, valorant-les principalment totes dues de la mateixa manera, i argumentant els vincles i la complementarietat d'una part i de l'altra. D'entrada, s'esperava una resposta més

nombrosa que estigués d'acord amb l'afirmació, en concordança amb les posicions obtingudes i presentades amb anterioritat.

Entre els informants que hi estan d'acord, es presenten diferents raons. En alguns casos l'objecte de treball és determinant. S'explica que el fet de treballar amb elements subjectius de les persones fa que el gruix d'habilitats personals que té el professional tingui un paper molt rellevant. El treball amb persones és descrit com a complex, i s'assenyala la necessitat d'improvisar en funció del cas que es té al davant.

> Ts11: "La teoria no s'adequa a la pràctica real... perquè la pràctica és amb persones (...). És que la persona és un món difícil de preveure (...) improvisem molt".

Així, les capacitats pròpies del professional, aquelles d'un ordre natural, més directes i immediates, com la intuïció, la capacitat d'escolta, l'interès per l'altre o l'instint, es contemplen com a determinants. Totes elles estan associades a elements que tenen més a veure amb la mateixa personalitat del professional que no pas amb competències de caràcter racional, lògic o reflexiu que es puguin adquirir en el marc d'un esquema formatiu universitari.

> Ts16: "Sí que me da la sensación (...) de que va todo mucho más ligado a tus actitudes y aptitudes personales, que a los aprendizajes realizados".

Per tant, aquestes aptituds personals són valorades com a components humans que tindran més significació a l'hora de treballar que els components de caràcter teòric. És també per aquest motiu que diversos informants destaquen que dintre del col·lectiu professional hi ha treballadors socials que disposen només de la titulació bàsica, però que es troben molt més capacitats per exercir que d'altres que tenen un nombre més ampli de credencials formatives.

> Ts06: "Jo m'he trobat, perquè he hagut de fer selecció de personal, amb persones que estan molt formades, i que en el seu dia a dia veus que tenen dificultats per habituar-se, per vincular-se. I hi ha gent que, per tarannà o actitud, té un do, per crear vincle, per acostar-se, per veure el que aquella persona necessita. La veritat és que quan demanem algú per treballar, el que demanem és experiència (...). Hi ha gent que té la capacitat, d'aquest do que parlàvem, aquesta empatia i contacte".

> Ts34: "Tu pots llegir 50.000 articles sobre el vincle, i venir aquí, i intentar fer tres entrevistes (...), i et trobaràs completament... [*tot i que no acaba la frase, es podria interpretar que es refereix a desbordat o sobrepassat*]".

En aquest sentit, s'afirma que aquesta formulació general que identifica més formació amb més competència professional no té una correspondència directa en el treball social. De manera connectada, alguns informants apel·len a l'element vocacional com la característica més important per exercir la professió.

> Ts09: "El treball social és una vocació. És alguna cosa que surt de cadascú".

És interessant la reflexió que contraposa en el fragment següent la professional Ts22, en el sentit que exposa la dificultat de començar a treballar sense quelcom que es valora tan important com l'experiència. Així, destaca que els inicis han d'estar forçosament basats en la teoria, ja que és el recurs del qual pot estirar el professional, atès que no hi ha hagut un recorregut previ que proporcioni expertesa. Es pot confrontar aquest fragment amb l'anterior, en què precisament s'apel·lava a l'experiència per començar a treballar. La mateixa Ts06 aprofundia en aquest entrellat preguntant-se sobre com adquirir una experiència inicial, si arreu es demana per començar a treballar.

> Ts22 "Hi haurà moments que valdrà més l'experiència, però al llarg de la teva vida professional canvia. Potser al principi tires més de la teoria, perquè de l'altra [*d'experiència*] en tens menys".

La informant següent destaca que en la seva trajectòria laboral s'ha trobat companys amb una predilecció més teòrica, mentre que ella es defineix com a més propera a la pràctica. Hi afegeix que aquestes aproximacions tenen a veure amb el mateix caràcter dels professionals, i assenyala la combinació de les dues dimensions com a requisit per dur a terme una bona pràctica professional.

> Ts28: "A ver, a mí me parece que hacen falta las dos cosas. No puedes estar en la nube de lo teórico (...). Esto va también con el carácter de las personas. Hay el que es el teórico y hay el que es el práctico. Y yo eso lo viví desde mis principios trabajando. Yo tenía una compañera que era muy teórica, y siempre estaba haciendo proyectos, programas, y no sé qué. Y yo era la del casito, la de la situación. Y entonces yo allí me di cuenta de que hacen falta las dos cosas. O sea, la que está siempre en el casito... pues es que no te puedes quedar siempre ahí, porque no ves nada más, y hay que verlo, porque salen cosas nuevas, y nuevos enfoques, y nuevas maneras de

> ver las cosas, y nuevas medicaciones, y nuevas terapias, y hay que verlas. Y el teórico, pues no se puede quedar solo en... [*aixeca la mà, com indicant el cel, els núvols*...]".

Per a Ts20, la mateixa formulació d'aquesta qüestió promou una dicotomia que perjudica la professió. Per a ell, no es pot dissociar una dimensió i de l'altra, atès que fer-ho porta a la confusió i condueix la disciplina a un cert retrocés.

> Ts20: "Aquest és el problema fonamental del treball social, la dicotomia. És el debat dels orígens. No ens en sortim (...). Una apunta l'altra i l'altra apunta a una [*referint-se a la teoria i a la pràctica*] i no es poden dissociar. Això ve de la caritat científica, estem en el mateix punt que a l'inici".

També per a Ts03 resulta necessari la contextualització teòrica de la intervenció professional que realitza el treballador social. Més enllà dels continguts propis de la disciplina, resulta necessari un coneixement més ampli de la realitat social per tal d'emmarcar i situar l'acció professional.

> Ts03: "Aunque por mi discurso parezca que sí, que doy más importancia a la práctica, ya que siempre digo: 'Experiencia, experiencia y experiencia', la teoría, el conocimiento, ya sea sociológico, de cómo funciona la sociedad, el histórico, etc. Tener ese tipo de teoría, no tanto de cómo hacer una buena entrevista, sino otro tipo de base, creo que eso es muy importante, porque te hace tener un criterio para saber dónde estás".

En aquesta mateixa línia, altres informants han assenyalat que un dels perills derivats dels dèficits teòrics és que es pot tractar de compensar aquestes carències posant en circulació habilitats menys significatives en relació amb la competència professional.

> Ts37: "Jo he estat molts anys de la meva vida esforçant-me a ser molt *maja* [*referint-se al seu paper dins la dinàmica del treball en equip*], però és que amb això no n'hi ha prou. Arriba un moment en què has de saber més el que fas i has de poder plantejar a la resta per què ho fas (...). A mi m'ha passat, ho dic per experiència, i per tant, no menyspreo a ningú que li passi".

En aquest sentit, la mateixa professional assenyala que de vegades "acabem sent molt eficients resolent les situacions que d'altres ens demanen", en comptes d'anar en igualtat de condicions a l'abordament dels problemes als quals s'ha de fer front de manera conjunta amb l'equip.

Per finalitzar aquest punt s'inclouen dos fragments que incorporen una crítica de l'interior de la disciplina. El primer judici té a veure amb la necessitat de repensar una formació universitària que és titllada de fluixa. En aquest sentit, es troben a faltar uns aprenentatges més precisos que es basin en l'adquisició d'unes competències que permetin analitzar realitats més pròximes al treball social, i que, sobretot, permetin l'articulació de respostes més ajustades.

Per a Ts18, no és suficient tenir uns coneixements generals proporcionats des d'altres ciències socials o humanes, si no queden filtrats des de l'especificitat de la disciplina.

> Ts18: "Tenim una formació fluixa, molt fluixa. I això és una idea que m'ha acompanyat tota la vida. Per mi, no es correspon la complexitat de la tasca que fem amb les eines que tenim per fer-la (...). Les mirades globals ens poden servir per fer una bona anàlisi, o ens poden servir per dispersar, per fer trossets de coses que et fas un 'taco', que no veus res... Una altra cosa és la capacitat de mirar d'una manera analítica i que et permeti, encara que sigui en global, però captar les coses que passen. Que et permeti tenir capacitat de respondre".

En la mateixa línia, per a Ts03 la crítica s'adreça a les diverses situacions que ha observat, en què els professionals mantenen una pràctica molt individualitzada, amb poca capacitat per aprofundir en l'arrel dels problemes i en la creació de xarxes de coneixement. És una crítica adreçada a la simplificació, que es presenta com una amenaça, quan s'interpreta únicament la professió des d'una perspectiva reduccionista (focalitzada en el curt termini), excloent-hi la vessant de la investigació i la perspectiva comunitària.

> Ts03: "La perspectiva tiene que ser más de investigación, de recopilar más información. No podemos quedarnos en una sola imagen, y para eso hay que hacer red (...). Es que el trabajo social es muy individual (...). El déficit en trabajo social es quedarnos con la 'situación-problema' del momento".

7.3. L'especialització en salut mental

En el procés d'aprofundiment de la qüestió teòrica en treball social, aflora el tema de l'especialització formativa. Aquest és un debat de llarg recorregut dins la professió, tot i que, tanmateix, en algunes èpoques esdevé més viu que en d'altres. L'assumpte ha estat un dels punts abordats en les entrevistes amb els informants.

Sovint el tema ha sorgit de manera natural al llarg de les converses mantingudes. En els casos en què no ha estat així, s'ha realitzat una pregunta explícita que seguia aquesta formulació: 'Li recomanaries, a un estudiant de darrer curs de treball social que es vol dedicar professionalment a la salut mental, que s'especialitzés formativament en aquest àmbit?'.

En vista de les respostes obtingudes, el discurs que tendeix a valorar l'especialització com a element favorable és majoritari entre els entrevistats. I ho és amb especial intensitat en aquells professionals que es troben exercint en el sector sanitari, per sobre dels que ho fan en el sector social.

En tot cas, aquesta observació general no significa que tots els qui així s'hi pronuncien entenguin l'especialització de la mateixa manera, ni que les seves respostes estiguin fonamentades en unes mateixes raons.

D'altra banda, no es dona un discurs explícitament contrari a l'especialització, sinó que més aviat s'observen posicions que hi donen un suport més baix, que en qüestionen les bondats, o bé que expressen arguments que matisarien les primeres posicions i assenyalen alguns riscos a què pot conduir aquesta dinàmica.

7.3.1. Posicions explícitament favorables

Entre els arguments a favor, es troben aquells que apunten l'especialització com el millor camí que té el professional per establir uns paràmetres més clars d'actuació i d'orientació en la seva pràctica.

S'entén que l'aprofundiment tècnic dins de l'àmbit, amb l'elecció d'alguna teoria o model concret, evitaria la dispersió d'actuacions, ajudaria al desenvolupament i sistematització de metodologies pròpies del treball social, i permetria contribuir d'una manera més significativa al treball interdisciplinari.

> Ts20: "Sí, jo sóc partidari d'una orientació. Pel que dèiem abans, que per poder perdre't [*referint-se a fer-ho d'una manera voluntària*] has de tenir una base molt sòlida, perquè, si no, et perdràs [*en aquest cas, de manera involuntària*]. Per tant, sí... amb un model teòric concret, amb una teoria concreta".

En alguns casos, s'indica que aquesta especialització (en salut mental) s'hauria d'iniciar ja en el marc del grau universitari, que passés a ser una matèria amb més pes durant el

període d'obtenció del títol, o bé amb altres fórmules que permetessin un itinerari a l'estudiant en funció del seu interès.

> Ts01: "Jo quan vaig estudiar, era només una optativa [*referint-se a la matèria de treball social en salut mental*] i ja està. Jo crec que hauria de ser una assignatura per començar [*s'entén que vol dir obligatòria*]".

> Ts10: "Yo creo que es necesario especializarse (...). Es que en la carrera te preparan a un nivel general (...). Quizás una manera sería que en el último año de carrera pudieras especializarte".

Dins d'aquesta posició, hi ha una tendència generalitzada a valorar l'especialització com una estratègia a utilitzar per incrementar l'estatus professional dins el sistema de salut i situar la disciplina en un lloc que li permetés un major reconeixement.

> Ts38: "Jo crec que l'especialització donaria més pes. Moltes vegades, veient l'experiència del dia a dia, ets la simple secretària del psiquiatre. Malauradament, així t'ho dic. Per què? Doncs perquè acabes tramitant, i moltes vegades el teu punt de vista... doncs no acaba de... (...). I costa que ens donin el pes que el treball social té pel que fa a la salut mental".

En certa manera, la convivència amb altres professions dins l'arc sanitari que tenen aquesta especialització fa veure la manca d'especialització com un dèficit.

> Ts45: "Jo crec que sí que és necessària, l'especialització, perquè si no... És que si volem equiparar-nos amb altres carreres... Doncs infermeria ho fa, psiquiatria ho fa, psicologia ho fa. Doncs treball social hauria de fer-ho per ser molt més".

En aquest sentit, es posa en relleu aquesta via, més quan el treball social no es troba oficialment reconegut com a professió sanitària. S'apunta que l'especialització formativa del treballador social hauria d'anar dirigida a l'aprofundiment d'elements de caràcter clínic, i s'assenyala la fórmula de la residència (de la mateixa manera que ho fan altres professions properes) com una possibilitat a tenir en compte.

> Ts36: "Jo crec que en salut mental és molt important l'especialització, que no ens la tenen reconeguda a escala governamental. Els treballadors socials de salut mental necessiten uns coneixements clínics, ho crec totalment (...). S'hauria de fer una residència, com fan els psicòlegs. No dic quatre anys, però sí un parell d'anys (...). S'ha de saber de psicopatologia".

7.3.2. Matisos a l'especialització

En la discussió dins el grup focal sobre aquesta qüestió, en un moment determinat la informant següent posa sobre la taula el fet d'explorar les raons per les quals hi ha una posició general favorable a l'especialització. Avançant la seva opinió també favorable, convida a preguntar-se si aquesta via és reivindicada com a mètode per capacitar millor els professionals, o bé com a estratègia d'equiparació amb els companys d'altres disciplines.

> Ts44: "Jo estic d'acord amb segons què de l'especialització. La cosa és: creiem que hem de fer l'especialització perquè atendrem millor? Perquè sabrem fer millor la feina en aquell camp? O bé perquè com que les altres la fan... (...) Hi ha una part que la reivindiquem més per aquesta por que tenim de (...) del fet que sempre ens quedem endarrere i que jo no vull ser menys".

En aquesta línia, una altra professional favorable a l'especialització assenyala la necessitat de centrar-se en el fet que aquesta s'utilitzi realment per incorporar rigor i competència en els professionals, i que tingui resultats efectius en els contextos de treball.

> Ts18: "El món és molt competitiu i has de treballar amb professionals que estan molt ben preparats. Llavors, nosaltres necessitem rigor en la nostra feina i competència".

En tot cas, el risc, segons Ts18, es pot presentar quan aquesta formació tingui una funció substitutiva del treball social. Aquest fet, apunta, pot tenir conseqüències en una direcció oposada a les esperades.

> Ts18: "Jo crec que tot aquell que es forma per complex d'inferioritat professional, crec que no li serveix per a res (...). Hi ha una espècie de 'complejo de patito feo' (...). És allò de l'aspirant a psicòleg... aspirant a terapeuta familiar... aspirant a no sé què... I potser oblidant que el treball social en ell mateix ja és molt important".

De la mateixa manera que ho han fet altres informants, Ts18 assenyala que la via d'especialització per a alguns treballadors socials és estudiar una altra carrera per tal de contrarestar una certa sensació d'inferioritat. D'això se'n desprèn que aquesta situació podria comportar un empobriment, atès que s'entra en el marc d'una altra disciplina,

però no per enriquir les necessitats del treball social, sinó per quedar incorporats en l'engranatge d'altres professions.

La posició de Ts18 es troba enllaçada amb l'aportació d'altres informants. Per a Ts26, algunes de les formacions que desenvolupen els treballadors socials en salut mental es troben molt escorades cap a perspectives psicològiques, que allunyen el professional de l'essència que representa la intervenció social.

> Ts26: "Hi ha treballadors socials que es volen dedicar a l'àmbit de la salut mental i que estudien psicologia, i aleshores acaben fent psicoteràpies... i ostres, és que la intervenció social té un àmbit (...). Potser pot anar molt bé, però no és ben bé el mateix que la intervenció social en si".

L'especialització s'associa generalment a formació. Tot i això, aquesta associació no significa que, de manera automàtica, la formació impliqui només l'ensenyament acadèmic, o els cursos de postgrau o màsters, ni que aquests suposin la via més efectiva per millorar les competències. Aquesta fórmula és posada en dubte per alguns informants.

> Ts16: "Yo creo en la formación, y en la idea que tenemos que ir mejorando nuestras prácticas y nuestro conocimiento continuamente (...). Pero no creo que haya que gastarse 6 000 euros en un máster y que eso sea la panacea. Uno se puede formar de muchas maneras".

En consonància amb la línia discursiva exposada en l'apartat anterior, una part significativa d'informants que veuen amb bons ulls l'especialització assenyalen com a òptim que aquesta es pugui produir de manera més propera i associada als contextos pràctics que no pas a l'interior de les aules, o si més no, que es pugui realitzar d'una manera paral·lela perquè pugui ser més eficient.

> Ts28: "De cara a los usuarios, lo ideal sería que quien los va a recibir supiera mucho, pero todos somos novatos en algún momento. Yo soy de la opinión que cuando estás trabajando es cuando empiezas a ver todas tus dificultades, tus deficiencias (...). Pero los que trabajamos tenemos que aprender. Yo pienso que hay que formarse cuando se empieza a trabajar, porque ahí es cuando tú te haces las preguntas (...). Es cuando ves la necesidad de aquello".

En aquest sentit, se n'extreu, de les interpretacions d'aquests informants, que és la mateixa acumulació d'experiència pràctica dins l'àmbit, recolzada amb elements teòrics explicatius, la que proporciona aquesta vessant especialitzada.

En tot cas, s'apunta aquesta via en el supòsit que no es trobi feina, i com a estratègia per millorar el currículum si no hi ha cap altra possibilitat, però s'indica també poc convenciment que, per si mateixa, incrementi les probabilitats d'inserció laboral.

En posicions més contraposades, l'especialització té una explicació molt més pròxima al que representa l'experiència laboral, i també al creixement o maduració del professional a través d'aquest recorregut. En aquests casos, l'acció formativa reglada és força menys valorada, i s'indica que és la dedicació laboral dins l'àmbit la que omple de contingut aquesta especificitat.

> Ts24: "Jo em vaig nodrint amb una mica de tot, i també dels companys. De vegades no cal estudiar les coses, sinó que val més la pena preguntar-les (...). Soc més partidari del dia a dia i de l'experiència".

Dos altres informants interpreten l'especialització en termes d'un treball de caràcter més personal, més enllà de la formació convencional; un treball que no es troba delimitat en el temps, sinó que cal abordar-lo durant tota la trajectòria laboral i que té lligams amb el coneixement d'un mateix i amb la formació de la mateixa personalitat.

> Ts07: "Hem de pensar que estem amb persones molt vulnerables, molt sensibles, i els coneixements teòrics estan molt bé, però és que hi ha d'haver alguna cosa més, un valor afegit (...). Com a terapeuta has de tenir molt clar quins són els teus punts cecs per poder treballar amb les altres persones. Si tu no saps quines són les teves mancances, les teves resistències, amb prou dificultat podràs ajudar l'altra persona (...). Això és un treball amb un terapeuta i analitzar-te. Penso que això hauria de ser 'de obligado cumplimiento'".

> Ts12: "En les formacions humanistes... cadires fora... llibres fora (...). I anem a treballar, però amb la teva història, no amb la història de qualsevol altre (...). La formació personal ajuda molt a mirar amb respecte, a no jutjar, que no se't faci tan pesada aquella persona que tens a la sala d'espera. T'ajuda a ajudar, i ajuda que tu no et sentis tan incòmode amb la creació d'ajuda".

Per als informants següents, pensar en l'especialització significa pensar en termes de la millor trajectòria que es pot prendre per tal de capacitar-se en el desenvolupament de la tasca. Aquesta trajectòria, apunten, s'aconsegueix passant pels diversos nivells professionals, encara que aquests siguin inferiors als corresponents al treball social.

> Ts11: "En salut mental s'ha de començar des de baix per conèixer. Començar de monitor, fer l'atenció directa amb la persona (...). Jo sempre recomano una formació in situ. No una formació escrita, sinó una formació de treballar, que és com els professionals n'aprenem més. N'aprens molt més de la persona quan has estat en un deliri... quan has estat allí per reconduir... Jo els deia, als de pràctiques, que busquessin feina, i a partir d'aquí ja tens una experiència (...). Sempre començar per la base".

Seguint la lògica de l'ofici, la recomanació és iniciar-se com a monitor, preferiblement quan encara s'està estudiant, per tal d'acumular experiència no només en el marc de la professió, sinó en el recorregut que es produeix al llarg del procés d'ajuda a una persona, en les diferents fases i des de diferents posicions.

De manera paradoxal, per a Ts24 el camí cap a l'especialització es va construint mitjançant la possibilitat de treballar en diferents àmbits i sectors de població. Segons ell, aquesta visió àmplia redundarà positivament a posteriori en la intervenció més concreta. Quan se li planteja el tipus de consell que donaria a l'estudiant de darrers curs que es vol introduir en l'àmbit de la salut mental, diu:

> Ts24: "Jo li diria que no es gasti diners. Que treballi a diferents llocs: amb joves, gent gran, intel·lectuals, malaltia mental, immigració, dones, etc. Que treballi i conegui... (...). Perquè després, encara que li tiri un col·lectiu concret (...), li servirà haver treballat amb joves o amb gent gran".

Un dels riscos que percep un gruix important d'informants, en relació amb l'especialització, és la possible pèrdua d'una visió global que, d'acord amb ells, resulta imprescindible al llarg de la trajectòria professional. Aquest aspecte, sumat també a la incertesa laboral, fa que el preu a pagar per una especialització no sigui només econòmic, sinó que també tingui a veure amb les variables de temps i esforç invertits.

En aquest sentit, alguns informants indiquen que assumir una especialització en moments de precarietat laboral com aquests és molt arriscat, tret que es tingui ja d'entrada una certa seguretat laboral que faci preveure una continuïtat a mitjà o llarg termini en el lloc de treball.

També l'especialització es considera arriscada si es duu a terme sense tenir un contacte laboral previ que pugui donar algunes referències clares, i permeti corroborar si les expectatives creades davant d'aquell àmbit concorden amb l'experiència professional viscuda.

En consonància, són molt pocs els informants que recomanarien a un estudiant que està finalitzant la carrera que iniciés una formació especialitzada en salut mental, sense haver tingut un contacte previ en aquest terreny.

> Ts40: "Especialitzar-te està bé perquè et fa coneixedor d'aquelles situacions concretes on aniràs a treballar. Però també trobo això... que perds una mica la globalitat, i a més, sent realistes, amb el mercat de treball que tenim (...), doncs hem de saber de tot una miqueta, perquè després falta que no hi hagi ofertes de treball en aquell moment (...). Per tant, jo crec que el bo que tenim és que som una mica de tot. Vull dir que sabem una mica de tot, tenim diferents disciplines en la nostra motxilla d'experiència i que ens hem de flexibilitzar amb el que hi hagi".

> Ts47: "Yo me especialicé en violencia familiar, trabajé siete meses y ahora llevo cuatro años en salud mental. ¿Me voy a especializar y ese titulito me va a abrir puertas? Luego salen ofertas laborales de cinco horas a la semana...".

Alguns informants amb una trajectòria més consolidada assenyalen que els primers anys de professió serveixen per anar confirmant o refutant un conjunt d'impressions prèvies que un s'havia fet sobre els seus interessos i capacitats. Per aquest motiu, aconsellen mantenir una perspectiva oberta en els períodes inicials.

> Ts14: "Jo faria el primer treball, si es pogués triar, en una població general (...). És millor una perspectiva general".

La major part dels professionals vinculats professionalment a la universitat mantenen una línia que concorda majoritàriament amb el que s'ha expressat anteriorment. No es defensa la idea que la formació de postgrau o màster sigui significativa per ella mateixa si no va acompanyada d'una certa coneixença prèvia del camp de treball, o si més no, de manera paral·lela.

Se subratlla que el fet de cursar una formació especialitzada sense tenir una certa experiència prèvia pot fer més difícil que tingui un impacte significatiu. També existeix

una certa crítica de la qualitat dels màsters que s'ofereixen i a la seva adequació a les necessitats professionals.

En tot cas, sí que es comparteix la idea, ja expressada per alguns informants, en el sentit que la titulació de postgrau pot ajudar a oficialitzar un cert nivell professional que aporti més reconeixement.

Com a apunt final de l'apartat, resulta idoni subratllar les paraules de Ts37, docent universitària, que redirigeix la qüestió de l'especialització vinculant-la amb el fet que el la persona acabada de graduar sigui acompanyada en el seu inici laboral per tal que pugui fer front, d'una manera òptima, a les diverses qüestions que se li aniran plantejant.

> Ts37: "Quan una persona comença hauria de tenir un mentor proporcionat per la institució (...) i que la seva funció fos acompanyar o orientar en diverses activitats formatives, supervisar la seva feina i proporcionar recursos. El que trobo indecent és que ara una persona de 21 anys acabi la carrera, és llesta, treu la plaça... i que li caigui al damunt tot el que li caurà sense cap acompanyament".

Aquesta seria una visió integral que va més enllà d'allò tractat amb l'especialització formativa, i s'orienta a fomentar un encaix gradual i adequat de la persona acabada de graduar mitjançant l'establiment de figures de suport reconegudes dintre de les organitzacions on s'insereix laboralment.

CAPÍTOL 8

L'AVALUACIÓ DE LES INTERVENCIONS

El gir professionalitzador que Mary Richmond va propulsar en el treball social a principis del segle passat va basar-se d'una manera rellevant en la voluntat d'incorporar la dimensió científica en la pràctica disciplinària. En aquest sentit, la seva figura esdevé central, en tant que és a partir d'ella que s'inicia un nou enfocament per valorar d'una manera més formal i objectiva les intervencions socials que es duen a terme. Al mateix temps, aquest gir impulsa un allunyament progressiu de la professió de les interpretacions de caràcter moral que la caracteritzaven.

Richmond, fortament influïda per altres disciplines amb un recorregut més ampli en l'àmbit de les ciències socials (filosofia, antropologia i sociologia), tractà d'inspirar-se en les referències teòriques i metodològiques d'aquestes ciències, i adaptar-les al naixement d'una disciplina amb una vocació més aplicada que les anteriors.

D'aquesta manera, assenyalava un camí a partir del qual el treball social es podia desenvolupar de manera disciplinària. Verificar la intervenció a través de la coneixença i l'expertesa, aprofundir en un mètode de treball, establir un coneixement més clar i precís a partir de la construcció teòrica, i configurar una sistemàtica que pogués ser transferida i millorada a partir de les experiències prèvies, vindrien a ser alguns dels components més importants d'aquest recorregut assenyalat.

Actualment, un segle més tard, aquestes qüestions resten força incompletes i semblen situar-se en un pla residual, més aviat allunyades dels debats professionals i relegades a uns espais de caràcter acadèmic. Tot i la seva escassa visibilitat en la superfície, aquest és un debat submergit que manté, però, la seva presència implícita en tots els altres que sí que configuren l'actualitat del treball social.

Un exemple és el de la queixa referent a la baixa consideració que vers la tasca del treball social es manté dins el sector sanitari. Pot abordar-se aquesta qüestió sense tenir en compte les dificultats que es té des del treball social per fer visibles els impactes positius de la seva intervenció dins el sistema de salut?

Tot i els avenços realitzats, mitjançant, per exemple, la presència formalitzada de criteris per al diagnòstic social o dels indicadors d'avaluació àmpliament divulgats en publicacions i majoritàriament incorporats en les institucions i les organitzacions, la qüestió resta subjecta a la complexitat d'una comesa que possiblement no ha trobat un ajust gaire satisfactori dins les dinàmiques de treball que s'han anat configurant des d'aquells inicis.

Si més no, aquesta és la suposició de partida amb la qual es va realitzar l'aproximació al camp de treball. Suposició fonamentada en part per la literatura que s'ha anat seguint per a la construcció d'aquesta tesi, i alhora, partint també de la meva pròpia experiència professional.

En aquest sentit, i per tal de posar en joc aquesta suposició, es va fer una aproximació al camp de treball amb un doble objectiu. Amb el primer, d'abast més ampli, es van explorar els discursos professionals en relació precisament amb una de les fases que es podrien considerar determinants en qualsevol matèria que tendeix a orientar la seva activitat cap a una subordinació disciplinària, com és l'avaluació de les seves intervencions. Amb el segon, es van atendre els discursos dels informants referents a la relació entre ciència i treball social.

8.1. Observació i mesura

S'inicia aquest subapartat presentant les dues línies discursives més representatives en relació amb les qüestions plantejades pel que fa a l'avaluació. De manera sintètica es podria apuntar que els informants consideren que les qüestions vinculades a l'avaluació són tan necessàries com, alhora, difícils de dur a terme. Així, el patró més recurrent és aquell que manifesta la complexitat per realitzar una avaluació significativa en la pràctica quotidiana.

En aquest sentit, s'especifica, en el primer punt, una sèrie d'arguments que fan referència a aquest conjunt de complexitats. A continuació, el segueix l'altre fil discursiu que complementa i enriqueix el primer, alhora que emfatitza la necessitat d'abordar i perfeccionar un aspecte que, tot i els esforços que s'hi dediquen, sembla restar encara en la insuficiència.

8.1.1. La complexitat d'objectivar

La primera observació que cal destacar, atès que ha estat àmpliament manifestada per una gran part dels integrants de la mostra, és aquella que expressa una relació problemàtica per part dels informants a l'hora de traduir els resultats de les seves intervencions a un llenguatge objectivable. El fragment posterior exemplifica alguna de les dificultats que apareixen en el procés.

> Ts36: "Els indicadors d'avaluació hi són. El que passa és que estan en aquesta dinàmica i en aquesta amplitud del treball social, i barrejats amb

> mil coses més. I el que ens costa és identificar-los, extreure'ls, definir-los d'una manera concreta i tenir temps per pensar i per escriure. Jo crec que el que ens costa és això. I perquè estem en la 'voràgine' aquesta del dia a dia, i llavors funcionem en aquest nivell avaluatiu que a tu et sembla no sé què... de si se'l veu més tranquil... si se'l veu més bé... (...) i són amb aquestes coses del dia a dia que vas avaluant".

Diversos informants remarquen que, en general, la professió incorpora de manera interna i implícita els mecanismes que generen les pautes per a l'avaluació. El fet, però, que aquests procediments restin aïllats en l'interior de cada professional i es duguin a terme d'una manera informal en dificulta la validesa en un marc més ampli i reconegut.

> Ts20: "Això ho fem [*es refereix a l'avaluació*] cada cop que estem davant d'una persona, sense pensar-ho, sense escriure-ho. Clar, jo crec que això es fa constantment, el que passa és que com que no ho fem en paper (...) acaba semblant que no es fa".

> Ts17: "Jo reconec que és important que hi hagi una avaluació (...). Però, d'una manera formal i ben feta, costa (...). I potser és veritat que no ho recollim d'una forma vàlida o que sigui validable".

Es manifesta de nou la complexitat que suposa codificar uns elements que es resisteixen a tenir una traducció mesurable.

> Ts10: "Sí que es verdad que cuesta mucho. Algo que es tan subjetivo. Entonces siempre quedan esas sensaciones de que no lo coges todo (...). Yo creo que la fiabilidad es difícil".

La dimensió emocional i subjectiva del treball apareix com a condicionant en l'elaboració d'eines prou efectives per traslladar allò que succeeix en el terreny de les apreciacions personals al camp de les evidències.

> Ts07: "És que hi ha coses a les quals costa molt posar un número (...). Estem parlant de persones, i de vegades aquestes coses doncs... dos més dos no són quatre. És que nosaltres venim de l'àmbit social i aquestes coses tan subjectives es fan difícils de mesurar, és difícil".

> Ts13: "Com ho registres, això? Els somriures, o el relaxat que ve. Jo suposo que aquesta és la dificultat que tenim des del treball social".

Els informants expressen així la dificultat per tal que l'observació dels fets tingui una representació directament objectivable. Aquests no es presenten a simple vista per ser traslladats de manera tangible a una escala representable.

En moltes ocasions, la informació es troba subjecta a la interpretació que cada professional en pugui fer, sobre la base d'unes consideracions de caràcter personal fruit de la interacció amb la persona atesa.

Per aquest motiu, aquestes referències mantenen el seu sentit en el marc de la intervenció en què es produeixen, però esdevenen fràgils si són aïllades d'aquest context particular. Així, la seva significació queda vinculada a un espai i temps concrets, però lluny de poder-se vincular a un procediment d'estandardització més ampli.

Del conjunt d'aportacions dels informants se n'extreu que, tot i que per a la majoria aquest és un tema que genera incomoditats i contrarietats, no per això és un procés que es deixa al marge.

Aquesta generalització, però, té algunes excepcions en un grup de professionals que declaren obertament un major abandonament en la voluntat d'avaluar la seva intervenció des d'uns paràmetres formalitzats.

> Ts14: "Jo no tinc indicadors, ni avaluacions... ni ... L'indicador és la persona que tinc al davant (...). A mi no m'agrada ni el tema dels testos, ni fer grans testos per al diagnòstic... no m'agrada (...). Vaig a la persona. El que m'interessa és estar amb aquella persona. (...). El qui vulgui fer indicadors que els faci. Jo crec que els objectius els portem tots a la ment".

En aquesta línia, es pren la manifestació original de les persones que s'atenen com a principal referència, amb un pes molt menor d'altres elements. Tal com deia Grassi (1995), es veu una paradoxa en la semblança que s'observa entre dues perspectives tan suposadament allunyades com la positivista i la subjectivista.

Així, aquesta segona empraria la manifestació del subjecte com a dada final de la realitat, tal com l'objectivista ho faria amb el registre empíric. Ambdós enfocaments, maximitzats, es trobarien caracteritzats precisament per aquesta absència de contextualització de les dades en un marc d'interpretació més ampli.

> Ts15: "El treball que tu realment fas, el pacient t'ho retorna en el dia a dia quan tu el veus. Depèn de com el veus, si el veus millor, si el veus que ha evolucionat, si el veus agraït, content. Per mi val més com veig la persona

> (...). El que ens motiva des del treball social és que vegis la gent contenta i que t'agraeixen la feina que fas en el dia a dia".
>
> Ts38: "Treballes molt amb la teva intuïció (...), amb com visualitzes i amb com intueixes i com tu perceps (...). El dia a dia, pel que fa a l'avaluació, sí que és subjectiu. Jo reconec que treballo molt per subjectivitat".
>
> Ts24: "I són avaluacions com a més informals que a nosaltres ens serveixen".
>
> Ts40: "Aquí no treballem amb indicadors a un nivell social. És més la percepció de cada professional".

Bona part dels informants que se situen en aquesta tendència destaquen que, així com les seves referències de seguiment poden tenir aquest caràcter fonamentat en registres basats en l'apreciació personal, això no significa que no tinguin clares les finalitats explícites que guien les seves intervencions amb les persones. Així, en el final del recorregut, poden establir si aquestes finalitats han estat o no assolides.

En aquest sentit, es posa més èmfasi en els resultats que no pas en el procés, tractant que aquests resultats tinguin la possibilitat de ser confirmats en finalitzar la intervenció. D'aquesta manera, els objectius esdevenen les guies que marquen l'optimització del treball realitzat.

Són diversos, els exemples que il·lustren aquesta actitud: el fet d'assolir una inserció laboral, l'accés a una prestació econòmica, l'ingrés a algun tipus de recurs rehabilitador, la realització reeixida d'un pla d'estalvi, etc.

> Ts15: "Jo el que veig és el que se m'evidencia. Si amb una persona hi ha l'objectiu de treballar i la puc incorporar a un servei prelaboral, doncs jo tinc complert l'objectiu. O en cas que hi hagi una altra demanda... que veus que és necessari tramitar alguna prestació econòmica perquè va molt just i no pot... doncs si això ho puc treballar i ho aconsegueixo... jo em baso en això".

Introduïda aquesta primera observació, una segona que és important assenyalar prové d'aquells informants subjectes d'una manera més estricta a uns indicadors de caràcter institucional. Aquests són el grup que manifesten una major incomoditat amb les qüestions de l'avaluació, i també una absència de significació derivada del treball amb uns paràmetres allunyats de les seves inquietuds professionals.

En aquest sentit, s'accentua la manca de significació en el registre d'uns indicadors majoritàriament de caràcter numèric. Aquests, lluny de donar compte de l'impacte específic que té la intervenció social sobre les persones que s'atenen, assenyalen unes referències globals, de caràcter administratiu, poc concretes en termes de valoració del procés de recuperació, i que, per tant, resten notablement allunyades de les respostes que cerquen els treballadors socials respecte del seu treball.

Les avaluacions que segueixen aquesta lògica són difícils d'assumir pel grup incorporat en aquesta línia discursiva. La inèrcia organitzativa es focalitza en uns paràmetres dissenyats per retre comptes a les instàncies públiques, en què s'indica que els registres quantitatius tenen un valor més important que els qualitatius.

En consonància, s'assenyala que els criteris de gestió impregnen en excés les pràctiques del treball social. De manera implícita, els missatges que els professionals perceben amb aquestes directrius s'adrecen a valorar més els aspectes objectius que es poden recollir de la intervenció que els elements relacionals i humans.

> Ts08: "Els indicadors els posen els nostres caps perquè han de complir uns criteris amb el CatSalut. Realment els indicadors no indiquen si millora la persona (...). Són indicadors que hem de mesurar i ens manen per complir uns objectius a final d'any, i que gràcies a això el CatSalut paga".
>
> Ts33: "Acaba sent una cosa molt quantitativa, el que ens demana l'empresa".
>
> Ts07: "Institucionalment et marquen uns indicadors, però moltes vegades et preguntes: 'Però realment donen resposta al que volem? És això el que realment volem mesurar?'".
>
> Ts32: "Jo crec que s'han de tenir presents els indicadors (...), però no en comparteixo la forma (...). Jo penso que s'hauria de qualificar d'una altra manera (...). El que es traspassa a l'Administració és tot quantitatiu".

Alguns d'aquests informants assenyalen exemples concrets en els serveis on treballen respecte a les contradiccions dels indicadors que utilitzen, i fan esment de la facilitat amb la qual se'n poden extreure anàlisis positives com a conseqüència del seu caràcter excessivament parcial i limitat.

Segons aquestes observacions, la major focalització en aspectes generals de caràcter quantitatiu (nombre d'atencions, nombre d'altes, etc.) i la menor en qüestions d'ordre

qualitatiu (evolució del pacient, accions significatives assolides, etc.) pot tergiversar completament la lectura que se'n pugui fer, i transmetre imatges poc representatives de la realitat percebuda pels professionals.

Això es detecta en aquest discurs mitjançant les manifestacions que indiquen com aquest sistema de treball pot pervertir l'exercici professional i fer perdre l'essència del que representa el treball social. De manera exemplificant, els informants següents així ho assenyalen.

El primer d'ells explica que la vessant artística de la professió queda asfixiada dins un marc administratiu en el qual es fa difícil desplegar un treball social relacional. Tot i acceptar que hi pugui haver una part vinculada a aquesta tasca, s'afirma que resulta massa dominant. A la pràctica, es trasllada amb l'augment de protocols, de fitxes i registres, formularis, taules d'Excel, etc.

En aquest sentit, Ts19 convida a reflexionar sobre la dinàmica d'aquest treball social restringit a uns procediments massa rígids.

> Ts19: "Necessitaran només uns quants administratius (...). Això pot generar que l'art que té la nostra professió es perdi (...). Avaluar l'artístic és molt complicat (...). Quan venien els de l'ISO a les empreses a les quals jo he estat, clar, els deia: 'Com m'avaluaràs això si la meva professió és tècnica però també és art?'".

Seguint amb la tònica anterior, Ts24 s'expressa en relació amb les avaluacions que es fan des dels serveis de Club social.

> Ts24: "En les avaluacions públiques, normalment donen més importància al nombre. Pregunten quanta gent han vingut, quants tallers han seguit, quants tallers hem fet, quantes sortides, quantes hores fem d'atenció directa... És més que res nombres, no allò de... 'Però estan contents?' No hi ha una pregunta sobre si estan contents".

Ts16 hi afegeix la necessitat que els professionals de base s'incorporin en el disseny d'uns indicadors que acostumen a venir traçats des d'instàncies superiors, per tal que es puguin ajustar a les possibilitats quotidianes.

> Ts16: "Te tienes que marcar metas que sean cuantificables (...). Pero claro, de ahí a que esto se convierta en una obsesión (...). Condicionar la calidad de nuestro trabajo a que hagamos esto que es muy administrativo y quitar

> tiempo de lo que es intervención (...) Hay que priorizar también. Entonces bueno (...), hay que cumplir indicadores y hay que cumplir objetivos, pero que sean acordes, y que cuando se planteen se cuente con los técnicos y con los trabajadores directos, porque a mí no me sirve de nada que desde arriba digan (...)".

Alguns d'aquests comentaris crítics segueixen la línia de les observacions referenciades en la literatura, en què diverses autores i autors (Ariño, 2013b; Balaga, 2009; Navarro, 2008; Gil, 2007) apunten que alguns d'aquests procediments normativitzats des dels organismes públics, i que arriben als serveis on se situen els treballadors socials, no es troben configurats a partir de l'aportació reflexiva de la disciplina, i és per aquest motiu que esdevenen tan distants i desajustats.

En relació amb aquesta qüestió, és destacable remarcar que el discurs dels professionals que tenen un paper actiu en la construcció dels indicadors que després han d'utilitzar, mostra un to diferent respecte del d'aquells que es limiten a l'ús dels que els venen marcats per la institució.

Tot i que es manté la complexitat de fons en ambdós casos, el primer grup expressa una major distensió, donada la possibilitat d'ajustar els paràmetres d'avaluació als criteris que l'equip considera més adients.

> Ts29: "Pel que fa al servei, doncs sí, tenim una sèrie d'indicadors que..., de fet, nosaltres formem part de la seva creació, cosa que enriqueix força (...). Amb l'equip, sempre els acabem orientant a cercar aspectes que tenen a veure amb indicadors més qualitatius. En el nostre cas en particular se'ns permet aquesta flexibilitat".

Seguint amb una tercera observació, cal mencionar que una de les variables que apareixen de manera repetida en les respostes a les preguntes plantejades als informants és el temps. Aquesta és una variable que s'empra en dos sentits diferents.

En primer terme, s'utilitza el factor temps per indicar que les avaluacions que es fan se cenyeixen a un període excessivament curt, que representa l'interval que dura la intervenció professional amb la persona, sense tenir en compte que l'impacte d'aquest treball no ha de quedar necessàriament subjecte al temps que la persona és atesa, sinó que segurament ho farà en un termini més ampli.

En aquest sentit, la informant següent indica que el més ajustat seria seguir els traçats d'aquestes intervencions en uns terminis molt més amplis. Tot i que parla des d'un

CSMIJ, i, per tant, aquesta visió encara pot resultar més pronunciada, les seves paraules són equiparables a les d'altres professionals que s'han pronunciat en serveis d'adults.

> Ts33: "Les coses les veus al cap de deu anys (...). De vegades hem vist nens que havíem tingut aquí de petits i et fan un retorn d'allò que van viure aquí, i llavors t'adones si allò que es va fer va funcionar".

Un segon significat del temps, de caràcter més general i repetit, explicaria com la falta de temps en el dia a dia força el professional a prioritzar i escollir entre aquelles accions considerades més necessàries i urgents, en què l'avaluació queda normalment relegada a una posició més marginal.

A més, el fet que certs professionals no percebin en l'avaluació uns beneficis clars, o bé que l'associació que en facin estigui vinculada a omplir un abundant nombre de documents, pot explicar també aquest detriment en relació amb aquest raonament.

> Ts07: "Et porta molt temps haver d'enregistrar aquestes dades quan l'objectiu tampoc l'acabes de veure del tot molt clar".

> Ts19: "Además dejamos de trabajar en atención directa con el usuario para evaluar de forma cuantitativa y no cualitativa. Y nos dedicamos a eso sin cuestionarnos".

> Ts27: "El treball social és mirar per la persona més que no pas passar tant temps fent paperassa (...). Que de vegades molts papers no porten enlloc".

Tot i que menys representatives, es fa necessari incorporar altres observacions que també s'han apuntat a l'hora d'explicar aquesta complexitat.

Per a la informant següent existeixen limitacions importants en relació amb les possibilitats d'avaluació real que un professional o equip pot tenir respecte de les intervencions que duu a terme. Donada la complexitat de la tasca, i la dificultat que el mateix subjecte formi part de la valoració del seu treball, considera que es fa necessària la incorporació, en aquest procés, d'agents externs, per tenir un major nombre de referències que puguin aportar una visió més equidistant respecte a les situacions que s'aborden.

> Ts06: "Els indicadors (...) els hem d'anar reavaluant, afegint, modificant. És important l'avaluació pròpia i l'externa. Poden ser les auditories o tenir algú

> expert extern que pugui avaluar i fer-nos el retorn de com s'estan fent les coses".

En una altra observació es presenta la complicació per identificar els elements propis de la intervenció professional (en aquest cas, del treball social) que són significatius en el procés de millora d'una persona.

En aquest sentit, s'assenyala la fragilitat de dur a terme unes valoracions que incorporen només aquelles variables que es troben a l'abast; es peca, així, d'una excessiva imprudència quan es donen resultats concloents d'allò que es fa.

> Ts33: "És complicat de valorar, difícil de destriar la influència del professional i de les nostres intervencions en la vida de la gent, respecte de tot el que li passa, a la persona. Quins són els elements rescatables d'una millora? Un pot ser més resilient que un altre, aguantar una mateixa situació desfavorable millor que un altre (...). Quins són els elements que juguen en la millora?".

Finalment, la darrera observació de Ts50 fa referència a la necessitat de reflexionar sobre l'escassa incorporació de les persones que s'atenen en la construcció dels paràmetres amb els quals posteriorment seran avaluades. La informant assenyala aquesta mancança, que situa en el moment d'elaborar els plans de treball.

> Ts50: "Qui defineix aquestes coses, el mateix usuari o el professional? Són indicadors del professional! De dir: 'Va més brut o menys brut que ahir'... Però aquests són criteris que s'han de justificar".

8.1.2. Sobre la necessitat d'objectivar

Una part molt significativa dels informants, des d'aquells que manifesten una dificultat elevada d'incorporació de la dinàmica avaluativa en les seves pràctiques, passant pels qui la tenen incorporada però mantenen una visió força crítica, i fins a aquells que hi mantenen una relació més integrada, identifiquen com a necessari el fet de mesurar i avaluar les conseqüències que té la intervenció del treball social en les persones que s'atenen.

Encara que amb matisos i intensitats diferents, es pot apuntar que aquesta és una tendència generalitzada. En els tres fragments següents, s'hi exemplifiquen tres representants de cadascuna de les situacions exposades.

> Ts28: "Es un problema. Yo lo veo como un defecto. Me cuesta mucho hacerlo, a mí, esto de los indicadores (...). Soy una persona que me doy muy poca cuenta de que las personas cambian (...). Pero a veces una cosa es la sensación que tú tienes y otra cosa es cuando te pones a pensarlo en números".
>
> Ts16: "Aquí seguimos los indicadores de la Generalitat (...). Lo tenemos que cumplir y lo cumplimos... y yo creo que los indicadores tienen que existir".
>
> Ts18: "Jo, per la feina que faig ara, tinc tots els serveis que porto amb la certificació ISO; per tant, tinc indicadors (...) i tinc graelles de tot tipus, i a més a més, hi estic a favor (...). És una manera de vetllar per la qualitat. Ja ha passat a la història allò d''a mi em sembla que ho faig molt bé'... encara que això també formi part de l'avaluació".

Al llarg d'aquest punt s'aniran desenvolupant les diverses raons que argumenten els informants pel que fa a aquesta necessitat. Tot i això, el primer fragment emmarca en bona mesura l'essència de les diverses idees emeses per molts d'ells.

La informant Ts50 emfatitza que aquest és un procés més important del que aparentment sembla, atès que emmarcar les intervencions en uns paràmetres més homologables té repercussions també en la mateixa configuració de la identitat professional.

> Ts50: "Ens hem d'esforçar molt en aquest tema (...). Cal fer-ho també per poder-nos dibuixar a nosaltres i saber qui som, què fem i on volem anar. I això s'ha de fer amb un idioma objectivable (...). Has d'objectivar les coses, i saber com es mesuren, i poder-les mesurar. Als que no estem formats ens costa molt poder fer-ho perquè estem més còmodes amb aquestes percepcions que fem. I ens hem acomodat amb això".

Ts50 fa un altre apunt que, tot i no mencionar-ho explícitament, es dedueix pel fil de la conversa quan assenyala una diferència generacional entre aquells professionals amb més edat, que no tindrien una base formativa suficient per realitzar aquesta comesa, i un altre grup generacional més jove que sí que la tindria.

Val a dir que aquesta observació no es corrobora amb les manifestacions d'altres informants integrants d'aquesta recerca. No s'observen patrons que segueixin aquesta línia, ja que els discursos dels professionals més joves assenyalen les mateixes dificultats en relació amb aquestes competències.

Advertint de nou del caràcter no representatiu en termes estadístics de la mostra, l'únic patró que sembla repetir-se és aquell en què els professionals amb càrrecs de direcció i de coordinació d'equips manifesten un suport més intens i explícit en relació amb la necessitat de sistematitzar els procediments d'avaluació que els informants amb funcions de treballador social. Aquest grup és el que també, en termes generals, presenta arguments més elaborats a l'hora d'aprofundir en aquesta vessant.

Seguint, doncs, amb el fil argumental que configura aquesta posició, i tractant d'analitzar-ho més detalladament, trobem posicions vinculades a la voluntat d'actuar d'una manera més sistematitzada. Es projecta la idea de donar forma a uns procediments que possibilitin un major control sobre les repercussions de la pràctica i la facin transferible.

Tot i tenir en compte que cal assumir marges d'error en la comesa, s'argumenta que és aquesta la manera més viable de transmetre la professió en els diversos nivells i àmbits. Així ho apunta la informant següent, fent referència al moment que es produeix la incorporació d'un nou treballador social en una institució, i com aquest, en molts casos, ha d'iniciar-se en la dinàmica de treball des del buit, si no se li traspassen certs patrons estandarditzats.

> Ts37: "Aquesta és la poteta del mal de la nostra feina. Jo crec que hem d'aconseguir saber si el que fem (...) funciona. I hem d'intentar saber, d'allò que fem, què és el que funciona. I és que si no podem fer això, no podem transmetre, de manera que cada treballador social comença de nou. Cada treballador social que entra en una institució (...) quan comença (...) ha de començar per l'*abc*, perquè no hi ha res escrit sobre quines són les intervencions que són bones... en quins moments... i per a quines coses. Ho hem de saber (...). No pot ser que cada professional comenci de zero".

Un altre dels arguments que es poden reconèixer de manera transversal en els discursos dels diversos informants respecte a aquesta qüestió és el que es refereix a l'obligatorietat de rendir comptes amb les diferents parts interessades, com són les persones usuàries, els responsables institucionals i la mateixa ciutadania.

Aquest és un discurs que pren consistència de manera més pronunciada en els informants que, com s'esmentava anteriorment, ocupen tasques gerencials o de lideratge d'equips. En els fragments següents es poden veure aquestes intencions.

> Ts06: "Per rendir comptes al cap d'un any, jo he de tenir les coses enregistrades. Cal tenir-ho ben registrat per poder explicar i demostrar la feina. És l'única eina que jo tinc per poder justificar la meva feina (...). De vegades ens queixem molt, però hem de ser rigorosos en el que s'ha d'omplir i registrar (...). I sí que és cert que hem de seguir uns protocols, uns procediments, uns indicadors...".
>
> Ts02: "Jo crec que és una cosa que hauria de tenir tothom, i que ho hauríem de fer bé, i que hauríem de valorar els indicadors (...). No pots tenir aquí les persones [*es refereix als usuaris*] perquè vinguin a fer alguna cosa, no! (...). Aquesta persona, si la tens aquí quatre anys... tu has d'anar renovant els objectius (...). Per què ve? Què vol aconseguir? Què farem? (...) Si no, quin sentit té que estiguin aquí?".
>
> Ts34: "És imprescindible que es mesuri bé la feina..., perquè si no, no t'entenen i no et tenen en compte [*parla dels espais de coordinació interdisciplinaris*]".

En alguns casos, es continua l'autocrítica ja iniciada per Ts50, en la qual s'indica que els membres de la professió mantenen una resistència a tot el que implica monitoritzar el treball.

Tot i que es contextualitzen i s'assumeixen les dificultats explicades, així com les inconveniències vinculades amb el temps i la pressió assistencial, es fa referència al fet que altres professionals de diferents disciplines situats en les mateixes organitzacions poden veure's influïts també per aquests handicaps, i no per això resten impossibilitats d'executar aquest tipus de procediments.

En termes generals, en aquest grup no s'observa un discurs que remeti exclusivament a l'anàlisi numèrica, sinó que cal combinar-lo amb els elements subjectius que emet el professional.

En aquesta línia ho expressen els informants següents, afirmant que les intuïcions del professional han d'estar recolzades en aquests elements d'ordre quantitatiu. Aquest és un mecanisme que, d'acord amb ells, caldria assumir, ja que esdevé condició per mantenir una certa legitimitat professional davant la societat i la resta de grups professionals; s'augura, a més, una depreciació de la disciplina, si no es pot abordar aquest repte.

> Ts18: "Tampoc m'agraden els models en què tot ha de ser quantitatiu i a tot se li ha de posar un número. Jo crec que hi ha d'haver l'opinió del professional (...) però els números també t'han d'acompanyar. Tu pots pensar que ho estàs fent molt bé, però els resultats t'han d'ajudar a modular-ho. Penso que això no ens ha de fer por (...). No podem estar sempre en el 'lado oscuro'. És a dir, si no analitzem les dades i no preguntem, ve la típica cosa del treball social d'"és que tinc molta feina', 'és que estic molt atabalada', 'és que no sé què...', d'acord, però a veure, tota aquesta feina que has fet, què ha passat amb ella? (...). Jo crec que falta aquesta capacitat d'utilitzar les dades per fer una anàlisi del que fem. Ens hi podem posar com vulguem, més resistents o menys, però totes les professions estem abocades a una certa anàlisi d'uns resultats. Soc conscient que hi ha coses de la nostra feina que són difícils de mesurar, però de vegades en el col·lectiu hi ha molta resistència".

> Ts20: "Crec que la investigació quantitativa i qualitativa (...) és imprescindible si volem estar dintre del medi; si no, no ens en sortirem. Això és el que fan al Regne Unit i als Estats Units, i crec que en aquest nivell s'hi ha d'aprofundir".

A tall d'exemple, diversos informants situats en serveis de rehabilitació destaquen la importància d'establir clarament els criteris d'alta del recurs, de conèixer les dinàmiques de rotació, d'aprofundir en les raons que porten els usuaris a abandonar i desvincular-se'n, d'analitzar les causes que comporten que alguns d'ells reingressin a una unitat hospitalària, així com els motius que fan que un usuari adquireixi uns nivells d'autonomia més elevats que d'altres després de passar pel recurs.

Amb això, s'apunta que es requereix una preparació formativa i una integració normativitzada en els sistemes de treball, atès que es reconeix que en moltes ocasions s'inverteix una quantitat molt elevada de temps a registrar una informació amb la qual després no se sap massa bé què fer.

En aquest sentit, la implementació de sistemes tecnològics és una eina que diversos informants apunten com a decisiva en la introducció d'aquestes millores. Així ho explica en aquest primer fragment una professional que dirigeix un recurs residencial.

> Ts34: "Aquí tenim [*diu el nom d'una aplicació informàtica que tenen instal·lada*] que és fantàstic. Aquesta eina ens ajuda a valorar [*em mostra*

> *in situ com pot extreure'n dades referents als usuaris i a les intervencions professionals*] perquè jo de vegades no sabia el que feien els treballadors socials. Aquí s'hi recull molta feina".

En el fragment posterior s'afegeix l'aportació d'una professional que inicià la seva trajectòria laboral a principis dels anys setanta i que manté una visió comparativa entre els temps actuals i l'època en què no es disposava de cap suport digital per realitzar la tasca; assenyala els avantatges actualment en relació amb les possibilitats d'enregistrament, codificació, comparació de dades, sistematització, etc.

> Ts21: "És que en els moments actuals, amb la informàtica..., és una gran millora. Jo, que he viscut aquesta evolució de fer-ho tot a mà, a ara amb la informàtica... Vull dir, que jo penso que resulta molt més fàcil actualment (...) és una cosa que jo la trobo més a l'abast".

8.2. Ciència i treball social

La qüestió respecte a la relació del treball social amb la ciència és introduïda en una bona part de les entrevistes amb els informants. Així, després d'haver parlat sobre el tema de l'avaluació, se'ls pregunta si creuen que el fet d'incorporar un bagatge més científic a la disciplina en podria comportar un enfortiment.

Pràcticament la totalitat de les respostes són afirmatives en aquest sentit, tot i que amb matisacions divergents respecte a la interpretació que es fa respecte del terme *ciència*. En molt pocs casos la resposta és negativa.

Així, en aquest punt, es tractarà d'exposar les diverses orientacions interpretatives del primer grup. Es finalitza amb una breu menció als arguments d'aquells informants que n'han expressat una manca de conveniència.

8.2.1. Les interpretacions al voltant de la ciència

En bona mesura, el vocable *ciència* és interpretat en uns termes instrumentals pels informants. Així es desprèn de l'anàlisi discursiva dels fragments analitzats. Amb aquesta mot s'apel·la a una mena d'acreditació que caldria obtenir dins d'un espai en el qual competeixen una diversitat de disciplines, en què l'absència científica s'assimila a una baixa capacitació professional. Un recurs d'hegemonia que, com apunta Moreno, a Cordero i Blanco (2004: 47), aporta un capital simbòlic poderós, que situa en un lloc privilegiat els àmbits de coneixement i els agents que s'hi troben identificats. La falta

d'aquesta acreditació en el treball social comportaria percebre la professió en uns termes comparativament inferiors a la resta de professions més properes que sí que la tenen.

> Ts07: "L'àmbit social s'ha de professionalitzar en aquest sentit. El que passa és que costa molt. Hi ha disciplines que tenen més història, les més clíniques... Nosaltres tenim molt material però ens falta una mica el ficar-nos-hi".

> Ts31: "De vegades ens falta molta professionalitat (...) i poder demostrar coses (...) però no les sabem mesurar".

> Ts16: "Para mí el trabajo social, si hiciese esto de incorporar este bagaje quizás se dignificaría más como profesión, o se fortalecería más".

Alguns informants parlen en termes d'una sensació de desprotecció davant d'aquesta absència i remeten a la publicació d'articles com a possibilitat d'apropament a aquesta vinculació científica.

> Ts15: "Penso que és bàsic. Sense això el treball social queda molt desprotegit. (...). Jo crec que passa tot per més publicació d'articles, que ho fem poc. No tenim aquest vessant".

Tal com s'havia assenyalat en el bloc teòric, mitjançant les paraules de Grassi (2011), la manca d'una orientació investigadora és analitzada per alguns informants en termes de paradoxa, ja que els professionals es troben inscrits en un espai altament ric en informació, pròxims a unes manifestacions i dades que es desaprofiten, mentre que altres disciplines força més allunyades d'aquestes fonts primàries fan molts esforços per localitzar-les, recollir-les i utilitzar-les posteriorment per a la recerca.

> Ts04: "En l'àmbit social tenim moltes dades que podrien ser molt importants a l'hora de fer investigació".

> Ts14: "Amb la informació que tenim tots els que treballem en aquesta professió, escrivim molt poc".

De la interpretació dels fragments posteriors se'n desprèn la necessitat d'incorporar una visió més pragmàtica, que permeti ajustar la dinàmica de la professió als requeriments socials als quals estan subjectes el conjunt de disciplines científiques.

> Ts25: "Al final, vivim en una societat en la qual si no pots demostrar... doncs és com que no estarà reconegut. Hem estat una professió poc crítica".

> Ts28: "Ahora mismo, la manera de funcionar es hacer estudios y demostrar... y nosotros somos un poquito así con eso...".
>
> Ts16: "Yo creo que es una de las cosas que adolece la profesión, y es que no investigamos (...). Al final, olvidamos que el mundo funciona como funciona y para que se valore algo tienes que demostrarlo. Y demostrarlo con datos. Entonces, la investigación es una manera tanto de mejorar la calidad de nuestra profesión, como de mostrar (...). Si al final lo que queremos todos es que se valore el trabajo social, porque el fin del trabajo social es ayudar a la gente, entonces vamos a hacerlo bien, y si hay que investigar se investiga, y si hay que seguir indicadores se siguen".

La mirada cap a les altres professions que actuen en l'àmbit de la salut mental accentua aquesta visió. Així, es subratlla que la falta d'elements teòrics i tècnics dins la disciplina fa que s'hagin d'emprar els que dissenyen aquestes altres. Això és el que passa en certs models teòrics que s'utilitzen, molts dels quals, de caràcter psicològic, com també de caràcter psicològic, són part dels diversos instruments de mesura que alguns treballadors socials manegen en els seus serveis.

S'exemplifica amb els estàndards taxonòmics que empren els professionals de la psiquiatria, la psicologia i la infermeria, que es posen com a referència, i es contempla amb una certa inquietud corporativa la progressiva incorporació de la dimensió social i comunitària en el discurs d'aquestes disciplines.

Es posa en relleu també que l'exposició de casos clínics és una pràctica sistematitzada i corrent per altres companys, però en treball social es manté com una activitat poc desenvolupada.

Com a exemple, la informant següent empra la comparació per tractar d'explicar que l'absència d'aquesta inquietud investigadora es fa palesa en les dinàmiques de treball que s'observen dins el sistema de salut.

Pren la referència mèdica per dir que, en una situació aparentment de fracàs, els professionals d'aquesta disciplina n'extreuen elements positius que incorporen al marc de les evidències, cosa que fa que en les seves properes actuacions tinguin un ventall de possibilitats més ampli per triar una opció més òptima.

> Ts18: "Els que treballem en sanitat estem competint a nivell d'equip amb gent que això ho té molt clar (...). Per exemple, els metges troben un tumor maligne, operen el senyor, se'ls mor el senyor, i tu diries... quina catàstrofe!

> Doncs no, et munten una conferència per explicar que aquell tumor era extraordinari, gravíssim, col·locat en un lloc que no sé què. I no tenen cap d'allò de dir... no, no..., sinó que [*es refereix al que diuen en la conferència*]: 'Hem fet aquesta troballa, l'hem analitzat, hem fet aquest procediment quirúrgic, no ha anat bé i l'home s'ha mort'. Nosaltres ens quedem 'pillats' amb el 'com que se'ns ha mort? Doncs ara, què?'. No tenim capacitat de... aquesta necessitat de dir no, no... és que jo he fet un projecte aquí i el vull explicar (...), això ens costa molt".

Tot i que d'una manera més escassa, la noció científica es troba, per una part d'informants, allunyada d'un imaginari positiu i convenient. En aquest sentit, la socialització del treball social dins el context científic es presenta relacionada amb un possible risc de pèrdua d'aquells elements essencials de caràcter humanista de la professió, la qual cosa en fa difícil la compatibilització amb els trets necessaris que s'interpreta que van associats amb la dimensió científica.

> Ts32: "A mi em fa una mica de por el tema de perdre la part més humana. Si tecnifiquem molt, potser perdem aquesta altra part".

> Ts13: "El complicat és afegir això [*es refereix a la vessant científica i tècnica*] sense que es perdi l'altre [*la vessant humana*]".

Es percep que de la perspectiva científica en pot sortir un professional amb una posició més rígida, distant, neutral, amb menys flexibilitat, amb menys empatia i amb major voluntat de prendre distància amb el problema i el subjecte, per tal de poder-lo analitzar des d'una posició més objectiva. Aquesta dinàmica s'interpreta en termes de guanyar tècnica, d'una banda, però perdent la part humana i propera, de l'altra.

En aquesta mateixa línia, tot i no presentar una actitud explícitament crítica, els informants següents posen l'èmfasi en altres prioritats quan són interpel·lats sobre la qüestió de si resulta necessària la incorporació d'aquest bagatge en la professió.

Ts11 fa referència a la necessitat de prioritzar la part aplicada de la professió, deslligant-la dels aspectes tècnics i científics, que considera menys significatius. Per a Ts24, la ciència és percebuda en termes allunyats de les inquietuds i necessitats de les persones afectades, per la qual cosa crida a un coneixement més aprofitable i menys abstracte. Així, es formula una relació que vincula més ciència amb menys contacte amb la realitat.

> Ts11: "Jo no crec que hagi de ser més tècnica o científica [*parla del futur del treball social*], sinó més pràctica".
>
> Ts24: "Ens preguntem massa coses i deixem de preguntar-les a ells [*es refereix a les persones afectades*]".

Una altra informant expressa de manera més contundent el seu malestar davant del domini del coneixement científic i del constrenyiment que ella creu que aquest exerceix davant d'altres formes de saber. Per a Ts17, no és que la ciència prevalgui en el camp de la salut mental com a conseqüència del seu saber, sinó que ho fa mitjançant altres maneres més vinculades a les relacions de poder.

> Ts17: "Se'ns diu que només hi ha una manera de solucionar això [*fa referència als problemes de salut mental*] i és la que ens imposa un saber al qual s'atorga uns arguments científics (...). El problema està en el fet que sigui el que té més poder qui domina, com si aquesta fos l'única opció vàlida (...). El problema és per a mi (...) que el saber científic hagi de ser l'únic que és vàlid".

La mateixa informant assenyala que, precisament després d'haver acabat el període universitari, va percebre el caràcter restringit amb el qual havia estat introduïda al camp de salut mental.

> Ts17: "Vaig fer una matèria a la carrera sobre trastorns del comportament. Em va encantar l'assignatura, però després, quan vaig entrar a la pràctica, vaig dir: 'Bé, un moment, jo pensava que només hi havia una manera d'entendre la salut mental'. Què vol dir, això? La ciència... d'acord.., però amb moltes altres coses. Aquella matèria era un enfocament cognitiu-conductual, però la professora no ens ho va dir [*es refereix al fet que no va indicar que era una aproximació teòrica més al fenomen, entre moltes d'altres*]. Cal obrir-se a més opcions".

En alguns casos, s'argumenta que la ciència pot tenir un marc de sentit dins l'àmbit acadèmic i universitari, i fins i tot pot resultar útil per a la formació professional, però que, fora d'aquest marc, les necessitats del professional requereixen altres abordaments de caràcter més operatiu.

> Ts11: "Aquests aspectes [*científics*] són més per a aquells treballadors socials que es volen dedicar a la docència. Entenc que aquí potser sí que aquesta part pot ser més important".

De manera contrària a aquest discurs, un conjunt d'informants rebaten aquesta connotació negativa, i qüestionen així la posició que la defensa. Apunten una certa concepció errònia que fonamenta aquestes opinions, tal com es desprèn dels seus fragments.

> Ts18: "Ser un tècnic no vol dir ser fred, distant, despersonalitzat (...). Jo penso que aquí ens hem confós una mica amb aquesta idea de treure valor a la professió, si ens posem en aquestes històries de la ciència i la tècnica (...). Es que no entren en competència".
>
> Ts20: "La ciència no és incompatible amb escoltar, no és incompatible amb cap aspecte de la relació".
>
> Ts26: "De vegades s'entén un professional més tècnic com un professional més rígid. Penso que hauria de ser tot el contrari. El professional més tècnic hauria de ser sobretot més flexible perquè entén millor la necessitat, i perquè té diferents eines per poder treballar i des de llocs diferents".

A aquests comentaris se n'afegeixen d'altres que consideren que en aquest aspecte hi ha un desinterès generalitzat dins la professió per motius que són difícils de concretar, però que en general remeten a una herència professional en la qual ni aquest bagatge ni la inquietud per treballar-ho no s'han traspassat, la qual cosa deriva ara en una situació que resulta difícil de capgirar.

> Ts18: "Hi ha molta resistència dins el col·lectiu en aquests aspectes".

Així, aquests informants assenyalen que si aquesta vessant no es troba dins de la dinàmica professional és en bona mesura fruit d'una responsabilitat que ha de ser assumida pels mateixos membres que formen la professió, i que no pot ser apuntada majoritàriament a elements o causes externes.

CAPÍTOL 9

L'ESPAI INTERDISCIPLINARI

En aquest capítol s'aprofundeix en les dinàmiques de relacions que mantenen els professionals del treball social amb els membres d'altres disciplines inscrites en el context de la salut mental. Amb aquest aprofundiment, es pretén obtenir un conjunt de dades representatives sobre alguns dels elements que impacten en el rol que els treballadors i les treballadores socials desenvolupen en aquest àmbit.

En aquesta línia, es va interpel·lar els informants per tal de vincular les seves valoracions en relació amb tres aspectes: en primer lloc, amb les possibilitats que tenen per incorporar la mirada social dins els equips de treball; en segon lloc, que poguessin parlar dels elements diferencials que incorpora el treball social en relació amb les altres disciplines; finalment, es preguntà per l'existència de les dificultats més recurrents en les interrelacions professionals.

9.1. El domini biomèdic

En cap de les qüestions treballades en aquesta tesi no s'ha trobat tanta unanimitat entre les respostes dels informants com en la valoració que es fa sobre la centralitat de la mirada biomèdica com a visió preponderant dins de l'àmbit de la salut mental.

Si bé és cert que des d'un punt de vista formal la perspectiva d'abordament segueix un esquema d'equilibri biopsicosocial, el fet és que a la pràctica aquest esquema es troba fortament desequilibrat, d'acord amb les percepcions dels informants.

Es manifesta que aquesta mirada esdevé preponderant dins d'un eix que segueix una clara jerarquia, d'acord precisament amb l'ordre del seu propi nom. Per tant, trobaríem en primer lloc, la perspectiva biològica, com a dimensió dominant. El segon lloc l'ocuparia l'abordament psicològic, i en darrer terme, s'afirma, se situaria l'enfocament social.

Els informants expressen molt clarament que aquesta concepció clàssica, titllada al mateix temps de reduccionista, és present i reproduïda en el dia a dia, fet que es trasllada mimèticament a la pràctica professional amb les diferents capacitats d'influència de les disciplines i els seus professionals.

Per què la vessant social ocupa aquesta posició afeblida, si se n'ha reconegut teòricament la consideració? La centralitat del diagnòstic mèdic, la preponderància farmacològica, la necessitat urgent d'estabilització patològica, les posicions directives dins les organitzacions de salut ocupades per professionals mèdics, i el pes de la

condició històrica d'aquesta manera d'abordament són els elements explicatius més assenyalats pels informants.

En el fragment següent, una treballadora social amb una àmplia experiència laboral prèvia en els serveis socials d'atenció primària d'un municipi, i que actualment acumula vuit anys d'experiència en un servei sanitari de salut mental, descriu el canvi d'estatus que ella mateixa va experimentar en passar d'un àmbit a l'altre.

> Ts22: "La meva experiència venia d'una primària. Què passa amb la primària als serveis socials? Doncs que el treballador social està a dalt de tot. Què passa quan tu entres a treballar a salut mental? Doncs el que passa és que tu ets l'últim. El tronc és el metge (...). Clar, per a mi va ser un xoc. I ara entenc els comentaris de companyes que tenia a l'Ajuntament i que havien treballat anteriorment a salut (...). Mira, jo penso que hi ha estructures que, sobretot en el terreny mèdic, no les canviarem...".

L'experiència recollida per Ts22 troba referències en la literatura. En aquest sentit, Gil (2007: 64-5) indica que les relacions interdisciplinàries són més complexes per als treballadors socials que s'inscriuen en l'àmbit sanitari, ja que, a diferència de l'àmbit dels serveis socials, en què el treballador social es troba inserit en equips amb altres professions afins a les ciències socials, en aquest rep un xoc derivat d'aquesta jerarquia disciplinària.

Un fet que molts informants també han volgut destacar en l'intent d'exemplificar aquest domini ha estat la mateixa gestió del temps professional que es fa des dels serveis de salut mental. Així, resulta que l'accessibilitat a la figura del psiquiatre és la més dificultosa per als usuaris, comparada amb l'accessibilitat que es té a altres referents professionals.

Aquesta disposició de temps és també assenyalada pels informants en format de queixa quan tenen lloc les reunions de coordinació. Per a aquests, la càrrega simbòlica que es desprèn d'aquest funcionament transmet la possibilitat de fer-se una idea de com està distribuït el poder en aquest àmbit.

> Ts17: "Que quan et vols coordinar, el psiquiatre sigui el professional inaccessible, amb el qual no es pot parlar... que també tindrà molta feina... però... quan ens hem de reunir tots, per què el psiquiatre no ve a la coordinació? No és el més important? No és qui decidirà al final si firma o no que aquesta persona es pugui derivar a tal lloc?".

En aquesta línia, també es destaca el desconeixement dels recursos de caràcter social en salut mental per part d'alguns professionals de la psiquiatria.

> Ts17: "Fa poc vaig anar a urgències, i un psiquiatre no sabia què era un Club social. Gairebé caic de la cadira. Entenc que un dentista no ha de saber-ho necessàriament, però un psiquiatre?".

Dins el conjunt de professionals entrevistats, són els qui treballen en els recursos socials, els qui són més explícits a l'hora d'assenyalar la manca d'equitat entre els diferents sabers. Els següents són alguns fragments representatius que, amb poques paraules, sintetitzen aquesta impressió.

> Ts03: "El peso en salud mental lo tiene la bata blanca".

> Ts25: "Al final, el que diu el psiquiatre va a missa".

> Ts12: "Hi ha com... professions imperants".

En aquest sentit, diversos informants manifesten la percepció que les valoracions que fan dels usuaris amb els quals mantenen una intervenció quotidiana, molt més àmplia que la que aquests mateixos usuaris mantenen amb els seus referents mèdics, són en massa ocasions infravalorades durant el procés de treball.

Els professionals assenyalen que tenen la capacitat d'acumular una informació àmplia i rica de les persones usuàries, que abraça dimensions més extenses que les estrictament mèdiques, pel mateix fet de conviure-hi i treballar-hi durant una part molt més àmplia de temps.

Expliquen que, d'una manera habitual, aquesta aportació és menystinguda i no s'incorpora de manera significativa en forma de dades rellevants en el procés de presa de decisions.

> Ts24: "A mi, saps el que em fot? Que, per exemple, alguns tenen visita cada sis mesos amb el psiquiatre, i després, imagina't, que nosaltres els veiem aquí cada dia, i vaja, que t'intenten fer veure una cosa [*es refereix als psiquiatres*]... un estat d'ànim que tu veus cada dia que no el té. I doncs els ho expliques en les coordinacions, però... (...). A mi em sembla molt bé que siguin psiquiatres, però és que nosaltres els tenim aquí cada dia. Penso que els coneixem millor (...), però ells tenen l'última paraula".

D'aquests discursos professionals se'n dedueix que el domini biomèdic existent en les diverses esferes que tenen a veure amb la salut mental s'ha anat convertint en un marc

mental[138] de referència. La seva força condicionaria tant els professionals com les persones usuàries.

Es destaca que la influència de la figura del psiquiatre en els usuaris va més enllà de qüestions en les quals en principi aquesta figura és especialista, i abasta espais més amplis. D'aquesta manera, un consell mèdic és pres per ells de manera més seriosa que si la recomanació prové d'un altre professional de l'àmbit social.

> Ts32: "Ja et dic, mana el psiquiatre. És la sensació que tinc. Sobretot per a la persona, aquest té més influència. En general, si el psiquiatre els recomana que tinguin més vida social... doncs s'ho prenen més seriosament".

De la mateixa manera, diversos informants assenyalen que els professionals de l'àmbit social actuen en massa ocasions des dels serveis i recursos, d'acord també amb aquest marc mental. Aquest fet provoca que sovint s'oblidin els elements i valors que són propis de la disciplina del treball social i que haurien d'aportar riquesa al treball interdisciplinari.

> Ts17: "El preocupant és que hi ha recursos socials on ja és molt més important la part biomèdica. I és una pena, perquè al final... si en els recursos socials donem tanta importància a allò 'bio'... Per mi, que vaig estudiar treball social... soc molt creient en això, que l'entorn condiciona moltíssim el benestar o malestar de les persones".

S'apunta que de vegades aquest oblit ja es produeix d'una manera automàtica i involuntària. El professional ja ha interioritzat completament la visió provinent del paradigma mèdic i individual. En altres ocasions, però, es diu que es fa d'una manera involuntària i amb certes resistències, tot i que finalment s'acaba assumint.

Pel que fa a la primera situació, durant el treball de camp s'han trobat relats que acomoden la posició de les professions socials a un esquema de treball supeditat a la dels seus col·legues psiquiatres i psicòlegs.

En aquest sentit, es troba lògic que la intervenció en salut mental estigui conduïda pels professionals que acumulen un coneixement clínic especialitzat de les patologies

[138] Gregory Bateson (1998) es referia al marc mental com un concepte psicològic que dona instruccions implícites al receptor, i que li recorda que només aquells missatges que es troben dins del marc tenen validesa, mentre que aquells que no s'hi troben poden ser ignorats. En aquest sentit, el marc mental funciona com un missatge destinat a l'organització i jerarquització de la percepció del receptor.

mentals, així com de les respostes farmacològiques que s'han de prescriure. Es parteix d'una visió en què l'actuació mèdica esdevé l'eix sobre el qual ha de pivotar tota la resta d'intervencions.

Posteriorment, i prèvia derivació, es podria actuar sobre altres àmbits, mitjançant la incorporació de les figures corresponents a l'àmbit social. En aquest sentit, s'interpreta com un patró de normalitat que les disciplines de caràcter mèdic i psicològic tinguin un pes més rellevant que el que poden tenir altres professionals. Aquest fet també s'explica per la singularitat d'alguns serveis de caràcter sanitari.

> Ts02: "És clar que un treballador social davant d'un psicòleg o un psiquiatre... doncs bé, ells són els professionals que hi entenen. Ells són els que han estudiat el que són les malalties, els símptomes, la medicació que se li pot donar, etc.".
>
> Ts44: "Realment no podem tenir el mateix pes, perquè als serveis d'aguts... d'urgències... el que preval és el que preval".

Un ampli grup d'informants assenyala que la lògica de treball, en bona part dels dispositius sanitaris, es troba dirigida cap a una actuació en què la figura del treballador social i l'aportació que aquest pot fer queden en un lloc relativament secundari o poc valorat.

> Ts46. "Jo tinc pocs anys d'experiència en l'àmbit sanitari (...), però el que sí que veig és que els aspectes socials pesen poc".
>
> Ts12: "No hi ha una cultura en aquest hospital que valori la tasca del treball social".

Els informants més crítics amb la situació apunten que la professió es troba infravalorada en aquest context, ja que l'abordament focalitzat en la simptomatologia clínica redueix la pràctica del treball social a la mínima expressió, i l'allunya, d'aquesta manera, de la possibilitat de tenir una incidència més àmplia.

Cal remarcar que no es fa una crítica adreçada a la intervenció que desenvolupa el model biomèdic ni als seus professionals, sinó que aquesta crítica s'adreça al domini aclaparador que la perspectiva mèdica manté, i que redueix els espais per al possible desplegament d'altres abordaments.

També cal assenyalar que la crítica queda matisada quan es reconeixen els canvis en les maneres de treballar que incorporaria una part dels professionals mèdics. Aquests

canvis, s'assenyala, vindrien marcats per una explicació d'ordre generacional. Es percep que les generacions més joves ja incorporen un major nombre d'elements en el treball que es realitza, i integren una mirada més àmplia en l'abordament dels problemes de salut mental.

Les situacions en què el marc de referència s'assumeix d'una manera involuntària per part dels treballadors socials es poden explicar atès que, tot i l'existència d'argumentacions de caràcter social, s'admet que el pes dels postulats biomèdics n'acaba condicionant gran part de la tasca. Així, encara que des d'una lògica argumental es defensi l'equilibri de sabers, de facto s'acaba actuant d'acord amb els paràmetres del model dominant, per raons que tenen a veure amb la inèrcia organitzativa.

Aquesta inèrcia ha estat incorporada per diversos informants com un factor explicatiu de pes. Amb l'excepció dels informants provinents de la xarxa de salut del territori de Girona, que valoren de manera molt més favorable la possibilitat d'incorporar la mirada social en els seus espais de treball, un gran gruix de professionals provinents d'institucions de salut han recalcat que la visió biologista enquadra estructuralment una dinàmica en la qual el treball social té poc a dir.

Ts12 fa referència a aquesta mirada reduccionista cap al treball social, i aplica un símil del que suposaria assumir aquesta lògica cap a altres professions.

> Ts12: "Qualsevol professional que no sigui social [*es refereix, per tant, a l'àmbit sanitari*] ens té classificats com a gestors de recursos. Clar, si ens posem així, jo et diria que el treballador social gestiona recursos, la infermera posa injectables, el metge recepta i el psicòleg passa testos. I res d'això és així!".

Aquells informants que presenten un recorregut laboral més ampli, treballant per a diversos tipus d'organitzacions, indiquen precisament que són les institucions d'una dimensió més gran i situades en el sector sanitari, les que incorporen unes estructures verticals més rígides, caracteritzades per la presència majoritària dels metges en els càrrecs de direcció i coordinació. La presència de figures d'altres disciplines en aquestes posicions resulta infreqüent.

> Ts22: "Pensa que en aquest hospital (...) tots els coordinadors són metges. Està muntat d'aquesta manera".

En aquest sentit, els treballadors socials incorporats en aquestes organitzacions manifesten un discurs caracteritzat per la necessitat constant de reivindicar-se i fer-se un lloc en els espais de treball.

> Ts41: "Nosaltres estem en una institució que té una visió molt biologista. Llavors des del treball social ens reivindiquem, perquè clar, ens hem de fer el lloc i d'alguna manera hem d'intentar intervenir-hi amb la nostra part social. Això ens costa molt per l'estructura de la mateixa empresa".

> Ts34: "Els mateixos directius [*fa una menció explícita als directius de la institució en què treballa*] no saben què fa un treballador social. La nostra professió és bastant desconeguda".

També s'insisteix que pràcticament la totalitat de projectes de recerca que es tiren endavant segueixen precisament la línia biomèdica. D'altra banda, s'han trobat diversos informants que apunten (ja que ho han viscut en primera persona) que en les organitzacions amb una mida més petita, les estructures organitzatives tendeixen a seguir unes pautes d'estructuració més horitzontals, la qual cosa indica la possibilitat de realitzar intercanvis més equitatius entre els professionals i els respectius sabers.

9.2. Reconeixement i autoimatge

En consonància amb l'apartat anterior, les qüestions vinculades al reconeixement de la tasca professional han trobat com a resposta general uns patrons de discurs que incorporen unes dosis altes d'insatisfacció i malestar. Aquest malestar es vincula a la configuració d'una imatge professional afeblida que es construeix a partir de la mirada dels altres.

> Ts04: "En termes mèdics, ets com 'la hermanita de la caridad'".

> Ts08: "Allò que no vol fer ningú és per a la treballadora social, i de vegades, despectivament".

> Ts25: "Encara estem amb allò de: '¿Tú eres la que tramitas la paga?'".

Resulta interessant assenyalar que són els informants amb més experiència, els qui dibuixen una sèrie de matisos en relació amb els rols professionals, explicant un recorregut temporal en el qual perceben com el treball social ha perdut part de la intensitat i la força amb què s'havia anat projectant des dels anys de la reforma psiquiàtrica. Durant aquells anys, s'explica que el col·lectiu va participar activament, i

conjuntament amb altres professions, d'una manera força equitativa, en el naixement d'una xarxa pública de salut mental, en la defensa d'un model comunitari, i en la posada en marxa d'uns dispositius que, amb el temps, l'Administració ha anat incorporant de manera concertada a la xarxa.

Es diu que aquesta tasca es va fer sobre un convenciment molt profund per a la defensa dels drets de les persones malaltes, de la inclusió de la família, de la voluntat de posar la persona afectada en el centre, precisament en un moment en què l'estructura sobre la qual es configurava tot aquest procés era encara molt dèbil i provisional.

S'afegeix que els treballadors socials van interioritzar el fet que la seva aportació era molt rellevant durant aquelles etapes reformistes. Vist amb la perspectiva d'aquests informants, el paper de la professió i el rol dels seus integrants ha perdut gran part d'aquell entusiasme, a mesura també que la incidència de la disciplina ha anat disminuint.

> Ts18: "Es va haver de fer una feina de molta militància, de molta explicació, de divulgació, i de creure'ns-ho [*parla dels temps de la reforma*]. Hi havia un paper en els equips. Penso que en aquests moments tota aquesta força s'ha perdut una mica".

Una part dels informants que també van viure professionalment aquesta època situen la pèrdua d'aquesta força de la professió en els inicis de la crisi econòmica del 2008, amb la qual hi ha hagut un retorn[139] a la singularitat biomèdica per raons d'ordre pressupostari, i han recaigut gran part dels ajustos fets en les respostes de caràcter psicosocial.

En la dinàmica d'aquests canvis, es fa referència a un augment dels models tecnocràtics de gestió. Precisament, l'eixamplament d'aquests models hauria impregnat encara més la imatge del treballador social com a figura relegada a la gestió. En aquest sentit, diversos informants descriuen la seva funció d'acord amb l'etiqueta institucional que asseguren tenir: "l'administrativa", "la tramitadora", "la secretària dels psiquiatres", "la secretària dels psicòlegs".

S'admet, alhora, que una part important de les funcions que s'executen en el dia a dia podrien ser dutes a terme per un perfil professional de tipus administratiu, que, a més —s'expressa amb enuig—, suposarien un cost inferior per a les organitzacions.

[139] El retorn fa referència a l'època anterior a la reforma.

> Ts08: "Les meves dificultats aquí són que realment no se sap què és una treballadora social, ni se sap quines són les seves funcions. Jo moltes vegades els dic: 'És que vosaltres us confoneu i us penseu que soc una administrativa'. Jo no soc una secretària (...). Segurament si tinguéssim una administrativa totes aquestes tasques que em demanen, i que volen que faci, els les faria molt més bé de preu i molt més organitzada que jo. Jo he de fer altres tasques, i jo moltes vegades no puc fer la meva feina, o el que m'agradaria fer amb els pacients i les famílies. Considero que, des de dalt, no se sap què és una treballadora social".

Aquesta situació minva la mateixa autoestima professional. Els participants expressen una necessitat reiterada de fer un esforç molt intens de resistència en el dia a dia, davant d'una dinàmica en la qual es percep la funció del treballador social d'una manera molt simplificada.

> Ts38: "No se'ns escolta a nivell d'equip, ni a nivell de valoracions (...). Veient l'experiència del dia a dia, ets la simple secretària del psiquiatre. Malauradament, així t'ho dic".

Possiblement per aquest motiu, diversos professionals admeten assumir en diverses ocasions un rol clarament defensiu davant la resta de companys de l'equip; rol amb el qual reconeixen no sentir-se còmodes, però afirmen que es troben obligats a desenvolupar-lo per tal de defensar unes funcions que són sistemàticament vulnerades.

Els informants apunten que la presa d'aquesta posició comporta ser titllats en alguns moments d'agressius o reactius per part d'altres companys. Es manifesta de manera impetuosa que aquest sobreesforç no l'han de fer altres professions sanitàries. En canvi, si no es fa des del treball social, es perd ràpidament part del bagatge que s'ha anat acumulant amb el temps.

> Ts47: "El reivindicar nuestras funciones es tener luchas titánicas en los equipos. En la entidad en la que yo trabajo, la filosofía del trabajo social que percibo es que somos los responsables de que las plazas estén llenas. Porque plaza no cubierta, plaza no cobrada (...). Y al final, somos los gestores de las plazas (...). En mi caso estoy muy a la defensiva en las reuniones de equipo por el hecho de reivindicar las funciones".

> Ts34: "És molt injust que hagis d'estar tot el dia defensant la teva funció, perquè la gent es crema. Jo mateixa m'he cremat. Però home! És que si no ho fas, se't mengen el terreny!".

S'apunta que les úniques funcions que realment queden associades al treballador social són precisament les que tenen a veure amb el coneixement dels recursos socials, la gestió, les derivacions i els seus corresponents tràmits. Aquest és un risc que, com ja s'apunta en la literatura, pot acabar buidant de contingut l'essència de la professió en l'àmbit sanitari, si només se'n dona aquesta percepció parcial i errònia (Balaga, 2009).

El coneixement i la mirada social que es poden aportar des del treball social són en moltes ocasions entesos pels altres professionals com un coneixement poc elaborat, amb un contingut ple de referències al sentit comú. De manera abundant, es recull aquest discurs en què els treballadors socials assenyalen que tothom es 'llença' fàcilment a fer un diagnòstic social o incorporar criteris socials, quan certs casos són abordats conjuntament en les reunions d'equip.

> Ts14: "De la nostra feina tothom en fa un diagnòstic. És a dir, quan tu estàs en una reunió d'equip, tothom diu de la part social el que s'ha de fer, tothom en sap".

> Ts23: "A nosaltres no ens passaria pel cap, ni de bon tros, posar una medicació, ni fer un diagnòstic, ni passar l'escala del psicòleg. Vaja, no crec que a cap treballador social li passés pel cap. En canvi, ells sí que són capaços de dir-nos quina és la necessitat o quina és la mancança social".

En aquesta línia, el contingut de les informacions, així com dels arguments aportats pels treballadors socials en les reunions, és percebut en repetides ocasions com un tipus de coneixement de caràcter més rutinari i naturalitzat. D'aquesta manera, es construeix la consideració d'un saber allunyat del coneixement que es desenvolupa d'una manera disciplinada, metodològica, empírica i objectiva.

Això podria explicar aquesta consideració que de vegades es fa del professional 'no científic' dintre dels equips, quan precisament el fet de treballar amb la dimensió social de la salut no invalida que es puguin posar en joc tot un seguit d'aspectes tècnics, teòrics i metodològics propis de l'àmbit científic.

En el context sanitari, es fa palès que en diverses ocasions l'actuació del treballador social es posa en joc si, en primer lloc, existeix la demanda d'un sanitari. Així, es parteix

d'una situació en què fins i tot la primera valoració social i la seva posterior derivació queden a criteri d'un professional extern al treball social.

Per aquest motiu, l'abordament interdisciplinari és qüestionat repetidament per una part dels informants consultats. De manera formal, els equips es constitueixen multidisciplinàriament. Tot i això, s'apunta que les maneres de treballar no tenen res a veure amb la suposada denominació interdisciplinària que hauria de prevaler en aquest tipus d'equips.

> Ts47: "El trabajo interdisciplinar está muy bien, pero está muy bien a nivel de concepto. Es un poco romántico eso del trabajo en equipo, interdisciplinar y tal... Al final cada uno quiere su silla e intervenimos muy solos. Muchas veces en los equipos los trabajadores sociales estamos solos".

D'aquesta manera, i fent referència al discurs més comú, queda projectada una imatge relativament dèbil, poc associada a un cos de coneixements significatiu que configuri unes aportacions valuoses. Com a representants de la dimensió social, els informants manifesten un conjunt ampli de dificultats per introduir aquesta perspectiva en el marc de les relacions interdisciplinàries.

S'interpreta que la funció professional queda excessivament descompensada per la seva vinculació al compliment de directrius pràctiques relacionades amb la gestió i la prestació de recursos. La reivindicació dels espais professionals es troba caracteritzada pels discursos de resistència.

9.3. L'autocrítica

Són diversos els informants que, si bé també s'alineen amb el discurs assenyalat anteriorment, aporten una mirada que pretén ser autocrítica davant l'anàlisi d'aquesta realitat presentada. En aquest sentit, aquest subapartat incorpora les línies discursives més importants que s'extreuen de les opinions d'aquests professionals 'autocrítics'. En tots ells s'identifica una voluntat per detectar els elements endògens que hagin pogut esdevenir importants en l'explicació del context actual de la professió.

Una primera línia crítica identificada té a veure amb la incapacitat que s'ha tingut des de la disciplina per generar un coneixement sòlid en el terreny comunitari. Per a alguns treballadors socials, l'eclosió de la dimensió comunitària els anys posteriors a la reforma, hauria hagut de ser una de les principals vies de treball per a la professió de manera sostinguda en el temps.

> Ts18: "Han aparegut en l'escenari altres professions noves, i d'altres que potser havien tingut menys pes, com infermeria, que ara n'han agafat més. I també han agafat aquesta part d'especialització en el tema comunitari. De cop i volta hem passat que l'àmbit comunitari no interessava a ningú (...) a ara que tothom en vol fer (...). Què ha passat? (...) Jo crec que aquí els treballadors socials potser ens hem encantat, o potser no hem tingut la capacitat de generar expertesa".

Així, es fa referència al fet que, tot i les queixes que s'adrecen cap a elements exògens, cal tenir en compte que des de l'interior de la professió hi ha hagut una certa acomodació a la posició de gestors de casos individuals que s'ha anat encarregant de manera sistemàtica des de les institucions i organitzacions en les quals es treballa.

> Ts18: "I s'han fet intervencions [*des del treball social*] molt pobres, de mirada curta, amb un to com molt queixós de què no ens deixen fer... o que no valoren la nostra feina..., que és un discurs una mica ranci, i que a mi em cansa una mica".

Es critica que, sent els professionals amb una formació i un perfil més aptes per a aquest àmbit d'intervenció, no s'han sabut veure les oportunitats que generava el treball comunitari, i que s'ha optat, així, per un rol molt més restringit. No es tractava de deixar de treballar en l'àmbit individual, sinó de diversificar la posició en els àmbits en què el treball social pot també desenvolupar-se.

Com a conseqüència d'aquesta situació, descrita a voltes com de cert desinterès i desgana, s'assenyala que és en aquests moments quan es comença a prendre consciència de les parcel·les que progressivament s'estan perdent per aquesta raó, i que altres estan ocupant. L'àmbit comunitari, s'afirma, està esdevenint ara un espai al qual tota la resta de disciplines estan tractant d'aproximar-se.

No només les professions tradicionals que ja actuen en salut mental (psiquiatria, psicologia, infermeria) intenten ampliar part de les seves competències cap a aquesta banda, sinó que figures relativament noves del mateix àmbit social estan cada cop més presents en el camp de la salut mental a partir de la presència en aquest terreny.

S'explica que aquesta excessiva concentració en els casos individuals ha fet perdre al treball social una visió global de caràcter més estratègic. La professió s'ha enfocat en el cas per cas, fet que ha comportat una progressiva pèrdua de la capacitat de pensar en l'articulació de respostes de caràcter social més àmplies.

En aquesta línia, s'apunta, es corre el risc de no saber interpretar les noves maneres de demanar ajuda de la població, així com de detectar els nous problemes derivats dels contextos canviants de la societat, de manera que es perd la capacitat per generar projectes creatius que puguin encaminar-se a efectuar intervencions d'un abast més important.

Fins i tot, dins el mateix pla individual en el qual el treball social s'ha acomodat, es comencen a trobar dificultats per donar resposta als nous perfils de persones amb problemes de salut mental que es presenten als serveis.

Es tracta de persones amb més formació, que tenen un coneixement més ampli dels recursos sanitaris i socials, atès que accedeixen prèviament a les fonts informatives, que volen prendre part activa del seu procés de recuperació, que són coneixedores dels seus drets i els exigeixen, que demanen altres tipus de relacions amb els professionals (Ureña, 2010).

> Ts18: "Nosaltres treballem ara amb gent [*parla dels usuaris*] que sap més que tu en moltes coses, que saben anglès, que es baixen articles del Medline i saben les últimes tendències en l'atenció del trastorn bipolar (...). I si tu ets un professional d'aquells que encara està amb la demanda i resposta, doncs... [*no acaba la frase però expressa preocupació*]".

Aquesta nova situació posa en tensió un esquema clàssic de treball i condueix els professionals a la necessitat de reciclar-se cap al terreny d'unes noves metodologies enfocades en la recuperació i l'apoderament.

D'aquest discurs crític se'n desprèn la necessitat d'assumir una part de la responsabilitat davant la construcció d'una professió que presenta, actualment, limitacions per desplegar tot el seu potencial, les quals dificulten la capacitat de consolidació, d'innovació i d'expansió.

Observant altres professions, s'assenyala el dinamisme que aquestes han incorporat, i que ha ampliat, i no restringit, el seu objecte de treball. Aquest apunt resta com a advertència, atès que s'exposa la idea segons la qual no es pot esperar que l'espai professional del treball social en salut mental resti en possessió d'una manera perpètua, pel sol fet que es tinguin unes funcions escrites en un document corporatiu.

> Ts20: "Crec que estem amb una mica de por, i com encarcarats dintre d'un límit, com si no poguéssim anar més enllà. I altres disciplines que no tenen aquest encarcarament, doncs hi van, i això no és res dolent, al contrari.

> Cada professió té el dret de poder treballar... (...). Quedar-te dient que els altres et treuen part (...). A mi em sembla que queda prou terreny per poder entrar en camps on no entrem".
>
> Ts37: "Hi ha una part nostra victimista que fa una certa ràbia. Jo de vegades intento mirar altres professions, com per exemple les infermeres. És que no tenen, elles, una lluita brutal per no ser les mans del metge? Venen d'una història que servien per posar-li la bata, al metge; per escriure-li la recepta; per acostar-li l'abric quan marxava... I estan aconseguint ser una altra cosa, i doncs han de lluitar contra això. Bé, doncs ja hi lluiten (...). Nosaltres, per què hem de lluitar? Doncs per intentar introduir la part social. I no ens ho faran els altres".

Així, diversos informants expressen la seva crítica davant d'una actitud que, tot i poder-la compartir i entendre, titllen de defensiva i victimista, ja que tracta de conservar un terreny professional que es pot acabar escapant, si no s'és el suficientment proactiu per desenvolupar-hi un coneixement basat en l'expertesa.

En aquest sentit, es confecciona un discurs que indica la necessitat que s'assumeixin unes posicions menys acomplexades dins els equips. Aquesta posició cal recolzar-la a partir de l'aprofundiment en arguments tècnics.

> Ts22: "Aquí està la tasca que cadascú ha de fer... de com et pronuncies... del que aportes. Clar, si estàs callat sense aportar res...".

Una altra línia discursiva identifica una mancança en el si de la disciplina per projectar-se cap enfora i transmetre una imatge clara del que representa la missió professional. S'indica que es fa necessària la construcció d'un bon argumentari per tal de realitzar aquesta tasca en els diversos contextos professionals.

S'apunta que una manera de començar aquest exercici pot ser tractant d'aclarir aquesta qüestió d'una manera interna, individual; assegurant que els mateixos professionals del treball social siguin els primers a tenir una resposta clara davant del que hauria de ser la missió a complir dins dels equips.

En termes generals, s'expressa la dificultat d'aquesta tasca. Tot i que de manera informal i interna tots poden conèixer instintivament la finalitat de la professió, la dificultat es troba a construir un argumentari comprensible i transferible per als altres, que es pugui transmetre de la manera més rica i àmplia possible. Així s'expressa en el

primer fragment. En el segon, Ts08 parla de les dificultats per explicar, d'una manera planera a la seva filla, el treball que fa.

> Ts13: "Tenim aquesta dificultat d'explicar el que fem (...) potser algunes coses són més fàcils... però hi ha una altra part que costa...".

> Ts08: "A mi quan la meva filla de vuit anys em pregunta: 'Però tu, mamà, què fas exactament?', em costa explicar-li-ho. Com a mare no sé com explicar-li el que estic fent. El que li dic és que treballo en un hospital intentant ajudar que les persones que atenc tinguin una vida més fàcil o que no tinguin tantes dificultats (...). Crec que és això el que fem, ajudar la persona en la seva singularitat".

El fet de no assumir aquesta comesa pot suposar el risc de deixar un terreny lliure per l'augment de les simplificacions respecte del que representa el treball social.

> Ts47: "Lo que pasa a veces es que nos preguntan qué hacemos como trabajadores sociales, y nosotros mismos no lo sabemos explicar".

Aquesta necessitat d'assumir un paper més pedagògic és àmpliament compartida entre els informants. Tot i que també cal esmentar que en moltes ocasions topa amb la pregunta de per què cal que ho siguin ells, i no altres professionals.

> Ts46: "Sap greu, perquè això no ho ha de fer un psicòleg ni ho ha de fer un psiquiatre; llavors, per què nosaltres sí?"

Els fragments següents responen a la qüestió.

> Ts37: "'Per què he d'explicar a un psiquiatre el que jo faig?' Jo era d'aquestes. I un dia vaig pensar: 'Doncs perquè no ho sap, li ho he d'explicar perquè no ho sap'. I no remenem més que si ho hauria de saber...".

> Ts41: "Jo ja fa 24 anys que estic en treball social, i des que vaig començar fins ara, el denominador comú en qualsevol feina és que amb tots els companys, amb la direcció, i a tot arreu, s'ha hagut d'anar explicant el que fem. És un treball de formigueta, que dic jo, de no desistir... I que ho hem dit 4.000 vegades...? Doncs bé, ho direm 4.001!".

Diversos informants subratllen que resulta certament raonable esperar que la mirada del treball social no sigui incorporada a l'interior dels equips, si no hi ha una capacitat per presentar-la sòlidament. En aquest sentit, assenyalen el fet que en els casos que

aquestes mirades són exposades de manera raonada i argumentada, tenen moltes possibilitats de ser integrades.

> Ts34: "És que quan entenen el que fa el treball social [*es refereix als psiquiatres*] el troben un professional imprescindible a l'equip, compten amb tu, et consulten...".
>
> Ts07: "És una mena de treball educatiu per part nostra, de fer entendre als companys que tens al costat que aquesta part també s'ha de tenir en compte".
>
> Ts39: "Ens hem de fer necessaris, i això és una feina nostra".

S'afirma que cal estimular més la capacitat de fer-se preguntes i dubtar sobre la versió que de vegades es dona en els equips d'algunes valoracions, que s'acaben acceptant per no entrar en conflictes. Així, s'esperona a assumir una posició crítica, i a aportar el judici d'una manera menys acomplexada.

Amb aquesta altra línia discursiva, es plasma que diversos informants estableixen una primera necessitat primordial de reafirmació interna. L'objectiu és que aporti seguretat per tal de poder optar a treballar d'una manera més igualitària amb els altres.

> Ts50: "És molt important que des del treball social puguem definir realitats, per tal de poder contrastar-les amb les altres disciplines, i a partir d'aquí fer aquests diàlegs i traçar camins comuns. Si no ens podem definir, tenim un risc, i és que altres disciplines que estan treballant amb nosaltres amb la mateixa població defineixin la realitat d'intervenció als seus paràmetres. Llavors, és molt fàcil que ens deixem portar per paràmetres que marquen altres maneres de mirar la mateixa població atesa. Si volem (...) aportar i sumar a la intervenció (...), hem de poder-ho fer des d'un raonament que pugui donar un context que es pugui tocar, que es pugui veure, que es pugui dialogar amb les altres disciplines. Clar que és difícil... (...). Altres disciplines (...) ja tenen bases que potser estan més clares, però en la nostra és tan dinàmica, que hem de poder-la definir contínuament en el lloc on estem. I hem de fer-ho en l'idioma, la comunicació i els paràmetres per tal que els altres ens entenguin, també".

La mateixa informant continua el seu raonament presentant exemples de, com en un nivell *micro*, intenta desenvolupar aquesta acció. Així, exposa que una de les seves prioritats en relació amb el treball d'equip que realitza consisteix a tractar d'establir una comunicació basada en paràmetres que assegurin la comprensió del que s'està

tractant de comunicar. Assegura que de vegades les obvietats, i el fet de suposar que l'altre professional assumeix la comprensió del que un ja dona per descomptat, acaba provocant deficiències en el treball.

Es detecta que són precisament els informants que assenyalen la possibilitat i capacitat de tenir una major incidència dintre dels seus equips i organitzacions, els qui expressen també una major satisfacció amb el lloc de treball que ocupen. Es produeix, doncs, una sinergia positiva, en què totes dues variables van retroalimentant-se.

> Ts18: "El treball social ha aportat una mirada diferent, més àmplia, més global, a la meva organització (...). Tenim l'habilitat de dir, de pensar, de dissenyar i d'implementar, i a més a més, tenim capacitat de posar coses en marxa a partir de l'experiència".

S'indica que la tasca de divulgació de la dimensió social, cal fer-la compatible amb una voluntat de comprensió del que també tracten de projectar les altres disciplines. Això s'apunta perquè en el dia a dia abunden les posicions de desavinença, d'immobilisme i de cert ressentiment fruit dels conflictes interdisciplinaris enquistats.

En massa ocasions, es diu, les actituds reivindicatives que es formulen des de les diferents disciplines condicionen negativament els ambients de treball, la qual cosa repercuteix alhora en els serveis que s'han de prestar.

Alguns informants han criticat durant les entrevistes que en massa ocasions des del treball social es mantenen actituds que tracten de ser impermeables a les influències d'altres professionals, com per exemple el cas de les explicacions clíniques que els psiquiatres i psicòlegs fan de les malalties mentals.

> Ts30: "Algunes companyes que tinc qüestionen que hàgim de participar en els aspectes clínics, que hi fem aportacions (...). Per mi és evident que la nostra intervenció social ha de contemplar aspectes clínics (...). Si tu no tens aquests elements bàsics (...) difícilment podràs fer un abordament (...) ni entendre com afecten aquests aspectes en el funcionament social de la persona (...). Però hi ha treballadors socials que es queden en el fet que no han de saber res en absolut de clínica. En conseqüència, no mostren interès, i a més, si s'utilitza alguna cosa de clínica, és com que estem sortint del treball social. Jo no participo d'aquest estil (...), en què a més tot el dia has d'estar demostrant i reivindicant que ets treballador social. Penso que l'estil està (...) a entendre quina és la tasca comuna de l'equip, i alhora veure com

> hi aportem cadascun des de la nostra disciplina. L'actitud reivindicativa (...) no funciona. És un error pensar que d'aquesta manera defensem la professió".

En aquest sentit, diversos informants han assenyalat la necessitat d'escoltar i integrar les explicacions d'altres col·legues i no defugir-les, no tant per agregar acríticament la seva visió, sinó precisament per tractar d'aprendre'n i aprofitar aquests espais de diàleg oberts per integrar-hi la perspectiva que des del treball social es pot projectar.

Un exemple d'aquesta posició l'exemplifica la informant següent, que explica com va resultar el seu procés d'incorporació a un centre de salut mental, on ella era l'única treballadora social. Tot i apuntar que la línia dominant resultava ser la biomèdica, indica que va tenir la possibilitat d'incidir en aquesta visió, i aportar-hi els elements teòrics i tècnics propis del treball social. Destaca que les seves aportacions van trobar una bona recepció, fruit també de la seva insistència al llarg del temps.

> Ts26: "Aquest és un centre amb una formació (...) que és bastant biomèdica (...), però això no treu que ningú negui la incidència ni de l'entorn familiar, ni social. Crec que al contrari, ho tenen molt present. És un treball que hem anat fent conjuntament. Un treball segurament que de vegades els treballadors socials no fem prou, que és formar els nostres companys metges en allò que pot aportar el treball social, per tal que ells també confiïn en el nostre mètode i en les intervencions que podem fer. Quan pots avançar en això t'adones que segurament és quan es pot donar una veritable interdisciplinarietat".

D'aquest recorregut, en subratlla la possibilitat que té d'enriquir-se a partir de l'aprenentatge que li resulta del treball conjunt amb els seus col·legues metges.

> Ts26: "A mi m'ha ajudat interpretar i veure el món de la salut mental a través dels ulls dels metges. Tenen algunes coses de les quals penso que com a treballadors socials podríem aprendre molt. Són molt pràctics. Per exemple, en l'informe clínic expliquen una gran quantitat de coses en una plana i mitja. Nosaltres de vegades en necessitem cinc. També tenen classificacions que utilitzen amb finalitats pràctiques que són molt útils. Els permet anomenar les coses d'una determinada manera, classificar la realitat, ser més pragmàtics. Jo m'he enriquit moltíssim d'aquesta aportació".

9.4. L'especificitat del treball social en salut mental

Un dels elements introduïts en les entrevistes mantingudes amb els professionals va ser l'aprofundiment en els aspectes que poden singularitzar el treball social, respecte de la diversitat de professions que també estan situades en aquest àmbit.

Certament, la qüestió no va ser simple la d'abordar, ja que per a una part important d'informants va resultar complex descriure i establir unes separacions nítides entre les funcions que assumeixen unes professions i les altres.

Exceptuant la vessant mèdica, cal dir que els informants han assenyalat que en moltes ocasions, la pràctica quotidiana difumina bastant les característiques que suposadament són pròpies de les diferents disciplines, ja que es comparteixen multiplicitat de funcions, de vegades, de manera harmoniosa i equilibrada; en altres circumstàncies, esdevenint font de conflictes.

Si s'agafen les declaracions dels informants, en aquest cas, focalitzades en les diferències que estableixen entre els treballadors socials i educadors socials, hi trobem dos tipus de resposta.

En primer lloc, hi ha aquelles que assenyalen el que formalment hauria de ser. En aquest sentit, es diu que la intervenció de caràcter més directe amb l'usuari recauria en la figura de l'educador social, mentre que la planificació i gestió del pla de treball ho faria en el treballador social. D'aquesta situació, se'n desprenen dos espais de treball on els professionals es trobarien situats de manera clara i diferenciada. Al treballador social se'l situa al despatx, mentre que a l'educador social se'l situa al carrer.

> Ts09: "Se suposa que l'atenció directa és més d'educador i la tramitació és més del treballador social".
>
> Ts31: "A l'educador social el veig més en l'atenció directa (...) i en els acompanyaments. I al treballador social el veig més el que gestiona això de cara enfora; de cara als recursos més comunitaris".
>
> Ts02: "Nosaltres ens defensem més en l'oficina, la paperassa, el treball de fons... (...). Tu, a un educador, li fas fer una justificació econòmica i li dones un mal de cap que al·lucina".

Pel que fa a les funcions, es diu que:

> Ts05: "La nostra tasca té més a veure amb l'assessorament, la informació de recursos, la gestió".

> Ts07: "Hi ha àmbits molt clars que són del treball social, que és el del diagnòstic social".

A mesura que els informants verbalitzaven aquestes definicions, resultava curiós observar com molts d'ells s'anaven plantejant que la diferència de funcions, de la qual feien esment, entre l'educació social i el treball social deixava en una situació molt simplificada l'actuació del treballador social.

Així, a l'instant s'hi afegia que l'atenció directa, l'acompanyament, les accions de recuperació, la sortida fora del despatx, etc., també són funcions que el treball social pot acabar assumint dins el seu rol professional, atès que té les competències per fer-ho. La paradoxa es manifesta quan molts d'ells acaben assenyalant que aquestes funcions són poc representatives a la pràctica. De fet, quan es pregunta, ja no tant per definicions, sinó pel que succeeix en un pla més concret i real en el del dia a dia, es recull una diversitat de situacions que en molts casos no encaixen amb les primeres definicions descrites.

En el fragment que s'exposa a continuació, es pot llegir l'explicació d'un informant responsable d'un servei social especialitzat en salut mental. Entre les seves funcions, s'hi troba la contractació de personal i la coordinació del servei. En aquest cas, trobem l'aplicació d'uns criteris que sí que concorden amb els perfils diferenciats d'una manera més formal.

> Ts06: "Jo aquí tinc clar quan necessito un treballador social o un educador social (...). Un és més l'activador de recursos i l'altre, més de seguiment diari amb la persona. El treballador social és el que ha de poder liderar el pla de treball, activar recursos, i l'educador faria d'executor".

En bona mesura, però, d'acord amb les dades recollides, es podria afirmar que aquesta situació presentada per Ts06 es troba més propera a l'excepció que a la norma, i més si ens concentrem en els serveis del sector social, i alguns altres de sanitaris, en què la incorporació de la figura de l'educador comença a ser més present. Per exemple, dues professionals inscrites en serveis de Club social expliquen que la diferenciació de funcions no es dona en el seu context laboral.

> Ts17: "Nosaltres ho integrem tot, no distingim funcions (...). En el funcionament del dia a dia del servei, anem fent totes de tot".

> Ts32: "Aquí no fem diferències. Tots fem la funció d'educador. Les figures queden totes diluïdes (...) totalment barrejades...".

Si ens fixem ara en un servei de caràcter sanitari, es pot comprovar que aquesta dinàmica també té presència més enllà de l'àmbit social.

> Ts16: "Yo, que estoy en el servicio de rehabilitación comunitaria, pues estamos cuatro educadores y yo como trabajadora social. Y la verdad es que muchas de las funciones que hacemos son las mismas, porque hacemos entrevistas, hacemos seguimiento, ellas hacen actividades y yo también hago actividades. Entonces, a veces incluso surge esta polémica de las funciones que tenemos, porque las categorías son diferentes".

No és singular, aquest cas, dins l'àmbit sanitari. Per exemple, altres informants han assenyalat que nous professionals de l'educació social que s'incorporen en els serveis d'hospital de dia assumeixen les funcions que s'havien anat duent a terme des del treball social. Una de les qüestions de debat que sorgeix d'aquesta situació fa referència al desconeixement, per part dels treballadors socials, de les tasques que els educadors poden assumir en aquest àmbit. Així, s'esmenta que els treballadors socials tenen un document formalitzat de funcions, estipulat des del col·legi professional, mentre que això no existeix entre els educadors socials.

La situació dibuixada presenta dues disciplines suposadament diferents, amb denominacions diferents, amb estudis universitaris diferents, però que en multiplicitat de contextos i situacions funcionen a la pràctica com un mateix cos. En aquest sentit, no es recull un discurs homogeni entre els treballadors socials consultats en relació amb aquesta qüestió, sinó que es troba una disparitat de criteris i opinions: des d'aquells que consideren que són dues disciplines pràcticament iguals, que a la pràctica poden desenvolupar les mateixes competències amb una certa conformitat per part de totes dues bandes, passant per professionals que admeten un tronc comú molt important, però amb matisos i especialitats que les distingeixen i singularitzen.

També es troben informants que plantegen dificultats per a totes dues disciplines, com a conseqüència d'aquesta situació d'assimilació compartida. Finalment, es destaquen els discursos que observen amb cert pessimisme la continuïtat del treball social com a disciplina, fruit d'aquesta situació d'assimilació.

> Ts44: "Hi ha moltes funcions, i ho hem de poder dir, que les podem fer els dos, l'educador i el treballador social. Venim d'una branca on hi ha tasques que són comunes. I després d'aquest tronc comú, sí que hi ha unes coses que són més d'ells i d'altres més nostres. El problema apareix quan

> aquestes coses que només són del treballador social també les fa l'educador".
>
> Ts46. "Aquesta situació [*es refereix a la manca de diferenciació*] fa que es dilueixi la figura d'ells i la nostra. Jo no ho veig com 'algo' positiu (...)".
>
> Ts43. "És important delimitar bé les tasques, perquè si no el risc rau en quan s'hagi de contractar (...). Si l'educador i el treballador social poden fer sempre les mateixes tasques (...), hi ha el risc que la treballadora social desaparegui i que mai més se sàpiga que allí hi havia una treballadora social".

En aquesta discussió es recullen algunes opinions que situen el naixement de l'educació social com a conseqüència d'una posició professional feble del mateix treball social. Aquest fet explicaria que aparegués, en forma de nova disciplina,[140] el que podria ser una branca d'especialització pròpia del treball social, tal com ja succeeix en altres països europeus.

Alguns informants assenyalen una manca d'agilitat corporativa al seu moment, que comporta ara la presència de dues professions molt similars que competeixen a la pràctica per desenvolupar unes mateixes funcions, amb el desgast progressiu que això comporta per al treball social.

Aquestes opinions continuen el seu recorregut assenyalant la presència de diversos cicles formatius de l'àmbit social, en els quals s'indica que el contingut formatiu és el mateix que en el grau de treball social, però amb un nivell d'aprofundiment més baix. De nou, es percep el risc de perdre presència davant la possibilitat de ser substituïts per figures més econòmiques.

> Ts19: "Dins d'aquest àmbit hi ha una borratxera absoluta i les barreres no estan ben definides (...). Si nosaltres haguéssim estat més establerts (...), si ens haguéssim especialitzat una mica més amb tasques educatives (...), no haguera calgut l'educació social (...). Amb integració social, el mateix. Et mires el pla d'estudis i el compares amb el de treball social i és el mateix, però el grau de profunditat i el nivell d'instrucció és més baix (...), però pel que fa a les funcions sembla que puguin fer el mateix. Però bé, tot això... qui ho diu? El col·legi professional fa alguna cosa?".

[140] El títol universitari oficial de diplomat en educació social s'estableix amb el Reial decret 1420/1991, de 30 d'agost.

Comparteixo la pregunta que es formula Martín (2013), quan, en una anàlisi similar al voltant de les relacions interdisciplinàries, però en un context més ampli, formula: "¿Será que la educación social es mirada por el trabajo social con la misma incomprensión que, a su vez, el trabajo social recibe (o percibe) por parte de otras disciplinas?" (p. 255).

Hi ha motius per pensar que aquesta mirada d'incomprensió resulta un element generalitzable, de la qual el treball social és receptor però, alhora, també pot convertir-se en emissor. Aquesta actitud, emesa amb una certa condescendència amb l'educació social, no es detecta cap a les disciplines esmentades anteriorment (psiquiatria, psicologia i infermeria). En aquesta cas, les manifestacions són més explícites i combatives, ja que es percep que aquestes tracten d'ocupar un terreny que va més enllà del seu objecte de treball.

> Ts19: "Jo m'escandalitzo cada vegada que el tema del treball comunitari l'acaben portant psiquiatres".
>
> Ts44: "Cada vegada hi ha més disciplines que fan coses del treball social (...). En molts llocs, per exemple, els tallers de família els està fent infermeria. Abans era inviable, sempre era un treballador social".
>
> Ts39: "La infermeria comunitària és un dels intrusismes més greus. És que són coses nostres, i aquí ens hem deixat perdre molt de lloc, ens hem infravalorat com a professió (...). No tenim les eines tècniques per marcar aquests estaments".

La sinergia, però, es repeteix quan són els treballadors socials els qui són assenyalats des d'altres disciplines com els qui envaeixen uns espais que, en principi, no els correspondrien. En diverses ocasions, l'argument que es manifesta té a veure amb el desconeixement que aquestes tenen respecte a les possibilitats d'actuació del treball social, i es titlla de reduccionista i simplificada la seva visió.

> Ts12: "Alguns professionals de la psicologia creuen que hi ha intervencions del treballador social que són pròpies del seu camp. Això és perquè tenen un concepte del treball social reduccionista".

Per a un grup d'informants resulta comprensible que els psicòlegs que es basen en una perspectiva psicoanalítica o sistèmica puguin manifestar queixes i trobar que, d'alguna manera, els treballadors socials envaeixen aspectes que els són propis. En canvi, s'indica que aquells que s'adscriuen a una orientació conductista o cognitiva no se

senten tan 'perjudicats', atès que són menys els treballadors socials que empren el seu esquema conceptual per dur a terme intervencions.

En aquest sentit, resulta evident que el treball social s'ha basat en elements que són propis de la psicologia, com també d'altres disciplines, i que han ajudat a estructurar i organitzar, en forma de models, certes realitats a les quals la professió ha hagut de fer front. Així, algunes de les crítiques vessades des del treball social a altres professions retornen cap a ella de la mateixa manera, en una dinàmica de defensa dels límits disciplinaris.

CAPÍTOL 10

LA RELACIÓ ENTRE IDEOLOGIA I DEONTOLOGIA

En aquest darrer capítol del bloc s'exposen els resultats de l'anàlisi referent a la interrelació entre la deontologia i la ideologia. Als informants se'ls va preguntar per aquest aspecte seguint una sèrie de qüestions[141] mitjançant les quals eren convidats a parlar sobre l'adequació o inadequació d'introduir aquest component (ideològic), d'una manera explícita, en la pràctica professional.

Martín (2013) assenyala que una de les característiques actuals de la professió és la progressiva desaparició del contingut ideològic de la seva identitat, la qual cosa l'allunya així d'un dels principis transformadors que la singularitzen.

Això ho explica a partir de la centralitat d'un pensament liberal que domina actualment la interpretació de les diverses esferes socials de la vida, i que, entre les seves característiques principals, hi ha la disgregació de les explicacions de caràcter global, de manera que els nivells d'anàlisi i de resposta als problemes de les persones queden restringits a un àmbit individual.

Aquesta interpretació estaria ja infiltrada en la disciplina. La mostra en serien les intervencions de caràcter fragmentat i atomitzat que dominen la pràctica mitjançant les tècniques i mètodes centrats en l'àmbit individual i familiar (Zamanillo i Martín, 2011).

Martín (2013) aprofundeix en aquest argument en indicar que són les generacions més joves de treballadors socials, aquelles que presenten una relació més distant i desconnectada d'aquesta dimensió. Contràriament, les generacions amb major edat serien les que encara hi mantindrien una vinculació més propera.

Aquest fet l'explica per la vivència més pròxima i activa de la generació més gran, en les transformacions polítiques i socials que es van succeir a Espanya durant la Transició, entre les quals destaca la creació i expansió dels serveis socials. Possiblement també la influència del moviment de reconceptualització del treball social provinent d'Amèrica llatina, en un moment en què el país estava sortint del període dictatorial, podrien ser factors explicatius afegits d'aquesta diferència generacional.

En línia amb aquestes aportacions, l'anàlisi fins ara exposada en aquesta recerca també mostra una pràctica del treball social en què el component ideològic és gairebé

[141] Qüestions formulades als informants entrevistats. No s'han incorporat els informants participants en els grups focals. En relació amb les entrevistes, es va plantejar als participants que diguessin si estaven d'acord o no amb les afirmacions següents, i que raonessin la seva resposta. La primera qüestió va ser: "Els professionals hauríem de fer sentir més la nostra veu i fer més visibles els problemes socials que tractem, així com les desigualtats que observem". Pel que fa a la segona, era: "Des d'un punt de vista ètic, és convenient que el treballador social aparqui la seva ideologia quan intervé. En aquests casos, cal assumir un rol tècnic".

inexistent, si més no, si es fa cas als elements vinculats a la conceptualització de l'objecte, o a la tria que es fa dels models d'intervenció.

La definició del treball social com a professió que promou el canvi ha vingut majoritàriament canalitzada per l'orientació psicoterapèutica. S'ha indicat un treball sobre les capacitats de les persones per tal que aquestes puguin tenir un control més ampli i amb major llibertat dins el marc social en el qual es troben. D'altra banda, s'ha fet poc èmfasi en una intervenció que incorporés els elements de caràcter transformador per orientar una alteració de les condicions socials del context en què s'actua.

Tot i això, es fa necessari subratllar que, en un àmbit discursiu, aquesta càrrega sí que hi resulta present. A més, un nombre important d'informants configuren precisament un discurs en què expressen el malestar davant la incapacitat actual d'incorporar aquesta dimensió en la professió. Resulta significatiu, doncs, establir aquesta característica que singularitza un conjunt d'informants de la mostra.

Tot i que la referència a l'edat no és aquí tan representativa, atès que aquest malestar és manifestat per un grup de professionals heterogeni, sí que són els de més edat, els qui indiquen unes èpoques passades més marcades per l'actitud revolucionària i de denúncia pública davant les situacions d'opressió existents. També resulta notori indicar que la major part dels membres d'aquest primer grup discursiu estarien vinculats laboralment al tercer sector social.

Un segon grup d'informants, d'importància numèrica equivalent a l'anterior, es troba caracteritzat per un discurs més heterogeni davant la qüestió ideològica. Presenten certes reserves quant a la conveniència d'assumir aquest component com a element troncal i explícit de la professió. Sense refusar-lo, assenyalen altres mecanismes i estratègies per tal d'aproximar-se als objectius que ha de perseguir el treball social.

Finalment, un darrer discurs estaria construït a partir d'aquells informants, en aquest cas d'importància numèrica molt inferior als dos anteriors, que mantenen una posició totalment contrària a vincular la disciplina amb qualsevol dinàmica que presenti una aproximació política. Per a aquests, una relació explícita amb la dimensió ideològica té un caràcter totalment perjudicial per a la professió.

A continuació, s'incorporen els apartats amb els quals es presenta d'una manera més exhaustiva el contingut discursiu que conté cadascuna d'aquestes tres mirades.

10.1. El malestar davant l'absència ideològica

Com ja s'ha avançat, aquest conjunt d'informants transmeten una sensació de severa inquietud pel que fa a la incapacitat de la professió per incorporar un compromís públic més ampli i intens davant els objectius de justícia social i denúncia de les situacions de desigualtat que persegueix el treball social.

> Ts03: "Parece mentira que nos movamos tan poco (...) que no luchemos por la colectividad. No somos ni tenemos un movimiento activo (...). Quizás sea porque el profesional cuando llega a casa dice que eso ya no forma parte de su trabajo."

> Ts13: "Ens fem escoltar molt poc. Jo entenc el treball social com una disciplina reivindicativa. Alguna vegada s'ha sortit al carrer, però en general, participem molt poc de tot això".

Paral·lelament a aquesta crítica de caràcter més general, els informants expressen en primera persona la impossibilitat 'd'estar a l'altura' dels principis del treball social, per qüestions que tenen a veure amb la inèrcia organitzativa dels seus llocs de treball i el corrent majoritari d'inacció ideològica amb la qual queda impregnada la professió. Es dona, així, una impossibilitat per alinear la pràctica amb el missatge. Fins i tot, un i altre poden resultar manifestament contradictoris. La informant següent expressa aquest contrasentit, amb el qual s'identifica.

> Ts17: "És que jo soc la primera que em quedo de portes endins".

De vegades s'arremet contra les mateixes organitzacions públiques o privades per les quals es treballa, a les quals s'assenyala com a limitadores de les possibilitats del treball social en aquesta vessant.

> Ts19: "És molt difícil sostenir el sistema [*parla dels principis i valors*] de la nostra professió en aquestes institucions [*referint-se a les entitats del tercer sector*] que gestionen serveis públics amb interessos privats".

En altres ocasions s'assenyalen els àmbits institucionals de la professió, com els col·legis professionals i les universitats, els quals s'afirma que no lideren ni fonamenten un sistema de legitimació que permeti al treballador social assumir el seu paper d'agent de canvi social.

Pel que fa als col·legis professionals, se'ls percep massa propers i dependents de l'Administració pública, i amb poca capacitat per articular mecanismes de pressió que puguin influir en les decisions polítiques.

En relació amb l'àmbit universitari, aquest és percebut en termes llunyans i desconnectats de les problemàtiques que se succeeixen en el camp professional. A banda d'això, s'indica una mancança pel que fa a la transmissió d'un discurs crític que vagi més enllà dels coneixements tècnics i que permeti incorporar en l'alumat una consciència política que pugui repercutir posteriorment en la seva intervenció.

> Ts19: "El problema el tenim com a col·lectiu (...). Tenim molt poca capacitat de pressió (...). Els nostres col·legis professionals són molt voluntaristes (...), no estem representats suficientment, ni estem articulats. Si es formessin com a grups de poder o *lobbies* no els passaria això (...). El món universitari i acadèmic és un món teòric, on hi ha quatre 'vaques sagrades' que tampoc es manifesten quan hi ha agressions (...). Cal visió crítica per als alumnes i conscienciar-los".

Les paraules d'aquests professionals transmeten un to de fatalitat davant la incapacitat per denunciar, d'una manera col·lectiva, les situacions que generen vulnerabilitat i malestar social en les persones que s'atenen. El fet de no poder-ho realitzar implica, en alguns casos, un sentiment proper a l'encobriment i la complicitat amb un sistema social que es considera injust i opressor, i del qual es forma part activa.

L'expressió 'tapar', emprada en el fragment següent per Ts08, ha estat repetida en diverses ocasions per altres informants per tal de manifestar aquest neguit.

> Ts08: "Considero que tapem molt".

Apareix, així, la complexitat a l'interior de la disciplina que assenyalava Pelegrí (2004), quan es produeix aquesta incapacitat per dirigir el poder que es té, fruit de la posició estructural que es genera com a professionals, cap als fins desitjats.

> Ts28: "Si nosotros que estamos viendo estas situaciones no lo denunciamos ¿quién lo va a hacer? (...) No sé por qué no nos acabamos de..." [*expressa desesperació i no acaba la frase*].

En conseqüència, una part dels integrants d'aquest grup assumeix un discurs més valerós, que apel·la al fet d'incorporar aquesta dimensió com un deure professional. No

fer-ho, destaquen, és anar contra les pròpies funcions ètiques amb les quals està compromesa la disciplina, fet que la diferencia d'altres professions properes.

> Ts30: "Els valors del treball social són els valors de defensa de les situacions de desprotecció. Aquí hi ha un compromís social (...). Es tracta de lluitar per tal que les desigualtats socials minvin i perquè prevalgui la justícia social (...). L'objectiu de la nostra professió és diferent que el d'altres, i per això el nostre codi té una altra vessant. Per als psicòlegs, per exemple, és el benestar emocional. És diferent per a ells".

El codi, assenyalen, incorpora la càrrega ideològica del treball social en forma de deontologia. Per aquest motiu s'esmenta que, si es vol realitzar una pràctica cenyida a aquesta deontologia professional, resultarà inevitable intervenir *amb* i *des de* la dimensió política.

> Ts16: "No se puede aparcar la ideología porque la profesión en sí tiene mucha carga ideológica (...). Lo que hacemos en el despacho hay que volcarlo. Se tiene que saber. No sirve de nada apagar fuegos si no hay nadie que limpie el monte (...). Este trabajo que hacemos es muy político, aunque no llevemos corbata ni estemos en el Parlamento".

En aquesta línia ho continua expressant la informant següent, que interioritza aquest discurs i manifesta la voluntat d'assumir i condicionar la seva pràctica amb aquesta orientació, assenyalant com a contràries certes tendències ideològiques que dominen la política institucional.

> Ts19: "Jo he de defensar la democràcia i l'estat del benestar. I les polítiques que són neoliberals no defensen l'estat del benestar (...). Als polítics neoliberals no els interessa ni els moviments socials ni l'apoderament de la ciutadania (...). Jo sé que 'lo meu' és el canvi social. És generar oportunitats als qui no en tenen. Democratitzar el món i fer-lo més just".

Una altra de les característiques que configura aquest discurs és que en alguns casos es dona la tendència a convergir el rol professional amb el rol personal. Es procedeix a una fusió d'ambdós, mitjançant la qual el treballador social mantindria un compromís i una implicació en les causes que defensa i per a les quals treballa, que anirien més enllà de l'àmbit laboral.

> Ts38: "Un treballador social no només ho és vuit hores al dia".

> Ts27: "L'important és la implicació que tu tens... i no només les hores que estàs treballant o el que cobres (...). Aquí hi ha gent que quan és l'hora doncs és l'hora i s'ha acabat, però no és el meu cas".

Es finalitza aquest primer apartat fent referència a les aportacions de dues informants amb més edat. En línia amb el que destacava Martín (2013) —en aquest cas, però, sense resultar tan significatiu—, aquest seria el grup que percep amb més intensitat la pèrdua progressiva del component ideològic i reivindicatiu en la professió.

La primera informant destaca la falta de representació de la professió en els moviments de protesta que hi ha hagut els darrers anys en l'àmbit de la salut, en relació amb les 'retallades' i les privatitzacions, i en defensa d'una sanitat pública. Manté la referència d'èpoques anteriors per comparar-ho amb el present; en destaca la falta de mobilització d'ara, es pregunta el perquè d'aquesta situació, i al·ludeix a alguna sèrie de pors que poden estar condicionant-ho.

> Ts14: "En les darreres manifestacions en salut no hi ha hagut la presència del treball social. Això m'emprenya. Som molt poc activistes. Ho havíem sigut, però ara la gent no... no ens mullem (...). Em pregunto el perquè. Quines pors tenim?".

La segona informant repassa la seva etapa formativa, així com els seus inicis professionals, caracteritzats per la militància i el sentit polític que incorporava en les diverses accions col·lectives en les quals participava, conjuntament amb altres membres de la seva promoció, i que tractava de fusionar amb el fet de ser treballadora social. Aquest fet inicial, esmenta, li ha resultat molt significatiu, atès que ha marcat la seva tendència professional fins avui.

Destaca les diferències que observa amb les generacions actuals, ja que, del contacte que hi té (mitjançant la tutorització d'estudiants de pràctiques en el seu lloc de treball), percep una absència per l'interès polític, tant en la vessant personal com professional, cosa que assenyala amb gravetat, i es qüestiona, així, la possibilitat de realitzar un exercici professional competent mentre es mantingui aquesta absència.

Al mateix temps, posa en dubte les possibilitats de mantenir aquesta dimensió en la professió, ja que al desinterès generalitzat dels més joves, s'hi afegeix el cansament dels treballadors socials amb més experiència, que no troben vies per canalitzar i donar continuïtat a aquesta visió ideològica del treball social.

Ts34: "Jo soc d'una promoció (...) que érem bastant revolucionaris. Hi havia sindicalistes, gent de la política... estàvem tots compromesos (...). Tots hem tingut la nostra època de militància i revolució (...). Els alumnes de pràctiques que jo tinc ara són 'mindundis pijitos', així de clar! No saben què és el treball social (...). Penso que el treballador social ho és les 24 hores del dia. Si no t'afecta el que està passant ara a la política (...) doncs... És que s'ha de ser crític (...) i tenir un criteri polític. Ser treballador social no és el mateix que ser editor gràfic o informàtic (...). Però no sempre pots estar al peu del canó [*es refereix de nou als treballadors socials de la seva generació*]. Hi pots estar durant un temps, però després has de deixar pas. Això crema molt. Els de la meva generació ens hem anat fent grans i ens hem anat aburgesant".

10.2. La divisió de poders en treball social

Un segon grup d'informants genera un discurs en què l'element ideològic, tot i que present en un pla personal, no resulta tan determinant ni explícit com ho seria en el primer grup. També aquest discurs presenta formes més heterogènies que l'anterior, pel que fa a les maneres d'interpretar què significa aquesta dimensió ideològica per a la professió.

En primer lloc, el que cal destacar-ne és que aquest conjunt d'informants no expressa un nivell de malestar i contrarietat tan elevat com ho han fet els anteriors, derivat de l'esmentada incapacitat de correspondre la pràctica amb els principis de la professió.

En aquest cas, es contextualitza la figura professional dins d'un marc caracteritzat per una sèrie de condicionants institucionals i organitzatius, que forcen el professional a adoptar una actitud més ponderada pel que respecta a la seva posició ideològica; un professional que ha de tenir en compte, alhora, els seus deures professionals amb els usuaris, així com amb l'organització o institució per a la qual treballa.

En aquesta situació, els informants dibuixen una mena de 'divisió de poders' dins la disciplina, en què el treballador social que ocupa un càrrec professional dirigit a la intervenció s'hauria de trobar apartat d'assumir aquesta funció política, entenent que se n'haurien de fer càrrec des d'altres esferes, i s'apunta principalment als col·legis professionals i també als moviments socials.

El que sí que s'assumeix per part dels membres d'aquest segon grup, és un espai de poder (per a alguns, suficient; per a d'altres, escàs) que els ve atorgat precisament pel rol institucional que tenen, amb la incorporació consegüent dels aspectes de lleialtat i compromís que la situació comportaria.

La vessant ideològica queda, doncs, en un segon pla (més personal, assenyalen alguns; més implícita, diuen d'altres) dins d'aquest marc. Això no és entès com un sotmetiment a la institució per a la qual es treballa, sinó com un requisit per tal d'exercir la professió d'una manera més influent, i contribuir, mitjançant aquesta, al canvi i la transformació que cerca el treball social.

D'aquesta manera, s'argumenta com a necessària la bifurcació entre el rol professional i el personal, fins i tot realitzant un esforç perquè així sigui (com assenyalen diversos informants, aquest fet no representa per si mateix una menor implicació amb els principis i valors del treball social).

> Ts06: "Jo no soc la ... [*diu el seu nom de pila*] quan treballo, soc la treballadora social, una professional".

Les informants següents exposen aquesta divisió i assenyalen la conveniència de canalitzar els esforços en les funcions que s'assumeixen dins d'aquest rol.

> Ts06: "Hi ha aspectes que no depenen de nosaltres, que depenen d'altres esferes".

> Ts12: "Jo crec que no podem fer tots de tot (...). Vull dir que les energies han d'estar dividides".

Ts18 expressa precisament aquesta responsabilitat que queda en mans dels col·legis. En aquest sentit, el treballador social no es desmarca ni deixa d'implicar-se en aquesta dimensió, sinó que els cedeix la representació d'aquesta tasca. Fer-ho d'aquesta manera —segons es deriva dels diàlegs— comporta ser més eficient en la canalització de les energies, així com més unívoc en els missatges que pretén transmetre la professió.

> Ts18: "El col·legi de treball social té l'obligació de fer-ho. Crec que al professional de base no cal demanar-li una militància. Els esforços s'han de concentrar. Vull dir que a cadascú, el que li toqui".

Parlant de l'àmbit reivindicatiu i de denúncia que interpel·la la professió, a banda d'alinear-se amb la divisió esmentada, la informant següent expressa la contrarietat que sigui la disciplina del treball social, aquella que se senti cridada a assumir més

quotes de responsabilitat en aquesta vessant. És per aquest motiu que es qüestiona que hagi de ser aquesta professió, en major mesura que d'altres que se situen en el mateix context, la que se senti amb el deure d'exercir aquest rol.

> Ts33: "Tots ho podríem fer, això; no estrictament el treballador social (...). També el psiquiatre que està veient els mateixos casos que jo des d'una altra perspectiva".

A banda dels arguments anteriors, diversos informants fan esment, a més, de la necessitat de separar aquest component ideològic personal del terreny de l'acció professional, com a requisit per realitzar unes bones intervencions. Així, s'identifica la necessitat de flexibilitzar el mateix sistema de pensament. D'aquesta manera, s'apunta a no tractar d'imposar la visió professional de manera automàtica, sinó a intentar comprendre el sistema de valors i idees que presenten les persones que s'atenen.

> Ts18: "El que no pot ser és que la teva intervenció estigui molt mediatitzada per la ideologia".

> Ts28: "En el puesto de trabajo se tiene que ampliar un poco más la mirada. Tener en cuenta que mi manera de vivir y mi manera de funcionar es buena para mí, pero no tiene que ser buena para el otro".

Per a diversos informants, les actuacions de denúncia i reivindicació dins l'espai professional s'han de canalitzar, almenys de manera inicial, des de l'interior de les organitzacions en les quals es treballa. Caldria fer-ho, s'afegeix, a través de les competències tècniques, i tenir, d'aquesta manera, la capacitat d'aportar arguments fonamentats per situar les demandes que el treballador social estima més necessàries.

> Ts18: "A veure, el professional ha de ser un bon professional. Ha d'estar tècnicament i teòricament ben preparat (...). Això és el primer. Ha de fer una bona feina i fer un bon recull d'allò que fa, una bona sistematització, i en tot cas, ha de tenir la capacitat d'elevar això als seus superiors".

Aquesta posició, tot i ser assumida majoritàriament en aquest grup, no deixa de resultar complexa, i en ocasions concretes es considera com a fallida. Alguns informants reconeixen les dificultats ètiques que de vegades se'ls genera, quan la resposta institucional als problemes socials a què han de fer front és clarament insuficient o injusta.

La professional següent així ho destaca. Tot i que exposa un exemple que no és estrictament de l'àmbit de la salut mental, aquest és prou representatiu per il·lustrar el dilema que pot comportar aquesta situació, i estableix el debat sobre la conveniència d'assumir en tots els casos aquesta lleialtat institucional.

> Ts37: "Jo crec que hi ha una cosa que molts treballadors socials la tenen bastant enquistada, i és: 'Com és que nosaltres no vam estar al costat de la PAH?' Quan veiem tanta gent desnonada, 'com és que no en vam ser capaços? Com és que no ens hi vam posar al costat?' (...). Aquest tema ètic és molt complicat".

En tot cas, s'insisteix que el caràcter inevitablement ideològic de la professió, del qual els informants d'aquest grup no renuncien, cal vehicular-lo principalment a través d'una via tècnica i subordinar-lo a un esquema en el qual s'incorporin els aspectes teòrics i metodològics del treball social.

Aquests discursos tracten d'evitar l'etiqueta d'activista que de vegades tenen els treballadors socials. Una etiqueta que es considera negativa quan s'associa al rol professional, però no en l'àmbit personal. Per aquest motiu, s'esperona a realitzar actuacions fonamentades que vinculin majoritàriament la professió a una disciplina sustentada en el coneixement, i no tant en la militància i el compromís polític. S'exposa que la intervenció ha de venir legitimada, primer, per aquesta vessant. Se subratlla també que de vegades es tracta de suplir aquesta competència tècnica mitjançant la militància.

> Ts26: "Per ser activista t'has de guanyar primer el lloc (...). A partir que tu demostres que unes determinades coses funcionen, pots reclamar".

> Ts18: "Perquè de vegades es dona la situació a la inversa, que tenim gent d'una gran militància, però de molt baixa qualitat tècnica, i la millor manera que tens per fer una defensa és fer bé el que et toca fer".

Com s'anunciava al començament d'aquest apartat, una de les característiques d'aquest grup és la interpretació més àmplia i heterogènia del que per a ells representa la dimensió ideològica. Així, diversos informants, quan se'ls pregunta sobre aquest aspecte, ho vinculen a un espai personal i de caràcter pedagògic.

Més que relacions de caràcter militant, reivindicatives o de denúncia, la seva vinculació amb el component ideològic pren una actitud educativa amb què tracten d'impregnar els altres mitjançant les interaccions personals de tipus informal.

> Ts11: "Es tracta d'educar les persones que tenim més en el nostre entorn. En el meu cas, el meu home i la meva filla".
>
> Ts29: "Jo ho porto al terreny de l'educació. Crec que hem de fer pedagogia. Entenc que és una tasca més de les que tenim. Aquest activisme el fem normalment amb el grup d'amics, amb la família...".
>
> Ts32: "Quan tens una professió així... no tens l'obligació, però sí que... jo almenys quan estic en un sopar amb col·legues o família i surt un tema així, doncs jo soc l"abanderada' de la salut mental".

Per a altres informants, el treballador social és l'agent professional que està al servei dels usuaris per tal de donar-los suport en el cas que aquests vulguin iniciar algun tipus d'acció col·lectiva que incorpori elements ideològics. Consideren que no són ells, els qui han d'assumir un paper promotor ni de lideratge d'aquests moviments.

> Ts24: "Jo no em considero el protagonista. Els protagonistes i els que s'han de moure són ells. La nostra funció és potenciar que si ells han d'anar a trucar portes o s'han d'anar a queixar, doncs que ho puguin fer. Jo donaré suport com a professional, i crec que la meva feina és aquesta".
>
> Ts31: "Jo no he de ser l"abanderada'. Penso que les persones amb malaltia mental, han de ser elles les que tinguin la paraula (...). Penso que en tot cas els activistes haurien de ser ells, i nosaltres els hauríem d'acompanyar".

Aquests informants, com també Ts24 i Ts31, assumeixen una posició professional de facilitadors, però no de mobilitzadors. Tracten d'explorar les situacions a partir de la manera com els usuaris les veuen, i, per tant, les accions queden subjectes a l'acompanyament d'un procés que no ve planificat de manera anticipada pel treballador social.

De la mateixa manera, els professionals següents, quan són convidats a parlar del component ideològic en treball social, remeten automàticament al tracte humà que cerquen, així com a la necessitat d'emprar la relació entre el treballador social i l'usuari com a mitjà per al bon desenvolupament del procés. En aquest sentit, el terme *ideologia* interpreten que està carregat d'elements de caràcter personal, però més aviat despolititzat.

Tot i que d'entrada podria semblar una contrarietat, aquest enfocament es fa assumint un rol professional fort. No es troben contrarietats en el fet d'incorporar els elements

personals en la tasca amb l'usuari, sinó que, de manera contrària, argumenten que és precisament a partir d'aquests elements que es poden generar les condicions per assolir els objectius professionals desitjats.

> Ts32: "Jo treballo incorporant el tracte humà (...). Penso que el que aporta el canvi a la persona és com et relaciones amb ella".

> Ts26: "Per treballar amb el vincle has de jugar amb les teves característiques personals (...). Quan parlem de les habilitats d'intervenció, en realitat estem parlant d'habilitats personals reconvertides en habilitats d'intervenció (...). La construcció del vincle és al final la construcció d'una relació, i tu no deixes de ser l'individu que hi ha al darrere per ser el professional".

10.3. El perjudici d'una professió militant

El darrer apartat és el més breu. No només perquè representa un grup molt menor d'informants, tots ells vinculats al sector sanitari, sinó perquè els arguments que han manifestat per exposar la seva actitud són més concisos, alhora que contundents. Es diferencien del grup anterior, atès que la seva posició és molt menys vacil·lant, ja que considera com a perjudicial qualsevol tipus d'acció professional que vagi més enllà d'una funció estrictament tècnica.

En aquest sentit, veu totalment incompatible la vinculació ideològica amb el fet d'intentar desenvolupar una disciplina que aspiri a ser científica.

> Ts20: "Si tu lligues la professió a la política, per a què, la ciència?".

De la mateixa manera, continuen indicant altres incompatibilitats, com és el fet d'arremetre públicament contra les institucions per a les quals es treballa, cosa que consideren un contrasentit.

> Ts15: "Amb manifestacions, no... [*no acaba la frase, però es pot entendre que vol expressar que no es va enlloc*]".

> Ts20: "Anar a protestar contra qui et paga no té molt sentit".

Aquests informants expliquen que aquesta posició que defensen no implica renunciar a les obligacions que té el treballador social de denunciar les situacions de desigualtat i injustícia. El que sí que implica és fer-ho per mitjans que en cap cas no prenguin una connotació política, sinó que es vehiculin a través de l'àmbit del coneixement tècnic.

Aquesta és, però, una tasca que no es realitza en la professió, i se n'addueixen diverses raons que, en alguns casos, interpreten com a excuses.

> Ts20: "El que cal és que el treballador social publiqui en revistes i que treballi, i que no sigui polític. Tu has de denunciar les desigualtats, evidentment, però la denúncia s'ha de fer publicant".

> Ts22: "La manera de fer difusió és aquesta [*també es refereix a publicar*]. A veure, pel tema del temps... els metges fan els mateixos horaris i publiquen".

Per a aquests informants, la discussió està relacionada amb un problema més ampli, que té a veure amb el sistema de legitimació sobre el qual recolza la professió. En aquest terreny s'hi juga la possibilitat d'incorporar-se a una dinàmica vinculada al coneixement i la ciència, o bé a un espai ideològic que, d'acord amb aquesta visió, desnaturalitza el que significa el treball social.

> Ts20: "Aquesta és la via [*l'informant parlava d'aportar dades, comparar-les amb altres professionals, sistematitzar la informació, publicar articles, etc.*], si volem integrar-nos dintre del que són les ciències. Si volem integrar-nos a la política, doncs llavors potser hauríem de fer un partit polític. Però jo, en un partit polític, no m'hi veig!".

Quarta part: BLOC SINTÈTIC

CAPÍTOL 11

CONCLUSIONS

11.1. Síntesi de resultats

Aquesta investigació ha tingut com a objectiu general aprofundir en el coneixement disciplinari i professional del treball social a partir d'una anàlisi focalitzada en un dels àmbits en el qual es desenvolupa: la salut mental. Aquest interès es va fer operatiu mitjançant l'elaboració de cinc objectius específics:

1. Explorar l'objecte del treball social en l'àmbit de la salut mental.
2. Examinar la correspondència entre la pràctica professional i el corpus teòric de la disciplina.
3. Identificar les possibilitats, així com les maneres, d'avaluar l'impacte de les intervencions.
4. Determinar la posició que ocupa el treball social en el context multidisciplinari de la salut mental.
5. Analitzar la rellevància que pren la dimensió ètica i política en l'acció pràctica i reflexiva dels professionals.

A continuació s'exposen els resultats obtinguts per a cadascun.

Explorar l'objecte del treball social en l'àmbit de la salut mental

- L'anàlisi en relació amb les tasques i funcions manifestades pels informants evidencia que la pràctica professional majoritària dins d'aquest àmbit quedaria enquadrada en un treball focalitzat en la persona diagnosticada i la seva família, amb una forta càrrega de treball associada a la tramitació, la coordinació i la documentació.
- Es fa palès que l'acció professional que supera la dimensió individual i familiar és menor, i és en aquest mateix sentit que és valorada com a deficitària per un nombre significatiu d'informants. Paral·lelament, es constata una insatisfacció professional davant la debilitat de xarxes i estratègies comunitàries més sòlides i la manca d'accions preventives, de promoció i de sensibilització social que es duen a terme.
- Seguint la proposta d'objecte de Zamanillo (1999),[142] es pot assenyalar que l'eix presentat per aquesta autora (gènesi estructural – gènesi personal) es troba

[142] Vegeu p. 85.

clarament decantat per un perfil professional que orienta la seva intervenció cap a les dificultats de caràcter vivencial de les persones que atén. En aquest decantament, l'esfera estructural i les seves connexions amb la gènesi personal resten àmpliament desateses. La dimensió social queda, en bona mesura, diluïda com a objecte dins l'esfera biològica i psicològica.

- Aquest fet s'accentua en analitzar els discursos sobre les causes de les malalties mentals. Predomina una referència equidistant a les tres dimensions que configuren l'eix biopsicosocial. Una part minoritària dels informants ha assenyalat els determinants d'ordre psicosocial per fer referència directa a les dinàmiques familiars com a element més significatiu en la manifestació dels trastorns. Això contrasta amb l'escassa presència dels factors d'ordre econòmic, social i cultural que es troben en l'origen dels problemes de salut mental.
- Pel que fa a les conseqüències de les malalties mentals, es comprova que la interpretació abraça una mirada més àmplia que la feta a les seves causes. Es fa referència a les barreres socials, econòmiques i ambientals existents, que dificulten la progressió d'uns processos de recuperació o rehabilitació més favorables. En aquest aspecte, es comprova que una part important dels informants destaca la limitació existent en el treball social per oferir respostes més efectives davant aquestes problemàtiques. Tot i això, no s'identifiquen d'una manera nítida les raons que causen aquesta limitació, més enllà de les mencions referents al domini de la perspectiva biomèdica que preval en les organitzacions/institucions en les quals s'inscriuen els professionals.
- Dels discursos analitzats en relació amb aquest primer objectiu, s'identifica un perfil professional que majoritàriament transmet una actuació caracteritzada per la lògica reflexiva-terapèutica. Més minoritari resulta el discurs associat a un professional reparador-reformista, i pràcticament inexistent el discurs crític-radical. Aquesta constatació contradiu algunes de les recerques apuntades en el marc teòric,[143] les quals indicaven una posició funcionalista, d'ordre positivista, com a pauta més general en la intervenció des del treball social. Únicament, i en termes de similitud, es pot destacar que totes dues lògiques comparteixen una actuació basada en l'individualisme metodològic, en què s'intervé de tal manera que en la persona s'hi troba la resposta i la solució al que li succeeix.

[143] Vegeu p. 97.

- Sota aquest mode d'actuació dominant (reflexiu-terapèutic), els professionals que s'hi troben associats posarien un major èmfasi en el vincle que es construeix amb les persones amb les quals es treballa. Aquest s'entén, per ell mateix, com un mitjà significatiu per a la recuperació. Sota aquesta lògica, la finalitat de l'acció es focalitza a cercar l'apoderament mitjançant l'acompanyament i la promoció de les potencialitats innates de les persones. Els aspectes tècnics i emocionals es fusionen en les intervencions. L'objectiu se centra a dotar d'un contingut significatiu els projectes de vida. Des d'aquesta posició, l'objecte se situaria en un context de naturalesa subjectiva, de caràcter humanista, centrada en una interacció que possibiliti l'ajuda.
- En menor mesura, l'aparició d'una lògica reparadora-reformista entre els informants situa el professional en una posició de tècnic expert, que intervé sobre les situacions problemàtiques per tal de rehabilitar-les, i cercar una adaptació de caràcter funcional, d'acord amb els estàndards de normalitat social. Sota aquesta dinàmica, es tendeix a posar un major èmfasi en les intervencions basades en la tècnica, la utilitat i l'eficiència. Cal dir, però, que, sota aquesta posició, no es detecta una base explicativa diferent respecte dels trastorns mentals que l'aportada pels discursos associats a la lògica reflexiva-terapèutica.
- L'absència d'una perspectiva radical —o *revolucionària*, utilitzant el terme de Howe (1999), o *socialista-col·lectivista*, en Payne (2005)— en aquesta etapa de les entrevistes podria explicar que un factor tan rellevant en l'àmbit de la salut mental com és la desigualtat social hagi tingut un pes pràcticament insignificant en els discursos vinculats a les causes.

Examinar la correspondència entre la pràctica professional i el corpus teòric de la disciplina

- Dos de cada tres informants manifesten incorporar, d'una manera explícita, la dimensió teòrica en la seva pràctica habitual. Un de cada tres afirma no fer-ho. Entre els professionals que en farien ús, empren majoritàriament una perspectiva eclèctica. En menor mesura, es troben els treballadors socials que basen la seva intervenció en un sol model teòric. Menys habitual resulta la utilització del model teòric institucional com a orientació principal.
- Es comprova que els professionals eclèctics justifiquen l'ús simultani de diversos models com un bon mètode d'adaptació flexible als diversos escenaris i

demandes que han d'afrontar. D'altra banda, assenyalen una certa indefinició en la sistemàtica de treball, com a punt dèbil. Els informants que manifesten no fer-ne un ús teòric explícit posen un major èmfasi en les competències personals i en l'aspecte vocacional com a elements més significatius i que tenen un major impacte en la qualitat i efectivitat de la seva intervenció. De manera força àmplia, tot i que amb intensitats diferents, es qüestiona la incidència positiva que té un ús sistemàtic de la teoria en la pràctica quotidiana.

- En aquesta línia, s'identifica la presència de discursos que subratllen la dificultat per connectar la perspectiva teòrica amb la pràctica del treball social, a causa de la naturalesa de les intervencions. Es destaca que les situacions que ha d'encarar el professional excedeixen la regularitat que plantegen els models i els sistemes teòrics que s'han treballat durant l'etapa formativa universitària, la qual cosa produeix una desafecció cap a aquesta esfera.
- Per aquest mateix motiu, s'evidencia una línia discursiva encara més accentuada que manifesta explícitament un desajust entre la formació rebuda durant l'etapa universitària i les exigències que sorgeixen un cop es realitza la inserció en el món laboral. Es critica la formació de caràcter generalista, amb pocs punts de connexió amb les demandes 'reals' a afrontar posteriorment. Aquest fet es relaciona amb la desorientació que caracteritza l'inici professional d'una part important dels integrants de la mostra. S'apunta la necessitat de repensar els continguts que s'imparteixen des de la universitat, per tal d'ajustar-los a unes competències que resultin més útils.
- Pel que fa a les referències teòriques esmentades pels professionals que en fan ús, destaca de manera significativa l'ús preeminent del model sistèmic (51,2%), molt per davant del model cognitiu-conductual (22%) i del model psicodinàmic (19,5%). En aquest punt, resulta necessari constatar que no s'ha fet esment d'altres models del treball social introduïts en el marc teòric, com: el model centrat en la tasca, el model d'intervenció en crisi, el model construccionista o el model crític-radical.
- Es fa palès que el model sistèmic és emprat de manera majoritària per contextualitzar la intervenció que es realitza amb la persona i el seu subsistema familiar. En menys ocasions s'han obtingut dades que permetin indicar la utilització d'aquest model per abordar aspectes que sobrepassin l'entorn familiar més immediat.

- Resulta rellevant comprovar l'escassa referència al model humanista (4,9%), o a alguna de les seves variants, com tampoc al model construccionista. Aquest darrer no ha estat assenyalat en cap ocasió. Aquest fet sobta, si es té en compte que anteriorment (en examinar l'objecte) s'ha detectat un perfil professional caracteritzat per la lògica reflexiva-terapèutica. En aquest sentit, semblaria raonable esperar una major referència a aquests models (especialment, a l'humanista), i més, si és possible, quan s'han esmentat elements que hi serien molt propers, i que tenen a veure amb el seu context i perspectiva d'intervenció, amb els objectius que es cerquen, així com els mètodes i procediments habitualment utilitzats.
- S'identifica un discurs que interpreta l'especialització formativa en salut mental com una possibilitat òptima per establir uns paràmetres més clars d'actuació i orientació dins l'àmbit, però sobretot es considera una bona estratègia per augmentar l'estatus de la professió. Especialment, són els professionals emmarcats en el sector sanitari, els qui manifesten de manera més intensa el suport. Aquest fet pot estar associat a la convivència més pròxima amb perfils professionals d'altres disciplines que tenen establerta aquesta especialització. En el menor dels casos es posen en relleu alguns inconvenients. El més assenyalat és el que planteja el risc d'una pèrdua de perspectiva professional que impacti negativament en la capacitat per connectar informació que no sigui pròpia de l'àmbit.
- Es verifica que, tot i existir aquest consens al voltant de l'especialització, es dona una heterogeneïtat de opinions davant l'orientació que aquesta hauria de prendre. Per a una part d'informants, hauria de tenir un format acadèmic que permetés l'aprofundiment teòric i metodològic en models específics del treball social. Per a una altra, s'entén la necessitat d'adquirir una major competència en elements de caràcter clínic i psicoterapèutic. Així mateix, diversos informants posen de nou l'èmfasi en el fet que l'especialització pugui estar directament associada a les necessitats que emergeixen en els contextos laborals, per tal que pugui incidir especialment en les destreses pràctiques.

Identificar les possibilitats, així com les maneres, d'avaluar l'impacte de les intervencions

- Es recull una observació àmplia que expressa la dificultat d'incorporar la vessant avaluativa en la dinàmica d'intervenció quotidiana. L'argument principal fa referència a la complexitat per traduir els *inputs* que recull el professional a un llenguatge objectivable i verificable. Aquest fet s'explica atès que una part molt important d'aquestes evidències s'associen a un registre expressiu situat en l'àmbit de les apreciacions personals.
- S'identifica, de manera recurrent, una crítica dels indicadors de caràcter institucional que han d'emprar bona part dels informants. S'argumenta que aquests són elaborats sota criteris de gestió per part de les organitzacions, amb una vinculació poc concreta amb la intervenció que es realitza amb les persones. Els professionals assenyalen unes directrius institucionals que requereixen els aspectes quantitatius de la seva feina, per sobre del contingut qualitatiu. Aquest fet és generador d'incomoditats, ja que els paràmetres que s'utilitzen per a aquesta finalitat no tenen la capacitat per representar d'una manera efectiva el treball d'intervenció que els professionals consideren realment important.
- Tot i les dificultats que es desprenen en relació amb l'avaluació, es detecta una posició àmplia que manifesta necessari i rellevant el fet de mesurar els impactes, positius o negatius, que es deriven de la intervenció. A banda d'una millora directa en els procediments de treball mitjançant elements de racionalitat i sistematització, s'entén que aquesta via és la que pot conduir el treball social a obtenir una quota d'influència més àmplia en els espais de treball en els quals es desenvolupa.
- Es constata que una línia discursiva més minoritària que l'anterior declara desatendre aquesta vessant, ja que considera que no aporta elements útils per a la intervenció, i assenyala que aquest és un debat allunyat de les prioritats reals que tenen els professionals. A més, es percep el perill que, sota aquest interès per mesurar, emergeixi un rol professional més distant amb les persones amb les quals es treballa, la qual cosa devalua el component humà que caracteritza el treball social. Possiblement per aquest motiu, s'identifica una associació negativa quan s'esmenta l'aproximació del treball social a la dinàmica científica.

- Aquesta posició contrasta amb el grup d'informants que no veuen cap incompatibilitat entre un major aprofundiment científic i el manteniment d'una perspectiva humanista. És per aquest motiu que indiquen la possibilitat de conciliar elements que podrien ser propis de la mirada humanista, com l'acompanyament, el compromís, l'establiment de vincle o l'empatia, amb els trets més propers a una lògica tècnica, com l'observació, la mesura, l'explicació o la predicció.
- Es detecta que el debat sobre les evidències i els mètodes d'avaluació es troba fortament influït per aquest bagatge científic de la disciplina. La falta de vinculació que es manifesta amb aquesta vessant comporta, per a una part important d'informants, percebre la professió en termes comparativament inferiors a la d'altres companys, especialment dins el sector sanitari. Aquesta és una característica important, que incideix negativament en la construcció identitària.

Determinar la posició que ocupa el treball social en el context multidisciplinari de la salut mental

- Es constata un discurs dominant que presenta la mirada biomèdica com a perspectiva central en l'àmbit de la salut mental. Aquest fet, accentuat en els informants que es troben ubicats en el sector social, estableix un marc d'interpretació preponderant que situa l'individu i la seva simptomatologia clínica com a nucli central a partir del qual pivota el conjunt de les intervencions. En aquest context, s'evidencien dificultats, per part dels professionals del treball social, per legitimar la seva perspectiva social en el marc del treball interdisciplinari. Possiblement per aquest motiu, s'identifica en un gruix significatiu d'informants un discurs caracteritzat per actituds de resistència i reivindicació en els espais laborals, així com en el treball en xarxa.
- En línia amb la qüestió anterior, s'observen manifestacions que incorporen diversos elements d'insatisfacció i malestar, vinculades a la percepció que prové d'una imatge externa afeblida, poc associada a un coneixement disciplinari i científic. Es percep, a més, una pèrdua progressiva d'incidència del treball social dins l'àmbit de la salut mental, tenint en compte la intensitat amb la qual s'havia projectat durant els anys posteriors a la reforma psiquiàtrica. S'interpreta que la funció professional queda excessivament descompensada per la seva intensa

vinculació al compliment de directrius relacionades amb la burocràcia i la gestió de recursos.

- A banda d'elements exògens, es constata que un grup més reduït d'informants empra també trets endògens per explicar la situació negativa d'aquesta imatge projectada. En primer lloc, es critica la incapacitat que ha tingut la disciplina per generar expertesa, especialment en l'àmbit comunitari. En segon lloc, s'interpreta que hi ha hagut una acomodació a l'encàrrec institucional majoritari que s'ha fet al treball social en els darrers temps, i que ha consistit en la gestió de casos individuals. Aquest fet manté relació amb el primer, ja que de manera progressiva això hauria provocat una pèrdua competencial per dissenyar respostes de caràcter global, d'un abast més ampli i estratègic. En tercer lloc, es posa en relleu un dèficit a l'hora de projectar el treball social dins els contextos professionals, com a conseqüència d'una baixa capacitat per divulgar les fortaleses de la professió.
- S'evidencia una preocupació general per la difuminació de les competències professionals, així com dels espais en els quals la professió ha actuat tradicionalment. La multiplicitat de professions existents dins l'àmbit social en salut mental, així com l'aproximació progressiva de la psiquiatria, la psicologia i la infermeria a la dimensió comunitària, en serien les raons principals. En relació amb l'educació social, s'observa que la similitud de funcions que es comparteixen en la pràctica quotidiana provoca que es dissolguin alguns dels trets que, previsiblement, haurien de singularitzar totes dues professions.

Analitzar la rellevància que pren la dimensió ideològica en l'acció pràctica i reflexiva dels professionals.

- Es constata, tot i que amb intensitats diferents, una dificultat general entre els informants per harmonitzar alguns dels principis i responsabilitats bàsics que emanen del codi ètic i deontològic del treball social, amb la seva actuació quotidiana.
- Es confirma l'absència d'una pràctica del treball social en salut mental que empri un enfocament ideològic explícit (crític radical, problematitzador, conflictivista) per sustentar o justificar la seva intervenció. Aquest fet no contradiu la presència d'un grup majoritari d'informants que es caracteritza precisament per la

configuració d'un discurs dominat pel malestar davant la impossibilitat o incapacitat d'incorporar aquesta perspectiva en la seva dinàmica de treball.

- Tanmateix, dins d'aquesta primera línia discursiva es troben els nivells més alts d'inquietud, davant la dificultat d'acomplir els principis i finalitats del treball social a partir de l'acció professional que es realitza des de les organitzacions en les quals es troben ocupats. La voluntat ideal que persegueix una funció de canvi social queda reduïda (i així es percep) a una tasca d'ajust i d'integració individual. S'assenyala com a mancança la incapacitat de la professió per militar, mobilitzar-se i denunciar públicament les situacions d'injustícia i desigualtat amb les quals es troba de manera habitual. Aquestes observacions contrasten amb l'absència d'elements discursius que permetin explorar aquest objectiu de canvi més ampli a partir d'un ús més intensiu de metodologies associades al treball social grupal o comunitari.
- Una segona línia discursiva ve representada per un grup menor d'informants que tracten de situar la dimensió ideològica en una posició més matisada. Destaquen la necessitat que el treballador social se cenyeixi a un rol tècnic dins el context laboral (es diferencia, així, l'espai ideològic del professional), i deixen la representació explícita de les qüestions d'aquest ordre als col·legis professionals o a l'esfera personal. Es contempla el treballador social en un marc on ha d'equilibrar una posició complexa entre la missió professional i la lleialtat institucional. S'emfatitza el fet que les intervencions s'han de sostenir bàsicament en el coneixement tècnic, i que és a partir d'aquest coneixement que es pot aconseguir un impacte transformador més profund.
- S'identifica un darrer grup, el més minoritari, que construeix un discurs força més contundent a l'hora d'assenyalar les conseqüències indesitjades que emergeixen com a conseqüència d'aquesta voluntat per vincular el treball social a una pràctica ideològica. Manifesten que l'etiqueta d'"activista' que acompanya la professió l'allunya de l'espai científic, i la margina respecte de la resta de disciplines. A banda, s'apunta el caràcter contradictori de manifestar-se públicament en contra de les institucions que integren el treballador social com a professional.
- Tot i no poder explicar la composició dels grups d'acord amb unes característiques homogènies dels seus membres, sí que s'observa una certa tendència més rellevant entre els professionals pertanyents al sector social a

manifestar una voluntat més intensa de vincular la professió a una dinàmica ideològica. A diferència d'aquests, la tendència observada en els informants del sector sanitari incorporaria arguments més matisats o contraris.

11.2. Discussió

En el seu llibre *El poder de la identidad*, el sociòleg Manuel Castells (2010: 8-10) distingeix tres tipologies diferents a partir de les quals els individus poden desenvolupar la seva identitat, en el marc d'un procés més ampli i de caràcter col·lectiu.

La primera, l'anomena *identitat legitimadora*, i està associada a aquelles institucions, organitzacions o agents que tenen reconeguda una autoritat social lícita, no només des d'un punt de vista legal, sinó també a través d'un reconeixement social fàctic i majoritari.

La segona és la *identitat de resistència*, que es construeix a través de l'agrupació d'aquells actors que comparteixen una situació de devaluació com a conseqüència d'unes lògiques de domini que els afecten negativament. Aquestes situacions poden ser viscudes en termes d'opressió o estigmatització, i es caracteritzen per generar una actitud d'oposició i defensa.

La darrera és la *identitat projecte*, mitjançant la qual un col·lectiu tracta de cercar els mecanismes per generar una nova identitat que els permeti redefinir la seva posició social. Aquesta redefinició, apunta Castells, no només busca un impacte en els individus en qüestió, sinó que ambiciona també una transformació estructural més àmplia a partir de la seva prolongació.

Totes tres tipologies es troben determinades pel fet de situar-se en contextos socials dinàmics i subjectes a les relacions de poder. Això significa que, encara que la identitat legitimadora pretengui conservar i mantenir la seva condició, no sempre estarà en condicions de fer-ho. De fet, una altra identitat projecte pot resultar reeixida en els seus objectius i alterar la configuració existent, de manera que esdevé, així, legítima. Igualment, una identitat que emergeix en forma de resistència pot aprofundir en el tret defensiu i mantenir-se en aquesta posició, o dirigir-se cap a una fase de projecte. En qualsevol cas, el factor comú que comparteixen totes elles és que proveeixen els subjectes que s'hi troben vinculats dels recursos simbòlics necessaris per generar sentit als seus projectes vitals, és a dir, d'identitat.

Val a dir que quan l'autor construeix aquesta formulació teòrica, no ho fa pensant en la seva adequació per analitzar les professions o les disciplines científiques. La perspectiva que empra és més general i es mou majoritàriament en un espai sociopolític. No obstant això, la

seva proposta em resulta útil per tal d'acomodar algunes de les aportacions finals que voldria apuntar, les quals prefiguren una certa correspondència entre les tres tipologies d'identitat assenyalades per Castells i els discursos analitzats en aquesta tesi doctoral.

Com a primer punt destacable, es pot subratllar la presència significativa d'un discurs[144] que es troba associat a una identitat de resistència. Aquest discurs vindria fonamentat a partir d'un sentiment d'indignació i malestar compartit, basat principalment en els sis aspectes següents:

- La percepció d'exercir un rol secundari i poc valorat dins l'entramat de relacions professionals.
- La insatisfacció vinculada a un treball burocratitzat.
- La realització d'una tasca excessivament constreta institucionalment.
- El domini majoritari de la perspectiva psiquiàtrica i psicològica dins l'àmbit.
- La incapacitat per acomplir els principis que defensa la professió.
- Finalment, i com a tret més distintiu, la interpretació que les causes que originen aquests aspectes tenen a veure, majoritàriament, amb circumstàncies i actors que estan situats fora de l'àmbit del treball social.

De fet, es podria plantejar la hipòtesi de si aquesta identitat de resistència identificada seria, en part, la continuació d'una identitat legitimadora prèvia que de manera progressiva s'ha anat deteriorant, i que ara s'expressa defensivament en forma de pèrdua i reivindicació.

Més enllà d'aquesta hipòtesi i dels sis elements assenyalats per caracteritzar-la, caldria preguntar-se per les causes que donen forma a aquest discurs. D'entrada, no resulta senzill concretar quins aspectes poden haver comportat l'establiment d'aquesta situació de resistència.

De fet, una mirada retrospectiva a la història la disciplina pot plantejar una certa contradicció en aquest discurs, ja que el treball social ha assolit fites que més aviat semblarien indicar tot el contrari. És a dir, en el seu procés evolutiu hauria acumulat una sèrie d'actius importants que, previsiblement, li podrien facilitar situar-se en un discurs legitimador.

[144] Els discursos sobre la identitat als quals em refereixo no tenen una translació completa en els informants. És a dir, no es pot establir una equivalència directa (o si més no, en la majoria de casos) que identifiqui un informant amb un discurs, sigui legitimador, de resistència o de projecte. Els participants han expressat generalment discursos plurals, en els quals es poden trobar elements transversals a més d'una tipologia.

Entre aquestes fites, es pot assenyalar la ja llunyana transició des d'una pràctica filantròpica i caritativa associada a un marc ideològic religiós cap a una activitat professional reconeguda i una disciplina incorporada dins les ciències socials; la plena integració en el sistema universitari, o la construcció progressiva d'una cultura interna específica i singular, caracteritzada per la promoció d'uns principis associats a la justícia i la cohesió social. Amb tot això, com s'explica aquesta identitat de resistència, quan la professió es troba actuant en espais de centralitat institucional, com el sistema de serveis socials o el sistema sanitari?

En una temptativa per donar resposta a aquesta qüestió, he de prendre de nou dues referències ja citades amb anterioritat. Subscric, en primer lloc, la interpretació que fa Martín (2013) en les conclusions de la seva investigació, en assenyalar la paradoxa que ha tingut per a la professió la creació d'aquests espais de centralitat, com els serveis socials, que si bé van dotar inicialment treballadors socials d'un terreny satisfactori des del qual actuar, els estaria al mateix temps orientant a fer un treball en el qual no es reconeixen. Per tant, la disconformitat amb aquest rol a desenvolupar seria el motiu principal generador d'una insatisfacció que impulsa aquest tipus de discurs (p. 302). Si bé Martín empra l'exemple dels serveis socials, l'analogia amb el sistema sanitari semblaria encara més accentuada.[145]

En segon lloc, resulta necessari retornar al diagnòstic realitzat per Estruch i Güell (1976), en què situen el nucli problemàtic de la identitat del treballador social en la qüestió de l'autonomia: "La crisis de la identidad del asistente social tiene muchísimo que ver con ese problema de la anhelada y no alcanzada autonomía" (p. 258); una autonomia que segueix sense arribar, atesa la dificultat manifesta per construir una parcel·la de coneixement pròpia que fonamenti de manera sòlida la realització professional.

> "Cualquier profesión (y especialmente si está en crisis) intenta redefinir y asegurar un conocimiento especializado básico, como fundamento de su realización profesional. Cuanto más disponga una profesión de conocimientos sustanciales y teóricos, más capacitada estará para convencer a la sociedad de su derecho a hacerse responsable de ellos; en sentido inverso; el débil marco teórico del que disponen ciertas ocupaciones puede ser un factor limitativo en orden a lograr un estatus profesional completo" (p. 24).

Davant d'aquesta mancança sostinguda en el temps, els dos autors, lluny d'esperonar els professionals a la cerca d'aquesta autonomia, proposen partir d'un escenari més realista que tingui en compte el context i les circumstàncies sota les quals actua.

[145] A tall d'exemple, vegeu el fragment de Ts22 (p. 268).

> "¿En qué medida el hecho de aceptar una dependencia del trabajo social con respecto a otras actividades, a otras profesiones, a determinadas ciencias, supondría el inicio de un proceso liberador de tantas angustias y frustraciones? Renunciar a una pretensión de autonomía y admitir una situación de dependencia serían quizás, en efecto, el camino conducente a una postura de mayor realismo, de clarificación, y de superación de la crisis" (p. 258).

De manera paradoxal, la detecció d'un discurs legitimador entre els informants (val a dir que és la tipologia amb menys pes de totes tres) està caracteritzada per la interiorització d'aquesta actitud més 'realista', expressada per Estruch i Güell, el tret més distintiu de la qual és l'absència de contradiccions davant la manca d'autonomia, i del fet mateix d'esdevenir una professió auxiliar o complementària. En aquest sentit, s'hauria configurat un comportament adaptatiu que tindria com a objectiu prioritari donar respostes efectives a les demandes institucionals d'ordre aplicat que es fan a la professió, i que relegaria a un segon pla, o abandonaria directament, el debat que afecta la construcció disciplinària.

Des d'aquesta perspectiva, s'actua de facto atorgant a altres disciplines —en aquest cas, a la psiquiatria i la psicologia—[146] el coneixement específic sobre l'àmbit de la salut mental,[147] del qual el treball social es nodreix posteriorment. En aquesta lògica, la font de legitimitat s'obté a partir d'una actuació professional que és reconeguda per la seva capacitat resolutiva en contextos pràctics concrets. S'assumeix, per tant, una actitud pragmàtica, en què la qüestió de l'autonomia queda resolta, precisament, pel fet de renunciar-hi.

Finalment, la presència significativa d'un discurs associat a la identitat projecte pren forma a partir d'una doble contraposició respecte a les dues tipologies anteriors: en primer lloc, pel que fa a la identitat legitimadora, atès que expressa una disconformitat davant la situació de dependència que viu la professió, i que encarnen els treballadors socials diàriament en forma de malestar; en segon lloc, pel que fa a la identitat de resistència, perquè entén que una part important de les possibilitats per superar aquestes situacions dificultoses es troben en les pròpies mans dels treballadors socials.

Així, lluny d'establir un caràcter definitiu i crònic a les situacions problemàtiques que presenta la crisi d'identitat, aquest discurs es caracteritza per transmetre una voluntat

[146] Si es tractés de renunciar a l'autonomia i s'hagués d'establir formalment una relació de dependència respecte d'altres disciplines, no seria més lògic fer-ho, per exemple, amb l'antropologia i la sociologia, que amb la psicologia i la psiquiatria?

[147] A tall d'exemple, vegeu els fragments de Ts02 i Ts09 (p. 221) i Ts02 i Ts44 (p. 271).

manifesta que empenyi a afrontar les contradiccions que formen l'esmentada crisi, i tractar, en els casos que resulti possible, d'establir algunes orientacions per a la seva superació.

Per exemple, així es fa quan s'intenta afrontar la dicotomia clàssica que fragmenta el treball social entre teoria i pràctica.[148] En aquest sentit, es reivindica la vinculació necessària que han de mantenir ambdues, i es qüestiona aquesta voluntat sistemàtica per formar-se únicament en continguts que tinguin una utilitat pràctica immediata. D'altra banda, es destaca la presència de sabers que ja esdevenen útils per si mateixos, més enllà d'aquesta translació al camp de treball.

També s'afronten les mirades reduccionistes que tendeixen a fer incompatible l'ús del rigor teòric i metodològic, de l'objectivitat o la consideració de les evidències disponibles abans de prendre decisions; en definitiva, la lògica tècnica del treball social, amb una pràctica professional que posi en el centre de la intervenció les persones que s'atenen i les relacions humanes amb el professional que se'n deriven, és a dir, la vinculació humana.[149]

En aquest sentit, aquest discurs entoma de ple la complexitat associada amb la dimensió subjectiva del treball social. S'assumeix que la professió no treballa en escenaris sota els quals es pugui fer ús d'una ciència desinteressada i experimental, des de la qual establir decisions irrefutables basades en dades i fets que no donin lloc al dubte. Més aviat es té en compte que la tasca té a veure amb decisions basades en la consistència argumental, la ponderació i la conveniència, criteris que poden tenir també el seu espai dins d'una noció de ciència més plural, més àmplia i oberta.

El treball social és projectat des d'aquest discurs en termes d'una professió que requereix un coneixement prou ampli i alhora prou específic per articular respostes més adequades davant els reptes que planteja avui la salut mental. Per aquest motiu, s'apunta a més —i no menys— disciplina, per tal de poder contribuir d'una manera més significativa al treball interdisciplinari. Més disciplina, i no menys, per tal de canalitzar d'una manera més efectiva els principis i valors del treball social a través de l'acció professional.

[148] A tall d'exemple, vegeu el fragment de Ts20 (p. 235).

[149] Com a exemple, vegeu els fragments de Ts18, Ts20 i Ts26 (p. 265).

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Abreu, M.C. (2012). El proceso para la práctica basada en la evidencia en Trabajo Social Sanitario. *Trabajo social y salud*, *72*, 65-74.

Agudelo, M. E., i Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva, 17,* 353-378.

Alakeson, V. (2007). *The Contribution of Self-Direction to Improving the Quality of Mental Health Services* [en línia]. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Obtingut a: https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/75296/MHslfdir.pdf

Allen, R. (2014). *The role of the social worker in adult mental health services* [en línia]. London: The College of Social Work. Obtingut a: http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-client-groups/adults-mental-health/collegeofsocialwork/165537MHLaunchDocumentApril2014.pdf

Aquín, N. (1994). Por qué desarrollar la especificidad. *Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, 8,* [en línia]. Obtingut a: http://dns.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000137.pdf

Ariño, M. (2013a). Gerundio o la impertinencia en las construcciones del Trabajo Social. A: Olalde, A.J. i López Ruiz, I. (coord.).*VI Jornada de Trabajo Social, Investigación y Trabajo Social: Dialogando desde la intervención* (Comp.) (pp.93-105). Universidad del País Vasco i Colegio Profesional de Trabajadoras/es Sociales de Álava.

Ariño, M. (2013b). *Paradigmas y modelos en Trabajo Social: Construyendo cuerpos de pensamiento desde la diversidad y la participación* [en línia]. A: III Jornadas de Trabajo Social. Compartiendo retos, construyendo futuro. Tenerife. Obtingut a: http://www.colegiotstenerife.org/ficheros/File/MIREN.pdf

Asquith, S., Clark, C. L., i Waterhouse, L. (2005). *The role of the social worker in the 21st century: A literature review* [en línia]. Edinburgh: Scottish Executive Education Department. Obtingut a: http://www.gov.scot/resource/doc/47121/0020821.pdf

Balaga, C. (2009). Visibilización del Trabajo Social en Salud Mental: modificando la mirada del otro y afianzando la autoimagen. *Documentos de Trabajo Social: Revista de Trabajo Social y Acción Social*, *45*, 39-47.

Banks, S. (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Barcelona: Paidós.

Barbero, J.M. (2002). *El Trabajo Social en España*. Zaragoza: Mira Editores.

Barbero, J.M. (2006). La autogestión del Trabajo Social y la perspectiva del investigador. *Cuadernos de trabajo social*, 19, 43-54.

Barbero, J.M.; Feu, M., i Vilbrod, A. (2007). *La identidad inquieta de los trabajadores sociales*. Barcelona: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.

Barrera, E., Malagón, J.L., I Sarasola, J.L. (2012). Los paradigmas del Trabajo Social a través de su intervención profesional. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 237-245)*. Universidad de Deusto.

Barry, K., Zeber, J., Blow, F., i Valenstein, M. (2003). Effect of strengths model versus assertive community treatment model on participant outcomes and utilization. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 26(3)*, 268–277.

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Lumen (1ª ed. 1972, Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires).

Becker, T., Leese, M., Clarkson, P., Taylor, R., Turner, D., Kleckham, J., i Thornicroft, G. (1998). Links between social networks and quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33*, 299–304.

Beers, C.W. (1966). *A Mind that Found Itself: An Autobiography*. Nova York: Garden City (1ª ed. 1908, Longmans, Green & Co., Nova York).

Blom, B. (2004). Specialization in Social Work Practice. *Journal of Social Work, 4(1),* 25-46.

Blom, B. (2009). Knowing or un-knowing? That is the question in the era of evidence-based social work practice. *Journal of social work, 9(2),* 158-177.

Brown, L., Shepherd, M., Merkle, E., Wituk, S., i Meissen, G. (2008). Understanding how participating in a consumer-run organisation relates to recovery. *American Journal of Community Psychology, (42),* 167–178.

Brunet, I., Pastor, I., i Belzunegui, A. (2002). *Tècniques d'investigació social*. Barcelona: Pòrtic.

Buchanan, A. (2009). Política y práctica social basada en la evidencia:¿una nueva ideología o un imperativo de Derechos Humanos? *Revista de trabajo social, 76,* 7-16.

Bunge, M. (2013). *La ciencia, su método y su filosofía*. Pamplona: Laetoli (1ª ed. 1960, Siglo Veinte, Buenos Aires).

Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.

Calvo, V. (2009). Una propuesta de objeto en Trabajo Social sanitario desde la atención primaria de salud. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo social y accion social, 45,* 117-127.

Calvo, V. (2010). El objeto de estudio en Trabajo Social: una visión desde el psicoanálisis, la ley y la estructura. *Porturlaria: Revista de Trabajo Social, 10(2),* 9-20.

Calvo, V., Rodríguez, J., Solís, B., Canut, S., i Pedroche, E. (2012). Depresión y ansiedad en Trabajo Social sanitario: de la evidencia a la clínica. *Trabajo social y salud, 73,* 23-32.

Campenhoudt, Q. (2000). *Manual de investigación en ciencias sociales* (5ª ed.). Ciutat de Mèxic: Limusa.

Campos, R., i Huertas, R. (1998). Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 18,* 99-108.

Castañera, L., Gómez, M.A., i Mangas, P. (2014). De lo general a lo específico en Trabajo Social: propuesta de especialización en Salud Mental. *Trabajo Social Hoy, 72,* 109-126.

Castells, M. (2010). The Power of Identity: The Information Age: Economy, Society, and Culture (2º ed.). West Sussex: Wiley-Blackwell.

Coady, N. (2012). Un enfoque generalista-ecléctico de la práctica del Trabajo Social. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 99-125).* Universidad de Deusto.

Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Grup de Treball de Salut Mental (2001). *Funcions del Treballador Social al camp de la Salut Mental* [en línia]. Barcelona: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Obtingut a: http://www.tscat.cat/content/funciones-del-trabajador-social-en-el-campo-de-salud-mental

Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Grup de Treball de Salut Mental (2010). *Manual diagnòstic en Salut Mental* [en línia]. Barcelona: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Obtingut a: http://www.tscat.cat/content/manual-diagnostic-social-en-salut-mental

Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Grup de Treball de Salut Mental. (2016). *Intervenció de Treball Social en Salut Mental. Actualització del Monogràfic 2 (publicat el 2001). Funcions del Treballador Social al camp de la Salut Mental* [en línia]. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Obtingut a: http://www.tscat.cat/content/intervencio-de-treball-social-en-salut-mental

Colom, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.

Colom, D. (2011). La recerca en el treball social i la generació de coneixement avalat en el mètode científic. *RTS: Revista de treball social*, *192,* 14-24.

Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental* [en línia]. Brussel·les: Comisión de las Comunidades Europeas. Obtingut a: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Congress, E. (2012). Debate actual sobre los paradigmas del Trabajo Social. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (49-56).* Universidad de Deusto.

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social* (2ª ed). Madrid: Mc Graw Hill.

Cordero, N., i Blanco, J. (2004). ¿Trabajo social sin fundamento?: Aportaciones del paradigma de la complejidad a la epistemología del trabajo social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, *4,* 407-412.

Correa, M., Silva, T. J., Belloc, M. M., i Martínez, Á. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* [en línia], Nº *22,* 47-69. Obtingut a: http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042/201089

Corrigan, P.W., i Phelan, S.M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal, 40(6),* 513-523.

De la Rosa, P. (2012). Posturas y desafíos epistemológicos del Trabajo Social. Epistemología de las Ciencias Sociales *versus* Epistemología del Trabajo Social. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 71-80).* Universidad de Deusto.

Del Cura, I., i López, A. (2008). La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria. Átopos *7*, 4-12.

Deslauriers, J.P., i Pérez, J. V. (2004). El reto del conocimiento en la práctica del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, *17,* 195-210.

Deslauriers, J.P. (2010). Los conocimientos en trabajo social: elogio del eclecticismo. *TSG-Revista de investigaciones en intervención social-GSW. Journal of Social Intervention Research*, *1(1),* 39-58.

Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social, 23,* 253-263.

Desviat, M. (2014). La crisis, los mercados y la salud mental. *Átopos*, *15,* 46-63.

Eklund, M., Hansson, L. i Ahlqvist, C. (2004). The importance of work compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal, 40(5)*, 465–477.

Escartín, M. J. (2012). Sobre certezas e incertidumbres: el Trabajo Social en tiempos de crisis. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 285-291).* Universidad de Deusto.

Estruch, J., i Güell, A. M. (1976). *Sociología de una profesión. Los asistentes sociales.* Barcelona: Ediciones Península.

Estruch, J. (2003). La perspectiva sociológica. A. Cardús, S. (coord.). *La mirada del sociólogo. Qué es, qué hace, qué dice la sociología* (15-42). Barcelona: Editorial UOC.

Ferreira, M. A., i Rodríguez, M. J. (2006). Sociología de la discapacidad: una propuesta teórica crítica. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* [en línia], Nº *13*(1), 243-249. Obtingut a: https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0606120243A/26710

Ferreira, M. A. (2008). La construcción social de la discapacidad: habitus, estereotipos y exclusión social. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* [en línia], *Nº 17*(1), 221-232. Obtingut a: https://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMA0808120221A/26443

Ferrer, J., i Montagud, X. (2013). *La toma de decisiones y la práctica basada en la evidencia (PBE). Algunas reflexiones.* Presentat a: *XII Congreso Estatal del Trabajo Social, Marbella.*

FITS (2000). *Definició global del Treball Social* [en línia]. Obtingut a: http://www.ucc.ie/archive/hdsp/ifsw_Definition_Of_Social_Work.htm

FITS (2014). *Definició global del Treball Social* [en línia] Obtingut a: http://www.ucc.ie/archive/hdsp/ifsw_Definition_Of_Social_Work.htm

Fombuena, J. (2007). *Trabajo Social: ideología, práctica profesional y sociedad.* Barcelona: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya.

Garcés, E.M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, *23,* 333-352.

García, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*, *17,* 273-287.

García, S. (1986). *La especificidad de Trabajo Social*. Ciutat de Mèxic: UNAM.

Giddens, A. (2006). *Sociología* (5ª ed.). Madrid: Alianza.

Gil, D. (2007). En el margen o marginado: el lugar epistemológico del Tabajo Social en Salud. *Trabajo Social Hoy*, *nº extra 2,* 57-66.

Giner, S., Lamo de Espinosa, E., i Torres, C. (2006). *Diccionario de Sociología* (2ª ed.). Madrid: Alianza editorial.

Gisbert, C., (coord.). (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones* [en línia]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cuadernos Técnicos, 6. Obtingut a: https://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf

Gómez, C., i Zapata, R. (2000). *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Pamplona: Ediciones Eunate.

Grassi, E. (1995). La implicancia de la investigación social en la práctica del Trabajo Social . *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales* [en línia], Nº9. Obtingut a: http://www.margen.org/suscri/margen09/grassi.html

Grassi, E. (2007). Problemas de realismo y teoricismo en la investigación social y en el Trabajo Social. *Revista Katálysis, 10,* 26-36.

Grassi, E. (2011). La producción en investigación social y la actitud investigativa en el trabajo social. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 1,* 127-140.

Guerrero, J. (2013). ¿Cultura de la discapacidad? Una revisión del concepto desde las aportaciones del modelo social de la discapacidad. *Trabajo social y salud*, *74,* 61-71.

Hernández, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social, 52,* 314-325.

Herz, M., i Johansson, T. (2011). Critical social work. Considerations and suggestions. *Critical social work*, *12(1),* 28-45.

Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del trabajo social*. Granada: Maristán (1ª ed. 1992, Ashgate Publishing Limited, Hampshire).

Huxley, P., Evans, S., Beresford, P., Davidson, B. i King, S. (2009). The principles and provisions of relationships: Findings from an evaluation of support, time and recovery workers in mental health services in England. *Journal of Social Work, 9 (1)*, 99–117.

Idareta, F. (2011). De Mary Richmond a Karl R. Popper y Emmanuel Lévinas: hacia la cientificidad y el conocimiento ético para el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, *24,* 85-99.

Idareta, F., i Úriz, M. J. (2012). Aportaciones de la ética de la alteridad de E. Lévinas y la ética del cuidado de C. Gilligan a la intervención en trabajo social. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, *19,* 33-44.

Idareta, F. (2013a). E. Lévinas y el Trabajo Social: Más allá de Jonia a Jena. *Daímon. Revista Internacional de Filosofía, 58,* 19-32.

Idareta, F. (2013b). Ética y alianza terapéutica en el Trabajo Social. *Portularia, Revista de Trabajo Social*, *13(2),* 1-13.

Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI.

Ituarte, A. (1994).El papel del trabajador social en el campo sanitario. *Trabajo Social y Salud, 20,* 275–290.

Ituarte, A. (2009). *Sentido del Trabajo Social en Salud*. A: XI Congrés Estatal de Treball Social. Saragossa.

Ituarte, A. (2012). Una reflexión sobre los modelos de intervención de los trabajadores sociales desde la experiencia de la supervisión. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 191-204)*. Universidad de Deusto.

Kazi, M. (2003). *Realist evaluation in Practice. Health and Social Work*. California: Sage Publications.

Klein, W.C., i Bloom, M. (1995). Practice wisdom. *Social work*, *40(6),* 799-807.

Leal, J. (1997). Servicios de salud mental: pasado, presente, futuro. *RTS: Revista de treball social*, *145,* 19-26.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., i Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry, 199,* 445-452.

Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., i Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services, 52(12),* 1621-1626.

López, R.E., i Deslauriers, J.P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales* [en línia]*, Nº61,* 1-19. Obtingut a: https://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf

Luengo, M. A. (2009). La definición del problema desde el otro lado de la mesa: los procesos sociocognitivos en el profesional de salud mental y sus posibles sesgos como observador. *Norte de Salud Mental* [en línia], Nº34(8), 52-60. Obtingut a: https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/

Lysaker, P., Roe, D., i Yanos, P. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, *33(1),* 192-199.

Malmberg-Heimonen, I. (2010). The social capital and mental health of long-term social assistance recipients in Norway. *European Journal of Social Work, 13(1)*, 91–107.

Mancini, M. (2007). The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities. *Qualitative Social Work, 6(1),* 49–74.

Marcuello, C., Boira, S., i Hernando, A. (2012). Trabajo Social, conocimiento y complejidad. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 247-255).* Universidad de Deusto.

Maroto, A. L. (2012). De la necesidad de modelos integrativos en Trabajo Social o cuando la realidad rompe a hablar. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 359-364).* Universidad de Deusto.

Martín, M. (2013). *La construcción de la identidad en trabajo social. Análisis de una trama hilvanada por sus personajes* (tesi doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

Martínez, A. (2000). Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. A: Perdiguero, E., i Comelles, J.M. (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 249-275). Barcelona: Bellaterra.

Mccorkle, B., Dunn, E., Wan, Y., i Gagne, C. (2009). Compeer friends: A qualitative study of a volunteer friendship programme for people with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry, 55(4),* 291–305.

Mccrae, N., Murray, J., Huxley, P., i Evans, S. (2005). The research potential of mental-health social workers: A qualitative study of the views of senior mental-health service managers. *British Journal of Social Work*, *35*(1), 55-71.

Mcnamus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., i Jenkins, R. (2007). *Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey* [en línia]. Leeds: The NHS Information Centre for health and social care. Obtingut a: http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB02931/adul-psyc-morb-res-hou-sur-eng-2007-rep.pdf

Meddings, S., Walley, L., Collins, T., Tullet, F., Mcewan, B., i Owen, K. (2004). *Are hearing voices groups effective?* [en línia]. The International Hearing Voices Network. Obtingut a: http://www.intervoiceonline.org/wp-content/uploads/2011/03/Voiceseval.pdf

Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., i Jenkins, R. (2012). The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *European Journal of Public Health, 23(1),* 108-13.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013* [en línia]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Obtingut a: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf

Miranda, M. (2003). *Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas* (tesi doctoral). Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia Social i Filosofia.

Miranda. M. (2010a). La formación en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, *23*, 323-332.

Miranda, M. (2010b). Los aspectos sociales de la salud: nuevos retos para el Trabajo Social sanitario. *Trabajo Social y Salud*, *66,* 19-32.

Moñivas, A. (2004). Competencias requeridas para el ejercicio profesional de trabajo social (el debate entre formación especializada vs. generalista). *Portularia: Revista de Trabajo Social, 4,* 441-444.

Morago, P. (2004). Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social, 17,* 5-20.

Morago, P. (2009). La práctica basada en la evidencia en los cursos de titulación de Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social, 22,* 41-59.

Morán, J.M. (2003) *Epistemología, ciencia y paradigma en trabajo social.* Sevilla: Aconcagua.

Moreno, J. L. (1997). Ciencia, ideología y comunicación en el trabajo social. Una alternativa dialéctica. *Gazeta de antropología* [en línia], Nº *13*. Obtingut a: http://hdl.handle.net/10481/13568

Moreno, J. L. (2004). La demanda de ciencia: esbozo de una sociología de los discursos epistemológicos en trabajo social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, *4,* 371-386.

Morin, E. (2004). La epistemología de la complejidad. *Gazeta de antropología* [en línia], Nº *20*. Obtingut a: http://hdl.handle.net/10481/7253

Munilla, R. V., Mancebo, J., Caneiro, M. A., Nieto, L., Titos, R., Subirats, D., i Paniagua, I. (2012). Las funciones del trabajador social en los equipos de apoyo social comunitario en salud mental. *Trabajo Social Hoy, 67, 51-62*.

Navarro, S. (2008). Esencia y presencia del trabajo social hoy (o sobre las formas de resistencia crítica). *RTS: Revista de treball social*, *185,* 9-34.

Nelson, G., Lord, J., i Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11,* 125–142.

Nevo, I., i Slonim-Nevo, V. (2011). The myth of evidence-based practice: towards evidence-informed practice. *British Journal of Social Work*, *41(6),* 1176-1197.

Nogués, L. J. (2012). La ideología en los modelos de intervención social. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 351-358).* Universidad de Deusto.

Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? A: Barton, L. (comp.). *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Madrid: Ediciones Morata.

OMS (2003). *El contexto de la salud mental* [en línia]. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Obtingut a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43723/1/8495076896_spa.pdf?ua=1

OMS (2004a). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones específicas y opciones políticas* [en línia]. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Obtingut a: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

OMS (2004b). *Promoción de la Salud Mental*: *conceptos, evidencia emergente, práctica* [en línia]. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Obtingut a: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

OMS (2009). *Mental health, resilience and inequalities* [en línia]. Copenhaguen: Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa. Obtingut a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107925/1/E92227.pdf?ua=1

OMS (2010). *Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable* [en línia]. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Obtingut a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf

OMS (2011). *Impact of economic crises on mental health* [en línia]. Copenhaguen: Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per a Europa. Obtingut a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf

OMS (2013). *Salud mental: un estado de bienestar* [en línia]. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Obtingut a: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

OMS (2014). *Social determinants of mental health* [en línia]. Ginebra*:* Organització Mundial de la Salut. Obtingut a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1

OMS (2017). *¿Cómo define la OMS la salud?* [en línia]. Ginebra: Organització Mundial de la Salut. Obtingut a: http://www.who.int/suggestions/faq/es/

Pajuelo, M.M. (2012). Treball Social amb famílies en un Centre de Salut Mental d'Adults. *Revista de Treball Social, 197,* 70-80.

Palomar, M., i Suárez, E. (2012). Construccionismo social y Trabajo Social: los cambios paradigmáticos en el concepto de ayuda. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 311-316).* Universidad de Deusto.

Parada, J. (2004). Realismo crítico en investigación en ciencias sociales: una introducción. *Investigación y desarrollo: revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano, 12(2),* 396-429.

Payne, M. (2005). *Modern social work theory* (3ª ed). London: Palgrave Macmillan.

Payne, M. (2012). Teorías sobre y para el Trabajo Social. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 19-33).* Universidad de Deusto.

Pelegrí, X. (1995). La relació dels professionals del treball social amb el seu objecte de treball. *RTS: Revista de treball social, 137,* 72-86.

Pelegrí, X. (2004). El poder en el trabajo social: Una aproximación desde Foucault. *Cuadernos de Trabajo Social, 17,* 21-43.

Pellegero, N., i Mestres, M. (1997). Los trabajadores de atención primaria en salud mental. *RTS: Revista de treball social*, *145,* 132-139.

Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Sirey, J., Salahi, J., Struening, E., i Link, B. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder: On Stigma as a Barrier to Recovery. *Psychiatric services*, *52(12),* 1627-1632.

Ponce de León, L. (2012). Teorizar la experiencia profesional del trabajo social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, *12(1)*, 141-147.

Pons, I. (2006) Condicionantes sociales, teóricos y prácticos de las ciencias de la Salud Mental. RTS: Revista de treball social, 178, 17-34.

Porcel, P. (2008). *El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

Prats, J. (2001). *Las ciencias sociales en el contexto del conocimiento científico. La Investigación en Ciencias Sociales (apuntes)* [en línia]. Universitat de Barcelona. Departament de Didàctica de les Ciències Socials. Obtingut a: http://www.ub.edu/histodidactica/images/documentos/pdf/prats-%20que%20son%20las%20ccss.pdf

Quejido, P. (2005). *El coneixement en el treball social*. Material no publicat pertanyent a la matèria d'Epistemologia del treball social (curs 2004-2005). Diplomatura en Treball Social. Universitat de Lleida.

Ramos, C. (2013). La producción de conocimiento en Trabajo Social: Un proceso interactivo. A: Olalde, A.J. i López Ruiz, I. (coord.).*VI Jornada de Trabajo Social, Investigación y Trabajo Social: Dialogando desde la intervención* (Comp.) *(pp. 65-78)*. Universidad del País Vasco i Colegio Profesional de Trabajadoras/es Sociales de Álava.

Ramos, J. (1997). Salud mental y psiquiatría en los albores del siglo XXI. *RTS: Revista de treball social*, *145,* 12-18.

Resnick, S., i Rosenheck, R. (2008). Integrating peer-provided services: A quasi-experimental study of recovery orientation, confidence and empowerment. *Psychiatric Services, 59(11),* 1307–1314.

Riba, C. E. (2010). *Tècniques d'anàlisi de dades qualitatives*. Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya.

Richmond, M. (2005). Diagnóstico Social. Madrid: Siglo XXI Editores de España (1ª ed. 1917, Russell Sage Foundation, Nova York).

Rodríguez, A., i González, J. C. (2002). La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica. A: Rodríguez, A., i González, J. C. (coords.). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención* (pp. 17-42). Madrid: Consejería de servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

Rodríguez, A. (2007). Más allá de la perspectiva crítica. *Cuadernos de Trabajo Social, 20,* 117-137.

Rodríguez, A., i Sobremonte, E. (2012). Ensayo sobre la Epistemología del Trabajo Social y los modelos de intervención: ¿un nuevo significado para la construcción disciplinar del Trabajo Social? A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 81-97).* Universidad de Deusto.

Román, B. (2009). La gestió de la confiança: ètica professional i organitzativa als serveis socials. *Quaderns d'Acció Social i Ciutadania, (6),* 22-25.

Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P., Rössler, W., i Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39,* 686–694.

Ruiz Olabuénaga, J.I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.

Salcedo, D. (2010). Los fundamentos normativos de las profesiones y los deberes de los trabajadores sociales. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social* [en línia], Nº *1(1),* 10-38. Obtingut a: http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/901/1039

Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work, 41(3),* 296-305.

Salokangas, R. (1997). Living situation, social network and outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96,* 459–468.

Sánchez, E. (2003). Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología. *Cuadernos de trabajo social, 16,* 49-71.

Schon, U. K., Denhov, A. i Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Psychiatry, 55(4),* 336–347.

Shepherd, G., Boardman, J., i Slade, M. (2008). *Making recovery a reality* [en línia]. London: Sainsbury Centre for Mental Health. Obtingut a: https://www.centreformentalhealth.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=e94d8999-4010-4a5e-a5d8-0c3f1eb2d0e6

Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., i Amering, M. (2009). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 39(2),* 316–323.

Sierra, R. (1997). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios* (14ª ed.). Madrid: Parainfo.

Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery* [en línia]. London: Rethink. Obtingut a: http://www.cpft.nhs.uk/Downloads/DVD-Documents/Recovery/Rethink%20100%20ways%20to%20support%20recovery.pdf

Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Menton, J., i Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *British Journal of Social Work, 42,* 443-460.

Thomson, H., Petticrew, M., i Morrison, D. (2001). Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *British Medical Journal, 323*, 187-190.

Toledo, U. (2004). ¿Una Epistemología del Trabajo Social? *Cinta de Moebio* [en línia], Nº *21, 200-214*. Obtingut a: http://www.moebio.uchile.cl/21/toledo.html

Tomás, J. L. (2006). Las 'ignorancias inconscientes' dentro del Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy, 47,* 121-124.

Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., i Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9(1), 17–37.*

Trevithick, P. (2008). Revisiting the knowledge base of social work: A framework for practice. *British Journal of Social Work, 38(6),* 1212-1237.

Ureña, A. (2006). L'especialitat: un requeriment per al Treball Social en Salut Mental. *RTS: Revista de treball social, 178,* 35-41.

Ureña, A. (2010). La salud mental del Trabajo Social en Cataluña. *Cuadernos de Trabajo Social, 23,* 353-360.

Valois, M. C. (2013). Trabajo Social Sanitario o el conocimiento sumergido. *Trabajo social y salud, 75,* 139-144.

Vázquez, A.; Acevedo, J.A.; Manassero, M.A, i Acevedo, P. (2001). Cuatro paradigmas básicos sobre la naturaleza de la ciencia. *Argumentos de razón técnica. Revista española de ciencia, tecnología y sociedad y filosofía de la tecnología, (4),* 135-176.

Vázquez, O. (1998). Pensar la epistemología del trabajo social. *Alternativas: cuadernos de trabajo social, 6,* 269-286.

Vázquez, O. (2012). ¿Necesita el trabajo social una epistemología? A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 64-70).* Universidad de Deusto.

Vázquez, O. (2013). Investigar para fortalecer la dimensión política del Trabajo social. De la sistematización de la práctica a la investigación. A: Olalde, A.J. i López Ruiz, I. (coord.).*VI Jornada de Trabajo Social, Investigación y Trabajo Social: Dialogando desde la intervención* (Comp.) *(pp. 51-64).* Universidad del País Vasco i Colegio Profesional de Trabajadoras/es Sociales de Álava.

Verdugo, M. A. (2003). La concepción de discapacidad en los modelos sociales. A: Verdugo, M. A., i Jordán de Urríes, F. B. (Coords.). *Investigación, innovación y cambio: V Jornadas Cientificas de Investigacion sobre personas con discapacidad*. (235-247) Salamanca: Amarú. Obtingut a: http://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Verdugo-ModelosSoc.pdf

Viscarret, J.J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en trabajo social.* Madrid: Alianza Editorial.

Webb, S. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work, 31(1),* 57-79.

Webb, S. (2002). Evidence-based practice and decision analysis in social work. An implementation model. *Journal of Social Work, 2(1),* 45-63.

Yanos, P., Rosenfield, S., i Horwitz, A. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 37*, 405–419.

Zamanillo, T. (1999). Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social, 12*, 13-32.

Zamanillo, T., i Martín, M. (2011). La responsabilidad política del trabajo social. *Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención Social* [en línia], Nº *2(3),* 97-115. Obtingut a: http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/921/1059

Zamanillo, T. (2012). Modelos de intervención en Trabajo Social. Criterios de selección para la praxis. A: Sobremonte, E. (ed). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social: reflexión sobre la construcción disciplinar en España (pp. 153-174).* Universidad de Deusto.

ANNEXOS

ANNEX 1

DOCUMENT DE CONSENTIMENT DE L'INFORMANT

- La participació voluntària en aquesta entrevista / grup de discussió s'emmarca en l'elaboració de la tesi doctoral que duu per títol: *Treball social en salut mental a Catalunya: una anàlisi de la disciplina a partir dels discursos professionals*.
- Les dades que proporcionis en la fitxa, així com la informació que es derivi de la gravació d'aquesta entrevista / grup de discussió, s'utilitzaran de manera exclusiva en el marc de l'elaboració d'aquesta recerca.
- En el document resultant de la tesi, no s'emprarà el teu nom ni cognoms, ja que s'utilitzarà un acrònim (exemple: Ts12).

De conformitat amb els punts anteriors:

Nom del participant:_____

Lloc i data:_____

Signatura:

ANNEX 2

FITXA A EMPLENAR PER L'INFORMANT

- Edat:_____

- Any de titulació en treball social:_____

- Lloc de treball actual:_____

- Càrrec:_____

- Antiguitat en l'actual lloc de treball:_____

- Anys d'experiència laboral en salut mental:_____

- Anys d'experiència laboral en treball social:_____

- Formació complementària:

ANNEX 3

ENTREVISTA. GUIÓ SEMIESTRUCTURAT

- Quina és la teva tasca en l'organització en què treballes?
    a. Descripció de funcions.
    b. Exemples.
- En termes generals, com creus que incideix la teva tasca professional en les persones que tractes?
- Quines consideres que són les finalitats del treball social en l'àmbit de la salut mental?
- Quins aspectes consideres propis del treball social en salut mental (diferent dels educadors socials, psicòlegs, psiquiatres)?
- Quina informació necessites recopilar per fer-te una composició dels casos que has d'abordar?
- Quin tipus de treball social podries dir que realitzes (si ho haguessis de ponderar)?
    a. TS de casos.
    b. TS de grups.
    c. TS comunitari.
- A banda del que tu realitzes, quin dels tres anteriors consideres prioritari dins l'àmbit de la salut mental?
- Dificultats que tens en el dia a dia per desenvolupar les teves funcions.
    a. Exemples.
- Li recomanaries, a un estudiant de darrer curs de treball social que es vol dedicar professionalment a la salut mental, que s'especialitzés formativament en aquest àmbit un cop finalitzi el grau? Per què?
- Quines consideres que són les causes que tenen més pes en l'aparició dels trastorns mentals?

- En termes generals, i comparant-ho amb altres disciplines de l'àmbit, quins penses que són els punts forts i dèbils del treball social en salut mental?
- Com valores el treball interdisciplinari que es realitza en la teva organització? I dins la xarxa professional en la qual et mous habitualment?
- Prens com a referència algun model teòric per aplicar-lo a la teva tasca professional?
    a. En el cas que la resposta sigui sí: quin? En què consisteix?
    b. En el cas que la resposta sigui no: quin tipus de referències utilitzes per orientar-te? (Experiència? Intuïció? Altres...?)
- Tens maneres de saber si la intervenció que fas és l'adequada? (En termes d'impacte positiu o negatiu per a les persones, grups, comunitats...)
    a. Si la resposta és sí: quines?
- Donada la teva experiència, quines creus que són les principals problemàtiques que tenen les persones amb un trastorn mental sever?
- Et llegiré una sèrie d'afirmacions i voldria que em diguessis si hi estàs d'acord o en desacord, i el perquè:
    a. Per tal d'enfortir la professió és necessari incorporar un bagatge més científic a la disciplina.
    b. Els professionals hauríem de fer sentir més la nostra veu i fer més visibles els problemes socials que tractem, així com les desigualtats que observem.
    c. En treball social, el coneixement pràctic és més important que el coneixement teòric.
    d. Des d'un punt de vista ètic, és convenient que el treballador social aparqui la seva ideologia quan intervé. En aquests casos, cal assumir un rol tècnic.

ANNEX 4a

GRUP DE DISCUSSIÓ (I). FITXA TÈCNICA I GUIÓ

GRUP DE DISCUSSIÓ (I)	
Data	Dimarts 16 de febrer de 2016
Hora d'inici	9.30 h
Hora de finalització	10.45 h
Durada	75 minuts
Lloc	Seu central del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (Barcelona)
Nre. de participants	8
Moderador	Xavier Miranda Ruche
Tipus d'enregistrament	Gravació de veu mitjançant la ubicació de dos dispositius a la sala
Guió previst (es planifiquen dos temes a tractar)	<u>1r tema:</u> - Es demana als participants que tractin d'expressar la seva visió personal en relació amb l'estat de la professió actualment, dins l'àmbit de la salut mental. <u>2n tema:</u> - Es planteja la qüestió de l'especialització formativa en salut mental. En aquest sentit, es pregunta als participants si consideren significativa aquesta via, com a estratègia de millora professional.

ANNEX 4b

GRUP DE DISCUSSIÓ (II). FITXA TÈCNICA I GUIÓ

GRUP DE DISCUSSIÓ (II)	
Data	Dimarts 16 de febrer de 2016
Hora d'inici	11.15 h
Hora de finalització	12.30 h
Durada	75 minuts
Lloc	Seu central del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (Barcelona)
Nre. de participants	5
Moderador	Xavier Miranda Ruche
Tipus d'enregistrament	Gravació de veu mitjançant la ubicació de dos dispositius a la sala
Guió previst (es planifiquen tres temes a tractar)	<u>1r tema:</u> - Es demana als participants que tractin de reflexionar al voltant de la correspondència entre la dimensió teòrica de la disciplina (models del treball social) i la pràctica professional. <u>2n tema:</u> - Es planteja als informants que valorin la formació acadèmica rebuda en treball social durant l'etapa universitària. <u>3r tema:</u> - Es demana als informants que valorin les possibilitats que tenen els treballadors socials per mesurar l'impacte de les intervencions que realitzen.