



IX Premi de Recerca en Treball Social
DOLORS ARTEMAN

JUNY 2019



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

www.tscat.cat

Treball social en salut mental

UNA ANÀLISI DE LA DISCIPLINA
I LA IDENTITAT PROFESSIONAL A CATALUNYA

Autor: **Xavier Miranda Ruche**



IX Premi de Recerca en Treball Social
“Dolors Arteman”

Treball social en salut mental

UNA ANÀLISI DE LA DISCIPLINA
I LA IDENTITAT PROFESSIONAL
A CATALUNYA

Autor:
Xavier Miranda Ruche

Títol: Treball social en salut mental. Una anàlisi de la disciplina i la identitat professional a Catalunya.

Autor: Xavier Miranda Ruche

Aquesta obra es deriva de la tesi doctoral realitzada per l'autor, sota la direcció del Dr. Xavier Pelegrí Viaña

Edita: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
Revisat per l'assessoria de publicacions no periòdiques del Col·legi

Data de publicació: juny de 2019

ISBN: 978-84-09-12370-4

Dipòsit legal: B 18096-2019

Disseny, maquetació i impressió: Sprint Copy, SL

PVP: 7€

Jurat del IX Premi de Recerca en Treball Social “Dolors Arteman”

Presidenta del Jurat:

Conchita Peña Gallardo

Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Jurat:

Judit Castellví Majó

Universitat Ramon Llull

Joana Crusellas Martínez

Universidad Nacional de Educación a Distancia

Laura Domínguez Acebrón

Ajuntament de L'Hospitalet

Jose Fernández Barrera

Universitat de Barcelona

Rosa M. Ferrer Valls

Revista de Treball Social

Maria Victòria Forns i Fernández

Universitat Rovira i Virgili

Cristina Gené i Alegret

Generalitat de Catalunya

Jose Antonio Langarita Adejo

Universitat de Girona

Silvia Madrid Alejos

Universitat de Vic

Josep Muñoz Luque

Diputació de Barcelona

Xavier Pelegrí Viaña

Universitat de Lleida

Presentació

Us presentem la publicació el “Treball Social en Salut Mental. Una anàlisi de la disciplina i la identitat professional a Catalunya”, projecte guanyador de la IX edició del Premi de Recerca en Treball Social Dolors Arteman, que promou el Col·legi des de l’any 1998.

Realitzada pel treballador social Xavier Miranda Ruche i sota la direcció del Dr. Xavier Pelegrí Viaña, aquesta recerca és una interessant reflexió sobre la professió que parteix d’una premissa principal: els malestars que expressen les treballadores i els treballadors socials en relació a la identitat professional estan relacionats amb les dificultats de consolidació del treball social com a disciplina. A partir d’aquest punt de partida, la investigació es focalitza en quatre dimensions: l’objecte d’intervenció, els espais interdisciplinaris, l’avaluació de les intervencions i la relació entre ideologia i deontologia.

Per abordar i analitzar aquest malestar identitari, l’autor ha centrat la seva recerca en l’àmbit de la salut mental, en el qual, segons les seves apreciacions, es detecta una major separació entre els propòsits que planteja el treball social i les possibilitats d’assolir-los.

Aprofito aquestes línies per felicitar l’autor per aquest interessant estudi, que ens permetrà aprofundir molt més en la conceptualització i en l’aplicació de la nostra professió. Una voluntat que compartim des del Col·legi i que es tradueix en un ferm compromís per promoure la recerca en l’àmbit del treball social, amb l’objectiu de potenciar la innovació i la transferència de coneixement entre les i els professionals que treballem en aquesta disciplina.

Per aquest motiu, seguirem impulsant iniciatives en aquesta direcció que, com el Premi de Recerca Dolors Arteman, aposten pel creixement professional i per dotar el treball social de fonaments teòrics i pràctics de qualitat.

Conchita Peña Gallardo

Degana del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Sumari

Resum	11
Introducció	13

Primera part. BLOC TEÒRIC

1. Treball social en salut mental	19
1.1. Apunt històric	19
1.2. Definicions i funcions	24
1.3. La identitat professional	28
2. La dimensió social de la salut mental	39
2.1. Societat, economia, desigualtat i salut mental	42
2.2. Determinants de la salut mental	49
3. El coneixement en treball social	57
3.1. El desenvolupament d'una disciplina aplicada	57
3.2. La relació amb la ciència	63
3.3. La tensió entre la veritat, el deure i la possibilitat	69

Segona part. BLOC METODOLÒGIC

4. El procés d'investigació	79
4.1. Objectius i preguntes d'investigació.....	79
4.2. Orientació de la recerca.....	81
4.3. Descripció de la mostra.....	84

Tercera part. BLOC ANALÍTIC

5. L'objecte de treball	93
5.1. La representació de l'acció quotidiana	94
5.1.1. Anàlisi de funcions i tasques.....	95
5.2. La representació de l'àmbit de treball.....	103
5.2.1. Causes i conseqüències de la malaltia mental	104
5.2.2. La finalitat del treball social en salut mental.....	109
6. El context interdisciplinari	113
6.1. El domini biomèdic.....	113
6.2. Reconeixement i autoimatge	119
6.3. L'autocrítica.....	122
6.4. L'especificitat del treball social en salut mental	127
7. L'avaluació de les intervencions	131
7.1. Observació i mesura.....	132
7.1.1. La complexitat d'objectivar.....	133

7.1.2. La necessitat d'objectivar.....	138
7.2. Ciència i treball social.....	141
7.2.1. Les interpretacions al voltant de la ciència.....	141
8. La relació entre ideologia i deontologia	147
8.1. El malestar davant l'absència ideològica.....	149
8.2. La divisió de poders en treball social.....	153
8.3. El perjudici d'una professió militant.....	157
 Quarta part. BLOC SINTÈTIC	
9. Conclusions	163
9.1. Síntesi de resultats.....	163
9.2. Discussió.....	170
 REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	175
Índex de taules, figures i quadres.....	185

Resum

Aquesta recerca parteix del supòsit que els malestans expressats pels treballadors i les treballadores socials entorn de la identitat professional es troben directament relacionats amb les dificultats de consolidació del treball social com a 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 investigació s'ha focalitzat en l'anàlisi de quatre dimensions vinculades a la configuració disciplinària: l'objecte d'intervenció; els espais interdisciplinaris; l'avaluació de les intervencions 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 el grup 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 dimensions. Finalment, se sintetitza el conjunt dels discursos d'acord amb tres categories que representen maneres diferents de projectar la identitat professional.

Introducció

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 queda del tot 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 circumstantial. No obstant això, en treball social sembla que aquesta condició s'hi manté d'una manera consubstancial en el temps.

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

Definir les problemàtiques que afecten el treball social és també determinar quins elements no en formen part. En aquest punt es fa necessari avançar que, al meu entendre, les tensions que s'expressen no tenen a veure amb les finalitats que assumeix la disciplina i que es concreten a través del compromís dels seus professionals. 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 a reconèixer, i que configura un actiu essencial de la identitat col·lectiva.

En canvi, sí que es podria incorporar, en el substrat de la crisi, la dificultat de la disciplina per precisar més clarament una matèria d'actuació (objecte) i un cos (teòric i metodològic) propi 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.

Sense tenir unes respostes més clares que defineixen 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, es fa 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 disciplinar que li resulten més deficitaris. 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 clara-

ment he pogut sentir l'esclatxa existent entre els propòsits que es planteja el treball social i les possibilitats d'assolir-los.

Dins d'aquest àmbit he experimentat aquesta inèrcia a la qual estem subjectes els professionals del treball social per orientar la nostra mirada cap a una esfera excessivament reduïda del fenomen en qüestió, oblidant de mica en mica les connexions socials més àmplies que té tot malestar o patologia mental. En sorgeix així un rol 'clínic', massa allunyat de l'acció social i de les possibilitats d'incidir d'una manera més significativa en la comunitat.

Aquests espais més amplis de la salut mental queden en molts casos orfes, fet que deixa els treballadors i les treballadores socials excessivament subordinats a un marc dominat per les perspectives mèdiques i psicològiques. Possiblement sigui aquesta fragilitat constitutiva, el que impedeixi promoure amb més intensitat una veritable dimensió social de la salut mental.

En definitiva, aquesta recerca troba en el terreny problemàtic de la identitat professional en treball social la raó que el motiva i justifica. Explorar els elements disciplinaris que hi incideixen, així com les estratègies identitàries que projecten els professionals de l'àmbit de la salut mental per fer-hi front, esdevé el seu objectiu.

Primera part

BLOC TEÒRIC

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, 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 mental¹. 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 Adolf 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

¹ 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/>.

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. Val a dir que Pelton tenia una formació prèvia com a infermera.² Tot i això, 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. 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 que cobriren l'atenció dels seixanta pacients ingressats, així com el seguiment d'un abundant nombre de pacients donats ja d'alta.

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 una de les referents històriques 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

² Aquest és un tret que es repeteix entre les primeres treballadores socials als Estats Units.

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.³

Vist en perspectiva, el treball de Richmond va impulsar un gir transcendent 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'emparedament de la legitimitat religiosa.

En aquest sentit ho assenyala Miguel 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).

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 Roviralt 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.

³ Com subratlla Miguel Miranda 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. Davant aquesta crítica, el mateix autor 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 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:

“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. 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 duïen 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 vuitanta, un cop establert un sistema polític

democràtic. Ho fa arran de l'informe elaborat per la Comissió Ministerial per a la Reforma Psiquiàtrica,⁴ que esdevé marc normatiu l'any 1986 amb la Llei general de sanitat.⁵

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.

⁴ Disponible a: <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/14810>.

⁵ Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499.

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.

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 dins d'un marc social més ampli.

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, i ho ha fet de manera més intensa durant 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 disciplina⁶ en aquest espai professional. Des d'un punt de vista més general,

⁶ 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.

i per tal d'assenyalar un nivell superior a la salut mental, s'empren els termes *treball social en salut* o *treball social sanitari*. Es pot observar que en la literatura ambdós són utilitzats pràcticament com a sinònims. Tot i això, Dolors 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 a l'interior del sector sanitari. D'altra banda, el 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, tendeix a assenyalat 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 a l'interior d'aquest sector, o bé en d'altres. És per aquest motiu que en aquesta recerca s'empren majoritàriament el concepte de treball social en salut mental i, en menor mesura, el de treball social en salut. Amb ells es vol donar cobertura a una perspectiva d'investigació que aborda la intervenció que fa la professió, més enllà del sector sanitari.

Aprofundint en aquest 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, assenyalat 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:

“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).

D'altra banda, 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 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 relació amb les funcions que exerceixen els professionals dins d'aquest àmbit, diverses són les referències existents que es poden emprar per asse-

nyalar-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 del Col·legi. En ell 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. 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 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.

A escala internacional, Ruth 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. A banda dels aspectes més descriptius del document, l'autora hi plasma la idea que aquest rol no es troba encara ben definit, fet que impacta en les possibilitats de desplegar el potencial de la professió. Entre d'altres consideracions, assenjala la necessitat d'enfortir l'acció del treball social en l'esfera comunitària, així com la intervenció basada en la recuperació.

Per la seva part, Garcés (2010) realitza un exercici de síntesi en compilar les diverses funcions que, de manera general, realitzen els professionals del treball social ubicats 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

	1) Funció d'atenció directa	2) Funció preventiva, de promoció i inserció social	3) Funció de coordinació
Objectius	<ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assolir l'adequació de la persona al seu medi social i familiar mitjançant l'acceptació i la integració. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar els factors socials associats als problemes de salut mental.
Procés	<ul style="list-style-type: none"> - Anàlisi de la demanda i detecció de situacions de risc o de necessitats individuals o familiars. - Valoració sociofamiliar. - Diagnòstic social. - Planificació de la intervenció. - Discussió del cas amb l'equip professional i estructuració del pla de treball. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ús dels recursos normalitzats. - Ús dels recursos específics per a persones amb trastorn mental. - Creació de grups d'autoajuda. - Foment de l'associacionisme. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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).

1.3. La identitat professional

De la literatura produïda per professionals del treball social vinculats amb la salut mental, se n'extreu un fil conductor general que dibuixa un cert retrocés en el temps. 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 desinstitu-

cionalització dels pacients mitjançant la participació en el desenvolupament d'un model d'atenció comunitària. Ho expressa d'aquesta manera:

“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 es tem per la permanència de la professió dins del sistema sanitari. 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. Sota aquestes circumstàncies, 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. 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 generalistas” (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).

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. I 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.

Ituarte (2009) coincideix amb el diagnòstic de Balaga en afirmar que els treballadors i les treballadores 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. En tercer lloc, assenyala una indefinició i manca de delimitació del rol professional del treball 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,⁷ atès que es tendeix a associar a quelcom extern a la 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 professió infravalorada 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.⁸

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

⁷ 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 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).

⁸ En aquesta sentit, Garcés (2010) apunta: "es imprescindible resaltar como todavía existen trabajadoras sociales que se sienten más cómodos en su papel de gestores y de administradoras 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).

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 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. En aquest sentit, l'autora 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 co-

neixement comporta la consegüent complexitat per generar un cos professional sòlid. Al mateix temps es cronifica la variabilitat i l'heterogeneïtat apuntades, que reproduïxen un mode de treball excessivament arbitrari. De tot això, se'n desprèn una idea àmpliament compartida que assenyalava la disminució del treball que es fa des d'una perspectiva interdisciplinària en salut mental. Tot i que 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 reproduïx 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, 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, assenyalava 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. 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 assenyalava 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 aquest context, 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 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 també 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). A 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 i les treballadores 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, sostenen 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).

També 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. Per aquest, cal no caure en un complex de científicitat, 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.

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 com-

prensió 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. Ambdós van situar la problemàtica en una qüestió de manca d'autonomia com a conseqüència d'un dèficit teòric i de coneixement: "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.

2

La dimensió social de la salut mental

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 estructural de referència es troba mediada per una sèrie d'elements com són els valors culturals, les experiències col·lectives i els recursos de la societat que els interpel·len i influeixen, i que alhora intervenen en la formació d'uns condicionants que afecten de manera positiva o negativa la salut mental de la població.

La mateixa Organització Mundial de la Salut indica que, 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 la 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.

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 amb un recorregut encara pendent.

⁹ En relació amb la prevenció secundària, Gómez i Zapata (2000) assenyalen com un fet els avantatges, en termes d'evolució, que assolixen 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, i uns nivells més severos de discapacitat.

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 secundària⁹	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	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. 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). És necessari 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 d'evidències que es troben exposades i recollides en la literatura¹⁰ com a aspectes que condicionen de manera molt significativa la salut mental.

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. Es constata que 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. Per exemple, 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).

Des de la sociologia s'ha fet evident la dificultat per comprendre el malestar i les patologies psíquiques si no es presta atenció a l'origen socioestructural.

¹⁰ En aquest sentit, l'OMS ha compilat una part molt important de les investigacions produïdes en aquesta línia durant les darreres dècades.

Així, Esteban 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). Amb aquestes referències, Sánchez descriu les nocions bàsiques dels models teòrics d'arrel sociològica que estudien la relació entre la posició en l'estructura social i els trastorns mentals.¹¹ 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 desfavorida dins l'estrat social. El segon mostra com els factors socials i psicològics interactuen entre ells i no són independents entre si, ja que situa una realitat social preexistent 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 de salut mental 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 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).

¹¹ Amb una mirada més exhaustiva sobre el trastorn depressiu.

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 psicosocial¹² (Pickett *et al.*, 2006; Marks *et al.*, 2006; Eckersley, 2005 i 2006, a OMS, 2009: 7).

La Carta d'Ottawa per a la Promoció¹³ 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 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 salut¹⁴ (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 assenyalava 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'in-

¹² 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.

¹³ L'OMS (2004b) utilitza el terme promoció per referir-se a l'acció adreçada a potenciar els factors protectors de la salut mental i minimitzar els factors de risc.

¹⁴ 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).

crement 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 Salut, 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; Slegers *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).

Per la seva part, 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).

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 aquelles que s'adrecen a millorar la disponibilitat i qualitat d'habitatges, poden comportar una incidència positiva en la prevalença dels trastorns mentals.¹⁵

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

¹⁵ 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.

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).
- 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 Reynolds, 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 econòmica¹⁶ (Artazcoz, 2004), majors morts derivades de suïcidis (Berk, Dodd i Henry, 2006) i abús d'alcohol¹⁷ (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 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

¹⁶ 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 ansios en aquest grup.

¹⁷ 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).

en la salut mental (Anderson, McDaid, Basu i Stuckler, 2011; Bamba, 2010, a OMS, 2014: 24).

Existeix una gran quantitat d'estudis en què s'analitza el nexa 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 previsible 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).

Taula 3. Factors de risc i de protecció en salut mental.
Dimensió ambiental, social i econòmica

	Factors de risc	Factors de protecció
Ambientals, socials i econòmics	<ul style="list-style-type: none"> • Accés a drogues i alcohol. • Desplaçament, aïllament i rebuig. • Falta d'educació, transport i habitatge. • Desorganització veïnal. • Circumstàncies socials deficients. • Pobresa i nutrició deficient. • Injustícia racial i discriminació. • Migració a àrees urbanes. • Violència, delinqüència, guerres. • Estrès laboral, desocupació. • Ambients imprevisibles. • Normes de comportament difuses, ambigües o canviants. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

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

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).

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).

Taula 4. Factors de risc i de protecció en salut mental. Dimensió individual i familiar

	Factors de risc	Factors de protecció
Individuals i familiars	<ul style="list-style-type: none"> • Fracàs acadèmic. • Dèficits d’atenció. • Cuidar pacients malalts crònics. • Abús i abandonament de menors. • Insomni crònic; dolor crònic. • Comunicació anormal. • Embaràs precoç. • Abús a ancians. • Immaduresa emocional. • Ús excessiu de substàncies. • Exposicions a violència. • 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 deficientes. • Discapacitats de lectura. • Discapacitats sensorials i impediments orgànics. • Esdeveniments amb molta tensió. • Consum de substàncies durant l’embaràs. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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).

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), assenyalava 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 escoles¹⁸ 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).

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

¹⁸ 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.

Taula 5. Factors personals, socials i ambientals que determinen la salut mental

1. Desenvolupament i manteniment de comunitats saludables	
<ul style="list-style-type: none"> • Protecció i seguretat. • Bones condicions d'habitabilitat. • Experiències educatives positives. • Ocupació. • Bones condicions de treball. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Llaços afectius primerencs. • Afecte. • Establiment de relacions. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Salut física. • Autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitat per conduir els conflictes. • Capacitat per aprendre.

Font: HEA, 1997; Lehtinen, Riihonen 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 6. Intervencions polítiques i tècniques per a la prevenció dels trastorns mentals i la promoció de la salut mental

<p>Suport familiar en la criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Reducció de la inseguretat econòmica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Enfortiment de la xarxa comunitària</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Programes socials específics</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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:

- Els programes que preveuen mesures actives del mercat de treball.
- Els programes de suport a les famílies.
- El control dels preus i la disponibilitat dels productes alcohòlics.
- L'atenció primària adreçada als col·lectius amb més risc de patir problemes de salut mental.
- Els programes d'assistència davant dels deutes econòmics¹⁹ (p. 10-12).

¹⁹ L'estudi de Meltzer et al., realitzat a Anglaterra l'any 2007, amb una mostra de 7.461 pacients psiquiàtrics, conclouia que les persones amb problemes econòmics associats amb deutes triplicaven el risc de patir algun tipus de trastorn mental comú (Meltzer et al., 2012).

3

El coneixement en treball social

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, resulta necessari retornar de nou a aspectes que es troben en el nucli mateix de la disciplina i que superen l'especificitat d'aquest àmbit. Per aquest motiu, en aquest capítol s'aparca de manera temporal l'atenció fins ara centrada en la salut mental, per tractar, a partir de la revisió bibliogràfica, una sèrie de qüestions estructurals que es concreten en: els condicionants que emanen de la missió aplicada del treball social; la relació amb l'esfera científica; la càrrega ideològica que impregna la professió.

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 problemàtiques 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 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 desconexió entre aquestes dues esferes, teoria i pràctica, interpretades com a entitats de naturalesa diferent, en ocasions contraposades, i fins i tot s'ha titllat de massa teòrica -és a dir, de poc pràctica- qualsevol tendència que no ofereixi pautes clares per a la intervenció.

Davant d'aquesta missió social 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 continui 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). 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).

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. 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.

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, que és el que s'aborda de manera recurrent des del treball social. 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 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 condiona en gran mesura qui o què pot esdevenir objecte de la intervenció dels professionals. El segon 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 determinat²⁰ (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.

²⁰ 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).

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 nexa 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 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).²¹

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.²²

“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).²³

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

²¹ Traducció pròpia de l'anglès.

²² 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.

²³ Traducció pròpia del castellà.

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 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, assenjala que la recerca 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. Citant a Bourdieu, 1989, Grassi (1995), sosté que 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.

3.2. La relació amb la ciència

De la revisió de les fonts bibliogràfiques d'aquells autors i autores que tracten sobre la científicitat 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. 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 elevat que afirma el contrari, és a dir, que no ho és. Tot i això, molts d'aquests consideren 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).

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. 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 científicitat 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 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 canons científics.

També per a Hartman, 1990a i 1990b, a Coady (2012: 110), aquesta visió científica i tècnica del treball social promoguda des de les instàncies acadè-

miques 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).

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. 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).

Així mateix, Vázquez (2012), precisant la posició presentada anteriorment, subratlla la necessitat de sortir del dilema sobre la científicitat 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. Del que 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 científicitat (Vázquez, 2012: 64).

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).

De fet, 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 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).

En la taula següent es presenten, de manera sintètica, la interrelació entre els paradigmes clàssics de les ciències socials, els models teòrics del treball social i les lògiques professionals resultants.

Taula 7. Correspondència entre els paradigmes de les ciències socials i les lògiques d'intervenció en treball social

		Paradigma positivista	Paradigma interpretativista	Paradigma conflictivista
Naturalista epistemològica		Empírica, objectiva, experimental, determinista.	Fenomenològica, subjectiva, idealista, no-determinista.	Històrica, dialèctica, materialista, determinista.
Lògica aplicada en el treball social		Se cerca la rehabilitació a partir de diagnòstics i d'intervencions basades en l'evidència. S'apel·la a mecanismes d'adaptació per ajustar els individus als requeriments de la dinàmica social.	Se cerca l'apoderament mitjançant la creació d'espais que facilitin la comunicació i la relació. S'apel·la a la potencialitat i l'expertesa innata de la persona per tal d'orientar el seu projecte vital.	Se cerca l'acció col·lectiva per transformar les situacions estructurals que generen opressió. S'apel·la a l'autoconsciència racional per alliberar els més vulnerables de les ideologies dominants.
Èmfasi		Programes.	Vincle terapèutic.	Polítiques.
Vinculació		Tècnica.	Humana.	Ideològica.
Accions centrals		Observar, mesurar, controlar, predir, explicar, reformar.	Interpretar, construir, col·laborar, relatar, recuperar, comprendre.	Emancipar, transformar, criticar, redistribuir, polititzar, lluitar.
Rol prof.	Segons Howe (1999)	Reparador.	Buscador de sentit. Conscienciador.	Revolucionari.
	Segons Payne (2005)	Individualista-reformista.	Reflexiu-terapèutic.	Socialista-col·lectivista.
Models teòrics associats		Psicodinàmic. Cognitiu-conductual.	Humanista.	Crític radical.
		Sistèmic		Construccionista.

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

3.3. 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 que orienten la conducta del professional. 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 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'actui 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 social²⁴ que regeix a Catalunya amb el d'altres disciplines properes, com poden ser la psicologia²⁵ o la sociologia.²⁶ De l'anàlisi

²⁴ 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.

²⁵ Codi deontològic del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (2014): <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6799/1402630.pdf>.

²⁶ 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.

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).

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 a 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).²⁷ De la seva lectura i del posterior comentari que en fan²⁸ a tall d'ampliació, resulta indicat destacar-ne: el

²⁷ Ja esmentada en la p. 61.

²⁸ Es pot accedir al comentari a: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>.

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 qüestionï i critiqui les fonts estructurals d'opressió; la solidaritat amb les persones més desfavorides; 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).

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 substituïts 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 i les treballadores 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. 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. 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 permite las injusticias sociales?” (p. 122).

De fet, en la literatura s'indica que gran part dels treballadors i les treballadores 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 intuitiva 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.

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 (Zamainillo 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. 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). Per aquest motiu, els deures professionals resten àmpliament condicionats per la relació subjecta al bé públic (p. 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 rescata 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). L'autor 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 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 (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. Per la seva banda, Banks (1997) aposta per reconèixer aquestes tensions i equilibrar-les. El professional 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, ignorant la resta, li pot suposar un distanciament de la institució i dels mateixos usuaris. 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

4

El procés d'investigació

4.1. Objectius i preguntes d'investigació

L'objectiu general d'aquesta recerca 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.

Aquesta objectiu es sosté en un eix que, per una banda, tracta d'analitzar i descriure l'estat del procés de configuració disciplinar, i de l'altra, pretén captar els diferents patrons identitaris que emana la professió davant d'aquest procés.

Aquest objectiu de caràcter general s'ha tractat de fer més operatiu mitjançant l'elaboració de quatre objectius específics:

- 1 Explorar l'objecte del treball social en l'àmbit de la salut mental.
- 2 Determinar la posició que ocupa el treball social en el context multidisciplinari de la salut mental.
- 3 Identificar les possibilitats d'avaluar l'impacte de les intervencions.
- 4 Analitzar la rellevància que pren la dimensió ideològica en l'acció pràctica i reflexiva dels professionals.

Aquests objectius troben la seva justificació en les preguntes d'investigació i els elements teòrics que es poden observar en la taula següent:

Taula 8. Interrelació entre els objectius específics, les preguntes d'investigació i els elements teòrics

Objectius específics	Preguntes d'investigació	Elements teòrics
<p>1. Explorar l'objecte del treball social en l'àmbit de la salut mental.</p>	<p>Quines són les tasques i accions que ocupen majoritàriament els professionals? Amb quins objectius? Quins fenòmens es problematitzen? Quines lògiques professionals resulten dominants? Quines són les finalitats del treball social en salut mental? Quins són els principals condicionants que afecten el desenvolupament del treball social en aquest àmbit?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La missió del treball social en salut mental. - Determinants socials i salut mental. - Mètodes i nivells d'intervenció. - Interpretacions dels trastorns mentals.
<p>2. Determinar la posició que ocupa el treball social en el context multidisciplinari de la salut mental.</p>	<p>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/a social? Quines valoracions es fan de l'estat de la professió dins de l'àmbit?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El rol del treballador/a social. - L'autonomia professional. - Multidisciplinarietat i/o interdisciplinarietat - La dimensió social en salut mental.
<p>3. Identificar les possibilitats d'avaluar l'impacte de les intervencions.</p>	<p>En quina mesura s'avaluen les intervencions? Quines són les principals dificultats o limitacions? Quines estratègies s'utilitzen? S'empen indicadors? De quin tipus (qualitatius/quantitatius)? S'estandarditzen els processos? Com s'incorporen els elements de caràcter subjectiu en les avaluacions?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subjectivitat. - Objectivitat. - Les evidències en treball social. - Ciència i treball social.
<p>4. Analitzar la rellevància que pren la dimensió ideològica sobre l'acció pràctica i reflexiva dels professionals.</p>	<p>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?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Codis deontològics. - Principis i valors del treball social. - Legitimitat pública i treball social. - Identitat professional.

Font: elaboració pròpia.

La construcció d'aquests objectius és fruit també d'un treball de síntesi basat en l'exploració de les fonts bibliogràfiques del treball social presentades en el bloc anterior. Aquest va permetre situar les diverses àrees en què es mouria la recerca, al mateix temps que es detectaven les principals qüestions problemàtiques associades a cadascuna d'elles, i que es presenten en la figura següent:

Quadre 1. Problemàtiques associades a les quatre àrees

Objecte
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultats per acotar un espai concret i delimitat de coneixement. • Dificultats per produir objectes més enllà dels que venen configurats de manera institucional, o a través d'altres disciplines científiques.
Interdisciplinarietat
<ul style="list-style-type: none"> • Percepció d'una pèrdua de pes en els equips i les xarxes multidisciplinàries en què es participa. • Percepció d'una identitat professional dèbil i poc estructurada.
Avaluació
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultats per establir estratègies que mesurin l'impacte de les intervencions. • Dificultats per socialitzar les pràctiques de coneixement en un marc científic regulat.
Deontologia
<ul style="list-style-type: none"> • Contrarietats entre els principis transformadors de la disciplina i l'acció professional. • Complexitats per situar i distingir els espais científics i ideològics.

Font: elaboració pròpia.

4.2. Orientació de la recerca

Des d'un punt de vista metodològic, es va optar per l'elecció d'un procés d'investigació qualitatiu. Aquesta orientació, lluny de facilitar explicacions causals a gran escala, havia de permetre l'aprofundiment en el significat i les interpre-

tacions d'un conjunt d'actors socials seleccionats, situats en àmbits concrets d'experiència. Per tant, es va adoptar una anàlisi *micro* del fenomen, preferint 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 aquesta resultés de tipus intencional. És per aquest motiu que es va considerar més convenient establir preguntes d'investigació, i no hipòtesis, per acompanyar els objectius del 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.

Pel que fa a les eines de recollida d'informació emprades durant el treball de camp, aquestes han estat l'entrevista i els grups de discussió. Un total de quaranta participants van ser entrevistats, mentre que tretze van formar part dels grups de discussió. En relació a la temporalitat, el treball de camp va tenir una durada de 6 mesos, compresa entre l'1 de setembre de 2015 i fins al 29 de febrer de 2016.

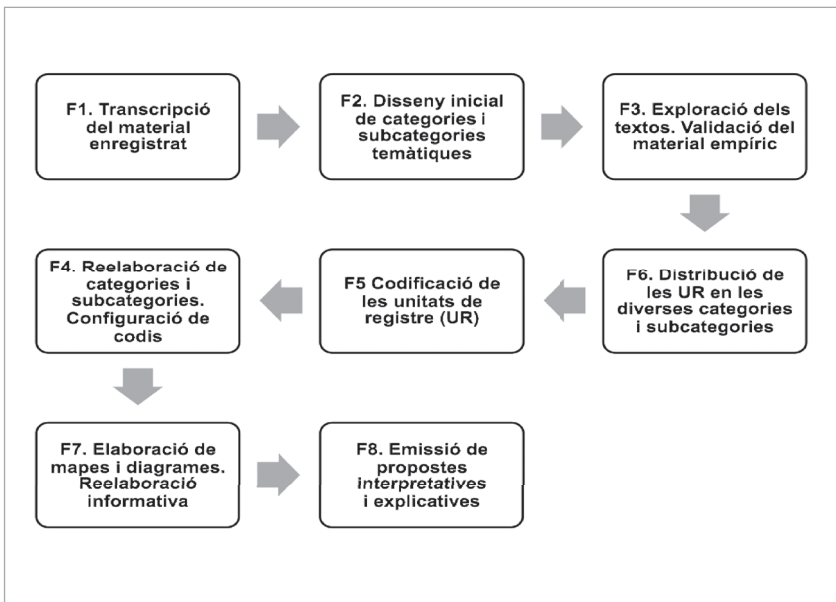
La tipologia d'entrevista realitzada es pot descriure mitjançant tres característiques: individual, enfocada i semiestructurada. S'ha definit com a individual, atès que el format predominant ha estat marcat per la situació de l'entrevistador amb un entrevistat. Es tracta d'una entrevista enfocada, en 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 en què, seguint Ruiz Olabuénaga (2012: 170), es va tenir en consideració la utilització flexible del guió establert, alterant l'ordre i la forma quan es considerés convenient, d'acord amb les respostes dels entrevistats.

Pel que fa al 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 clau recollides amb anterioritat pels informants participants en les entrevistes. En aquest sentit, es pretenien contrastar (ja sigui perquè quedessin

reforçades o debilitades, o bé per explorar-ne alternatives) des d'un format i amb uns integrants diferents.

Un cop finalitzat el treball de camp, es va dur a terme un procediment d'anàlisi del material empíric, que va transcórrer per vuit fases, des de la transcripció inicial del material enregistrat, fins a l'emissió dels principals resultats.

Figura 1. Fases de l'anàlisi empírica



Font: elaboració pròpia.

En la taula següent s'observen les categories matriu construïdes amb les diverses subcategories derivades, així com el nombre d'unitats de registre (UR) obtingudes per a cadascuna.

Taula 9 . UR obtingudes segons categories i subcategories temàtiques

Categories (codis)	Subcategories temàtiques (codis)	Nº UR
Objecte (o.1)	Funcions professionals (o.1.1.)	34
	Causes dels trastorns mentals (o.1.2.)	18
	Conseqüències dels trastorns mentals (o.1.3.)	29
	Finalitat del treball social en salut mental (o.1.4.)	15
	Objectius de la intervenció professional (o.1.5.)	19
	Nivells d'intervenció (o.1.6.)	31
	Dificultats en el desenv.de les intervencions (o.1.7.)	22
	Altres UR (o.1.8.)	24
Interdisciplinarietat (i.2)	Identitat professional (i.2.1.)	28
	Rol professional (i.2.2.)	25
	Evolució històrica (i.2.3.)	16
	Àmbit social (i.2.4.)	7
	Àmbit sanitari (i.2.5.)	11
	Equips multidisciplinaris (i.2.6.)	16
	Enfocament biopsicosocial (i.2.7.)	24
	Altres UR (i.2.8.)	10
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 UR (a.3.6.)	15
Deontologia (d.4)	Ètica i deontologia (d.4.1.)	21
	Ideologia (d.4.2.)	19
	Institucions i organitzacions (d.4.3.)	24
	Activisme des del treball social (d.4.4.)	13
	Altres UR (d.4.5.)	14

Font: elaboració pròpia.

4.3. Descripció de la mostra

Tal com s'ha esmentat anteriorment, aquesta mostra és de tipus intencional. 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. 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 professionalment en aquest àmbit en el moment de l'entrevista o la participació en el grup de discussió. 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 feien idònia la seva incorporació.

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. D'altra banda, es va tractar de mantenir una certa correspondència amb alguns dels desequilibris presents en aquests contextos, com per exemple, en la variable 'sexe'. No obstant això, el criteri que ha quedat més distanciat del context real és el de representació territorial, atès que la mostra integra el mateix nombre d'informants pertanyents a la província de Lleida que a la de Barcelona (19 en cadascuna). Pel que fa als 13 restants, 6 se situen a la província de Girona i 7 ho fan a la de Tarragona.

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'interval- algunes dades (com l'edat o els anys d'experiència).

Taula 10. Característiques generals 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
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
Ts15²⁹	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 social	Entre 11 i 15	Entre 16 i 20
Ts20³⁰	Entre 46 i 55	San. + Educ.	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 16 i 20
Ts21³¹	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
Ts24³²	Entre 25 i 35	Social	Integr. social	Entre 1 i 5	Menys d'1
Ts25	Entre 25 i 35	Social	Treball social	Entre 6 i 10	Entre 1 i 5
Ts26	Entre 36 i 45	San. + Educ.	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	San. + Educ.	Treball social	Entre 26 i 30	Entre 26 i 30

	Edat	Sector	Tasques	Anys d'experiència en SM	Anys d'experiència en TS
Ts31	Entre 36 i 45	Social	Coordinació	Entre 11 i 15	Entre 11 i 15
Ts32	Entre 25 i 35	Social	Coordinació	Entre 6 i 10	Entre 6 i 10
Ts33³³	Entre 46 i 55	San. + Educ.	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
Ts37³⁴	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
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.

-
- ²⁹ 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.
- ³⁰ 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.
- ³¹ 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.
- ³² L'informant exerceix tasques com a integrador social. Se n'escull la participació per la seva experiència en l'àmbit i per la singularitat del seu perfil.
- ³³ 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.
- ³⁴ 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.
-

En relació amb el sexe, el 86,3% són dones, mentre que el 13,7% són homes. Pel que fa a l'edat de les persones informants, preval la franja situada entre els 36 i els 45 anys (39,2%), seguida de la franja entre els 25 i 35 anys (29,4%), i dels 46 als 55 anys (23,5%). Si ens fixem amb els anys d'experiència laboral que acumulen en l'àmbit de la salut mental, la part més nombrosa de la mostra es troba entre els 6 i els 10 anys (39,2%), seguida dels 11 als 15 anys (21,6%), i d'1 a 5 anys (13,7%). La mitjana d'experiència per al conjunt de la mostra se situa en els 12,2 anys. De l'encruament d'aquestes dades amb els anys d'experiència en laboral que els informants acumulen en el conjunt d'àmbits en els quals han treballat, trobem que gairebé la meitat de la mostra (47,1%) ha desplegat la totalitat de la seva carrera en salut mental, sense haver treballat en cap altre àmbit.

Des del punt de vista territorial, Lleida i Barcelona han estat els dos territoris més representats amb 37,3% cadascun, seguits de Tarragona (13,7%) i Girona (11,8%).

Un criteri important tingut en compte ha estat 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 dels participants. En relació amb la representativitat del sector social, aquest arriba al 40,8%, amb professionals exercint en alguns dels diversos serveis, programes o projectes especialitzats en aquest àmbit.

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,³⁵ dins els graus o màsters oficials de les universitats catalanes. En aquest sentit, s'hi han pogut incorporar fins a cinc d'aquests perfils (6,6%). Són dos docents vinculats a universitats localitzades a Barcelona, una altra a Tarragona, una a Lleida i una a Girona.

³⁵ El nom concret de la matèria difereix segons la universitat.

Pel que fa a les funcions, la major part dels informats desenvolupen activitats pròpies associades a la intervenció del treball social en salut mental (70,6%). Quatre dels informants desenvolupen tasques de direcció (7,8%), entenent com a tals el comandament d'organitzacions, la gestió econòmica i estratègica, i la gestió dels recursos humans. Nou informants (17,6%) 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.

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.

Finalment, es fa referència als informants segons la naturalesa de l'organització a la qual pertanyen. El nombre més ampli de participants ho fa al tercer sector (54,9%). En segon lloc, hi trobem els professionals vinculats al sector públic (31,4%), i en darrer lloc, els que ho fan al sector mercantil (13,7%).

Tercera part

BLOC ANALÍTIC

5

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 l'objecte no es presenta d'una manera clara ni determinada a fi de poder ser reconegut. No obstant això, una manera d'intentar dibuixar-lo seria copsant una representació del que la professió assumeix com a assumpte del qual tractar i ocupar-se; el que alhora pot resultar matèria del seu coneixement, sensibilitat, comprensió i actuació.

Amb aquest punt de partida, s'ha entès que l'aproximació a una matèria certament relliscosa com aquesta podia realitzar-se mitjançant dues vies que es poguessin retroalimentar: en primer lloc, a partir de la possibilitat de recollir els elements significatius de l'univers professional, que tenen a veure amb els aspectes més concrets associats amb l'acció pràctica; en segon lloc, s'ha prestat atenció a una dimensió de caràcter teòric, més allunyada de la quotidianitat, però més pròxima a 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. 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.

5.1. 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, el que es pretenia era 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 o treballadora social en aquest àmbit.³⁶

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

³⁶ 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).

realitza. Aquests han requerit una interpretació prèvia en el marc del diàleg amb els informants³⁷.

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 o treballadora 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.

5.1.1. Anàlisi de funcions i tasques

De l'examen de les respostes associades a les funcions, s'han seleccionat un total de 55 termes clau. Aquests termes han estat mencionats 224 vegades pels entrevistats, amb una distribució clarament heterogènia.

³⁷ 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.

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).

Taula 11. 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.

Tot i aquests resultats, es pot afirmar amb una certa consistència que el decantament cap a l'esquema de treball individual apuntat en la descripció d'aquest perfil no és 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 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.

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'organització³⁸ (7). El segon lloc es troba ocupat pel component relacionat amb l'administració³⁹ (4). Finalment, s'hi incorpora el component vinculat al disseny de projectes.⁴⁰

Taula 12. 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 podrà revelar, amb major seguretat, quin tipus d'aproximació al camp de treball es duu a terme.

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. 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 homogeni 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,

³⁸ 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.

³⁹ Terme que expressaria el conjunt d'activitats de caràcter més burocràtic que es desencadenen de la intervenció professional.

⁴⁰ Ja siguin d'intervenció o de recerca.

que, com s'ha assenyalat anteriorment, no s'ha pogut realitzar amb els termes relacionats amb la intervenció directa.

Taula 13. Freqüència d'aparició dels termes clau 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 14. Freqüència d'aparició dels termes clau d'acció 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 a la creació de nous projectes.

Taula 15. 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.

Taula 16. 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.

En correspondència amb els resultats mostrats amb anterioritat, la selecció d'aquests deu termes manté una 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).

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 2. 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; sensibilització; prevenció; tallers; psicoteràpia;
ajuda mútua; psicoeducació; escola de famílies.

Font: elaboració pròpia.

Quadre 3. 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.

En relació 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 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-terapèutica⁴¹ que al patró reparador o 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.⁴² 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. Fonamenten el seu treball en el vincle terapèutic i en les possibilitats d'enfortir les capacitats de la persona. En diverses ocasions es posa l'èmfasi en la relació que s'estableix amb les persones que s'atenen, manifestant, en alguns casos que s'hi manté un tracte d'amistat, amb estimació i afecte.

En la taula següent es pot observar una mostra representativa dels fragments associats a aquesta lògica.

Quadre 4. Fragments interpretats en la lògica d'intervenció reflexiva-terapèutica

Vinculació	Ts12: "Joestic ara en una etapa de creació de <u>vincle</u> , 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 <u>apoderar</u> al pacient. Si tu no <u>apoderes</u> 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".

⁴¹ Vegeu taula 7 (p. 68).

⁴² Cal fer esment de la dificultat per ser categòric quan es tracta de classificar els professionals segons les lògiques d'intervenció. 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.

Acompanyament	Ts16: “Por eso me gusta trabajar aquí, porque la atención es muy integral (...). Hay un <u>acompañamiento</u> 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 a un patró reparador, 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 5. Fragments interpretats en la lògica d'intervenció reparadora-reformista

Rehabilitació	Ts40: “Parlem de <u>rehabilitar</u> 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 <u>rehabilitar</u> d’alguna manera”.
Integració	Ts27: “Amb aquests tallers que fem s’han tornat persones molt més sociables i s’han pogut <u>incloure</u> 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 entre bancs. <u>Li fas</u> un pla de treball, <u>li fas</u> el seguiment, l’aconselles, però de vegades <u>no et fa cas</u> perquè ell creu que ho està fent millor (...). Això ho dificulta”.

Font: elaboració pròpia.

5.2. 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. En la darrera, es preguntava per la finalitat del treball social dins d'aquest camp.

L'apartat que segueix a continuació incorpora l'anàlisi corresponent a la primera i segona qüestió. El segon, ho fa amb la darrera de les preguntes.

5.2.I. 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 recurrent s'hagi d'apuntat 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 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. Així, 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.

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 dues [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.

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 (...).”*

Pel que fa als posicionaments que atorguen major importància psicosocial, aquests s'expliquen per la incidència de l'entorn. 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 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”.*

Dins d'aquest raonament de caràcter 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”.

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. Aquesta observació reforça el rol reflexiu-terapèutic detectat anteriorment.

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 dificultat es acceptar ese diagnóstico, porque socialmente ya no es aceptado (...). Y además esa sensación de miedo a lo que puede pasar. Hay siempre una angustia (...)”.*

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. En aquest sentit, el diagnòstic és només una referència que haurà de ser interpretada de manera més concreta, d'acord amb la personalitat de cadascú.

En termes generals, però, les dificultats d'adequació 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, l’la-vors s’enfonsa, es frustra i encara hi ha més simptomatologia”.*

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 en-

dogàmiques 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.

5.2.2. 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 de la professió 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".*

En aquest sentit, la persona és posada en el centre de la intervenció i sobre ella hi haurien 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 el trastorn. 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. 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".

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 pri-

mer 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 o treballadora 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”.*

6

El context interdisciplinari

En aquest capítol s'aprofundeix en les dinàmiques relacionals que manté el treball social amb les altres disciplines inscrites en el context de la salut mental. Amb aquest aprofundiment, es pretén obtenir un conjunt de dades representatives sobre els principals 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 comparació amb les altres disciplines; finalment, es preguntà per l'existència de les dificultats més recurrents en les interrelacions professionals.

6.1. El domini biomèdic

En cap de les qüestions treballades en aquesta recerca 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 es troba fortament desequilibrat, d'acord amb les percepcions dels informants.

Es manifesta que aquesta mirada biomèdica esdevé preponderant dins d'un eix que segueix una clara jerarquia, d'acord precisament amb l'ordre del seu propi nom. 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.

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 meua 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 (...).”*

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 difícil per als usuaris, comparada amb l'accessibilitat que es té a altres referents professionals.

Aquesta disposició de temps és també assenyalada pels informants 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?”.

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, són en massa ocasions infravalorades durant el procés de treball.

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 mental⁴³ 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

⁴³ 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.

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 la lògica d'aquest marc mental. Aquest fet provoca que sovint s'oblidin els 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 condiona moltíssim el benestar o males-tar de les persones".*

En ocasions s'apunta que el treball social ja hauria interioritzat completament la visió provinent del paradigma mèdic i individual dins el seu esquema d'actuació. En altres ocasions, però, es diu que es fa d'una manera involuntària i amb certes resistències, tot i que finalment s'acabi assumint. Pel que fa a la primera situació, durant el treball de camp s'han trobat alguns relats que acomoden la posició de les professions socials a un esquema de treball supe-ditat 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 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.

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.”.*

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 i les treballadores 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 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 de la figura mèdica en els càrrecs de direcció i coordinació. La presència d'altres professions 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 i les treballadores 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 reivindicuem, 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"*.

6.2. 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: *"Ets com 'la hermanita de la caridad'".*

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 i les treballadores 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'aquella vitalitat, 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".*

En la dinàmica dels canvis succeïts en els darrers temps 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 per la informant següent-, suposarien un cost inferior per a les organitzacions.

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 meua feina, o el que m'agradaria fer amb els pacients i les famílies".*

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 en massa ocasions vulnerades. Aquests 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 sobrees-

forç no l'han de fer altres professions. 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 hakis 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 pot aportar des del treball social és en moltes ocasions entès 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 i les treballadores 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".*

En aquesta línia, el contingut de les informacions, així com dels arguments aportats pels treballadors i les treballadores socials en les reunions, és percebut en repetides ocasions com un tipus de coneixement de caràcter més rutinari i naturalitzat. D'aquesta manera, emergeix la consideració d'un saber allunyat del coneixement que es desenvolupa d'una manera disciplinada, metodològica, empírica i objectiva.

D'aquesta manera, el treball 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.

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”.*

6.3. L'autocrítica

Són diversos els informants que, si bé no contradiuen el discurs assenyalat anteriorment, aporten una mirada que pretén ser autocrítica davant 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 descrit.

Una primera línia crítica identificada té a veure amb la incapacitat que s'ha tingut des de la professió 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. 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.

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'asse-

nyala el dinamisme que aquestes han incorporat, i que ha ampliat, i no restringit, el seu objecte de treball. 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.

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 manera excessivament defensiva, 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 hi ha la tasca que cadascú ha de fer... de com et pronuncies... del que aportes".*

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 profes-

sió, 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. 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”.*

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.

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. En aquest sentit, 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.

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 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 (...). 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 (...). 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".

6.4. L'especificitat del treball social en salut mental

Un dels elements abordats 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. Si s'agafen les declaracions dels informants, en aquest cas, focalitzades en les diferències que estableixen entre els treballadors socials i educadors socials, trobem una certa contradicció entre la diferència formal de rols entre una i altra, i el que finalment acaba succeint en els contextos pràctics.

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".*

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".*

A mesura que els informants verbalitzaven aquests aspectes, s'observava que 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 acaba assumint dins el seu rol professional.

Com s'indicava, la paradoxa es manifesta en comprovar que aquestes funcions formalitzades són poc representatives a la pràctica. De fet, quan es pregunta 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.

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. La situació dibuixada presenta dues dis-

ciplines 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 i les treballadores 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, 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, en termes de desgast, com a conseqüència d'aquesta situació d'assimilació compartida.

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 no més 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".*

7

L'avaluació de les intervencions

El gir professionalitzador que Mary Richmond va impulsar en el treball social a principis del segle passat va basar-se en la voluntat d'incorporar la dimensió científica en la pràctica disciplinària. 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. Al mateix temps, aquest gir va impulsar 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, i adaptar-les al naixement d'una disciplina amb una vocació més aplicada que les anteriors. Assenyalava així 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.

Un segle més tard, aquestes qüestions resten lluny d'haver-se completat satisfactòriament, i possiblement es trobin massa allunyades dels debats professionals. En el millor dels casos, poden trobar la seva acomodació en els espais acadèmics.

Malgrat això, aquesta és una qüestió latent que es troba en el substrat d'altres qüestions que configuren l'actualitat més candent del treball social. Un exemple, com s'ha vist en anteriorment, 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. 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 la dimensió científica i el treball social.

7.1. 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.

7.I.I. 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 duiguin 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”.*

La dimensió subjectiva del treball social 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.

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 (...). 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".*

Amb aquesta manera de fer, es pren la manifestació original de les persones que s'atenen com a principal referència. 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. Veiem alguns exemples més:

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'agraïxen 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”.*

Introduïda aquesta primera observació, una segona prové d'aquells informants subjectes d'una manera més estricta als indicadors de caràcter institucional. Aquests són el grup que manifesten una major incomoditat amb les qüestions de l'avaluació. 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 i les treballadores 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 quantitius tenen un valor més important que els qualitius.

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”.*

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'altres, etc.) i la menor en qüestions d'ordre qualitatiu (evolució del pacient, accions significatives assolides, etc.) en pot tergiversar completament la lectura, transmetent d'aquesta manera imatges poc representatives de la realitat. 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.

Ts19: *“Necessitaran només uns quants administratius (...). Això pot generar que l'art que té la nostra professió es perdi (...).”*

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 d'observacions ja presents en la literatura, en què diverses autores i autors (Ariño, 2013; Balaga, 2009; Navarro, 2008; Gil, 2007) apunten que alguns d'aquests procediments normativitzats i que arriben als serveis on se situen els treballadors i les tre-

balladores 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.

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 tracten de fer 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 interval 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".*

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".*

7.1.2. 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 d'una manera formalitzada les conseqüències que té la intervenció del treball social en les persones que s'atenen.

Ts18: *"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".*

La informant Ts50 emfatitza que aquest és un procés més important del que aparentment sembla, atès que emmarca les intervencions en uns paràmetres més homologables i 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 poder-les mesurar (...), ens costa molt poder fer-ho perquè estem més còmodes amb aquestes percepcions que fem. I ens hem acomodat amb això".*

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.

Així, 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 amb una certa fragilitat, si no se li traspassen certs patrons o referències estandarditzades.

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 ocupen tasques de direcció o de coordinació 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 (...)"*

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 multidisciplinaris]"*

En alguns casos, es formula una crítica interna en la qual s'indica que els membres de la professió mantenen una certa 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 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 aquests, 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 fer front a aquest repte.

Ts18: *"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 noves eines informàtiques i digitals s'apunten com a decisives per a la introducció d'aquestes millores.

7.2. 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. Un nombre significatiu de les respostes són afirmatives en aquest sentit, tot i que amb matisacions divergents respecte a la interpretació que es fa del terme *ciència*. En pocs casos la resposta és negativa.

En aquest apartat, 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 un punt de vista més escèptic.

7.2.1. 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 aquest 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 competitivitat 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”.*

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 situats en espais altament rics 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.

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.

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 nu-*

estra 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”.

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 referències que són dissenyades per aquestes altres. Això és el que passa en certs models teòrics que s'utilitzen en treball social, i que tenen una base fonamentada en la psicologia. Com també de caràcter psicològic són part dels diversos instruments de mesura que alguns professionals del treball social manegen en els seus serveis.

Seguint aquesta línia, la informant següent tracta d'explicar que l'absència d'aquesta inquietud investigadora en treball social es fa palesa si es compara amb la dinàmica d'altres professions. En aquest cas, 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 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?’”.*

Tot i que d'una manera menys nombrosa que en els discursos anteriors, 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 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 una major socialització en l’esfera científica pot comportar l’emergència d’un professional amb una posició més 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 aquesta qüestió. Per exemple, Ts11 fa referència a la necessitat de prioritzar la part aplicada de la professió, deslligant-la dels aspectes tècnics i científics, que considera menys importants. Per a Ts24, la ciència és percebuda en termes allunyats de les inquietuds i necessitats més immediates, 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 una relació 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".

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.

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".*

8

La relació entre ideologia i deontologia

Maribel Martín (2013) assenyala en la seva tesi doctoral 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, segons assenyala. 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 poc present, si més no, si es fa cas als elements vinculats a la conceptualització de l'objecte. La definició del treball social com a professió que promou el canvi ha vingut majoritàriament canalitzada per un tipus d'orientació individual. 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 menys 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.

Per aquest motiu, als informants se'ls va preguntar de manera explícita per aquesta dimensió ideològica seguint una sèrie de qüestions mitjançant les quals eren convidats a parlar sobre l'adequació o inadequació d'introduir aquest component en la pràctica professional. Així doncs, es pot apuntar que, en un àmbit discursiu, aquesta dimensió sí que resulta present. En aquest sentit, un nombre significatiu d'informants configuren precisament una primera línia discursiva en què expressen el malestar davant la incapacitat actual d'incorporar veritablement aquesta dimensió en la professió.

Un segon grup d'informants, d'importància numèrica equivalent a l'anterior, es troba caracteritzat per un discurs més matisat 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, una darrera línia discursiva estaria sostinguda 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 en comporti una aproximació. Per a aquests, una relació explícita amb la dimensió ideològica té un caràcter totalment perjudicial per a la professió.

A continuació, s'introdueixen els apartats amb els quals es presenta d'una manera més exhaustiva el contingut discursiu que conté cadascuna d'aquestes tres mirades.

8.1. 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 (...)."*

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 una sinèrgia 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'alumet 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 (...). Si es formessin com a grups de poder o lobbies no els passaria això (...). El món universitari i acadèmic és un món teòric (...). 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 denunciarnos ¿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”.*

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 aparcas 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 polítics 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 actual i es pregunta el perquè d'aquesta situació.

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. Continua destacant 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 i les treballadores socials amb més experiència, que no troben vies per canalitzar i donar continuïtat a aquesta vessant 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. Hi pots estar durant un temps, però després has de deixar pas. Això crema molt. Els de la meua generació ens hem anat fent grans i ens hem anat aburgessant”.*

8.2. 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 busca projectar-se de manera tant explícita dins la disciplina, com sí que ho fa l’anterior. També aquest discurs presenta formes més heterogènies 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 professional *de base* 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. 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 professional del treball social no es desmarca ni deixa d'implicar-se en aquesta dimensió, sinó que els cedeix la representació d'aquesta tasca. Segons s'apunta, fer-ho d'aquesta manera 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'alinejar-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. D'aquesta manera, s'apunta a no tractar d'imposar la visió personal de manera automàtica, sinó a intentar comprendre que la professió es mou en un espai divers en quan a valors i idees.

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. 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.

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 tècnics del treball social.

Aquests discursos tracten d'evitar l'etiqueta d'activista que de vegades tenen els treballadors i les treballadores 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.

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, més quotidià i de contingut 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 informals.

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 meua 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 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.

8.3. El perjudici d'una professió militant

El darrer apartat és el més breu. No només perquè representa un grup 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 entenen com a perjudicial qualsevol tipus d'acció professional que vagi més enllà d'una funció estrictament tècnica.

En aquest sentit, consideren 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 no tinguin una connotació política, sinó que es vehiculin a través 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 legitimitació 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

9

Conclusions

9.1. Síntesi de resultats

A continuació es presenta un compendi dels principals resultats de la recerca d'acord amb els objectius establerts.

1. 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 deficient 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),⁴⁴ es pot assenyalar que l'eix presentat per aquesta autora (gènesi estructural - gènesi personal) es troba clarament decantat per un perfil professional que orienta

⁴⁴ Vegeu p. 61.

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 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 inexistent el discurs crític-radical.
- 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 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.

2. 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 la simptomatologia clínica com a nucli central a partir del qual pivoten el conjunt de les intervencions. En aquest context, s'evidencien dificultats per part dels professionals

del treball social, per legitimar la 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 aquesta qüestió, 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 emprà 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 fortalles 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.

3. Identificar les possibilitats 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 quantitius 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 assenjala 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 dèbil 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 professions, especialment dins el sector sanitari. Aquesta és una característica important, que incideix negativament en la construcció identitària.

4. 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 empli un enfocament ideològic explícit (crític radical, problematitzador, conflictivista) per sustentar o justificar la seva intervenció. Aquest fet no contradiu la presència d'un grup significatiu 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 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.

9.2. Discussió

En el seu llibre *El poder de la identitat*, el sociòleg Manuel Castells (2010: 8-10) distingeix tres lògiques diferents a partir de les quals construir identitats. La primera, l'anomena identitat *legitimadora*, i està vinculada amb patrons de socialització que emanen d'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 relacions 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.

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 dinàmica de *projecte*. En qualsevol cas, el factor comú que comparteixen totes elles és que proveeixen els subjectes dels recursos culturals 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 investigació.

Així doncs, com a primer punt destacable es pot subratllar la presència significativa d'un discurs⁴⁵ que es troba associat a una identitat de *resistència*. Aquest vindria fonamentada 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 alienes al 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 pogut deteriorar, 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 de 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*. Entre

⁴⁵ Els discursos sobre la identitat als quals em refereixo no tenen una translació directa en els informants. És a dir, no es pot establir una equivalència (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.

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 en pàgines anteriors. Subscriu, 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 als treballadors i les treballadores 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. 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.

“¿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 allunyada de la dinàmica científica. 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- el coneixement específic sobre l'àmbit de la salut mental. 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 d'excessiva dependència que viu la professió; en segon lloc, pel que fa a la identitat de *resistència*, perquè entén que una part important de les possibilitats per superar les situacions difícil-

tosos que s'han expressat, es troben en les pròpies mans dels treballadors i les treballadores 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 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. 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 que tendeixen a fer incompatible l'ús dels instruments de mesura, l'objectivitat o la consideració de les evidències disponibles abans de prendre decisions, amb el treball social; en definitiva, la conciliació entre la lògica tècnica i humana. 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 tots ells que ja tenen 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 canalitzar d'una manera més efectiva els principis i valors del treball social a través de l'acció professional.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

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.

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/165537MHLlaunchDocumentApril2014.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. (2013). *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. (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.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Editorial Lumen (1ª ed. 1972, Ediciones Carlos Lohlé, Buenos Aires).
- Beers, C.W. (1966). *A Mind that Found Itself: An Autobiography*. Nova York: Garden City (1ª ed. 1908, Longmans, Green & Co., Nova York).
- 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.
- 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.

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.

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.

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.

Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253-263.

Estruch, J., i Güell, A. M. (1976). *Sociología de una profesión. Los asistentes sociales*. Barcelona: Ediciones Península.

- 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.
- Gil, D. (2007). En el margen o marginado: el lugar epistemològic del Trabajo 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.
- 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. (2011). La producción en investigación social y la actitud investigativa en el trabajo social. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 1, 127-140.
- 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.

- 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).
- 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 Congr es Estatal de Treball Social. Saragossa.
- Leal, J. (1997). Servicios de salud mental: pasado, presente, futuro. *RTS: Revista de treball social*, 145, 19-26.
- 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.
- Martín, M. (2013). *La construcción de la identidad en trabajo social. An lisis de una trama hilvanada por sus personajes* (tesi doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales.
- 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 l nia]. 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>
- 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.

- 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.
- Morán, J.M. (2003) *Epistemología, ciencia y paradigma en trabajo social*. Sevilla: Aconcagua.
- 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 línea], Nº 20. Obtingut a: <http://hdl.handle.net/10481/7253>
- 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.
- 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.
- OMS (2003). *El contexto de la salud mental* [en línea]. Ginebra: Organizació 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 línea]. Ginebra: Organizació 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
- Palomar, M., i Suárez, E. (2012). Construccinismo 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.
- Payne, M. (2005). *Modern social work theory* (3ª ed). London: Palgrave Macmillan.
- 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.
- Ponce de León, L. (2012). Teorizar la experiencia profesional del trabajo social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 12(1), 141-147.
- 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.
- 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.
- Richmond, M. (2005). *Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XXI Editores de España (1ª ed. 1917, Russell Sage Foundation, Nova York).
- 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.
- 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 línea], Nº 1(1), 10-38. Obtingut a: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/901/1039>
- Sánchez, E. (2003). Por una sociología de la enfermedad mental: Etiología. *Cuadernos de trabajo social*, 16, 49-71.
- Sierra, R. (1997). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios* (14ª ed.). Madrid: Parainfo.

- 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.
- 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, 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.

- Viscarret, J.J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.
- 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 línea], 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.

Índex de taules, figures i quadres

TAULES

Taula 1. Funcions professionals del treball social en salut mental	28
Taula 2. Intervencions del treball social en l'àmbit de la prevenció en salut mental.....	41
Taula 3. Factors de risc i de protecció en salut mental. Dimensió ambiental, social i econòmica	50
Taula 4. Factors de risc i de protecció en salut mental. Dimensió individual i familiar	51
Taula 5. Factors personals, socials i ambientals que determinen la salut mental	54
Taula 6. Intervencions polítiques i tècniques per a la prevenció dels trastorns mentals i la promoció de la salut mental	55
Taula 7. Correspondència entre els paradigmes de les ciències socials i les lògiques d'intervenció en treball social.....	68
Taula 8. Interrelació entre els objectius específics, les preguntes d'investigació i els elements teòrics.....	80
Taula 9. UR obtingudes segons categories i subcategories temàtiques	84
Taula 10. Característiques generals de la mostra	86
Taula 11. Nombre de termes clau associats a la intervenció directa segons àmbit	96
Taula 12. Nombre de termes clau associats a la intervenció indirecta.....	97
Taula 13. Freqüència d'aparició dels termes segons tipus d'intervenció	98

Taula 14. Freqüència d'aparició dels termes clau d'acció directa segons nivell d'intervenció	98
Taula 15. Freqüència d'aparició dels termes clau d'intervenció indirecta segons tipus.....	99
Taula 16. Termes clau d'intervenció directa i indirecta més repetits.....	99

FIGURES

Figura 1. Fases de l'anàlisi empírica	83
--	----

QUADRES

Quadre 1. Problemàtiques associades a les quatre àrees.....	81
Quadre 2. Altres termes clau associats a la intervenció directa.....	100
Quadre 3. Altres termes clau associats a la intervenció indirecta.....	100
Quadre 4. Fragments interpretats en la lògica d'intervenció reflexiva-terapèutica	102
Quadre 5. Fragments interpretats en la lògica d'intervenció reparadora-reformista.....	103



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

www.tscat.cat

Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Treball,
Afers Socials i Famílies**



**Diputació
Barcelona**



Ajuntament de L'Hospitalet

