

La demanda de internado: un caso de divorcio difícil y conducta suicida de una adolescente

Carlos GARCÍA-CARPINTERO SÁNCHEZ-MIGUEL *
Margarita MARÍN QUIROGA **

Resumen

Las demandas de internado suelen ser frecuentes en el contexto de Servicios Sociales. Resultan más atípicas cuando no pertenecen a familias socialmente desfavorecidas o donde no se halla constatado un maltrato en el menor evidente.

En el análisis del caso, presentamos algunas premisas que consideramos relevantes para la intervención psicosocial: el enfoque técnico, la organización del equipo y el tratamiento basado en los contenidos iniciales del caso: divorcio difícil e intento autolítico del adolescente.

Presentamos el caso, desde la intervención de los diferentes contextos, la creación de nuestro escenario de trabajo y una propuesta de intervención reconviertiendo la demanda de internado.

Finalmente, durante el artículo, hacemos algunas observaciones encaminadas a trabajar desde la responsabilidad compartida de las diversas agencias, y fomentar aún más en el trabajo social la necesidad de aunar una mayor calidad en los recursos humanos por su implicación y dedicación en la protección al menor.

Abstract

Requests for residential care are frequent in Social Services. These are more atypical when they do not come from socially disadvantaged families or where there is not confirmed the ill-treatment to the minor.

In each case analysis, we present some premises that we think important for psychosocial intervention: the technical approach, the team organization and the treatment based on the initial contents of the case: difficult divorce and adolescent suicide attempt.

We present the case, from the intervention of the different contexts, the creation of our work setting and a proposal for intervention by restructuring the request for residential care.

Finally, during the article, we make some observations aimed at working by sharing the responsibility between several agencies, and at encouraging in social work the need to have a greater quality in human resources because of their implication in and dedication to the protection of minors.

En los Servicios Sociales comienzan a ser frecuentes las demandas de internados para adoles-

centes, tanto por parte de los padres como de otros profesionales intervinientes en procesos de ayuda. Es una

* Psicólogo y experto en Terapia Familiar Sistémica. Once años trabajando en el Equipo de Tratamiento Familiar del Ayuntamiento de Getafe.

** Trabajadora Social y experta en Terapia Familiar Sistémica. Once años trabajando en el equipo de Tratamiento Familiar del Ayuntamiento de Getafe.

solicitud en la que se mezclan de manera implícita la impotencia de padres y profesionales.

Cuando se analiza una demanda de internado formulada por los padres, casi siempre ha habido una intervención anterior de algún profesional no perteneciente al contexto de Servicios Sociales que en su día aconsejó a los padres un internado.

En el caso que se expondrá a continuación no se dan la mayoría de los requisitos de las llamadas Familias Multiproblemáticas que suelen ser las atendidas desde Servicios Sociales, es decir, no se detecta una situación económica precaria, ni una psicopatología o adicción en los progenitores, ni carencia de redes sociales saludables. Estamos ante una familia con un divorcio histórico no resuelto desde hace 8 años, que tienen una hija de 15 años que hace un intento de suicidio.

A pesar de no darse el perfil habitual de las familias multiproblemáticas, sí aparecen indicadores de riesgo en la hija, que sí se podrían ajustar a una demanda de internado. Éstas son: absentismo escolar, agresiones físicas hija-madre, y conductas de riesgo social. Ante esta situación, las Instituciones debemos intervenir, pero ¿qué podemos hacer desde Servicios Sociales, cuando la demanda de internado es valorada como conveniente por profesionales de otras Instituciones?

Tanto la familia como los profesionales derivantes (Salud Mental, Educación, etc.) esperan que el Trabajador Social actúe facilitando el interna-

do, sin que haya mediado coordinación alguna.

Cada Servicio Social tiene una organización y un estilo de trabajar en materia de protección de menores, generalmente desde los programas de Familia y Convivencia, siendo lo habitual poner en marcha una batería de recursos y plantearse una intervención familiar, que en todos los casos debe estar enmarcada en una colaboración con las otras agencias intervinientes en el caso con el objetivo común de proteger al menor.

Vinculada con la protección está la prevención. Con carácter general los Centros de Protección como recursos especializados podrían situarse en un nivel terciario de prevención: intervenir para evitar o reducir secuelas. Las residencias territorializadas, ubicadas en las zonas donde vive el menor, dan un paso más hacia la prevención secundaria, que será más efectiva cuanto mayor sea la capacidad de decisión y coordinación de los recursos del Municipio en relación con los niños internados y con el trabajo a realizar con sus familias.

En este sentido el recurso es preventivo cuando utiliza como apoyo a un plan de trabajo trazado y acordado previamente con la familia y con otras instituciones intervinientes. Es decir, el internado es un recurso más a tener en cuenta, pero la intervención con el menor y la familia no debe terminar ahí.

Sin embargo, reseñamos que algunos de estos profesionales tienen la idea de que las residencias infanto-

juveniles son una solución mágica que resolvería sus impotencias y sus actuaciones (políticamente correctas), pero sin resultados positivos. Así, una vez han decidido que la única solución es el internado abandonan cualquier posibilidad de seguir interviniendo. Esta idea es también compartida por los padres que hacen la solicitud y, en ocasiones, los propios adolescentes lejos de asustarse también retan y aceptan la posibilidad de internamiento.

Al Trabajador Social que le llega esta demanda (de padres y profesionales) puede recogerla, estudiarla, describirla, y enviar la propuesta al Servicio de Menores correspondiente a cada Comunidad, quien otorga una plaza de *internado*.

Un Trabajador Social que trabaje solo, aislado y saturado de demandas, posiblemente está condenado a cumplir con el deber de tramitar esta demanda sin más; también lo haría un profesional poco experto y desorganizado. Lo ideal sería que un equipo interdisciplinar adecuado, una vez coordinado con todos los profesionales intervinientes anteriores, con los futuros y con la familia, cumpliera con este deber, siempre y cuando se diesen las condiciones necesarias, entendiendo el internado como un recurso más y no como el último, después de un cúmulo de fracasos en otras intervenciones. El objetivo sería continuar trabajando con la familia para, en el plazo de tiempo más breve posible, tender hacia la reincorporación familiar del menor en su núcleo, una vez resueltos los conflictos existentes.

La realidad nos hace desconfiar de los internados (prescritos por otras Instituciones) ante las dificultades de organizar una intervención comunitaria y el abandono de profesionales que están interviniendo en el proceso, alegando falta de motivación, resistencia y/o falta de colaboración de otros miembros de la familia.

Otra desconfianza, más atrevida, se basa en intervenciones anteriores que han pretendido servir de ayuda y han tenido efectos contrarios. Porque todos los profesionales hablamos de intervenciones familiares, pero ¿entendemos todos lo mismo? Evidentemente no, porque cuando compartimos nuestras experiencias, se muestra que actuamos de maneras distintas e incluso opuestas.

Antes de proceder a valorar un internamiento es importante hacer unas *consideraciones previas*: una demanda de internado merece ser analizada y estudiada con seriedad desde el contexto de Servicios Sociales por interés supremo del menor que es la mayor apuesta que hacemos los profesionales encargados de la protección social. También es necesario conocer las variables intervinientes en el caso: profesionales incomunicados, padres divorciados, beligerantes, y una niña con una conducta suicida, como se verá en el caso que vamos a presentar.

Es por ello, que antes de la intervención deberíamos tener en cuenta:

A. *Tener presente un enfoque teórico: nosotros elegimos el modelo sistémico:*

En este modelo se entiende el individuo en constante interacción con su entorno. En el sistema familiar nos encontramos una historia evolutiva que se va construyendo a través de las diferentes fases del ciclo de la vida familiar, en la cual inciden la estructura, las dinámicas de las familias de origen y la influencia del entorno.

B. La organización del equipo: el modelo de los Servicios Sociales de Getafe:

Normalmente todos los Servicios Sociales tienen un trabajador social de zona que recibe las demandas o solicitudes del ciudadano. Este profesional cuenta con la colaboración de otro trabajador social especializado en familia que llamamos NIVEL 1. Este último, a su vez, forma equipo interdisciplinar con un trabajador social y un psicólogo (ambos terapeutas familiares) que junto a un Director de residencias infanto-juveniles conforman el NIVEL 2.

El trabajo compartido del trabajador social de zona y del NIVEL 1, puede ser distribuido en este tipo de demandas. Es una labor ardua y paciente, ya que tienen que adaptarse a otros contextos: asistencial, consulta o evaluación, para producir cambios en el grupo familiar, debiendo asumir intervenciones anteriores.

Los trabajadores sociales familiares del NIVEL 1, aunque trabajen aislados en diferentes zonas, pueden compartir sus experiencias en reuniones semanales y, con la aportación de la coordinadora, donde se pueden conseguir espacios de supervisión mutua, no

sólo Institucional. La figura de la coordinación facilita la creación de otros contextos de colaboración o derivación para que los profesionales de los diferentes niveles puedan analizar estrategias en los casos donde se ha producido la separación del niño de su grupo familiar. El esfuerzo consiste en adaptar la metodología y las técnicas sistémicas a los contextos que se crean en Servicios Sociales.

C. El divorcio difícil:

“Las parejas que se divorcian deben reorganizar sus relaciones durante la separación y después de ella. Deben hacer frente a toda una gama de sentimientos (de pérdida, ira, culpa y alivio). Deben conservar o recuperar su confianza en sí mismos, en que podrán atender las necesidades de sus hijos sin ayuda de su ex-cónyuge y serán también capaces de sobrellevar los errores que se cometen inevitablemente durante el proceso de reorganización familiar. Tanto la pareja como los hijos deben modificar sus relaciones con las redes sociales.

A menudo, la familia se tiene que adaptar a un cambio radical en su posición socio-económica, puede ocurrir que los progenitores (con más frecuencia la madre) experimenten una notable disminución de sus ingresos que altera su estilo de vida. Hay adultos que no pueden controlar sus disputas y a menudo reclutan a sus hijos haciendo que tomen partido” (Montalvo, 1995: 17).

D. El adolescente y la conducta suicida:

“Independientemente de cómo otros determinen la causa del intento de suicidio, el enfoque terapéutico propuesto debe considerar que la depresión y la consiguiente conducta suicida emanan de un contexto familiar disfuncional y que en la ecología social es tanto el problema como la solución. La investigación existente señala que las dificultades en la familia constituyen el factor más importante de suicidio del adolescente. La persistencia de la conducta suicida en un adolescente puede estar asociada con una incapacidad para mantener relaciones familiares adecuadas. Los adolescentes que intentan suicidarse tienden a percibir sus conflictos familiares prolongados y extremos” (Fishman, 1990: 198). Un patrón frecuente es la triangulación, la vida del hogar está marcada por la presencia de lealtades divididas que fuerzan al adolescente a tomar partido por uno u otro de sus padres, lo que provoca una enorme tensión. Si el adolescente vive en una familia donde hay una constante triangulación y por consiguiente son continuos el rechazo y la culpa, el rechazo que se produce en el contexto social más amplio se torna intolerablemente amenazador. Las situaciones familiares desorganizadas producen sentimientos de confusión, inadecuación y falta de autoestima que se relacionan con la conducta suicida. Una vez corregidos los aspectos organizacionales, la terapia debe entonces orientarse a ayudar al adolescente suicida a sentirse valorizado y perdonado; a concederle al chico/a no sólo tolerancia, sino también voz.

A continuación, pasaremos a relatar el caso que derivó en demanda de internado con sus correspondientes fases de intervención:

Claudia tiene 15 años, presenta problemas de absentismo escolar, baja autoestima, bajo rendimiento académico, relaciones con grupos conflictivos, conductas verbales de amenaza de suicidio y un ingreso reciente en el hospital por ingerencia masiva de fármacos: La causa aparente había sido una de las frecuentes peleas con su madre. Además a la chica le afecta mucho la evidente animosidad que existía entre su madre y su padre separados desde hace ocho años.

1. Primeros contactos con Servicios Sociales

Habría que remontarse al año 1990. La madre, Teresa, pide al trabajador social de zona un asesoramiento legal, ya que está en vías de separarse de su marido, Fernando, que era viudo y tenía tres hijos: María de 15 años, Clara de 11 y Juan de 10.

Manifiesta que tiene una hija, Claudia de 6 años, fruto de su matrimonio con Fernando. Comenta que hasta la fecha ejerció de madre también de los hijos de su marido.

En 1991, Teresa vuelve a formular otra demanda. En este caso, solicita una orientación socio-laboral y otras prestaciones económicas. Comenta que se ha separado legalmente de su

marido y dice estar preocupada por su hija Claudia. Finalmente es el médico quién formaliza una derivación al servicio de Salud Mental para que atiendan a la menor alegando problemas de conducta y ansiedad. Durante el año 1992 la madre sigue insistiendo en demandas económicas y de empleo.

2. Período de latencia

Desde el año 1992 hasta marzo de 1998 no se producen más contactos con los Servicios Sociales. Por informaciones recogidas en el Servicio de Salud Mental, en el año 1994 la pediatra derivó a Claudia, entonces tenía 10 años, al presentar un cuadro de agresividad hacia su madre, mentía con frecuencia y robaba dinero. En el año 1997, el médico vuelve a derivar a la menor al mencionado servicio, esta vez por las dificultades que tenía la madre para controlar a su hija.

3. La demanda de internado

En febrero de 1998, un psicólogo de Salud Mental comunica a la Trabajadora Social de zona que llevan varios años tratando a Claudia sin que se produzcan avances; no es constante en el tratamiento y tanto ella como su madre no están motivadas. Mencionaba que Claudia estaba en una situación de riesgo social, no iba al colegio y pasaba muchas horas en la calle con pandas marginales. El psicólogo admite que ha propuesto a la madre que interne a su hija en un centro.

La trabajadora social de zona solicita información acerca de la figura paterna. Se sabe que el padre vive con sus hijos, fruto de un matrimonio anterior en el que falleció su mujer. Las relaciones entre los padres son pésimas, implicando a Claudia con frecuencia. Desde hace años el contacto de la menor con su padre y hermanos se reduce exclusivamente a llamadas telefónicas.

La madre acude a Servicios Sociales con la demanda de internado. Comenta que tiene problemas económicos y que no dispone de la ayuda de su excónyuge; dice que su hija es agresiva, roba, no acude al Instituto y tiene problemas con la conducta alimentaria.

La trabajadora social entrevista a la madre y a la hija y detecta cierto temor en Claudia cuando su madre habla de internarla. Días después la madre informa a la trabajadora social de que su hija ha ingresado en el hospital por un intento de suicidio.

Aparece en escena otro psicólogo del contexto educativo, al que acude la madre. Este profesional solicita a la trabajadora social un internado para Claudia, refiriéndose a ella en términos de riesgo social y destino fatal.

4. La preparación del escenario

La trabajadora social de zona, con la ayuda de la trabajadora social de Familia (NIVEL 1), se plantea crear con-

textos de colaboración con los profesionales de Sanidad, Salud Mental y Educación; pero sólo consigue contener la demanda. Se proponen involucrar al padre, quién sólo ha sido citado con fines informativos por los psicólogos de Salud Mental y Educación al producirse la conducta suicida de la menor.

Los trabajadores sociales, durante varios meses, trabajan con los diferentes miembros familiares con el objetivo de crear un contexto terapéutico. La madre y los profesionales son escépticos con la alternativa que se ofrece de terapia familiar, y Claudia tiene miedo a que la internen.

Paralelamente, la trabajadora social de Familia (NIVEL 1) ha estado conectada con nosotros (NIVEL 2), y juntos hemos elaborado estrategias con el objetivo de diseñar un tratamiento de divorcio difícil, basándonos en cuatro principios (Montalvo, 1995: 18).

1. La terapia debe centrarse en los esfuerzos en que se han de empeñar el padre y la madre para reorganizar sus relaciones recíprocas y con su hija.

2. Debe darse prioridad al bienestar de los hijos.

3. La terapia debe tratar las realidades del divorcio: en consecuencia se trabajará con subsistemas dentro de la familia, independientemente de que a veces se les entreviste en su conjunto.

4. Se puede entrevistar conjuntamente a progenitores hostiles, con fines terapéuticos, a condición de que se controle el encuentro.

5. La intervención

5.1. Paso uno: Crear el contexto

En la entrevista de derivación, se pretende que el encuentro sea controlado. La trabajadora social del NIVEL 1 presenta a sus compañeros del NIVEL 2. Es la primera vez que ambos progenitores se sientan junto a su hija para tratar el problema. El primer objetivo es cambiar el foco de paciente identificado que tiene la menor. Se trata de señalar que el problema reside en la relación de los adultos, por los procesos de incomunicación, mensajes negativos y la triangulación.

Nos parecía importante utilizar un lenguaje explícito y adjudicar las responsabilidades a los progenitores.

Decidimos formular las preguntas con habilidad, mostrando el suficiente respeto y comprensión hacia los padres. No ejercimos ninguna presión sobre Claudia, pero le pedimos su colaboración. Queríamos que experimentase un nuevo rol "con voz" y más competente frente al terapeuta. En este paso nos preocupamos por recordar a la familia nuestra neutralidad, reiterando que *no somos jueces; pero sí podríamos valorar o sugerir medidas de protección hacia la menor.*

5.2. Paso 2: Confrontar lo que estuvo mal

Realizamos entrevistas individuales con cada progenitor. Después de escuchar sus relatos sobre la forma-

ción, el desarrollo y los acontecimientos de los últimos años de esta familia, preguntamos a cada progenitor, qué errores consideraban que habían cometido. Insistimos en estas preguntas porque es importante que en un paso posterior sean capaces de ayudar a Claudia a diferenciar los problemas conyugales que correspondían a sus padres y su disponibilidad para ejercer como padres separados. Decidimos reunir a ambos progenitores y les preguntamos cómo piensan que debe haberse sentido su hija e insistimos en el conflicto de lealtades, su soledad y sus pérdidas afectivas; relacionamos este sentimiento con los problemas y síntomas que presentaba en la actualidad.

Nos parecía importante devolverles a los padres su competencia y sus posibilidades de ayudar a su hija.

5.3. Paso 3: Explicar el dolor

Entrevistamos a la menor pese a las dificultades, ya que nos seguía relacionando con el internado. Intentamos vincularnos con ella, escuchar su relato y qué es lo que le produce dolor. Decidimos ayudarla a diferenciar que ella realmente había sufrido en la separación de sus padres, de lo que padeció su madre. Claudia era el "altavoz" de su madre y culpabilizaba a su padre.

Planteamos dos entrevistas con cada subsistema madre-hija y padre-hija. El objetivo era facilitarle a Claudia la tarea para que explique a sus padres cómo se ha sentido en todo el proceso. También era nuestra intención ayudar a

los progenitores a que expliciten a su hija sus errores, tratándolos desde una responsabilidad compartida. Se trataba en definitiva de evidenciar también el dolor de los padres y el amor que profesan a su hija.

5.4. Paso 4: Descubrir otras víctimas

Espontáneamente se produce un reinicio en las relaciones padre e hija. Esta situación nos anima a proponer una reunión con la menor y sus hermanos. Claudia escucha los reproches de sus hermanos por su conducta de provocación hacia ellos hace algunos años: robos, insultos, etc. Nos propusimos ayudar a los hermanos a diferenciar el odio que habían acumulado hacia la madre de Claudia del amor hacia su hermana. Era notorio que los hermanos también padecieron las confrontaciones de su padre y la madre de Claudia, durante siete años. Planteamos a la hermana mayor (24 años) en una entrevista individual que ella podría ser la llave de acceso de Claudia a sus hermanos. La elegimos por su madurez, rol de protectora y por haberse involucrado, en su momento, en las relaciones de su padre y su madrastra. Le insistimos que ella tenía la oportunidad de ayudar a Claudia.

5.5. Paso 5: Reestructurar las relaciones padres e hija

Esta intervención, provocó continuas resistencias en la madre que vol-

vía a insistir en internar a su hija. Consulta con familiares y algún profesional e incluso acude a la Comisión de Tutela del Menor. Nuestra postura sigue siendo firme en cuanto a mantenernos en el proyecto de trabajo trazado y nos planteamos abordar las relaciones madre e hija. Observamos que habían vivido de manera simbiótica. Compartían la misma habitación, ropa, y discutían en una "escala simétrica". Madre e hija utilizaban el chantaje emocional mutuamente y se comportaban como "víctimas". Nuestro objetivo era establecer límites y una relación lo más complementaria posible. Pareció interesante que la madre asumiera que es solo ella, y con la colaboración del padre, quienes deben poner límites a Claudia. La madre decide voluntariamente acudir a terapia individual. Paralelamente las relaciones padre e hija siguen mejorando y esto provoca una nueva demanda en la madre, que su hija se vaya a vivir con el padre.

Provocamos una reunión padre e hija y les confrontamos sobre cuál debe ser el mejor lugar de residencia de Claudia. El padre se ofrece a ocuparse de su hija, aunque precisará ayuda para mejorar la convivencia con el resto de sus hijos. Claudia se emociona y manifiesta no querer separarse de su madre. En un espacio aparte madre e hija se abrazan. Consideramos importante provocar intensidad en ambas para afrontar las dificultades de convivencia desde una normalidad y enterrar definitivamente las amenazas de separación que la madre ejercía con su hija.

5.6. Paso 6: Normalizar

Finalmente, se trataba de continuar trabajando con la familia las posibilidades y límites de los diferentes subsistemas. Era necesario señalar la importancia que tenía para Claudia la parte afectiva de su madre y reconocer las dificultades que tiene de ser normativa con ella. También se expresaron los problemas de control de Claudia, autorizada durante años a descontrolarse y recurrir con frecuencia a controles externos, (profesionales, familiares, vecinas).

Por su parte, el padre ocupaba un lugar de referencia para Claudia, dejando progresivamente de ser un ogro y cumpliendo una labor más lúdica y con intenciones de colaboración educativa con su ex-cónyuge. El padre también estaba haciendo esfuerzos por normalizar la relación de Claudia con sus hermanos.

5.7. Resultados

La sintomatología que presentaba Claudia durante años se ha visto reducida. La adolescente afronta con ilusión un futuro académico-formativo. Ha adquirido un mayor control de sus impulsos. No han vuelto a producirse conductas autolíticas. En alguna ocasión cometió algún hurto, pero lo afrontó con reconocimiento y responsabilidad.

También ha comenzado a tener relaciones con grupos de iguales más saludables.

Las relaciones madre e hija han experimentado una creciente mejoría. Los conflictos no son resueltos con la agresión física. Mantienen sus disputas verbales, pero comienzan a detectar ambas el mal aprendizaje de "echar alcohol al fuego". La madre se siente más reconfortada por la elección que hizo su hija hacia ella.

Las relaciones padre e hija, se suceden de manera natural y espontánea. Claudia todavía tiene presente cierto odio acumulado hacia el padre. Éste por su parte se conforma con ver a su hija, ya que durante estos años la estaba perdiendo. Claudia ha comenzado a tener relaciones con la familia paterna, aunque todavía los contactos con sus hermanos son fríos y distantes.

Los progenitores continúan sin ponerse de acuerdo con sus litigios personales; pero han conseguido en situaciones puntuales hablar y enviar mensajes coherentes a su hija, sin utilizarla como "centralita".

6. Comentario

Si analizamos la actuación de los diferentes profesionales que hemos intervenido con esta familia, podríamos concluir que todos ellos teníamos la intención de ayudar.

El contexto legal suele facilitar las separaciones estableciendo acuerdos y un régimen de visitas para el padre. siempre se puede recurrir si hay incumplimientos a litigar judicialmente.

El contexto de Servicios Sociales en sus primeras intervenciones responde a las demandas sociales de la madre.

El contexto sanitario deriva y trata a través del servicio de Salud Mental, los síntomas que presenta la menor desde la psicoterapia individual.

En el contexto educativo tratan de paliar los problemas de absentismo, de conducta y de rendimiento académico con intervenciones individuales con Claudia.

Durante años todos los profesionales de los contextos mencionados tenían información de la historia familiar. Los padres desde su matrimonio tuvieron serias dificultades, no supieron afrontar los problemas de ser una familia reconstituida, y sus expectativas con respecto al otro fracasaron. Durante la convivencia se sucedieron problemas de infidelidad del padre, agresividad mutua, consumo de alcohol de la madre y diferentes estilos educativos para los hijos. Claudia fue creciendo en una situación de conflictos de lealtades, y con la separación fue perdiendo a su padre y hermanos, quedándose a vivir con una madre en estado de amargura y con sentimientos de venganza.

Es curioso que durante años todos los profesionales intervinientes no compartieran la información y no diseñaran una intervención. Sólo cuando la crisis se produce con mayor fuerza se recurre a los Servicios Sociales e incluso se informa al padre.

Durante estos años se ha ido inoculando esta demanda de internado. El contexto legal, con su sistema litigante, fomenta todavía más la incomunicación, la agresividad y la venganza en los progenitores. En el contexto de Servicios Sociales, las demandas iniciales de la madre no sirvieron para ampliar el foco del problema. El contexto sanitario a través del pediatra o el médico realiza sucesivas derivaciones a Salud Mental. Psicólogos, psiquiatras y médicos trabajan los síntomas de la adolescente desde una óptica reducida, alimentando la idea de una niña problemática y conflictiva para desgracia de su madre. En el contexto educativo se hacen esfuerzos que fomentan todavía más la idea de paciente identificado en la menor. Todos los profesionales coinciden que la mejor alternativa terapéutica para Claudia es un recurso que desconocen: el internado.

Todo este trabajo anterior no nos facilita una intervención, según habíamos diseñado con esta familia. Claudia nos observa con temor. La madre no entendía por qué no respondíamos a su demanda, involucrábamos al padre en el tratamiento y fomentábamos deliberadamente una conexión de Claudia con su padre y hermanos. El padre también se asombraba que se contara con él, cuando durante años otros profesionales no lo hacían.

Una de las ventajas de trabajar en coparticipación es que nos permite analizar las alianzas y percepciones que se suceden entre los diferentes actores del sistema terapéutico. Trabajar de ésta manera nos permite hacer supervisio-

nes mutuas, observando nuestras reacciones y dificultades en la vinculación sobre todo con la figura materna. Aunque nos resultó más fácil la vinculación con la figura paterna ávida de un reconocimiento social. Nos preocupamos de obtener el mismo resultado con la madre. Inicialmente estuvimos más distantes con ella, para evitar aprendizajes que había adquirido con otros profesionales utilizando un rol de víctima y aliada. Posteriormente, después de una neutralidad manifiesta, le reconocimos sus esfuerzos y su competencia.

En este trabajo no se pretende demostrar que sólo la intervención que hicimos fue la necesaria y verdadera ante una demanda de internado con esta problemática. El internamiento puede ser útil si se diseña de manera coherente, con la participación y la responsabilidad compartida de los diferentes contextos.

Los profesionales próximos, con responsabilidad en materia de protección de menores, y que pertenecen a otros contextos, no pueden ni deben plantear internamientos a las familias si éstos no van precedidas de una consulta y un proyecto de trabajo consensuado con Servicios Sociales y equipos educativos de centros residenciales. Es necesario que existan contextos de colaboración y derivación donde estén definidas las relaciones complementarias, no rígidas, entre profesionales que sirvan para respetar la competencia de cada profesional y como consecuencia intervenir en el interés del menor.

También, para que esto ocurra, el contexto de Servicios Sociales debe

invertir más en la idea de fomentar equipos especializados, que tengan oportunidad de realizar intervenciones preventivas donde primen más la calidad de los recursos humanos. Mientras esto no ocurra seguirán en vigencia las intervenciones en crisis urgentes que fomenten conexiones difíciles. Aunque en el caso que hemos analizado el resultado final ha sido bueno, esto no siempre sucede así.

Referencias bibliográficas

- BARUDY, J. (1998). *El dolor invisible en la infancia*. Paidós. España.
- COLETTI, M. y LINARES, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la familia multiproblemática*. Paidós. Barcelona.
- FISHMAN, H. Ch. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Paidós. Barcelona.
- GARCÍA-CARPINTERO, C. (1999). "La acción protectora-terapéutica en un caso de abuso sexual desde el contexto de Servicios Sociales". *Mosaico*, nº 14.
- ISAACS, M. B., MONTALVO B. y ABELSOHN D. (1995). *Divorcio Difícil*. Amorrortu. Buenos Aires.
- MADANES, C. (1997). *Violencia masculina*. Gránica. España.
- PERDOMO, S. y COBOR (1999). "Aportaciones del modelo sistémico en Servicios Sociales". *Mosaico*, nº 15.

Carlos GARCÍA CARPINTERO
SÁNCHEZ-MIGUEL y
Margarita MARÍN QUIROGA
Equipo de Tratamiento Familiar,
Ayuntamiento de Getafe