

PROYECTO DE TRABAJO EN RED ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y LOS SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE GIRONA*

Lourdes Delgado Navarro; Neus Martorell i Giner***;
M.^a Teresa Pi Ordóñez******

Históricamente en Girona ha habido un convenio de colaboración entre el Ayuntamiento y el Instituto de Asistencia Sanitaria según el cual el primero cedía unos locales para que la Red de Salud Mental dispusiera del Centro ambulatorio de tratamiento. Además, también había la voluntad de establecer un protocolo de colaboración entre Servicios Sociales y la Red de Salud Mental que incluía varios compromisos:

- Disponer de un protocolo de derivación entre servicios de aquellas personas que presentan una patología grave.
- Consolidar un proyecto de intervención con personas que sufren esta clase de trastornos.

Desde Servicios Sociales se detectó la necesidad de actuar conjuntamente en otros casos que presentaban una patología menos grave. Se trataba de familias con las que hacía tiempo que se estaba trabajando y los resultados de la intervención eran muy poco satisfactorios. Se creía que el motivo por el cual

*Comunicación Libre presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA) que bajo el título "La psicoterapia en nuevos contextos", se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003.

**Diplomada en Trabajo Social. Atención Primaria de servicios Sociales del Ajuntament de Girona.

***Diplomada en Trabajo Social del CSMIJ del IAS de Girona.

****Psicóloga. Jefe de servicio del CSMIJ del IAS de Girona.

no se avanzaba era porque estas familias presentan trastornos emocionales que, sin considerarlos como patologías severas, influyen notablemente en la dinámica familiar hasta el punto de producirse relaciones disfuncionales y situaciones en las que los hijos sufren algún tipo de maltrato, ya sea psicológico, físico o de desatención. Por todo esto, a menudo se han de tomar medidas protectoras por parte de la Administración competente.

Este proyecto nace de la frustración de los profesionales de los servicios sociales de atención primaria, que suelen derivar estas personas al Centro de Salud Mental con la expectativa de que sus profesionales podrán resolver la patología que tienen. A pesar de que en estos servicios se atienden estos clientes, no pueden dar respuesta a estas demandas porque son inadecuadas ya que las competencias que tienen asignadas son las de intervenir en casos de patologías graves y el asesoramiento a los profesionales de base que son los que han de intervenir en los casos leves.

Los usuarios vuelven pues a los equipos de base sin haber recibido la atención que desde servicios sociales se esperaba, teniendo estos profesionales la sensación que recaía sobre ellos el peso de toda la intervención sin disponer de los recursos adecuados para atenderlos. El profesional se siente solo y frustrado, reaccionando de varias maneras: poniendo la responsabilidad sobre la familia, intentando cubrir todas las necesidades de esta o buscando otro servicio para derivarla.

Nos encontramos ante una situación de frustración mutua: los servicios sociales no obtienen la respuesta esperada y el Centro de Salud Mental se siente presionado por derivaciones y exigencias que no puede satisfacer pero que considera que deberían tratarse, igualmente.

Por otra parte, es muy frecuente encontrarnos con familias que utilizan varios servicios al mismo tiempo sin que haya una coordinación entre los mismos, actuando cada uno aisladamente. Servicios que trabajan en soledad o únicamente traspasándose información sobre el caso.

Como anteriormente ya existía la experiencia de un proyecto común con 24 enfermos con trastornos mentales severos que vivían en el mismo sector de la ciudad y este ensayo había dado unos resultados bastante satisfactorios, se decide iniciar un proyecto similar pero incluyendo a familias que, sin presentar sus miembros una patología severa, se pudieran beneficiar igualmente de la intervención conjunta de los servicios de la Red de Salud Mental, los Servicios Sociales municipales y el Equipo de Atención a Infancia y Adolescencia en alto riesgo social. Se propone buscar una metodología de trabajo común en la que se encuentre el sistema para poder dar respuesta a estas problemáticas que afectan, sobre todo, a los menores.

En las familias con hijos en situación de alto riesgo social el indicador más frecuente que encontramos es la mala relación padres/hijos que provoca una dinámica familiar disfuncional que puede causar la pérdida de las funciones tutelares, sufriendo por ello tanto los hijos como los padres. Esto animó a estos servicios para trabajar centrándose más en iniciar un proceso común de intervención que en la derivación de la familia a una terapia determinada.

Se inicia la experiencia con el encargo formal por parte del IAS a sus técnicos del Centro de Salud Mental de Adultos y el CSMIJ y por parte del Ayuntamiento a los del EAIA y del SSAP para que encuentren una metodología de intervención con familias disfuncionales que tienen hijos en situación de maltrato o negligencia. Se deberán escoger 10 familias con este perfil y para apoyar el proyecto se solicita al Dr. Luigi Cancrini que nos asesore en la fase inicial.

Los objetivos generales del proyecto:

- Llegar a establecer una metodología innovadora revisando las intervenciones profesionales tradicionales. Para ello es necesario conseguir que la intervención profesional deje de ser parte del problema y que, en cambio, proporcione vías para la resolución de sus causas.

- Conseguir superar y prevenir la situación de riesgo que sufren los hijos de estas familias a través de la intervención conjunta de los servicios.

Los objetivos específicos:

- Encontrar un grupo reducido de familias que será la población diana sobre la cual experimentaremos esta metodología de trabajo que se deberá validar para hacerla transferible a todos los otros casos.
- Encontrar una metodología de trabajo común que permita el abordaje de los casos que trabajan estos servicios en común, evitando la parcelización de las intervenciones.
- Evitar la aplicación de recursos que supongan la separación de la familia-niño y si ésta ya se ha producido, posibilitar el retorno del hijo, reduciendo el tiempo de la separación.
- Movilizar el partenariado de la ciudad para conseguir la optimización de los recursos ya existentes y la creación de otros, si fuera necesario.
- Identificar los interlocutores válidos para las familias, dependiendo de cada caso, consiguiendo un único mensaje integrador.

Después de la sesión con el Dr. Cancrini se acordó una metodología de trabajo con las diez familias escogidas conjuntamente entre los diferentes servicios: El equipo de atención primaria de servicios sociales se haría cargo de dichas familias a nivel global, los centros de salud mental (adultos e infantil) harían el seguimiento de los miembros que, por presentar especiales dificultades en este campo, fueran tratados allí, el equipo de atención a infancia y adolescencia se ocuparía directamente de las familias que ya tuvieran alguna medida de protección y asesoraría en el resto de casos. Se formaba una comisión, integrada por las representantes de cada servicio que habían iniciado el trabajo, que realizaría el seguimiento del proyecto. Un evaluador externo lo supervisaría a través de dicha comisión.

La intención era valorar una familia cada mes, reuniéndose para ello los profesionales de referencia del caso con los de la comisión del proyecto. Entre todos lo estudiarían y elaborarían el plan de mejora que sería revisado el mes siguiente, al finalizar la sesión del nuevo caso que se presentaría. La supervisión externa sería trimestral. El supervisor de esta primera fase fue C. Lamas. Iniciamos el trabajo en enero de 1998.

Hasta el mes de abril se trabajaron cuatro casos (uno por mes), pero los resultados no acababan de ser los esperados y persistían las dificultades. Había malestar porque los acuerdos que se tomaban en las sesiones de caso no se llegaban a cumplir y se estancaban los planes de trabajo. Los profesionales no acababan de tener claro qué hacía cada uno y qué no debía hacer. En esa reunión se hizo una revisión de la metodología acordando realizar una revisión trimestral de cada caso (quizá un mes era poco tiempo para poder observar cambios) y la realización de un *Dossier familiar* en el que aparecería toda la información sobre la familia. De esta forma, pensábamos, todos tendrían la misma información y así no habría confusión. Seguimos trabajando sobre otro caso, pero en junio volvió a replantearse la metodología del proyecto por las mismas razones indicadas más arriba.

Este estancamiento nos conducía al desánimo y decidimos pararnos para plantearnos qué había fallado. A nuestras reuniones asistían, como ya se ha dicho los profesionales que atendían el caso. Cada uno daba su visión de la situación. El resultado era que conocíamos muchas deficiencias del funcionamiento familiar y las dificultades por las que atravesaban, tanta información –de la que nos resultaba difícil desprendernos– llegaba a bloquearnos. Aparecía la prisa por intervenir y solucionar los problemas, pero los planes de mejora no funcionaban. Posiblemente no éramos capaces de tomar la suficiente distancia para poder reflexionar sobre la situación. Pensábamos en cada uno de los casos en lugar de buscar un sistema general y efectivo que fuera generalizable para abordar a estas familias.

¿Qué sabíamos de las familias? Únicamente sus dificultades. Raramente se hablaba de sus competencias. Nuestra visión —y hablo en general— se centraba en lo que no iba bien. Esto también condicionaba nuestro posicionamiento ante ellos. Entre nosotros era fácil ponernos de acuerdo en lo que debían cambiar. El problema parecía ser cómo nos colocábamos ante las familias. ¿Las escuchábamos realmente o las atendíamos desde nuestros prejuicios? ¿Cómo debían sentirse? Seguro que eran competentes en muchos aspectos, ni que fuera en sobrevivir en condiciones adversas.

A partir de esta reflexión pudimos definir mejor el problema:

- Al no tener claro cuál debía ser nuestro encargo al supervisor, seguramente debido a que nosotros tampoco teníamos clara nuestra función, no lo habíamos definido correctamente y nos encontrábamos supervisando casos en lugar de la metodología de trabajo como se dijo al principio.
- No se había trabajado sobre el contexto de trabajo de cada equipo, sus funciones, lo que puede ofrecer... Seguíamos como al principio en este sentido: desconociéndonos los unos a los otros.
- Una tarea importante del grupo debía ser la definición de la metodología a partir de los diferentes contextos de intervención más que seguir añadiendo casos al programa. Debíamos conocernos para poder salir de la visión autorreferencial del otro (esperar que el otro haga lo que yo le pido sin tener en cuenta si esto entra en lo que nos puede ofrecer).
- Los servicios recibían demandas encubiertas en las que no se contaba con la familia y la experiencia era negativa, por tanto esto era algo que debía cambiar.
- La familia debería estar implicada en la demanda y colaborar en la realización del diagnóstico. Debería poder realizar su propia demanda que no necesariamente coincidiría con la del servicio derivante y también debería conocer el motivo de derivación.

- Un aspecto de suma importancia sería respetar el proceso de cada familia, sus ritmos, su tiempo aunque no siempre coincidirán con lo que piensan los servicios que debe ser. Hay que tener en cuenta que partimos de culturas diferentes y el intentar imponer la propia cultura a los otros suele llevar al rechazo, cuando no a la violencia. Este proceso es similar a lo que se ha referido anteriormente en relación a los servicios, pues también cada servicio tiene su propia cultura: tal como debía llegarse al respeto del otro entre servicios, debía hacerse lo mismo con las familias.

Acordamos dejar de momento el trabajo sobre casos y centrarnos en el trabajo sobre familias disfuncionales desde la perspectiva de la coordinación, elaborando una metodología útil y transferible. Esta tarea se inició en septiembre con la participación del supervisor en la primera sesión.

A partir de ahí se elaboró una hoja de derivación y coordinación en la que participaba la familia. También se redefinió el proyecto con la elaboración de un nuevo documento. En este se partía de la autonomía de cada profesional para establecer con la familia sus propios objetivos y plan de mejora. No era posible un único plan ya que cada servicio tiene sus propios objetivos profesionales. Pero la red debía permitir a todos los servicios que intervenían con la familia conocer estos objetivos e integrarlos en un objetivo general común que era conseguir el bienestar de ésta. De la misma forma, los objetivos de los otros nos servían de plataforma para llegar a los nuestros.

Un ejemplo: la psiquiatra ayudaba a la madre a resolver sus problemas intrasíquicos y relacionales, no a recuperar la tutela de sus hijos. Esta era la función del EAIA y del equipo de atención primaria. Pero es evidente que si su estado emocional mejoraba, podría hacerse cargo de los niños. Pero no es un objetivo compartido, ya que la mejora de la madre también podría pasar por no ocuparse de sus hijos.

En febrero del año siguiente se acordó poner en práctica el modelo de informe de derivación elaborado y se experimentó

en dos casos con una valoración muy positiva. A parte de estos dos casos, se trabajó también con otros tres más. Independientemente de las circunstancias específicas de cada caso, la metodología del trabajo en red era la misma y los cambios en las familias fueron satisfactorios. Se dejó de hacer sesión de casos con las otras 5 familias restantes por considerar que no era necesario. Bastaba aplicar el método del trabajo en red que habíamos utilizado en las anteriores por lo que nos propusimos transferirlo al resto de profesionales de los equipos para que ellos también lo experimentaran.

Los profesionales de atención directa decidimos evaluar el trabajo que estábamos haciendo hasta entonces, desde el análisis de los casos hasta el método de coordinación. Partíamos del supuesto que lo que fallaba en los resultados era la coordinación profesional y la falta de consenso en los casos en los que interveníamos conjuntamente. Durante las primeras sesiones hicimos hincapié en el *consenso*: de la lectura del caso, los factores que habían incidido, los objetivos que marcábamos, la evaluación... Para que todos los servicios actuaran de forma unánime, diseñamos un modelo de ficha de caso. En este documento debía constar toda la información de la familia que considerábamos relevante para poder elaborar un buen plan de trabajo. El esfuerzo fue considerable, ya que, siendo distintos los servicios y los usos, consensuar algo así comportó bastante dedicación.

Hacíamos sesiones de casos, consensuábamos un único plan de trabajo, poníamos unos objetivos comunes que luego cada servicio debía realizar, acordábamos el modo de evaluarlo y contábamos con un documento único donde se recogía toda esta información. Durante la evaluación detectamos que estábamos reproduciendo los mismos errores que nos habían llevado allí. El proyecto fue, pues, un laboratorio donde pudimos analizar el trabajo realizado y los resultados. Constatamos que las dificultades que habíamos considerado al inicio como un factor de fracaso en los casos: desconfianza institucional, malentendidos profesionales y de los servicios, sentimiento de sole-

dad ante los casos, incumplimientos de los acuerdos tomados durante la coordinación, se volvían a producir. ¿Cómo podía suceder esto si nadie fallaba a las reuniones y era evidente la voluntad de trabajar juntos y de avanzar en nuestro quehacer diario? Era desconcertante encontrarnos otra vez como al principio.

Cuando decidimos suspender las sesiones de casos hasta que no tuviéramos claro qué estaba pasando, empezamos a definir qué queríamos de la coordinación, para qué nos servía. De aquí pasamos a explicarnos qué esperábamos los unos de los otros, cuáles eran nuestras expectativas respecto a los otros servicios. Nos dimos cuenta que las ideas que tenían los profesionales de los otros servicios eran bastante incorrectas, más bien abstractas y tópicas. Constatar esto nos dejó perplejos pues no en vano todos éramos profesionales con bastantes años ya de experiencia.

Quiero remarcar la importancia de este momento en el proyecto. Durante la evaluación final, en la que el Dr. Jorge Barudy participó como asesor externo, definimos este problema como el paso de la autorreferencia del profesional/servicio al mundo del otro. El hecho de reunirnos y conocernos creó un espacio diferente que trascendió el propio espacio creando otro común para todos.

Las representaciones sociales que cada uno tenía del otro del tipo: “El psiquiatra/psicólogo curará el trastorno y después ya podré intervenir yo”, o “El asistente social le encontrará un piso de alquiler que sí podrá pagar con su pensión y así podrá acabar de estabilizar su situación”, las superamos para llegar a hablar exactamente de nuestras funciones, las de cada profesional y de cada servicio, de forma realista. Esto nos permitía establecer unos objetivos más viables y tener unas expectativas más adecuadas a la realidad.

Para nosotras fue un privilegio poder sentarnos las unas frente a las otras para hablar de todo esto y aclarar estos tópicos y prejuicios que teníamos. A partir de aquí no solo nos definíamos nosotras, sino que también podíamos definirnos ante

las familias. Éste fue el paso siguiente, la relación profesional-familia.

Si, como ya habíamos visto, nuestras valoraciones están influidas por nuestro imaginario y damos características al otro que son fruto de nuestras percepciones, esto también nos sucede con las familias. Por ejemplo, al padre que maltrata físicamente a su hijo y éste le teme, nosotros le tememos también. Si es agresivo puede atacarnos. Este sentimiento puede hacer que intentemos ocultar el problema o que intentemos deshacernos de él, derivándolo a otro servicio sin que queramos colaborar después. Todos los profesionales nos hemos encontrado con algún caso similar. El Dr. Barudy definió esta actitud como un manejo primario del estrés. El profesional que detecta el problema tiene más interés en acabar con su ansiedad que en pensar en términos de resolución de problemas.

El trabajo en red nos permite superar estos mecanismos de autodefensa ya que entre compañeros podemos compartir nuestro trabajo, nuestras dificultades y angustias y gestionar mejor nuestra implicación personal en los casos. Esto que habitualmente llamamos *desahogarnos* y que, cuando lo hacemos nos hace sentir tan culpables por haber perdido el tiempo, es en realidad una forma de aligerar la ansiedad, de compartir el problema y de constatar que no estamos solos, cada uno trabajando solo en su caso.

Pero este no fue el único beneficio que obtuvimos del *paro técnico*. De las funciones de los técnicos pasamos a hablar de las familias. ¿Las expectativas que los profesionales depositan en las familias, las de éstas hacia los técnicos, los objetivos de cada uno, coincidían? Nos empezamos planteando un problema recurrente del que a menudo hablamos: ¿Por qué se pierden los usuarios entre los servicios cuando son derivados? Normalmente hablamos de inconstancia, de no estar preparados para el tratamiento, que el profesional que lo ha recibido no ha estado lo suficientemente receptivo... Barajamos varias hipótesis y nos condujeron a plantearnos si los usuarios tenían claro para qué iban al nuevo servicio ya que nos encontrába-

mos con curiosas demandas de personas que eran enviadas por otros profesionales. Todos reconoceremos algunas de éstas: “Vengo porque si no la asistente social no me da la Renta Mínima de Inserción”, “Dice la asistente social que si vengo me devolverán a mis hijos”, “Vengo para preguntarle cuándo va a venir usted a mi casa a ver que está limpia y ya puedo traer a mis hijos”. ¿Qué le explicamos a la gente para que tenga estas ideas? ¿Nos aseguramos de que nos han entendido?

Si nosotras antes no lo teníamos tan claro, ¿cómo podíamos explicárselo a los usuarios? Una vez que nosotras ya sabíamos qué podíamos esperar de los otros servicios, solo teníamos que explicárselo a los usuarios y, a la vez, explicarle a los otros profesionales el motivo de la derivación. Pensamos en un sistema que fuera útil para dar a conocer al otro servicio las expectativas del derivante, de la familia y dar también la oportunidad al profesional que lo recibía de poder aclarar al usuario sus propias funciones. Decidimos diseñar un documento de derivación que el usuario entregaría en mano al profesional del nuevo servicio. La idea es que fuera una especie de carta de presentación del usuario que le facilitara la llegada y le ayudara a explicar por qué iba. El modelo que diseñamos, y al que llamamos *informe de derivación*, es muy sencillo. (Ver cuadro 1.)

Para que el sistema fuera realmente eficaz tenía que ser una derivación clara por parte del profesional, nada de motivos ocultos, ya que él era el portador y el documento debía contar con su opinión. Esto supone un reto para los técnicos pues les obliga a hablar claramente de lo que piensan respecto al problema que presenta la familia. Supongo que para algunos de vosotros, como para mí al principio, esto puede ser chocante ya que creemos que es muy difícil para el usuario enfrentarse a sus problemas más graves: su alcoholismo, su falta de responsabilidad con sus hijos, la agresividad que muestra hacia éstos y su compañera, los motivos por los que le deben retirar a sus hijos o pierde todos sus trabajos. Olvidamos que quienes sufren esto son ellos y que, por lo tanto, seguramente son los primeros en saberlo.

Parece obvio pero no lo solemos tener en cuenta. Alguna vez no lo aceptarán, pero hablar claramente de ello nos ayuda a colocarnos todos frente al problema y le decimos al usuario: lo sabemos, no te rechazamos por ello, queremos escucharte, oír qué piensas de todo esto, ayudarte a que puedas resolverlo.

CUADRO 1

INFORME DE DERIVACIÓN**Datos personales:**

Nombre:

Profesional que deriva:

Servicio: Teléfono:

Profesional / Servicio receptor:..... Fecha:

Valoración del servicio que deriva:

Este apartado debe contener información relativa a:

- Breve descripción de la situación familiar y personal. Solo aquella información que sea útil para comenzar a trabajar, no es necesario conocer toda la historia social.
- Motivo de la derivación. Qué opina el profesional y qué opina el usuario.
- Potencialidades personales y de la familia.
- Expectativas del usuario.
- Demanda del usuario. Cómo se concreta (mejor utilizar sus propias palabras).

Valoración del servicio receptor:

Valoración del profesional que atiende la demanda y recogida de las propuestas de intervención que hace. Después devuelve este documento al usuario y éste lo retorna al primer servicio.

Otro gran beneficio de este informe es que para hacerlo hay que respetar el tiempo del usuario. Lo elaboramos conjuntamente, así que él opina y también nos escucha. Cuando está preparado se acaba de redactar. Es su informe, habla de él, de lo que él quiere decir al nuevo profesional.

El primer servicio que experimentó este informe fue el EAIA. Necesitaba derivar una familia a consultar en el CSMIJ el pro-

blema que tenían con el hijo. Cuando se planteó la necesidad de ir y de redactar el informe de derivación, la familia manifestó un gran interés en explicar qué es lo que ellos querían y cómo veían el problema. La psicóloga que les atendía no los había visto tan interesados en colaborar anteriormente, se mostraban colaboradores pero de forma pasiva. Lo mismo sucedió en el otro caso que se estaba trabajando. Incluso dos asistentes sociales de la comisión utilizaron este documento en otros casos en los que intervenían con los mismos resultados. En todos ellos se comprobó que era un instrumento muy útil para la participación activa de la familia y para avanzar en la definición del problema y establecer objetivos de mejora que eran compartidos por el profesional y por la familia.

Por otra parte, el profesional que recibía el nuevo caso contaba ya, de entrada, con la voluntad del usuario para iniciar un nuevo trabajo que consideraba que le había de ayudar a superar sus problemas. No solamente la demanda estaba clara sino que también lo estaban las expectativas. El nuevo servicio podía empezar a intervenir sabiendo además que había otro equipo que estaba igualmente haciendo un trabajo que podía ayudarle a él a conseguir sus propios objetivos. Esto era muy importante para poder trabajar en red con los nuevos técnicos que necesitaba la familia. Desde el inicio de su intervención sabían que no estaban solos y podían conocer los intereses de los otros.

Para concluir, señalaré los principales beneficios que nos ha dado este proyecto:

- Una forma de trabajo que permite a los profesionales conocerse y planificar acciones conjuntas.
- Avanzar en el concepto de coordinación para pasar a un sistema de cooperación y coherencia más eficaz.
- Y por último, y quizás lo más importante, un sistema que tiene en cuenta los deseos, opiniones y objetivos de las familias y que ha encontrado un método de recogida de los mismos, a través del informe de derivación.

Todo esto permitió mejorar la intervención profesional y ayudar a los padres a desarrollar sus competencias parentales para poder cuidar mejor a sus hijos.

RELATO DE UN CASO

Para ilustrar esta comunicación, incluimos un caso de los primeros que trabajamos siguiendo este modelo.

Se trata de una madre institucionalizada, rechazada por sus propios padres que tiene un hijo siendo muy joven, al que se acaba tutelando de bebé. Durante años ésta sobrevive por diversas comunidades autónomas hasta que recalca en Girona donde comienza una nueva relación que va permitiéndole rehacer su vida.

Debido a estos cambios, su hijo es trasladado a un centro de la Dirección General de Atención a la Infancia en Girona, tras fracasar el acogimiento con la familia extensa paterna.

Llega un momento en que tanto los profesionales como la madre y su actual pareja deciden que el chico sea desinstitucionalizado, por lo que se comienzan a organizar acercamientos progresivos al domicilio materno. Este chico de 11 años, con varios fracasos anteriores, inicia unas conductas agresivas hacia los educadores del centro.

Tanto el equipo de Infancia en riesgo como los educadores creen necesaria la intervención del equipo de salud mental infantil, pero se enfrentan a la dificultad de cómo explicárselo a la madre que considera que “la estabilidad y seguridad que le da su actual pareja es lo único que necesitan”, negando las dificultades en el día a día que tiene con su hijo, que cada vez se muestra mas exigente con ella, con el que apenas ha convivido.

En diversas sesiones todos ellos (el educador, el chico, su madre y actual pareja y el equipó de Infancia en riesgo) fueron hablando de cómo veía cada uno la situación, esto permitió:

Al chico, verbalizar su miedo a fracasar en lo que pensaba era su última oportunidad para reencontrarse con su madre.

A la madre, ponerse en la piel de su hijo y conectar con el abandono sufrido en su propia infancia, y sus miedos de ser una mala madre.

A los profesionales, expresar las capacidades que veían en cada uno de ellos, y la necesidad de abordar aspectos problemáticos (por ejemplo la falta de entrenamiento como madre).

Hablar del tipo de servicio que podía ayudarles y su sistema de trabajo.

Todo este proceso culminó con la elaboración de un breve informe que reflejaba la demanda real de cada uno de ellos, con sus propias palabras; fue un proceso en el que se implicaron muy activamente, y expresaron sus expectativas con respecto al nuevo servicio al que solicitaban ayuda.

Consideramos que el poder centrar –en relación a la situación concreta que les preocupaba a todos– los antecedentes familiares de forma muy breve, era un reto para los profesionales que trabajan con una familia con un historial asistencial de larga duración.

En la primera visita con la psicóloga del equipo de salud mental infantil, fue la madre quien le entregó este documento, como una especie de carta de presentación que le ayudó a explicar por qué habían sido derivados, lo cual le impidió bloquearse y salir con el ya acostumbrado “vengo porque me han dicho que traiga al chico”. Se constató que el trabajo previo a la derivación había tenido un efecto “terapéutico” y que la conducta del hijo había mejorado, habiéndose producido:

- Un acercamiento real entre madre e hijo.
- La madre se dio cuenta que tenía que asumir responsabilidades que hasta entonces delegaba en su compañero
- Por primera vez era capaz de conectar con el sufrimiento y las necesidades de su hijo.
- Este comenzaba a sentirse más seguro con su familia y a restituir a los educadores en su papel.

Asimismo, el profesional del equipo de salud mental sabía que no estaba solo y que podía contar con una red de profesionales que estaban realizando un trabajo que le facilitaba el suyo y con los que podía contar.