

UN LUGAR PARA CRECER: DE LO IDEAL A LA POSIBLE*

Carmen Marcos** y Luz M.^a Córcoles***

RESUMEN

Este texto presenta una forma de abordaje en el seguimiento con menores acogidos en recursos residenciales del sistema de protección fundamentada en: el análisis de la realidad desde una perspectiva sistémica, en el trabajo en red de profesionales pertenecientes a dos ámbitos y en el trabajo con la madre concretado en del paso a través de la construcción del sistema terapéutico, de un contexto de control a un contexto de ayuda. A su vez invita a la reflexión sobre la necesidad de una mayor complementariedad entre la perspectiva clínica y la social como forma de adecuar al máximo la intervención con menores víctimas de maltrato.

Palabras clave: Trabajo en red, modelos sistémicos, construcción, vinculo, resiliencia, influencias constructivas.

ABSTRACT

We present a kind of therapeutic approach to intervene whit children in foster care. It's based on:

The analysis of the situation from a systems perspective.

A networking of profesional belonging to different areas.

* Comunicación libre aceptada para su publicación en la Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.

** Psicóloga. Servicio de Protección de Menores. Dirección General de Infancia y Familias. Junta de Extremadura..

*** Psicopedagoga. Servicio de Protección de Menores. Dirección General de Infancia y Familias. Junta de Extremadura.

The intervention with a mother by creating a therapeutic system where there is a change from a context of control to a context of help. At the same time, we invited the reader to think about getting a higher complementarity between clinical and social perspectives as a way to improve the interventions with abused children.

Keywords: networking, systems perspective, construction, attachment, resilience, constructive influences.

ENCONTRAR UN LUGAR

José hoy tiene 14 años, su hermano mayor estuvo en recursos del sistema de protección hasta su mayoría de edad y su hermano pequeño está en acogimiento familiar permanente con familia ajena. Su historia familiar está marcada por su pertenencia a una familia disfuncional en la que en los primeros años de su vida asistió y fue víctima de maltrato y de cuidados negligentes por parte de sus progenitores, un padre alcohólico que maltrataba a ellos y a su madre, una madre con reconocimiento de minusvalía por Trastorno de la Afectividad: trastorno distímico, que no proporcionaba los cuidados y la protección necesarios. José con tres años, cuando vivía con sus padres, ya presentaba problemas de conducta tanto en casa como en el colegio. En el colegio la relación con los iguales era a veces cariñosa, a veces agresiva y sin respetar las normas en clase, su atención está muy dispersa y manifiesta nerviosismo en todas las actividades. En casa José tenía comportamientos anómalos con llamadas de atención continuas: agresividad, llanto, sueño, se niega a comer, se quita la ropa continuamente.

Cuando José tenía 6 años, tras separarse de su marido la madre y viéndose desbordada por la situación decide solicitar la guarda de los niños y que éstos pasen a un recurso residencial de nuestro sistema de protección.

José a pesar de su corta edad cuando llega al piso tutelado lleva en su haber un largo recorrido institucional: es acogido junto con su hermano pequeño en centro de menores, cuando contaba con seis años de edad, tras un período en el que se estudia el caso y considerando las necesidades que José tenía en ese momento se propone asumir su tutela y que el niño

junto con su hermano menor pasen a convivir a piso tutelado. Durante su estancia en el centro de menores los educadores hacen una descripción de la conducta del niño: no atiende a las normas básicas, insulta y arremete físicamente, incapacidad para realizar tareas, incapacidad para realizar actividades manuales básicas, falta de autocontrol, nivel escolar muy bajo, no tiene adquiridos los rudimentos básicos de la lectura y la escritura, se pelea e insulta a los compañeros, intentos de fuga y de esconderse, se pasa horas buscando “bichos” y mariposas, es muy travieso, es extrovertido y alegre, resulta fácil provocarlo para pelear, responde muy bien a las muestras de afecto y atención individualizada, requiere un adulto para hacer sus tareas, es muy miedoso y se despierta con pesadillas, y en ocasiones presenta enuresis nocturna.

A pesar de su corta edad la conducta de José se torna inmanejable y se solicita una consulta con el Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil se le prescribe risperidona para el control de su conducta, José también es derivado al Servicio de Neuropediatria donde se realiza una exploración que se detecta que tiene menos desarrolladas determinadas áreas cerebrales, le prescriben psicofármacos. A su vez el piso tutelado cuenta con una psicóloga que trabaja dos veces por semana con el niño y que diagnostica un TDAH, ante la falta de concentración y de atención y la inquietud del niño se le prescribe por parte del Servicio de Psiquiatría metilfenidato para tratar el TDAH. En este mismo año a José se le reconoce una minusvalía por retraso madurativo de etiología no filiada.

El niño permanece en el piso mientras se valora su caso y se define si tanto él como su hermano menor son susceptibles de una medida de adopción. Durante este tiempo existen contactos (visitas al domicilio familiar, visitas con y sin supervisión) con su madre, padre y hermanos, contactos que afectan notablemente a José y que éste traduce y expresa a través de su conducta siendo ésta cada vez menos adaptada. Tras valorar que José no podía regresar con su familia de origen y que ni él ni su hermano eran susceptibles de adopción, cuando contaba con 9 años se formaliza el acogimiento familiar con familia ajena de ambos niños. La evolución inicial de José con la familia acogedora fue buena, en los inicios se apreció mejoría

especialmente en los primeros meses de la acogida, sin embargo y una vez que fue avanzando el tiempo José empezó a mostrar dificultades para manejar su conducta, dificultades similares e incluso más graves que las que había mostrado en el centro de menores y en el piso tutelado, presentando tics muy llamativos, todos estos síntomas se agudizan tras las visitas con la madre, hasta el punto que la familia plantea que el niño necesita ayuda y que ellos tienen muchas dificultades para hacerse con él. Tras su estudio y valoración el Equipo de Acogimiento Familiar propone que se revoque el acogimiento de José y este es acogido nuevamente en piso tutelado contaba con 10 años. Un acontecimiento externo al piso tutelado en el que estaba hace que José sea trasladado nuevamente al piso tutelado en el que reside desde entonces hasta la actualidad.

Una vez que el niño pasa al Programa de Pisos Tutelados, desde el Equipo de Orientación y Seguimiento realizamos un análisis del caso en el que consideramos que a priori existen tres áreas básicas de intervención:

Salud Mental: Hasta ese momento las intervenciones educativas y el tratamiento farmacológico no estaban dando los resultados que se esperaban, el niño lejos de mejorar empeoraba. Del mismo modo y teniendo en cuenta la historia de maltrato y cuidado negligente que había sufrido y que no había recibido ningún tipo de terapia, considerábamos necesario que una vez valorado, y si así lo determinase el profesional competente para ello, se le pudiera proporcionar un espacio terapéutico en el que trabajar su historia familiar, de abandono, de pérdidas de figuras significativas y sus problemas conductuales, de aprendizaje y de adaptación al nuevo contexto en el que estaba. Debido a que el Sistema Público no ofrecía posibilidades de intervención terapéutica y ante la necesidad de contar con una segunda opinión optamos por dirigirnos a un profesional privado.

Intervención psicoeducativa: Con la madre y los hermanos, con el fin de que la hora de visita pasara de ser una fuente de angustia para el niño a un momento donde poder estar con su madre y hermanos sin llegar a ese estado. Orientación, apoyo, coordinación y seguimiento con la educadora del piso tutelado en el que está acogido en la actualidad.

Coordinación de profesionales: Punto de encuentro familiar, educadora y coordinadora de la asociación, educadores de su hermano mayor que en ese momento permanecía en el sistema de protección, Equipo de Acogimiento Familiar.

En relación con la valoración que el psiquiatra-psicoterapeuta hizo respecto de José y el plan de trabajo que se organiza para él: Tras valorarle, apunta una orientación de su desarrollo hacia una Disarmonía Evolutiva y suspende la medicación para el control de la conducta y para TDAH.

Una vez realizada la valoración a propuesta del psicoterapeuta el chico asiste una vez al mes a consulta y su educadora y nosotras como equipo de seguimiento otra vez al mes para seguimiento y coordinación técnica.

En estos cuatro años de trabajo hemos asistido a una mejora muy notable en la evolución de José hace casi dos años que fue dado de alta en la consulta de Neuropediatría.

UN LUGAR PARA CRECER

Cuando José llega a nosotros nos encontramos con una situación de partida: un niño que ha sufrido lo que algunos han denominado el “síndrome del peloteo”: centro de menores, piso tutelado, acogimiento familiar con familia ajena, piso tutelado, y un niño con graves dificultades en su desarrollo, en la relación con adultos e iguales, y aparentemente muy medicado. Nos hacemos las primeras preguntas con las que iniciamos el abordaje del caso:

¿Qué posibilidades tenemos de dar estabilidad a la vida de este niño? ¿Qué es lo que más lo desestabiliza? ¿Hay algo que podamos hacer para dotar su vida de estabilidad?

Cuando nos detenemos en la pregunta ¿qué le desestabiliza?, todas las personas que han estado en contacto con José indican: “Se pone fatal los días posteriores a las visitas con la madre, pero en los períodos en que se han suprimido las visitas para ver si mejoraba también se pone muy mal” (haciendo referencia a que su conducta es más inmanejable). Ésta es una apreciación algo común entre algunos profesionales de la protección infantil, nos preguntamos ¿la psicología del desarrollo

evolutivo del niño maltratado y las implicaciones de la T^a del Apego en la psicopatología no deberían ser materias troncales en los planes de formación para aquellos profesionales cuyo desempeño esté encaminado a trabajar, al menos, con menores víctimas de maltrato? Nos movemos en la hipótesis de que tal vez esto evitaría, al menos en parte, hacer apreciaciones de forma lineal como si de una relación causa efecto se tratara y tomar decisiones como por ejemplo la supresión de visitas con el objetivo de que el chico mejore. El problema quizá radique en que se le puede estar dando un tratamiento muy simple a una cuestión tan compleja, trascendente, delicada e importante como lo es la vinculación afectiva en el desarrollo de los menores.

En nuestro análisis nos queda muy claro que existe un vínculo muy fuerte de José con su madre, un vínculo que le daña, un vínculo que le hace depositario de un mensaje: “Estás loco, loco, loco como yo”, que existe, que es potente y que no podemos, ni debemos cortar. Ante esta situación nos hacemos las siguientes preguntas:

¿Cuál es el lugar de la familia de un niño que ha sido colocado fuera de ella? ¿Cuál sería el lugar adecuado para la familia de un niño que ha sido colocado fuera de ella y a la cual no debería retornar? ¿Cuál es el lugar de la familia? o más concretamente ¿Cuál es el lugar de la madre de este niño? ¿Cuál debería ser el lugar de la familia? o más concretamente ¿Cual debería ser el lugar de la madre de este niño? ¿Cuál es el lugar posible para la familia, o más concretamente, para la madre de este niño? *¿Cuál es el lugar posible de la madre de este niño?*

EL LUGAR DE LA MADRE

La madre de José tenía un lugar en su relación con el Sistema de Protección, un lugar como madre muy litigante, era esa, en ese momento, su única forma de aparecer como una buena madre. Este es el lugar que ella se tiene dado como madre y que el sistema también le da o refuerza: “una madre que lucha por sus hijos y que se pelea con el Sistema de Protección y por ende arremete hasta físicamente si es necesario contra los diferentes profesionales que han trabajado con ella”

una madre que necesita decirse que la responsabilidad “culpa” de que sus hijos estén en el sistema de protección es de su ex marido y de la situación de maltrato al que este la sometía” “una madre que viéndose desbordada solicitó que sus hijos entraran en un centro de acogida de menores y a la que sus hijos mayores reprochan este hecho ” “una madre que quiere ejercer de madre pero con muy poca consistencia en sus demandas”, no llega a pedir que sus hijos vayan a vivir con ella, sino que vayan algún fin de semana a casa” “es una madre muy presente para el niño y a su vez muy invasiva y muy tóxica” “una madre con muy pocas posibilidades de realizar un ejercicio de mentalización en relación con su, sus hijos” “una madre con serias dificultades a la hora de contenerse y de ofrecer contención emocional.”

UN LUGAR PARA PENSAR LOS LUGARES

Con todo lo anterior y durante la elaboración del plan inicial de intervención, nos preguntamos qué actuaciones se habían realizado con este caso, al objeto de no hacer más de lo mismo y si había alguna acción que no se hubiese intentado, todo ello tomando como referencia para el análisis de la realidad y la intervención los modelos sistémicos (Minunchin, S).

Las acciones que no se habían intentado hasta ese momento eran:

- Consultar una segunda opinión. Teníamos dudas acerca del diagnóstico de TDHA (para profesionales lejanos a los contextos de protección infantil no es difícil diagnosticar a un niño víctima de maltrato como TDHA, aunque esto daría para otra comunicación) y como señalamos al principio nos parecía que el niño podía estar medicado en exceso.
- Ofrecer un espacio terapéutico, si el niño lo necesitara y así lo estimase el profesional competente.
- Establecer un régimen de visitas en un espacio supervisado y trabajar con la madre el contenido de las mismas.
- Coordinación con el resto de profesionales que trabajan con los demás hermanos.

A partir de este planteamiento y tras realizar la demanda de valoración para José, *confluimos dos equipos de profesionales que trabajan en dos contextos diferentes pero que creen, favorecen y comparten un modelo de intervención en red.*

La idea de que cada uno ocupe su lugar en la red y deconstruir, reconstruir y construir los lugares necesita de espacios para pensar los lugares, de uno/varios lugar/es para pensar los lugares.

Una de las dificultades que se plantea a la hora de poner en marcha experiencias de trabajo en red son las dificultades de tiempo y los costes económicos, sin embargo es posible, con un escasa pero sistematizada inversión en tiempo y recursos humanos, realizar una intervención (prevención e intervención en atención primaria) que evitará costes posteriores: emocionales y económicos, especialmente en el caso de que el menor tuviera posteriormente que ser derivado a un dispositivo de atención especializado. Los mínimos necesarios para este caso han sido: Un espacio psicoterapéutico para el menor 1h/mes, un espacio de coordinación/intervención/supervisión para los profesionales del ámbito social (equipo de seguimiento y educadores) y los profesionales de la salud mental infantojuvenil. 1h/mes, un espacio de intervención para la familia (equipo de seguimiento) (1h/mes), un espacio de coordinación profesionales de educación con profesionales de la protección a la infancia (habitualmente educador/a del menor-profesor tutor) 1h/mes), un espacio de coordinación/seguimiento equipo de orientación y seguimiento-educador (1h/mes).

LOS LUGARES

Teníamos un mapa que nos daba una idea de cómo era la red que en ese momento sostenía a José y qué lugar ocupaba cada persona (profesional, familia, amigos), pero sobre todo teníamos claro que esa red a duras penas sostenía a José, temíamos que en algún momento se escurriera por alguno de los agujeros de la red, que la red se rompiera y que cayera por el desfiladero de los trastornos de conducta, de la psicosis o del trastorno de personalidad.

Representación gráfica de la red que sostenía a José en 2006



LOS LUGARES POSIBLES

Analizando el mapa que teníamos optamos por trabajar los lugares, sobre la base de la idea de que la tarea fundamental se debería centrar entonces en colocar a cada uno en su lugar, entendíamos que era una buena forma de reforzar y reconstruir una red que pueda realmente sostener y proteger al menor y en la que cada nudo tiene que tener un lugar, un lugar fuerte que dé estabilidad al resto de la red. *No cualquier lugar sino un lugar aceptable y posible para cada uno y no siempre en el mismo lugar en relación con los demás.* Para José hace poco menos de un año que aparecimos en escena, antes para él estábamos entre bambalinas, las compañeras que llevaban el caso del hermano salieron de escena, otros compañeros ocupan ese espacio pero no representarán el mismo papel, con total seguridad tendrán otro lugar. Toda la reconstrucción de la red se realiza desde la pregunta *¿qué lugar damos cada uno al otro?*

Una vez que construimos un lugar para cada uno, y que cada uno construimos, deconstruimos y reconstruimos nuestro lugar en la red en relación con los otros, nos queda una red más o menos como la que representamos gráficamente más abajo, pero que sigue necesitando de construcción de lugares y continuos ajustes y reajustes, una red que está viva.

CONSTRUIR UN LUGAR PARA LA MADRE

Partimos de la idea de que la intervención con la madre era un punto clave para poder proteger a José. En la búsqueda de un lugar para María teníamos que conocer con más exactitud, qué lugar tenía en la familia, y cuál era la que forma de funcionar de la misma, necesitábamos saber de dónde partíamos. Tomamos como referencia a la familia de transacción caótica tal como la define (Ausloos, G) aquellas en las que los acontecimientos se suceden sin posibilidad de parar, el funcionamiento de la familia de José tenía bastantes puntos en común. Nuestra tarea desde esta perspectiva se centra en las 12 horas de visitas supervisadas al año de José con su familia, esta es la vida cotidiana de esta familia. Teníamos la hipótesis de que a través de la intervención con la madre se podría construir algo diferente desde donde se ralentizaría y organizaría la sucesión de hechos, y al menos en lo que era la vida cotidiana de José con su familia, existiera más percepción de control sobre los acontecimientos que se sucedían, ofrecer mayor seguridad al niño en las visitas y de esta forma proporcionarle una mayor estabilidad.

Y desde aquí nos surgen nuevas preguntas: ¿Cuál es el lugar que deben ocupar los profesionales que trabajan en un contexto de control para la familia de un niño que ha sido colocado fuera de esta y acogido en contexto residencial? ¿Cuál es nuestro lugar como profesionales para esta familia? ¿Cuál debería ser? ¿Cuál es como profesionales nuestro lugar posible para esta familia? *¿Cuál es nuestro lugar posible para con esta madre?*

Mucho de la intervención con María se centró en construir primero y preservar posteriormente nuestra posición, para ello hubo que redefinir, pautar y muy especialmente hacer mucha contención emocional con esta madre. El contenido inicial del trabajo con María se centra en las visitas y en preparar estas, pautar, redefinir y ampliar con ella aquellos contenidos de visitas anteriores que habían ido bien, colocando el acento en lo que sí era capaz de hacer. Una vez que la madre nos colocó en un lugar donde nos percibía como profesionales que la acompañan, la contienen, le facilitan, y atienden algunas demandas

(aquellas que consideramos de escasa influencia en la vida del menor), efectivamente nos centramos en preservar, cuidar e incluso defender ese lugar, puesto que desde la relación que establecemos con la madre, esta permite mínimamente que la contengamos y esto a su vez influye en el desarrollo de las visitas que aunque no transcurren con tranquilidad si que son menos angustiantes para el menor. María acepta algunas pautas, y algunas cuestiones que tienen que ver con la redefinición de estados o conductas del menor durante la visita (nervioso-emocionado). Para poder conseguir nuestro objetivo fue muy útil desproveernos de cara a la madre de una de las funciones que por formar parte del Sistema de Protección la madre nos atribuye que es la de tomar decisiones, definimos eso con ella y depositamos esta función en nuestros superiores. También fue necesario definir con las compañeras nuestro lugar con respecto a esta madre y definir nuestra línea de intervención y que esta no tenía por qué converger con la línea de trabajo que se estaba llevando con el hermano menor, de este modo nos podíamos centrar en afianzar la relación la madre.

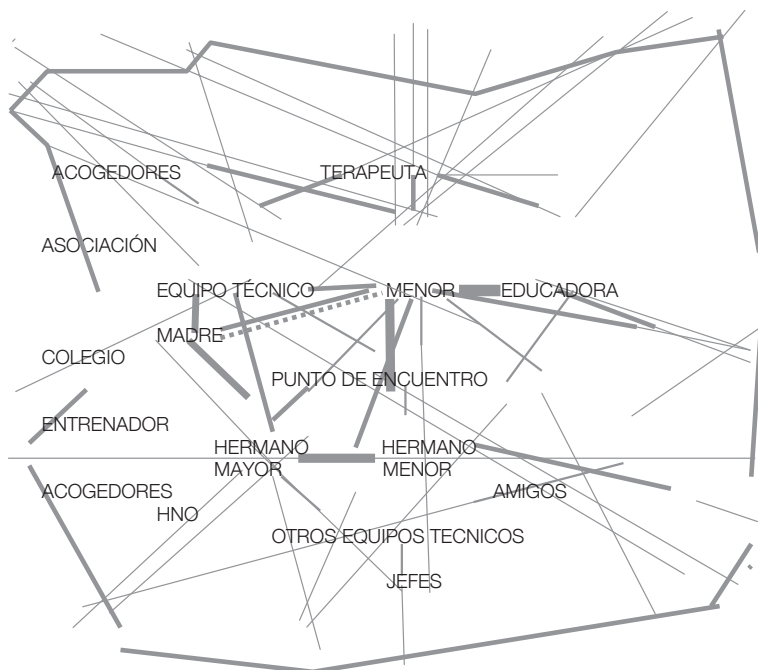
La construcción de la relación con la madre está fundamentada sobre la idea de aceptación fundamental de su persona, y también en la elaboración de un relato con ella en el que tiene un lugar como buena madre: una madre que al no poder cuidar a sus hijos pide y permite que otras personas los cuiden. Desde este planteamiento se fue estableciendo un vínculo entre una de las profesionales del Servicio de Protección y la madre, este vínculo se construye respetando la legitimidad de sus emociones, respetando su condición de persona, ofreciéndole un espacio donde poder reconocerlas y hacerse responsable de ellas, desde la base del respeto incondicional. Esto no quiere decir que aceptáramos lo que hizo o quiera hacer con nosotros, o con sus hijos, podemos estar en desacuerdo, y ponerle límites si es necesario, pero todo ello sin desconfirmar su condición de persona. En este caso distinguir la persona de su práctica nos ha permitido la apertura hacia la posibilidad de influencias constructivas en el trabajo con esta madre. En resumen construir un sistema terapéutico en un marco que empezó siendo un contexto de control y que fuimos transformando con la madre en un contexto de ayuda.

En relación con todo esto cabe decir que vincularse emocionalmente en la práctica profesional con madres como la de José es como una marea: calma/agitación, si no disponemos de recursos para capear la tormenta emocional que nos despierta corremos el riesgo de la desvinculación se instale y nuestro organismo opte por el “sálvese quien pueda” en forma de ataque violento, de la desconfirmación del otro o de la indiferencia.

De forma sencilla el lugar que puede habernos dado la madre podría definirse como el de una “abuela buena” e incluso el de “una mamá para la mamá”: ¿Una tutora de resiliencia quizá? (Vanistendael, 2003, Barudy, J. 2008).

EN ESTE MOMENTO TENEMOS UNA RED A MEDIDA PARA JOSÉ EN OCTUBRE DE 2009

La red a medida para J. en octubre de 2009



¿La vida cotidiana familiar de este chico está sostenida sobre un trabajo en red? Fantasear es gratis.

Llevarlo a la práctica e ir comprobando que va siendo posible: no tiene precio.

José sigue necesitando del espacio terapéutico del que dispone y con el mismo psicoterapeuta de referencia y a su vez los profesionales implicados en este caso seguimos necesitando por la complejidad del mismo y de la dinámica familiar, de la coordinación técnica con el fin de proteger y acompañar adecuadamente al menor en su proceso de crecimiento y proporcionarle estabilidad y seguridad física, psicológica y emocional.

LA ARTICULACIÓN DEL TRABAJO ENTRE LO CLÍNICO Y LO SOCIAL: EL NIÑO COMO EJE DE LA INTERVENCIÓN. PENSAR LOS CASOS EN COMÚN Y OTRAS CONSIDERACIONES

Normalmente algo tan aparentemente obvio y sencillo, como ofrecer un espacio psicoterapéutico a un niño que ha sido víctima de maltrato, si el profesional competente así lo determina, en el caso de nuestro sistema de protección va precedido en la mayoría de las ocasiones de una ardua tarea: justificar que un Servicio Público como es el Servicio de Protección de Menores, pague a un profesional privado para que haga algo que a priori atiende otro Servicio Público el Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil. Al hilo de esto surgen algunas cuestiones: ¿No debería ser un derecho a garantizar de oficio por parte de los poderes públicos para cualquier víctima de maltrato la asistencia psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica? ¿No es este a caso un punto clave para garantizar la protección y el adecuado desarrollo de los menores que han sufrido maltrato infantil y que necesitan de este tipo de apoyos?

Antonio Galán (2008) reflexionaba acerca de si lo clínico y lo social son dos lecturas ¿complementarias? Desde nuestro punto de vista, compartido con él, es, más que necesario, urgente, que estas lecturas sean complementarias. Existe una gran necesidad de un cambio en la mirada de los profesionales

de la Salud Mental Infanto-Juvenil hacia las señales y dinámicas familiares de maltrato, pues teniendo en cuenta las nuevas formas y síntomas de maltrato, la consulta de salud mental infantojuvenil se convierte, desde nuestra óptica, en un escenario y espacio privilegiado para la detección e intervención en prevención, tratamiento, y notificación, en su caso, de dinámicas de relación en la familia generadoras de maltrato infantil, (convergencia de las dinámicas que generan psicopatología con las dinámicas relacionales generadoras de maltrato), por otra parte podemos señalar que el reto para los profesionales de la Protección a la Infancia es la necesaria especialización clínica y psicoterapéutica que nos faculte para llevar a cabo con mayores garantías la tarea encomendada de la protección a la infancia, estamos además convencidas de ello, sin embargo, y mientras tanto: ¿No sería posible un trabajo en red en el que el profesional de Salud Mental Infanto-Juvenil formara parte del equipo de profesionales encargados de la Protección a la Infancia y la Adolescencia?

En otro sentido y siguiendo con la anterior referencia, la pregunta de si lo clínico y lo social deben ser dos lecturas complementarias y, teniendo en cuenta el trabajo que realizamos con la madre de José, no nos gustaría dejar de mencionar una realidad con la que los profesionales de la Protección a la Infancia nos encontramos en nuestra práctica diaria. En nuestro Sistema de Protección a la Infancia los Equipos de Seguimiento de Menores en Acogimiento Residencial trabajamos habitualmente con madres que sufren algún tipo de patología mental, son consumidoras de sustancias tóxicas, muy carenciadas y deprivadas, especialmente en los casos en que los menores están en acogimiento residencial y con mayor prevalencia en aquellos casos en que los menores mantienen una fuerte vinculación con su madre biológica (apego desorganizado/ansioso ambivalente), es por ello que nos preguntamos si esta situación aún no da más argumentos para contestar afirmativamente a la pregunta de: ¿Los profesionales encargados de la protección a la infancia(educadores, trabajadores sociales, pedagogos, psicopedagogos, psicólogos) no deberíamos disponer de una especialización en psicopatología, en clínica

y/o en psicoterapia?. En bastantes ocasiones la única posibilidad aceptada y ofrecida de intervención terapéutica que las madres de menores víctima de maltrato, madres que han maltratado a sus hijos, pueden recibir es la que se les ofrece en los dispositivos, especializados o no, de atención a la infancia y a la adolescencia, con el añadido de las peculiaridades del contexto de control en el que trabajamos, y sin perder de vista que el encargo que tenemos los profesionales de la infancia es la protección del menor. Nuevamente preguntamos: ¿Es el profesional de la protección infantil en la actualidad el indicado para realizar esta intervención?, ¿Debería el Sistema de Protección Infantil, como forma efectivamente de proteger a los menores ofrecer dispositivos de “tratamiento familiar” para las madres y padres que ejercen maltrato sobre sus hijos? (Barudy, J.; Cancrini, L.; Minuchin, S.).

No queremos dejar de lado otra cuestión que consideramos de cierta relevancia en todo este planteamiento de leer lo clínico y lo social de forma complementaria: ¿Quién debe funcionar como consultor?

En el caso de José el papel de consultor y de establecer la estrategia de intervención lo tiene el psicoterapeuta, pero en la definición de los diferentes lugares que debemos ocupar en la red, y tomando como referencia la calidad de las relaciones que en este momento existen entre los dispositivos de Protección a la Infancia y los de Salud Mental Infantojuvenil, nos preguntamos: en cada intervención en red para la atención psicoterapéutica de un menor que ha sido colocado fuera de la familia, vive en un contexto residencial, no debería volver con ella y esta está muy presente: ¿Es el profesional de salud mental o es el profesional de atención a la infancia quien debe ejercer la tarea de consultor? Si tomamos como referencia el caso de José, teniendo en cuenta encuadres en el que el criterio básico es: quién hace y quién recibe la demanda, está claro, nosotros como profesionales del Sistema de Protección Infantil realizamos una demanda referida a un niño concreto y aceptamos un encuadre que tiene que ver con un trabajo en red, sin embargo, nos preguntamos si esto sucedería si la demanda fuera en la dirección contraria, o si el profesional a

quien se le realiza tiene un enfoque que no contempla el trabajo en red.

Los dispositivos de Salud Mental InfantoJuvenil generalmente se dirigen a los de protección a la Infancia pocas veces y de estas una gran parte de los casos tienen que ver más con una situación que se ha desbordado, que con una demanda de trabajo conjunto, y aún siendo una demanda de trabajo conjunto nos preguntamos: ¿No habría, infinitamente, más dudas acerca de quién debería establecer la estrategia de la intervención?

Nos reiteramos, en cualquier caso, en la idea de que es muy necesario ampliar el ángulo de visión, que lo clínico amplíe la mirada a lo social y lo social a lo clínico, de tal forma que se pueda crear una red que proteja adecuadamente a los menores objeto de intervención. Desde nuestro punto de vista los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil deberían dar un paso cualitativo de un modelo médico a un modelo en el que se contemple con más peso lo psicoterapéutico, del mismo modo los dispositivos de Protección a la Infancia deberían también dar un paso firme y sustancial hacia lo clínico y lo psicoterapéutico.

CONCLUSIÓN

La forma de abordaje de este caso, desde la metodología de trabajo en red, pone encima de la mesa que *efectivamente hay posibilidades de concretar una forma de intervenir*, de establecer formas de trabajo, como el trabajo en red, que con un bajo coste posibilitan y hacen más eficaz la intervención para garantizar la protección de los menores. Es posible *tejer una red protectora conjuntamente*, pero no hay que olvidar que la red es “un traje a medida” y que cada una niño necesitará con toda seguridad de una de diseño exclusivo para él. Para ello es necesario crear y disponer de espacios que nos permitan y favorezcan *pensar los casos en común* así como disponer de *lugares para la comunicación* y el trabajo conjunto de los profesionales que intervienen con menores, independientemente del punto de la red en que se encuentren.

BIBLIOGRAFÍA

- Ausloos, G., 1998. *Las capacidades de la familia*. Herder.
- Barudy, J., Dantagnan, M., 2005. *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad apego y resiliencia*. Gedisa.
- Barudy, J. 2008 “Ponencia. Jornadas de detección y notificación del maltrato infantil, Región de Murcia”.
- Cancrini, L., 1991. *Psicoterapia, la gramática y sintaxis*. Paidós Iberica.
- Cancrini, L., 1996. *La caja de Pandora: manual de Psiquiatría y psicopatología*.
- Cirulnik, B. *El murmullo de los fantasmas*. Gedisa.
- Cancrini, L., de Gregorio, F. y Nocerino, S. “Las familias multi-problemáticas” en Coletti y Linares, J. L., 1997. La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. Paidós.
- Girón, S. “Implicaciones de la integración de la teoría del apego y de la de sistemas en el tratamiento de drogodependientes”. <http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias9/>.
- Minuchin, S. y Fishman. *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Vanistendael, S., Lecomte, J., 2000. *La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados, la confianza en sí mismos: Construir la resiliencia*. Gedisa.