
Los servicios sociales encarnados. A propósito de tres biografías

PID_00240745

Isabel Hernández Gondra
Montserrat Pastor Puyol
Asun Pié Balaguer

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas



Índice

1. Cuestiones previas al trabajo del caso: algunas consideraciones.....	5
1.1. El contexto y su influencia	5
1.2. La posición del profesional	7
1.2.1. Ante la intimidad de los sujetos	7
1.2.2. Ante nuestra propia ideología	8
1.2.3. Ante nuestra angustia	8
1.2.4. Ante nuestra propia desorientación	9
1.2.5. Ante las funciones que nos desbordan	10
1.3. Algunas conclusiones	11
2. Caso 1. Personas mayores.....	13
2.1. Planteamiento del caso	13
2.2. Valoración inicial	13
2.3. Exploración	15
2.4. Análisis del caso	16
2.5. Otros escenarios posibles	22
3. Caso 2. Familia.....	24
3.1. Planteamiento del caso	24
3.2. Valoración inicial	25
3.3. Análisis del caso	26
4. Caso 3. Adolescencia.....	31
4.1. Planteamiento del caso	31
4.2. Análisis del caso	31
4.3. Otros escenarios posibles	36
Bibliografía.....	37

1. Cuestiones previas al trabajo del caso: algunas consideraciones

Antes de situarnos en la acción concreta y en el análisis de las situaciones prácticas conviene señalar algunas consideraciones que marcarán el inicio, desarrollo y posteriores efectos de nuestro trabajo en el caso.

1.1. El contexto y su influencia

Según Karsz:

«El trabajo social no resuelve la dimensión material de los problemas de salud, de vivienda, de empleo y paro, de escolaridad, de vida conyugal, de delincuencia... Carece de los medios, las capacidades, las competencias y las instituciones adecuadas a este efecto, aunque sus agentes se hagan alguna ilusión al respecto y sus destinatarios alimenten semejante esperanza. Esta no es su vocación objetiva. El trabajo social no ha sido inventado para eso. Su eficiencia no radica ahí.»

S. Karsz (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa (pág. 74).

El trabajo social es una empresa imposible; nunca podrá abordar en su totalidad la demanda con la que trabaja; ni la demanda de las estructuras políticas que pueden pedir un cierto orden social ni la del individuo que pide ayuda. No se trata de un problema coyuntural, que con el tiempo será subsanado, sino de una cuestión estructural, una condición de su existencia como tal. La realidad del trabajo social es que nunca podrá satisfacer totalmente las necesidades, no podrá resolver los problemas de vivienda, de pobreza, de delincuencia, de toxicomanías, de la infancia en riesgo, etc. Siempre se topará con un límite, siempre habrá un imposible. Aceptarlo, asumirlo y trabajar con ello es un eje fundamental, ya que si se pretende ocupar el lugar de «salvador» del otro, la frustración está servida.

«Si insistimos, como profesionales, en la omnipotencia de nuestra función tenemos asegurado el encuentro con la impotencia y con los efectos de rechazo que se producen, como reverso de una caridad mal entendida.»

J. R. Ubieto (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Barcelona: Ed. UOC (pág. 42).

El trabajo social se desenvuelve según la ideología imperante; se problematizarán determinadas cuestiones en función de los valores, los ideales y las representaciones que circulen en ese momento. Como hemos visto anteriormente, nuestro quehacer se implanta en la realidad política y económica –capitalista– que fabrica las propias situaciones de exclusión, esas mismas que después debemos reducir. Es la paradoja del sistema; lejos de ser una cuestión puntual, es la propia sociedad la que fabrica su bolsa de excluidos de forma permanente.

«El funcionamiento objetivo y subjetivo de estas sociedades, de sus grupos y clases sociales es un proveedor infatigable de materia prima para el trabajo social. Al precio de algunas reconversiones de fondo y/o de forma, este no corre, en verdad, riesgo de quedarse sin clientela.»

S. Karsz (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa (pág. 74).

El profesional de lo social se encontrará con problemáticas combinadas y pluridimensionales: la situación socioeconómica del territorio siempre será una gran influencia, pero también habrá otros aspectos interrelacionados, como son las condiciones psíquicas de las personas, las situaciones escolares, de salud, de vivienda, de trabajo, etc. No se trata de encargarse de una sola cuestión, sino del combinado de todas ellas. En este sentido, no podemos pensar en términos de «soluciones», no se trata de responder de manera automática a la demanda, sino de admitir que encontraremos el límite en un momento u otro, algo de lo imposible se pondrá en juego.

Por este motivo, lo fundamental será trabajar a partir de la relación que establezcamos con el otro, dejando un poco al margen, pero sin obviarla, la ayuda concreta o el recurso que se supone que el servicio debe dar. Conviene matizar esta idea; Karsz (2007) lo plantea de la siguiente manera. Contamos con un área material que viene dada por las asistencias y soportes concretos; esta pasa a un segundo plano porque siempre será una ayuda parcial. El aspecto principal es el que viene dado por las orientaciones que puedan aportar los profesionales, por las representaciones e ideales de los sujetos atendidos, por los cambios que puedan incorporar en su manera de hacer, etc. Eso es lo que realmente podrá operar hacia un posible cambio.

El autor habla de un límite estructural (en las situaciones que atendemos) que marca tanto el espacio propio del trabajo (los recursos materiales con los que contamos) como su potencia (registro ideológico con el que nos movemos). En este sentido marca los siguientes aspectos:

«El aspecto secundario corresponde al registro material. El trabajo social suministra toda clase de ayudas, asistencias, subvenciones, soportes..., recursos todos ellos que apuntan a aliviar la situación de los destinatarios, a hacer más tolerables sus condiciones de vida mientras se aguarda la mejora –más o menos hipotética, según los casos– que podrá procurar la obtención de un empleo, de un permiso de residencia, de una vivienda, de una estabilización psíquica, de una reorganización familiar. Estos recursos son, por definición, parciales, imperativamente fragmentarios, fatalmente incompletos. En lo que se refiere a la dimensión material de los problemas de salud física o mental, de escolaridad, de vivienda u otros, el trabajo social aporta soluciones a lo sumo paliativas, pero en ningún caso, resolutivas. [...]

El aspecto principal corresponde al registro ideológico. El trabajo social interviene a propósito de normas, valores, principios, modelos, orientaciones, representaciones e ideales con los cuales y bajo los cuales los usuarios soportan o no soportan, o dejan de soportar, problemas conyugales, administrativos, de vivienda, de escolaridad, de salud física y mental... Aquí residen su potencia, su poder, su eficacia específica. El trabajo social opera sobre las construcciones ideológicas movilizadas por los individuos y los grupos para explicar y explicarse su suerte, para aguantar o venirse abajo, para resignarse o para rebelarse.»

S. Karsz (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa (págs. 77-78).

Se podría ilustrar este planteamiento mediante un ejemplo. Sería el de una mujer con hijos en situación de violencia de género mantenida durante años, con pocos recursos económicos y que pide ayuda para cambiar su situación. Se la puede orientar a poner una denuncia y plantear la separación definitiva, pero ante el temor a una agresión por parte del marido, será necesario que se organice el ingreso en una casa de acogida. Esta puede ser una opción válida, pero lo fundamental es que la mujer y los niños lo vean como una necesidad y se encuentren dispuestos a dar el paso, acompañado seguramente de dificultades, cambios y un importante esfuerzo. El acompañamiento en el proceso previo es fundamental: elaborar la situación, es decir, pensar en los elementos particulares que han permitido que se diera y mantuviera la relación de maltrato, desmontar la idea de que mantener la unión familiar, a cualquier precio, es lo mejor para los niños; calcular el momento adecuado, plantear las ayudas y recursos posibles; abrir las posibilidades hacia un cambio sostenible, etc., este es realmente el trabajo primordial, ya que por muchas ayudas que haya, si no se da una rectificación subjetiva el proceso será sabotado por la propia mujer. De hecho, sabemos que muchas de las denuncias que ponen las mujeres son retiradas posteriormente.

Con todo y con eso, tenemos que contar con lo imprevisible, lo que depende del otro. Como trabajamos con individuos, con su realidad y con sus necesidades, se nos abren continuos interrogantes sobre cómo hacer con el malestar, el de la institución, el del sujeto que atendemos, el nuestro propio... Qué hacer con la dificultad, cómo abrir nuevas oportunidades allí donde parece que ya se ha intentado todo. Cómo ayudar al otro, no desde las creencias y valores propios, sino desde ciertas orientaciones que serán teóricas, pero también orientadas por el sujeto al que atendemos, ya que, finalmente, será él y solo él quien tomará sus decisiones. Es bajo esta premisa que las consecuencias de nuestros actos son imprevisibles, ya que no dependen de nosotros.

«No podemos olvidar nunca que entre la causa, sea de orden social, psicológico o biológico, y el efecto constatado, o sea la conducta o respuesta obtenida, está siempre el sujeto, con sus resistencias, sus elecciones particulares, sus fantasías o versiones singulares del mundo en el que vive. Ya no se trata de esperar cuándo esos sistemas humanos van a alcanzar el equilibrio sino, en todo caso, cuándo van a entrar en un nuevo estado de fase de desorganización y qué condiciones necesitan para volver a autoorganizarse.»

J. R. Ubieto (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Barcelona: Ed. UOC (pág. 40).

1.2. La posición del profesional

1.2.1. Ante la intimidad de los sujetos

El trabajo social se inmiscuye en la esfera privada de las personas y de las familias, y en ocasiones en contra de su voluntad. Es el caso de la infancia en riesgo, de las situaciones de violencia intrafamiliar denunciadas por terceros, de las variadas alertas de los vecinos, etc. Por ello, nuestra posición será muy diferente si la demanda es directa del sujeto que atendemos o es realizada por

otros. En el primer caso, nos encontraremos con alguien que tiene importantes dificultades; partimos de la base de que cuando se recurre a servicios sociales es porque han fracasado otras estrategias personales. Se abrirán procesos muy íntimos que tienen que ver con historias de vida, a veces muy duras y penosas. Es importante ofrecer un espacio de confianza y de confidencialidad, ser cuidadosos con los aspectos más íntimos de las personas. Trabajamos con material extremadamente sensible y de ello debemos estar avisados.

En el segundo caso, cuando entramos en las vidas de los sujetos a través de denuncias de terceros (policía, fiscalía, protección de menores, etc.), las personas pueden venir asustadas y reticentes. Algo del control social se ha puesto en marcha. A los aspectos señalados con anterioridad, deberemos añadir los propios de alguien que no pone la demanda, como mínimo de entrada. Es posible que partiendo del hecho de que es necesario hacer un estudio de la situación de manera obligatoria, se abra un espacio de confianza donde se manifieste algo de la dificultad, y a medida que se formaliza una relación transferencial se vaya desplegando una verdadera demanda y tratamiento de la problemática que se halla en juego.

1.2.2. Ante nuestra propia ideología

Nuestra posición deberá estar libre de prejuicios y tendrá que ceder parte de nuestra propia ideología. Sería el caso de encontrarnos con una mujer joven, con dos hijos, sin recursos económicos para subsistir y que nos explica que está embarazada sin haberlo buscado. Se niega a abortar porque va en contra de sus principios. Puede que desde una posición determinada pudiéramos pensar que lo hay que «trabajar» con ella es que aborte, convencerla, negarle ayudas en la idea de que «asuma las consecuencias» ante tal negativa; en una posición así estaríamos más cercanos a nuestro propio ideal de bienestar universal que al posible bienestar de la señora y, probablemente, ante nuestra presión saldría huyendo.

1.2.3. Ante nuestra angustia

Ante la urgencia, ya sea la del propio sujeto atendido como la transmitida por un profesional, se nos puede generar mucha angustia. Este afecto provoca dos efectos. La **actuación** es rápida, desmedida y no pensada, es el pasaje al acto, y la **inhibición**, no hacemos nada, nos quedamos paralizados. Tanto una como la otra no ayudan. Para poder trabajar con la urgencia es necesario poder introducir un tiempo para pensar y localizar la angustia en el otro.

«El sujeto queda solo, indefenso en la desesperación. Es un momento de crisis aguda donde no hay demanda, sino un desborde de angustia que en muchos casos puede llevar al pasaje al acto. No podemos, pues, no responder a ella. Hay que ayudar a ese sujeto a localizar esa angustia y reintroducir ese “detalle”, ese valor singular con el cual el sujeto puede volver a presentarse ante el Otro como alguien valioso. Todo eso requiere de la pausa, para introducir el tiempo en la urgencia.»

J. R. Ubieto (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Barcelona: Ed. UOC (pág. 40).

Es posible que haya que dar una respuesta rápida, que de entrada es parcial, pero sin entrar en el sinfín desmedido de dar y proveer. Y siempre en todas las ocasiones deberemos interrogarnos sobre si realmente lo que se pone en juego es una urgencia. Es el caso de una pareja muy joven con un bebé. Llegan con urgencia y exigiendo un piso donde vivir tras ser expulsados del domicilio de los padres. Al estudiar la situación, se ve que en realidad hace un mes que fueron expulsados del domicilio y que en este tiempo han estado viviendo en casa de unos tíos. En este caso no se niega que necesiten ayuda, pero se abre la posibilidad de realizar un estudio con tranquilidad para ver diferentes opciones; las prioritarias, de entrada, serán las generadas por la propia red de apoyo familiar o social, para dejar en último lugar las profesionales.

1.2.4. Ante nuestra propia desorientación

Podemos observar una gran desorientación entre los profesionales; se va perdiendo la especificidad de la función educativa. Sumidos en la inmensa gestión de la agenda, de las ayudas, de los documentos y de los aplicativos informáticos, los profesionales pasan cada vez más tiempo en su mesa, dejando de lado la relación con los sujetos y con la comunidad. Adquieren así lo que Ubieto denomina «el nuevo rol de gestor clínico/social», que podríamos definir como el agente dispuesto a gestionar, seguir los protocolos que marcan las actuaciones, ejecutar las órdenes y atender las ingentes peticiones de atención individual, independientemente de la demanda que haga el ciudadano, es decir, correspondan o no, a los servicios sociales¹. Ubieto (2012, pág. 31) añade que «esta servidumbre voluntaria produce una uniformización que anula cualquier diferencia o particularidad que surgiría de un hacer reflexivo y crítico».

⁽¹⁾Es frecuente que lleguen consultas que pertenecen a otros ámbitos, como educación, salud, trabajo o seguridad social.

La consecuencia de la aceptación de estos procesos lleva a la «degradación del rol de los profesionales» y a «una progresiva e inexorable des-ideologización de su función».

«Hablar de des-ideologización quiere decir pérdida de pensamiento crítico, de ideas, de proyectos innovadores, de debates continuados, de un compromiso cívico en definitiva. Perder la ideología es perder el sentido de la finalidad de la intervención, no saber para qué hacemos lo que hacemos y sustituir esa pregunta por un “cómo”, al que las fórmulas muy protocolizadas vienen en nuestra ayuda. Por supuesto, perder la capacidad autocrítica es volverse vulnerable y dependiente de otros criterios.»

J. R. Ubieto (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Barcelona: Ed. UOC (pág. 31).

1.2.5. Ante las funciones que nos desbordan

Actualmente se nombran los servicios sociales con el significante de servicio «generalista»; podríamos decir que son capaces de atenderlo todo, desde el desahucio de una familia, hasta una residencia urgente para un anciano después de un ingreso hospitalario, así como atender y tratar las consecuencias de la violencia de género en mujeres y niños. Todo es posible, todo se puede atender a partir de la recién nombrada «atención generalista» de los servicios sociales, antes llamada polivalente, realizando «funciones tan propias» de la educación y el trabajo social como por ejemplo son encargarse de alojar a los perros de unos ancianos que de manera urgente han tenido que dejar su hogar e irse a una residencia, o de hacerse cargo de la gestión que requiere desinfectar un piso lleno de chinches. Son ejemplos reales...

Pero lo más sorprendente es que dentro de esta atención generalista se incluyen funciones muy especializadas, como en los casos de infancia en riesgo en niveles de desatención graves o de la violencia de género. Hace unas décadas estas problemáticas eran atendidas por equipos especializados. Con la emergencia de las políticas neoliberales, se desmontan estos servicios a nivel público, se privatizan, reduciendo, a la vez, el número de equipos y profesionales, para realizar de nuevo el encargo a los equipos de base, que en definitiva son los que siempre están. Ante la perplejidad de los profesionales, sin capacidad de respuesta por el aplastamiento tanto temporal como de funciones, se crean cursos capacitadores propios de la «sociedad del empoderamiento», como señala Peteiro (2016) cada día más confundida con la sociedad del «adiestramiento». De ahí que los educadores y trabajadoras sociales estarán empoderados para trabajar con cualquier tipo de temática, capaces también de empoderar a los ciudadanos que se encuentran en situaciones desfavorecidas. De hecho, «todos empoderados» podría ser el lema actual del trabajo social. Podemos recomendar los cursos de gestión del dolor, de acompañamiento a la muerte, de estrés, de aumentar la autoestima, la seguridad en una misma como si todo eso se pudiera gestionar o educar-aleccionar-adiestrar... Sujetos tallados por el ideal de la época, el del «*yes, we can*», del «todos podemos hacer de todo» –evidentemente, con eficiencia y eficacia– y negar, de paso sea dicho, lo real de lo imposible, lo ineducable, la presencia inevitable de los miedos, ansiedades y límites que cada uno lleva en el sí de lo más profundo de su psique.

Y ante esto, ¿qué hacemos? ¿Nos empoderamos o nos vamos? Quizá podríamos señalar la importancia de optar por otra vía, adoptar una posición crítica, basada en el estudio y la reflexión conjunta, en equipo si puede ser, para oponerse dentro de lo posible a la lógica adiestradora, que nos lleva a la posición de «esclavos del sistema», dominados por una lógica que aplasta toda posibilidad del ejercicio profesional.

Esta lógica gestora al uso no está exenta de consecuencias en los propios profesionales, más notables cuanto más en primera fila se hallen estos. Ubierto (2012, pág. 32) señala algunas muy destacables:

- Devaluación de los instrumentos tradicionales (entrevistas, visita a domicilio, supervisión de equipo) en beneficio de otros tipo estándar (recogida de datos, clasificación de sujetos, registros de productividad). «Cuando los procesos evaluativos dominan la actividad profesional, producen una crisis del rol profesional, ya que se pierde la finalidad y la significación del mismo, convirtiéndose la misma evaluación en el único fin y argumento».
- Malestar que se manifiesta a través de bajas laborales, cambios frecuentes de equipos, abandono del sector asistencial. «En esa fenomenología encontramos los restos de un deseo aplastado y de los efectos que eso genera: miedo, odio, renuncia, pasotismo, desencanto y tristeza».
- «Caída de los procesos de trabajo en equipo y otros modos colaborativos (trabajo en red, trabajo comunitario) en beneficio de una asistencia y una práctica profesional muy individualizada en la que predominan la multidisciplinariedad y la derivación». La cuestión genera un importante peligro y es el de caer en la soledad profesional sin contar con el trabajo en equipo, el trabajo en red y el apoyo de los otros en la construcción de «un saber» y de «un hacer» compartido.
- Por la parte del ciudadano, «la gestión, basada en la oferta y provisión de recursos (prestaciones sociales, medicación, trámites) crea una demanda ilimitada, aumentada además por factores conexos (inmigración, pobreza, crisis económica) y que deja al sujeto, usuario-consumidor, dependiente del servicio y, por tanto, vulnerable y con pocos recursos propios (red social, familiar, vecinal...)».

1.3. Algunas conclusiones

Es necesario sostenerse en una posición distanciada del imperativo de la gestión, del rendimiento y de la provisión de bienestar; más allá de la situación social, económica e institucional, se trata de tener en cuenta la posición del profesional.

«El discurso dominante pone en circulación significantes a los fines del control social y es responsabilidad de los profesionales interrogarlos y no aplicarlos sin crítica alguna, contribuyendo de este modo a producir marcas segregativas. Esta es una característica de los tiempos actuales, no hay tiempo de interrogar a los significantes que circulan porque todo sucede vertiginosamente. Los significantes se producen y se destruyen con la misma rapidez, pero dejan huellas de efectos perdurables, dado que pueden orientar el recorrido de los sujetos por circuitos de exclusión.»

H. Tizio (coord.) (2003). *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa (págs. 180-181).

Es fundamental poder desplegar la esencia del trabajo educativo y social, esencia basada en acoger lo que no funciona del otro; en definitiva, acoger su dimensión subjetiva. Tal y como señala Tizio, el educador debe tomar las dificultades en su función como algo que le concierne, ya que algo de su posición está en juego.

«De este modo, se enmarca una ética de las consecuencias y no de las intenciones. Es fácil quedarse del lado de las buenas intenciones y dejar las dificultades del lado de los otros y además quejarse.»

H. Tizio (coord.) (2003). *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa (pág. 178).

Y esto plantea otra cuestión: «El bienestar es un ideal y el malestar una cuestión de estructura que se expresa a través de formas cambiantes en cada momento histórico». Tizio (2003, pág. 178). La ilusión de que todo puede ser regulado, podríamos decir adiestrado, controlado, etc., se opone al reconocimiento de la diversidad, diferencias de las maneras de vivir y funcionar, que no pueden homogeneizarse. La falta de crítica de los significantes que el discurso dominante pone en juego es una de las formas de velar la imposibilidad.

«Se puede constatar la ignorancia sistemática que muchos profesionales hacen de cuestiones que serían casi de sentido común. Cuando aparece esta ignorancia sistemática se trata de un rechazo.»

H. Tizio (coord.) (2003). *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa (pág. 178).

2. Caso 1. Personas mayores

2.1. Planteamiento del caso

Rosario es una mujer de ochenta y siete años con ciertas dificultades para la deambulaci3n a consecuencia de un ictus que sufri3 hace unos meses. Esta situaci3n ha originado que dependa de terceros para las actividades de la vida diaria. Su estado cognitivo es normal.

Vive con su hija, Luisa, de sesenta y seis a3os, que presenta d3ficit intelectual y algunas dificultades psicomotoras. Ha estado trabajando en un centro especial de trabajo hasta el a3o pasado, momento en que se jubil3. Ella puede hacerse cargo de s3 misma en las actividades b3sicas y puede hacerse cargo de algunas tareas, como hacer la compra y sacar a pasear al perro, pero necesita de cierta supervisi3n diaria.

Por este motivo tienen un Servicio de Atenci3n Domiciliaria (SAD) de dieciseis horas semanales a raz3n de dos diarias, incluidos fines de semana. Esta ayuda tiene dos objetivos: la higiene personal de ambas y la ayuda en la elaboraci3n de las comidas. Asimismo, tienen servicio de limpieza de la casa de dos horas semanales. Desde el ictus, Rosario tiene tambi3n una teleasistencia.

Hay otro hijo, Paco, que vive fuera del domicilio, pero que tiene presencia diaria en 3l. Paco trabaja como mozo de carga en una f3brica a jornada parcial. Es un hombre alto y fuerte de cincuenta y cinco a3os.

La trabajadora familiar (en adelante, TF) que acude al domicilio informa de una comunicaci3n familiar poco contenida, con gritos y discusiones frecuentes entre todos ellos. Un d3a explica que Paco ha amenazado a su madre aproxim3ndose con agresividad, pero que al verla (a la TF) se ha detenido. Otro d3a, que ha tirado un trozo de pan a la cabeza de su hermana. La hermana, finalmente, explica en secreto a la TF que Paco las golpea, pero que no puede dec3rsele a nadie por temor a represalias. Desde el SAD se pone todo esto en conocimiento de la trabajadora social (en adelante, TS) de servicios sociales (SS), que es la referente social de la familia.

2.2. Valoraci3n inicial

Esta informaci3n genera alarma y, atendiendo a la vulnerabilidad de madre e hija, desde SS se planifica intervenci3n inmediata. En coordinaci3n con el 3rea B3sica de Salud (ABS), se acuerda hacer una visita conjunta en el domicilio con la enfermera del m3dico de familia, que ya las conoce.

En la exploración física que hace la enfermera se observa que Rosario presenta buen estado general de salud e higiene y ausencia de señales que hagan suponer golpes. Lo mismo ocurre con Luisa. El domicilio está limpio y ordenado, hay un lugar cómodo donde se sienta Rosario y otro para Luisa. Los dormitorios y el resto de habitaciones también están correctos. La nevera está llena y con productos frescos y variados.

Las profesionales preguntan cómo se organizan el día, quién hace la compra y diversos aspectos de la vida diaria. Tanto Rosario como Luisa hablan con naturalidad de cómo lo hacen, con una cierta tendencia a culparse mutuamente de las dificultades y a no dejarse hablar. Paco participa de este modo de hacer, hay un momento en que hablan todos a la vez. Las profesionales observan que hay pocos espacios individuales, que parece que todos participan de lo de todos, incluso en lo que se refiere a funciones corporales y de higiene. Abordan entonces cuestiones más relacionales y aquí observan que tanto Rosario como Luisa parece que no se atreven a hablar en la presencia de Paco. Entonces la trabajadora social pregunta directamente a Paco acerca de cómo lleva el cuidado de ambas.

Paco responde que hace lo que puede, que le es muy difícil cuidar de su madre «porque no le hace caso» y de su hermana, «que su hermana es una vaga que no hace nada porque no quiere» y que su madre apenas puede moverse y hay que hacérselo todo. «Se le escapa el pipi y hay que lavarla y ponerle los pañales». A medida que va hablando se va acelerando hasta acabar casi gritando. A continuación, llora. «No quiero abandonarlas como hizo mi abuela con mi madre. Pero hay veces que no puedo más. Y ahora en el trabajo me están haciendo la vida imposible, quieren que me despida, pero yo no cederé. Llevo treinta y cinco años en este trabajo, ¿dónde podría ir ahora?». Rosario se acerca a consolar a su hijo y Luisa llora también. «Tendría que ponerlas en una residencia, pero ellas no quieren, quieren estar en casa, pero ¿y yo?, ¿cómo voy a hacer?». Al oír la palabra residencia Rosario se acelera y grita «que eso nunca, que ella tiene su casa» y Luisa se abraza a su perro.

La enfermera y la trabajadora social consiguen tranquilizar un poco a todos y explican que hay otras soluciones. Que se trata de que puedan continuar hablando para ir viendo dónde hay más dificultades y poder ir pensando ayudas y que todos se sientan mejor. Acuerdan verse al día siguiente para seguir hablando.

De este primer contacto han valorado que:

- No hay señales físicas de maltrato ni de negligencia.
- El entorno está cuidado.

- El estado mental de Rosario es normal y que ni ella ni su hija explican nada de maltrato.
- Parece haber sobrecarga y desbordamiento en el cuidador.

A partir de esto, se descarta que en estos momentos haya un riesgo vital que lleve a intervenir de manera urgente y se planifica una exploración más ajustada. Podría haberse dado otra situación con otros resultados, que son los que abordamos en la parte final del caso, en «Otros escenarios posibles».

2.3. Exploración

La trabajadora social de SS cita a la familia al día siguiente. En esta entrevista les explica que, para comprender su situación y poderles ayudar mejor, les verá individualmente, con la idea de que cada uno tenga su espacio y pueda hablar las cosas tal y como las siente.

Comienza viendo a Rosario, que se presenta como una mujer de carácter, «que sacó ella sola adelante a sus dos hijos cuando su marido murió» siendo estos pequeños. Parece identificarse más con su hijo Paco y, si bien acepta que este tiene «carácter como yo», niega que haya habido amenazas o golpes. También es negativa la exploración de otros tipos de maltrato, incluido el económico, siendo ella quien sigue gestionando la economía casera.

Por su parte, la hija Luisa se muestra como una mujer vital y charlatana. De la entrevista destaca que ella no está bien en la casa porque su madre y su hermano la obligan a hacer cosas y no la dejan en paz. Se le pregunta qué cosas son esas: «limpiar la jaula de los pájaros», «levantarme a las ocho de la mañana» o «no dejarme hacer la siesta después de comer». A veces piensa en ir a vivir a una residencia, pero no quiere separarse del perro y ahí no se lo dejarían tener. Cuando se le pregunta por la relación con el hermano, dice que siempre quiere mandar mucho. Es como su madre, «hay que hacer lo que él dice, si no...», y hace un gesto de pegar con la mano. Cuando se le pregunta si la ha pegado, sonrío y dice que su hermano la ha pegado alguna vez, pero que ella «sabe defenderse y no se queda corta».

De la entrevista con Paco destacan los siguientes datos: vive con una pareja reciente con la que explica hay ciertos problemas de convivencia causados por el hijo adolescente de ella. A medida que va hablando, va mostrando dificultades para contenerse y en ocasiones grita a la entrevistadora, aunque, cuando se le señala, se modera y se disculpa. «La boca me pierdo, es más fuerte que yo». Se le pregunta si eso le ocurre en otros sitios y responde que sí, por ejemplo en el trabajo. Explica que con el jefe anterior se llevaba muy bien, lo conocía de toda la vida y cuando lo veía cargado le decía: «Paco, vete un rato al patio». «Y yo me iba y corría un rato, me desfogaba y ya podía volver a entrar tranquilo y continuar». Se le pregunta que cómo hace en casa. Responde, con franqueza, que mal. «¡Es que son dos!». «Hay que estar continuamente encima de ellas.

Antes del ictus, mi madre podía hacer las cosas y llevaba a mi hermana. Ahora tengo que ser yo, los ratos que puedo». Explica que su madre ha empezado con incontinencia y necesita que le cambien los pañales. Que su hermana no se levanta por las mañanas y que no haría nada si no se lo dicen. Añade que «no quiere hacer las cosas» y que «ni siquiera entiende el reloj». Visto que él parece que aporta una explicación más comprensiva al comportamiento de su hermana, se le señala que igual no es que no quiera hacer las cosas, sino que hay cosas que no sabe. Afirma con la cabeza, ya sin gritar.

La TS le comenta entonces que se hace cargo de lo complicado de la situación que está viviendo: cuidando de su familia, con problemas en el trabajo y con la pareja, y «con su modo de ser en el que se pone nervioso y se va cargando». Pero que no puede ser que no se pueda aguantar con su madre y con su hermana, que habrá que buscar otros modos de descargarse, como hacía antes en el patio del trabajo. Paco afirma nuevamente.

Del resto de la exploración destaca que no hay antecedentes psiquiátricos, que no consume alcohol o drogas ni ningún otro fármaco. Se relaja saliendo a correr y yendo al gimnasio. En los últimos tiempos tiene dificultades para dormir, se encuentra más nervioso y desde el ictus de la madre le parece que no hace lo suficiente por ella y por su hermana, que ellas no están contentas y que él no logra hacerlo bien. «A veces pienso en acabar ya con todo, esto no es vida». «No sé qué hacer, necesito que me ayuden, pero si eso pasa por ponerlas en una residencia, ya se pueden olvidar, que no lo haré».

La TS le repite, como el día anterior en el domicilio, que hay otros modos de ayuda que no son la residencia. Le propone ya de entrada aumentar el horario de la TF y le pregunta en qué horarios le parecería más necesaria. Acuerdan añadir horario de mañana para despertarlas y apoyar con el desayuno, con lo que Paco queda libre de ir a la casa por las mañanas. Acuerdan verse en una semana para continuar pensando y organizando juntos las atenciones.

2.4. Análisis del caso

1) Demanda. Cómo se formula y quién la hace. Cómo se interpreta. Qué desencadena la demanda en ese momento

La demanda inicialmente la hace la hija, quien le cuenta a la TF que su hermano la ha golpeado. Por su parte, la TF ha observado actitudes agresivas delante de ella, sin que su presencia haya facilitado la contención. Es la TF la que hace llegar esta información, que entendemos en un inicio como petición de ayuda para protegerse de la agresión.

Valorándose la vulnerabilidad de madre e hija por razón de edad y de dificultades, se programa una intervención inmediata conjunta con la enfermera del ABS para poder diagnosticar mejor la situación. En esta visita se tratará de valorar el grado de gravedad de la situación y la urgencia de la intervención.

2) Problema que se plantea. Percepción y formulación del problema o dificultad por parte de la persona usuaria

Rosario niega cualquier problema. En todo caso, su temor es ingresar en una residencia. A través de su hijo y de la TF sabemos que un problema para ella es que ahora no puede hacerse cargo sola de la casa y de su hija y que necesita ayuda. Otro problema es el trato que recibe de su hijo.

Para Luisa, inicialmente el problema es que su hermano le ha pegado. Luego se descarta su sometimiento: ella se ha defendido. Otro problema es su ambivalencia a la hora de organizar sus próximos años: explica que lo que quiere es tener una vida independiente, pero no sola (necesita de cierto soporte y acompañamiento), por eso ella piensa en una residencia, pero tampoco se atreve a dar el paso, porque no quiere separarse de su familia y de su perro.

Paco se muestra sobrepasado por situación, con una sintomatología de tipo ansioso depresivo. Por un lado, las dificultades personales para contenerse le merman las competencias para cuidar. Intenta hacerlo, se sobrecarga y se descontenta, se culpabiliza y se siente cada vez peor, con lo que tanto su situación psíquica como la relacional empeoran. Hasta el ictus de la madre, era esta la que cuidaba y llevaba adelante la casa. Ahora, por motivos de salud, ha dejado de hacerlo y necesita ella misma de ayudas en actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado, Paco tiene problemas en el trabajo y con la pareja actual y teme perderlo todo. Ello implicaría para él, como explica en la entrevista, un retorno que no desea a un domicilio familiar en el que la madre organiza la vida de todos sus miembros.

Con frecuencia en las relaciones de cuidado, el cuidador puede sufrir sobrecarga, tanto por las tareas que desarrolla como por las condiciones en que las realiza.

3) Potencialidades. Capacidades y posibles apoyos o recursos de la persona usuaria, familia o entorno

En este caso nos encontramos con una familia que ha podido ir funcionando. Los hijos han trabajado y han podido mantener el trabajo a lo largo de los años, Lucía en un CET hasta la jubilación y Paco como mozo en un almacén. Tienen una vivienda de propiedad y en condiciones de higiene y comodidad. La relación con los vecinos es correcta.

Lucía tiene amigos en el grupo de dueños de perros y se reúnen por la mañana y por la tarde en la misma plaza.

Paco mantiene su piso aparte y una relación de pareja, aunque no parece contar con apoyo suficiente por parte de esta en los momentos actuales.

El hecho de que se hayan podido franquear con las profesionales hace pensar en que pueden confiar en el otro y pedir ayuda con la esperanza de que las cosas mejoren. El hecho de que acudan al día siguiente a la entrevista fijada indica que hay capacidad de sostener la demanda. Por otro lado, en esta entrevista Paco puede sentir culpa, contenerse y diferenciar lo que necesita el otro de lo que a él le ocurre. Esto permite pensar en que tiene recursos que le pueden permitir aprovechar la ayuda, tanto a nivel individual psicoterapéutico como grupal.

4) Hipótesis diagnóstica con la que trabajar

Se trata de:

- Objetivar los indicadores y factores de riesgo y de protección.
- Llegar a una hipótesis diagnóstica que permita explicar estos indicadores y orientar el caso en una dirección.
- Hacer una valoración del riesgo: bajo, moderado o alto.
- Valorar la necesidad de intervención urgente o no.

Factores de riesgo:

- **Para el anciano:**
 - Edad avanzada.
 - Estado de salud deficiente.
 - Incontinencia.
 - Dependencia física y emocional del cuidador.
- **Para el cuidador:**
 - Sobrecarga física o emocional.
 - Padece trastorno psicopatológico.
 - Severas dificultades para soportar emocionalmente los cuidados.

Situaciones de especial vulnerabilidad:

- Falta de apoyo familiar.
- Presencia de una hermana que también necesita cuidados.

Factores de protección:

- Funcionamiento familiar previo normalizado.
- Capacidades de vincularse y confiar.

En la exposición del caso hemos visto una primera valoración orientada a conocer la gravedad de la situación y la urgencia de la intervención. Esto tiene que darse en todos los casos de maltrato.

Tenemos que saber en lo posible si se corre algún riesgo vital para poder tomar medidas protectoras. Esto se hace, como hemos visto, a partir de una serie de indicadores que se obtienen en la exploración física, en la entrevista familiar e individual y en la visita domiciliaria. Asimismo, es necesario recoger informaciones de otros servicios, en este caso, del ABS.

A partir de estas intervenciones y atendiendo que:

- Por un lado, no hay indicadores físicos de maltrato, Rosario los niega y Luisa, en entrevista, los sitúa en una pelea en la que ella se defendió.
- Por otro lado, sí que Paco reconoce su tendencia a la descontentión y que está sobrepasado por la situación. La TF había visto gestos amenazadores y Luisa explicó de una pelea. Las mismas profesionales han observado en entrevista su tendencia a irse «emocionando» y a gritar, aunque se rehace en cuanto se le señala y se disculpa.

Se valora que Paco no está en condiciones ni dispone de las habilidades ni del soporte externo necesarios para poder hacer la función de cuidador de manera intensa y continuada.

La madre, con plenas capacidades mentales, rechaza ir a una residencia. La hija está pensando en el tema, pero en todo caso no es algo que desee en estos momentos.

Con todo esto, se valora que:

- Las conductas amenazadoras son fruto sobre todo de una situación de crisis en un contexto relacional de expresión emocional elevada, sobre implicación y falta de contención ocasional.
- Existe una situación de riesgo moderado de agresión, en la que hay que elaborar un plan de intervención integral para poder proteger y atender a todos los miembros.

5) Expectativas y posición del usuario respecto al servicio

Podríamos pensar que la familia se ha sentido previamente ayudada por SS, que ya ha organizado la teleasistencia y el SAD. Confían en la TF y por eso aceptan, aunque no sin recelo, la visita domiciliaria conjunta de la TS con la enfermera del ABS. Aquí parece que el temor se centra en que los SS promuevan una separación e ingrese a Rosario en una residencia en contra de su voluntad. En el caso de Luisa, esta parece explicar con claridad sus problemas para avanzar en su proceso de separación /individuación: se quiere independizar, hay cosas de su familia que no le gustan, quiere hacer la suya, pero, por otro lado, no quiere dejarlos ni a ellos ni a su perro.

6) Estructura y dinámica familiar

Nos encontramos con una familia que está en un momento de crisis, en la que han aparecido unas nuevas necesidades que no se sabe cómo atender. Por otro lado, y según la información de que disponía el médico de familia, la familia previamente presentaba un funcionamiento poco contenido, donde sus miembros tienden a explosiones emocionales, a gritarse, a invadir los espacios del otro.

Parece que mientras la madre, Rosario, estuvo activa, las necesidades se podían atender. Paco estaba poco presente y entre la madre y la hija se organizaban. A partir del ictus es cuando ella empieza a necesitar ayuda y fallan las funciones de contención, organización y atenciones básicas, y se requiere que sea otro quien las realice.

Ahí, bajo la presión de no repetir un abandono que se dio en generaciones anteriores (de la abuela a la madre) y que fue vivido como algo muy doloroso y no comprendido, Paco asume unos cuidados para los que no está preparado.

7) Estrategias técnicas a utilizar

A partir de esta información podemos organizar la intervención a distintos niveles:

- A nivel de cuidados diarios, implementando recursos como: incremento del horario de la ayuda domiciliaria o centro de día para Rosario y Luisa o comedor para personas mayores.
- A nivel de descanso puntual para el cuidador, ofreciendo recursos como Respir, para que durante unas semanas ambas puedan estar atendidas en otro lugar.

- Adecuando el domicilio a personas con movilidad reducida (por ejemplo, ducha, barandilla en la pared, etc.), lo que puede facilitar la comodidad y disminuir el riesgo de accidentes y la tensión que conlleva.
- Facilitando la presencia de voluntariado una tarde a la semana, que acompañen a Rosario a pasear a la calle.
- En relación a Paco, se vuelve necesario que sea atendido por la sintomatología ansioso-depresiva que presenta. Cabe la derivación al Centro de Salud Mental (CSMA) con la idea de que pueda ser ayudado.
- Paco podría beneficiarse, también, del apoyo de un grupo de cuidadores. Están formados por personas que tienen que cuidar a otros familiares y que pueden compartir con él vivencias y experiencias semejantes: la fatiga, los sentimientos contradictorios, los procesos que se dan entre cuidador y cuidado.

Todo ello implicará un seguimiento ajustado desde la trabajadora social de SS, a través de entrevistas periódicas individuales y familiares, tendentes a ir abordando las distintas problemáticas de cada miembro de la familia y a conocer cómo van evolucionando las relaciones entre ellos. Es importante que estas visitas estén fijadas de antemano: cada tres semanas, por ejemplo, ya que el hecho de saber que hay entrevista fijada actúa como contenedor de la ansiedad, algo central en los problemas de esta familia. En estas entrevistas se podrán ir presentando los diferentes recursos según vaya dándose la necesidad, acompañando y explicando de manera que puedan ser vividos como ayuda y alivio.

Será necesario ofrecer a Rosario y a Luisa recomendaciones sencillas centradas en la relación y tendentes a no sobrecargar situaciones de crisis, así como estrategias de protección (en caso de desbordamiento de Paco), aparte del uso de teleasistencia: teléfonos a los que puedan recurrir, alternativas de atención si los SS están cerrados, orientación a urgencias hospitalarias o 112 si fuera el caso, etc.

8) Red de servicios. Trabajo en red

Desde el primer momento el abordaje se ha iniciado interdisciplinariamente, conjuntamente con sanidad. El/la médico/a de familia conoce ya a esta familia y puede derivar a Paco al CSMA o programar visitas de control periódicas para ir evaluando las atenciones y salud de Rosario y Luisa, así como la aparición posible de signos de malos tratos o negligencia.

La comunicación entre SS y ABS tiene que ser fluida, es útil que se organicen reuniones periódicas cada x meses para compartir la información e ir ajustando la intervención, así como espacios de correo o telefónicos para informarse mutuamente de hechos relevantes.

9) Red de soporte y proximidad

En este caso no los conocemos, pero nos parece necesario que este sea un ítem a tener en cuenta en la exploración y valoración de un caso por el soporte cotidiano que de hecho ofrecen. Se refiere a los vínculos de proximidad: vida social, de barrio... Podríamos pensar aquí en: el papel de los vecinos, del grupo de dueños de perro con los que se reúne Luisa o de los tenderos del barrio que conocen ya a la familia y orientan en la compra diaria que realiza.

2.5. Otros escenarios posibles

1) Imaginemos que en la exploración física de Rosario en el domicilio se han observado señales de alerta: heridas abiertas, traumatismos, hematomas antiguos, etc., que hagan pensar que la causa de las lesiones pueda no ser accidental. Aquí es indicado hablar en esa misma visita con la madre y con la hija separadamente para preguntar directamente por el origen de las lesiones. Si se confirma, **es necesario promover el ingreso hospitalario**. En este caso es más sencillo porque la visita se ha hecho conjunta con ABS. Si no hubiera sido así, habría que avisar al 112. Este ingreso tiene la finalidad de estudiar mejor la situación, de proteger a la paciente y de darnos tiempo para investigar la posible existencia de malos tratos.

En este proceso, la enfermera ha llamado al médico para organizar el ingreso hospitalario. Hay que hablar también con toda la familia para justificar la decisión y que esta pueda aceptarla. Se trata de que Rosario pueda ingresar en un hospital sin demasiadas resistencias, ni por su parte ni por la de su familia.

El traslado se hará en transporte seguro, en ambulancia. Paco puede protestar, decir que la lleva él, pero se le explica que por razones de salud es mejor que se haga de esta manera. Así se evita que, por miedo a ser descubierto, deje de llevarla al hospital.

En el hospital se comunica inmediatamente la sospecha de maltrato al médico de guardia. Se le pide que se evite, por el momento, cualquier visita, especialmente del hijo. Se trata de proteger a Rosario de cualquier posible riesgo de amenaza o incluso agresión.

Una vez se tengan las exploraciones y testimonios y en caso de verificarse los malos tratos, hay que notificar a la familia, dar parte judicial iniciando el protocolo de malos tratos e informar al resto de servicios implicados (SS, ABS) del estado del proceso.

2) En el caso de que a pesar de objetivarse las lesiones, Rosario continuase negando y encubriendo en todo momento su origen, los profesionales de salud y/o de SS informarán a Rosario de que, aun en contra de su voluntad, y para intentar protegerla, están obligados a comunicar a la fiscalía o al juzgado de guardia la situación, que la valorarán y tomarán decisiones. En paralelo, desde los distintos servicios se organiza la intervención de ayuda.

Esta es una decisión muy delicada, en la que entra en juego la valoración del respeto a la autonomía de la persona maltratada y la necesidad de protección. Además, el inicio de este proceso moviliza en los profesionales el temor a empeorar la situación, el miedo a que Paco cierre las puertas a cualquier intervención. No obstante, ocurre con frecuencia que la comunicación a la fiscalía o a juzgados actúa como un límite frente al cual él puede iniciar otro tipo de procesos: tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, reorganización de horarios y tareas, aceptación del incremento de soporte de los SS, etc.

3. Caso 2. Familia

3.1. Planteamiento del caso

Rosa tiene treinta y ocho años y vive con su marido y sus dos hijos, de doce y ocho años. La familia es atendida en un centro de servicios sociales de una gran ciudad después de haber sido desahuciada un año atrás. Su marido, que siempre había trabajado aunque sin contratos laborales, se quedó sin trabajo y no pudieron afrontar los pagos de la hipoteca de su piso. La situación de crisis general en el país no hacía esperar una reinserción laboral a corto plazo.

Rosa es la que acude siempre a pedir ayuda; anteriormente se visitaba en otro centro. Tras el desahucio, le otorgan un piso social con un alquiler muy bajo en un territorio que ella considera «un barrio de pijos». Ha perdido su barrio, su gente; nunca ha tenido amigas, pero allí todo era conocido: las tiendas, los maestros del colegio, al que ella ya había ido de pequeña, los casales infantiles, etc. Se presenta como desesperanzada, la vida rota... Todo su proyecto, lo que era suyo, ha desaparecido, nada ni nadie podrá restaurarlo. Tiraría la toalla, se suicidaría... Le ha cambiado el carácter, siempre está de mal humor y grita a sus hijos, de su marido no espera mucho, le exige que salga de casa, que vaya a buscar trabajo, pero él no se mueve. Rosa tiene cambios de humor frecuentes. Puede pasarse varios días llorando y enfadada, tras los cuales, y sin saber por qué, puede animarse y estar mucho mejor; pero dura poco. Por momentos piensa que un día perderá el control y hará una locura, «seguro que toda su familia está mejor sin ella». Le agobian las deudas y la falta de dinero para dar de comer a sus hijos. No quiere ser rica, dirá: «solo quiero poder vivir tranquila». Esa es su tarjeta de presentación en los servicios sociales.

Desde el equipo se implementan ayudas para cubrir necesidades básicas y se inicia un trabajo continuado para conocer la situación, pero sobre todo para establecer una relación con Rosa. Después de unos meses, la trabajadora social comienza a observar dificultades serias. Rosa se queja de lo poco que le dan, nada es suficiente... A los extranjeros les dan todo y a los de aquí, que son honrados y van con la verdad por delante..., ya se sabe. Todo es injusto.

Llama la atención la dificultad para incluirse en el nuevo barrio: los colegios no son de su agrado, no quiere que sus hijos participen en actividades de tiempo libre, nada es como antes.

Su marido, Juan, no habla en las entrevistas. Se muestra pasivo y despreocupado.

3.2. Valoración inicial

La profesional que atenderá el caso en primera instancia es la trabajadora social. Dado que la familia no cuenta con ningún ingreso, se asegura que puedan cubrir las necesidades básicas a través de ayudas económicas. Estas se complementan con becas escolares para material y actividades para los niños. Estas ayudas son básicas y siempre hay algo que queda pendiente de pago. Rosa hará siempre una demanda económica acompañada de queja y desesperanza.

En paralelo, se tramita la prestación de renta mínima, que tardará unos seis meses en cobrarse.

También se los incluye en planes de inserción laboral; Juan aceptará la propuesta, pero Rosa pondrá inconvenientes desde el primer momento: no está dispuesta a hacer cursos de formación que no sirven para nada «ya ha hecho muchos»; los horarios son otro motivo: no está dispuesta a dejar desatendidos a sus hijos que necesitan ser acompañados al colegio y que tienen que comer en casa. El padre no puede hacerse cargo porque, según ella, no sabe hacerlo, no es capaz. Tampoco los va dejar en el comedor escolar porque desconfía de la calidad de las comidas.

Con todos estos avisos se propone que Rosa busque algún trabajo compatible con el cuidado de los hijos, posiblemente de media jornada.

El trabajo se inicia desde una posición de acompañamiento de la profesional que Rosa rechaza continuamente, mostrando desconfianza y reticencias. Después de unos meses la situación seguirá inamovible y sin cambios significativos. Estos aspectos rígidos, los sentimientos de desesperanza y tristeza más las dificultades en la relación harán preguntarse si no hay algún tipo de trastorno psicológico.

Será entonces cuando se inicie el seguimiento con la psicóloga del equipo. A lo largo de las sesiones irá apareciendo el desasosiego por la pérdida de todo aquello que le había dado un lugar en la vida: la familia que había formado, el barrio y el piso de compra. Rosa había sufrido graves carencias de pequeña; su madre la abandonó cuando era un bebé y quedó viviendo con su padre y abuelos paternos. Consiguió tener un lugar en la escuela y en el casal infantil y fueron los profesionales quienes, según Rosa, la ayudaron a tirar adelante. Respecto a la familia, tiene el sentimiento de haber crecido sola; los abuelos se fueron y el padre, con problemas con el alcohol, estaba ausente, a menudo en el bar.

El hecho de casarse joven le permitió poder formar la familia que nunca tuvo. La máxima respecto a sus hijos es la de estar siempre presente en sus vidas, que no les pase nada, que no crezcan porque ya habrá tiempo.

Su marido se encargaba de trabajar; aunque de una forma precaria, sin contratos y sin trabajo estable, podía ir sosteniendo las necesidades familiares. Incluso llegaron a comprarse un piso en su barrio. Para Rosa fue la manera de anclarse en la vida, de dejar las pérdidas a un lado para construir algo diferente. La crisis los dejó en la intemperie, desprovistos de su piso que no pudieron pagar. Fue importante situar qué es lo que supuso para ella: más allá de perder un bien material, lo importante era saber qué valor subjetivo le daba.

Los sentimientos que aparecen en Rosa son de injusticia, le han quitado todo y nada ni nadie le podrá devolver lo que era suyo, nada volverá a ser igual. La angustia aparece porque no podrá hacerse un lugar en el nuevo barrio, ni en las escuelas de sus hijos ni con los profesionales... Se encuentra desanclada de lo que construyó e incapaz de anclarse de nuevo.

La pérdida de esta casa la lleva a revivir sentimientos de indefensión y abandono, pérdidas no elaboradas que pudo ir sorteando construyendo una vida precaria pero propia.

Los hijos son el único motivo para seguir viviendo. Tiene que estar ahí para luchar por ellos, aunque a veces, después de momentos de mal humor y enfados, piensa que toda la familia estaría mejor sin ella. Habla de ellos como si fueran muy pequeños, muy dependientes. Eso es lo que quiere ella, que no se vayan nunca de su lado; y eso que para cualquier padre y madre puede ser relativizado, para ella toma valor de imperativo. Las consecuencias no se hacen esperar. Las escuelas dan la alarma de serias dificultades: el niño tiene problemas de aprendizaje y de relación con los compañeros, le pegan a menudo. La madre irá a quejarse a las profesoras por su falta de control de la situación. La chica, a su entrada en el instituto, tampoco estará exenta de dificultades, la incorporación es difícil y faltará de manera continuada a las clases.

Se abre aquí la entrada en el caso de la educadora social del equipo.

3.3. Análisis del caso

1) Demanda. Quién la hace, cómo se formula. Desencadenantes

Bajo el titular que podríamos entender como las consecuencias de un desahucio, podemos ver que cada caso es un caso particular, porque las condiciones subjetivas son diferentes en cada uno de ellos.

En un primer momento, la demanda la realiza la madre. Es una demanda económica, pero más adelante sabremos que es una demanda de apoyo general. Esta familia siempre había tenido soporte de servicios sociales, así como también de otros profesionales, y Rosa así lo hace saber.

En un segundo momento, la demanda es de las escuelas. Detectan absentismo escolar en la hija mayor tras una dificultad de adaptación al primer curso de la ESO y tras manifestar miedo a los compañeros. Por parte del colegio del pequeño se destacan las dificultades de aprendizaje, no sigue el ritmo de la clase, distorsiona la dinámica haciendo «el payaso» y tiene dificultades en la relación con los otros, que acaban enfadándose con él y pegándole.

La formulación que hace la madre es de petición de recursos económicos a través de la exigencia. Traspasada esta entrada, podremos entrever una demanda de apoyo en todos los sentidos, no exenta de cierta desconfianza.

La formulación que hacen los colegios es de fragilidad importante de los hijos derivada de la relación sobreprotectora que establece con ellos la madre.

Dado que es una situación de larga evolución, no hay un desencadenante destacado. Aunque podríamos pensar en la situación de deudas que tiene la familia, por una parte, y los problemas concretos en la escuela (absentismo la hija mayor y comportamientos disruptivos el hijo pequeño).

2) Problema que se plantea. Percepción y formulación del problema o dificultad por parte de la persona usuaria

El problema inicial verbalizado por la madre es la falta de dinero para hacer frente a los gastos. Después aparecerán aspectos como la falta de implicación del padre y sus dificultades para buscar trabajo, así como los frecuentes cambios de humor de Rosa, aparición de la rabia y explosión a través de gritos hacia sus hijos.

La problemática latente que se puede tener en cuenta a nivel profesional contiene los siguientes elementos:

- Fragilidad emocional de la madre, con poca capacidad para adaptarse a los cambios y para contenerse ella misma y a sus hijos. Los sentimientos de abandono y de «ser poca cosa» la desproveen de la posibilidad de confiar en ella misma.
- Poca presencia del padre en la dinámica familiar. Se espera de él que aporte ingresos económicos y, ante el fracaso, toma una actitud inhibida y aparentemente despreocupada.
- Desaparición de las coordenadas que habían dado cierta ubicación subjetiva a esta familia. Un piso en el barrio de siempre habría funcionado como andamio, mecanismo externo y artificial, pero que habría permitido darles un lugar «adecuado» en la vida.
- Síntomas psicológicos en los hijos que dificultan las dinámicas escolares y su relación con los otros. Se puede pensar que la situación, pero también la

relación con la madre, les está afectando. Es importante poder hacer una valoración directa después de conocer la situación individual de cada uno.

3) Potencialidades. Capacidades y posibles apoyos o recursos de la persona usuaria, familia o entorno

La madre pide ayuda a los profesionales. Su única red de soporte desde que era pequeña ha sido esta. Es conveniente separarse de las verbalizaciones exigentes que manifiesta y de la actitud de desconfianza para poder ver que es una fachada con la que acostumbra a defenderse.

El padre siempre ha trabajado y ha podido mantener a la familia. Podemos pensar que la situación de crisis ha sido una fractura importante, pero que con el soporte de la inserción laboral podrá reengancharse de nuevo.

Es una familia que anteriormente estaba sostenida por los recursos: colegios, casales de tiempo libre, apoyo psicológico de la madre, la red social informal del barrio, etc. La pregunta es: ¿podrían recomponer, con ayuda, esta red en el nuevo territorio?

4) Hipótesis diagnóstica

Familia con importante fragilidad actual y con historia de precariedad, abandonos y serias dificultades de las familias de origen. Ha requerido siempre el soporte de la red de profesionales, con lo que se puede sospechar que requerirán de una atención continuada en el tiempo. Otra de las hipótesis es que los soportes iniciales tendrán que ser muy fuertes y constituidos para irse flexibilizando a lo largo del tiempo, en función de su evolución.

5) Necesidades

Son:

- Atención de las necesidades básicas: pagos de suministros, comida, ropa, etc.
- Inserción laboral de los progenitores.
- Atención a la situación emocional de todos ellos. Valoración psicológica y educativa.
- Inserción en la nueva red; vinculación con los profesionales de los diferentes servicios.

6) Estructura y dinámica familiar

Se pueden entrever importantes dificultades de relación en la pareja parental. El padre se muestra inhibido de sus funciones. Desconocemos si esto ha sido siempre así, o si el desencadenante ha sido la falta de trabajo.

Se dan importantes dificultades en las relaciones sociales de la familia. No cuentan con amigos ni familia extensa próxima.

Los hijos presentan dificultades para insertarse en lo social, colegio y relaciones con los iguales.

A través del discurso de la madre sabemos de las consecuencias graves que ha tenido para ella la situación de crisis, pero desconocemos cuáles han sido las vivencias del padre y de los chicos. Hay que estar atentos a estas cuestiones y poder examinarlas.

7) Estrategias técnicas a utilizar

En primer lugar, hay que tener en cuenta qué profesionales del equipo van a entrar en el caso, quién será el referente y cuáles son las funciones de cada uno/a de ellos/as. En la situación descrita se planificó de la siguiente manera:

a) Se trabajaría en tres áreas: trabajadora social, que lleva el liderazgo en las cuestiones de inserción laboral y asegurar que lo básico quede cubierto; educadora social para realizar el seguimiento escolar de los niños, pero también para conocer su situación emocional, y psicóloga, cuya función será establecer una aproximación diagnóstica y, a partir de ahí, el seguimiento y tratamiento o la posible derivación al centro de salud mental de referencia.

Es básico conocer a los niños y/o adolescentes. Se necesita saber cuál es su situación, sus vivencias, saber con qué recursos personales cuentan. Hay que poder detenerse en la particularidad de cada sujeto y ver qué respuesta encuentran ante las dificultades que se les presentan.

b) En segundo lugar, hay que establecer un mapa de los servicios que intervienen y plantear un posible trabajo en red. Un riesgo que se nos presenta es el de diversificar las opiniones y posiciones en función del servicio y confundir a la familia a veces con propuestas contradictorias o desordenadas. ¿Cómo pensar la función de cada profesional? Dadas las reticencias de la madre, ¿quién podrá servir de interlocutor facilitador? ¿En qué momentos?

8) Red de servicios. El trabajo en red

- **Educación:** instituto, colegio, equipo psicopedagógico.
- **Salud:** centro de salud mental infantil y juvenil, centro de salud mental de adultos, médico de familia, pediatra.

- **Servicios sociales:** servicios sociales básicos, trabajadora familiar.
- **Educación en el tiempo libre:** actividades extraescolares, casales o clubs infantiles y juveniles.

El primer objetivo de la red es contener la situación con aspectos de desesperanza en la madre: dificultades económicas y de inserción social que le dificultan ver la situación de los hijos. La línea de actuación es la participación y corresponsabilidad de los servicios.

Un segundo objetivo es incorporar al padre y hacerlo partícipe de las dificultades y posibilidades de la familia.

Un tercer objetivo es evaluar la situación, identificar las problemáticas, la posición subjetiva de cada uno y los recursos de los que se disponen. Es importante, como hemos dicho anteriormente, hablar con los niños y saber cuál es su opinión, sus dificultades y su posición ante la situación. Habrá que ver con qué recursos puede contar la familia y los que puede aportar la propia comunidad, incluidos los profesionales. La idea es que partiendo del hecho de que esta familia se sostuvo en el pasado con su red, pueda restablecer canales y acciones que les permitan rehacer vínculos o hacer nuevos.

El cuarto objetivo es acercarse a la madre desde una posición neutra para evitar hostilidades y reticencias. Ver qué profesional tiene mejor posición para resaltar las necesidades de los hijos, no desde una actitud cuestionadora, sino facilitadora de soportes y ayudas.

Un quinto objetivo es el de ampliar el marco de relación de los hijos, incorporando la asistencia a recursos de tiempo libre que permiten actividades educativas que compensen la actitud cerrada y desesperada de la madre.

Es importante no avanzarse al ritmo de la familia; la propuesta de cambios puede ser vivida como amenazadora y exigente, y ante esto se necesitará una posición de colaboración, un trabajo en equipo en el que la familia quede incorporada con toda su importancia.

4. Caso 3. Adolescencia

4.1. Planteamiento del caso

La trabajadora social de área básica de salud pide interconsulta con una de las trabajadoras sociales de servicios sociales. Explica que ha visitado a una niña de trece años, embarazada de siete meses y que ha venido acompañada por su madre. Esta explica que la chica (a la que llamaremos Xenia) había ocultado su estado por miedo y que no le quería decir a su padre que estaba embarazada de un primo hermano que tiene catorce años. La familia es originaria de Bolivia y lleva solo un año fuera de su país y viviendo en Cataluña.

La madre explica también que no le quieren decir a su marido quién es el padre del niño, por temor a que pueda agredirle. Por otro lado, parece que este tampoco pregunta.

Xenia está en silencio durante toda la entrevista y parece asustada. La madre explica que en este estado no sale de casa, ni va al instituto y que una vecina le da clases particulares. Quieren mantener en secreto el embarazo y solo los profesores del instituto y la familia lo saben. La demanda de la madre es informarse acerca de si pueden inscribir al bebé con sus apellidos, como si fuera hijo suyo.

La trabajadora social tiene la impresión de que Xenia está «como prisionera» y consulta qué se puede hacer.

4.2. Análisis del caso

1) Demanda. Quién la hace, cómo se formula. Desencadenantes

La TS hace una demanda explícita: chica de trece años, embarazada de siete meses a la que sus padres no dejan salir de casa. Hay maltrato en la casa: de los padres hacia la hija al tenerla encerrada y aislada en casa y queriendo ocultar su embarazo.

No es un «simple» embarazo adolescente: hay violencia, secretos, aislamiento...

La madre hace una demanda explícita: mi hija tendrá un hijo, necesito poder ocultar este hecho y necesito ayuda para esto. No tenemos suficientes datos, pero también puede haber una demanda implícita: necesito ayuda para poder hacer cosas diferentes que ocultar la situación.

Xenia calla todo el tiempo.

En los embarazos adolescentes hay una tendencia general, que aquí ya se perfila con el tema de los apellidos: apartar a la madre de su hijo con el pretexto de que es demasiado joven. Esta es una violencia que se ejerce hacia la madre y su hijo y de la que ella puede participar con su sentimiento de culpa («he hecho algo malo, he fallado a mis padres, merezco ser castigada»). No, el hijo es suyo, su cuerpo funciona como el de una mujer y tendrá que tomar decisiones como tal, aunque necesite soporte y ayuda.

2) Problema que se plantea. Percepción y formulación del problema o dificultad por parte de la persona usuaria

El problema que se plantea es el de la violencia implícita en el aislamiento, en el secreto y en el silencio. Xenia ha quedado apartada de su vida cotidiana y confinada en casa. La madre pregunta cómo seguir encubriendo. La TS plantea cómo intervenir, cómo abordar este secreto.

Algunas cuestiones que hay que pensar:

- Aun sin tener más datos, podemos observar un funcionamiento patológico en esta familia, en cuanto que no puede contener las situaciones nuevas y actúa prohibiéndolas y ocultándolas. El embarazo de Xenia parece ser vivido como algo inaceptable y se decide ocultar a la chica para mantener inalterable la fachada externa. Lo paradójico es que, queriendo apartar lo doloroso, si esto no consigue abordarse y hablarse, quedará «momificado y protegido», impidiendo así que se disuelva y relativice. Evidentemente, este punto de partida hipotético se irá completando o modificando y haciéndose más comprensible a medida que vayamos conociendo la situación.
- Estamos frente a una violencia invisible, y se trata de una violencia que, en principio, recorre la generación de la madre, de la hija adolescente y del bebé que nacerá. Esto se materializará en el tipo de vínculo que mantienen entre ellos. Hay algo que queda escondido, una voluntad de hacer «como si no hubiera pasado», y que tendrá consecuencias. ¿El bebé figurará como hijo de Xenia? ¿O de su madre? ¿Quién hará de padre? No se han puesto palabras, no se ha podido elaborar y esto tiene consecuencias a nivel personal y familiar. En efecto, esta voluntad de ignorancia enrarece la comunicación familiar ya desde el inicio de la relación madre-bebé.

Imaginemos cómo se debe vivir, desde el punto de vista del abuelo, no conocer quién es el padre del propio nieto, no querer saberlo. ¿O es que el padre es él? ¿Y cómo se vive eso en la familia, por parte de cada uno de los miembros?

«Lo silenciado genera un vacío psíquico que no puede ser elaborado y termina invadiendo el espacio mental con un objeto interno que no se ausenta jamás, pero que está indeleblemente presente [...]. Cuanto más complejos, traumáticos, abruptos y desconocidos sean los significantes familiares, tanto más patológicos e intrusivos serán dichos vacíos.»

T. Sánchez (2015). «Guiones de vida transgeneracionales. La transmisión oculta de patología». *Temas de Psicoanálisis* (n.º 12, pág. 3).

3) Exploración previa

Por el momento no conocemos más que lo que nos ha proporcionado la TS del ambulatorio. Necesitamos más información para situarnos y, en un caso tan delicado, poder hacerlo de la manera más ajustada posible. Así, pues, recogeremos información previa de la persona que en estos momentos parece más desprotegida, Xenia.

De dónde extraeremos esta información:

- Del área básica de salud: hablar con la profesional que ha hecho la demanda. Es el punto de partida y hay que ampliar la información a partir de ella: recoger datos médicos de la chica, datos familiares, de los adultos, conocer si hay más niños en la casa. Hablar con la pediatra (normalmente atienden hasta los quince años), médico de familia (atiende a los padres, debe conocer a la madre) y ginecólogo/a que está haciendo el seguimiento del embarazo. Ver que, por edad, este es un embarazo de riesgo. Estamos en el ámbito de sanidad y, en principio, esta información está centralizada. Podemos, pues, intentar conocer otros datos médicos: visitas a urgencias, atención en servicios de salud mental o drogadicciones, etc. En Cataluña, la Ley de los Derechos y Oportunidades de la Infancia y Adolescencia (LDOIA), al regular «el interés superior del menor», justifica el acceso a estos datos que, en otros casos, son confidenciales. Sin embargo, para la petición de información hay que seguir unos protocolos.
- Del centro educativo. Hablar con el tutor/a de la chica. Se tratará de conocer no solo su rendimiento escolar o el tipo de relación que establece con la clase. Nos interesa conocer a la chica y objetivar si hay indicadores de riesgo y factores de protección. En ese sentido exploraremos: cuestiones formales (higiene, puntualidad, absentismo, si lleva desayuno, si la ropa es adecuada a la época del año, etc.), cuestiones relacionales (con quién se relaciona y de qué manera, iguales y adultos, etc.), el grado de implicación de la familia con la escuela (acude a entrevistas, actitud, etc.). Será necesario también conocer cómo se aborda desde el instituto la situación actual: de hecho, tienen una alumna con un problema serio y absentismo escolar en una etapa obligatoria de escolarización.
- Del casal de tiempo libre o similar. Si acude, es interesante hablar con ellos. A menudo conocen a los niños y a sus familias desde otro aspecto más informal y pueden aportar otras informaciones relacionales, relativas a cui-

datos y atenciones. A menudo hay un educador/a que está muy relacionado con el niño y que puede continuar viéndolo.

Con mucha frecuencia, de todo esto obtenemos una información que nos permite hacer una primera valoración de la gravedad del caso y de la necesidad o no de intervención urgente. Esto lo haremos a partir de la objetivación de indicadores de riesgo. Hipoteticemos que se dan una serie de observaciones que tienen que ver con las explicaciones de Xenia a una amiga, que esta después ha comunicado a su tutora (por ejemplo, en relación a abusos sexuales por parte del padre o inducción a la prostitución).

Si valoramos que puede haber abuso sexual o que hay riesgo vital para la chica, se tendrá que poner el caso en conocimiento de la entidad competente (administración pública/instancias judiciales de acuerdo con los protocolos de cada comunidad autónoma).

4) Valoración del riesgo

En todo caso, hay una situación de riesgo en la que estamos obligados a intervenir². El riesgo, en principio y con los datos de que disponemos, se centra en el ocultamiento y negación del embarazo y en las consecuencias que tendrá para la madre, su hijo y el resto de la familia. La no intervención va a tener consecuencias:

- En Xenia, en su crecimiento físico, emocional, social y escolar. De entrada, no está haciendo preparación al parto. ¿Qué debe imaginar que pasa en su cuerpo, cómo debe ser dar a luz?
- En el bebé. Habrá consecuencias en la formación de su personalidad: el secreto sobre quiénes son sus padres, en cómo se establecerán los primeros vínculos: ¿se le rechazará?, ¿se le cuidará?, ¿quién lo hará?
- En la familia. El hecho de negar y ocultar tendrá consecuencias en todos ellos.

Hace falta una intervención que permita a la familia comenzar a hablar de todo esto y dar un lugar a Xenia y al bebé. ¿Cómo lo haremos?

5) Diseño de la intervención

Al tomar contacto con los otros equipos de sanidad o educación, no solo hemos comenzado a compartir la información, sino que hemos iniciado la construcción del caso. Organizamos una unidad funcional en la cual cada servicio participa desde su ámbito, siendo, en estos momentos, los SS el equipo que integra las intervenciones por sus encargos en materia de infancia en riesgo.

⁽²⁾La ley catalana (LDOIA) encomienda a los SS la intervención en todos los casos de infancia en riesgo, salvo en los casos de alto riesgo, que implican separación del núcleo familiar y que se atienden por equipos especializados.

Será, por tanto, este equipo el que iniciará la intervención directa con la familia. Inicialmente se valora citarlos a todos juntos con la idea de informar, con la mayor claridad posible, de la preocupación por la situación de dificultad que están viviendo, de la obligación de intervenir y de la posibilidad de ayuda.

En la práctica es fundamental el derecho del niño a ser escuchado. Es necesario que el profesional pueda hablar con los niños sin que los padres estén presentes y viceversa. Eso facilita que cada uno pueda explicar lo que le pasa. Aquí es una necesidad básica de la adolescente la de ser escuchada. La ley catalana la reconoce como derecho:

«LDOIA art 7. Derecho del niño a ser escuchado:

1. Los niños y los adolescentes, de acuerdo con sus capacidades evolutivas y competencias desarrolladas, y en cualquier caso a partir de los 12 años, tienen que ser escuchados tanto en el ámbito familiar, escolar y social, como en los procedimientos administrativos o judiciales en que se encuentren directamente implicados y que aboquen a una decisión que afecte el entorno personal, familiar, social o patrimonial.

[...]

3. En el ejercicio del derecho a ser escuchados, se han de respetar las condiciones de discrecionalidad, intimidad, seguridad, recepción de soporte, libertad y adecuación de la situación.»

Esto puede ser difícil de entender para personas provenientes de otra cultura más tradicional. En todo caso, y a nivel práctico, es mejor no querer convencer y tan solo informar de que es una cuestión de ley y que tiene efecto en todos los menores que viven en esa comunidad autónoma. Después, y según lo que haya dicho, hay que pensar bien cómo se maneja esta información para que eso no se vuelva en contra del niño. Son situaciones muy complejas que nos implican mucho emocionalmente. Por eso es importante no trabajar solo y contar, en el diseño de la intervención, con el equipo y/o la supervisión externa.

Las madres adolescentes presentan mayores necesidades durante el embarazo, tanto a nivel psicológico como somático. En este caso, además, parece que habrá más dificultades para configurar un vínculo estable y afectuoso con el bebé y, por tanto, se pone en riesgo el desarrollo psicológico del propio niño. Estamos hablando aquí del vínculo afectivo y de su papel en el desarrollo de la personalidad. Así, pues, podemos prever una serie de necesidades a atender:

- Somáticas: de seguimiento del embarazo, de la información que Xenia tiene. Ver la preparación al parto. Ver quién la acompañará en el mismo.
- Psicológicas: de Xenia. Valorarlas en entrevista con ella a solas. Facilitar la expresión de sentimientos y temores. Explorar la maternidad: ¿quiere tener el hijo? ¿Cómo? ¿Quiere darlo en adopción? Buscar una figura de soporte para ella, en la familia, fuera de ella o incluso profesional.

- Relacionales: la comunicación con su red social (amigos, compañeros, profesores, vecinos, etc.). Valorar el retorno a la escuela.
- De soporte familiar. Abordar aquí la situación actual y futura con la familia.

Podemos organizar la intervención en dos niveles:

- A nivel terapéutico: reuniones psicoterapéuticas familiares. Es fundamental que Xenia participe, que no se tome ninguna decisión sin ella. En estas reuniones habría dos puntos fundamentales:
 - Comenzar a abordar lo que no pueden hablar: quién es el padre del futuro bebé, qué lugar tiene la madre, cómo quiere hacer las cosas, qué apellidos quiere que lleve, etc.
 - Ayudar a definir qué harán con el bebé. Colaborar si lo quieren ceder en adopción. Si no es el caso, ayudar a organizar cómo se harán cargo de él. Esto es ayudar a definir el día a día, fundamental en desarrollo físico y mental de la persona.
- A nivel organizativo si el bebé se queda con ellos: qué ayuda creen que necesitarán cuando nazca el niño, quién se hará cargo, dónde dormirá, etc. Xenia, ¿volverá a instituto? Si los abuelos trabajan, ¿quién se hará cargo? Hay un familiar disponible, se puede contar con unas horas de servicio de atención domiciliaria (SAD)...

La atención a estas necesidades implicará la coordinación con profesionales de distintos ámbitos. Recordemos que estamos trabajando en un modelo en red, de unidad funcional. Así, en la atención a las necesidades somáticas contaremos con el equipo ginecológico (ginecóloga, comadrona, etc.), en las psicológicas podremos valorar entrevistas con la TS y la psicóloga del centro de SS, o con algún servicio especializado en terapia familiar. En el relacional, se precisará la intervención del instituto y/o el casal. Ello implicará reuniones periódicas cada x meses para compartir la información e ir ajustando la intervención, así como espacios de correo o telefónicos para informarse mutuamente de hechos relevantes.

4.3. Otros escenarios posibles

Imaginemos ahora que la familia no viene o que, después de una primera entrevista, se niega a la intervención y se mantiene todo tal y como está. La situación de riesgo para dos menores, unida a la no aceptación por parte de la familia de ayuda para modificarla, justifica que esta situación se ponga en conocimiento de la administración pública que tiene encomendada la protección de la infancia.

Bibliografía

Peteiro, J. (2016). «Los vigilantes. Gestores y expertos. Hacia la infantilización por el empoderamiento». Cerca del Leteo. Blog de Javier Peteiro Cartelle.

Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Gedisa.

Sánchez, T. (2015). «Guiones de vida transgeneracionales. La transmisión oculta de patología». *Temas de Psicoanálisis* (n.º 12).

Ubieto, J. R. (2012). *La construcción del caso en el trabajo en red. Teoría y práctica*. Barcelona: Ed. UOC.

Tizio, H. (coord.) (2003). *Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la Pedagogía Social y del psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.

Tizón, J. L. (2009). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental* (vols. 1 y 2). Barcelona: Herder.

Tizón, J. L.; Ciurana, R.; Fernández, C. (2011). *Libro de casos*. Barcelona: Herder.

