

COLECCIÓN
TERAPIA

FAMILIAR

Stefano Cirillo

MALOS PADRES

*Modelos de intervención para la
recuperación de la capacidad
de ser madre y padre*



gedisa
editorial

Stefano Cirillo
MALOS PADRES

Grupo: PSICOLOGÍA
Subgrupo: TERAPIA FAMILIAR

Editorial Gedisa ofrece
los siguientes títulos sobre

TERAPIA FAMILIAR

- CARLOS E. SLUZKI *La presencia de la ausencia*
- RICARDO RAMOS GUTIÉRREZ *Temas para conversar*
- JUDITH S. BECK *Terapia cognitiva*
Conceptos básicos y profundización
- JOHN S. ROLLAND *Familias, enfermedad
y discapacidad.*
Una propuesta desde la terapia
sistémica
- EVAN IMBER-BLACK *La vida secreta de las familias*
- STEVE DE SHAZER *En un origen las palabras
eran magia*
- CARLOS E. SLUZKI *La red social: frontera
de la práctica sistémica*
- TOM ANDERSEN (COMP.) *El equipo reflexivo*
- MICHAEL WHITE *Guías para una terapia
familiar sistémica*
- JAY S. EFRAN, *Lenguaje, estructura y cambio.*
MICHAEL D. LUCKENS Y *La estructuración del sentido*
ROBERT J. LUKENS *en psicoterapia*
- RALPH E. ANDERSON *La conducta humana*
E IRL CARTER *en el medio social.*
Enfoque sistémico de la sociedad
- MICHEL DURRANT *Terapia del abuso sexual*
Y CHERYL WHITE (COMPS.)
- STEVE DE SHAZER *Claves en psicoterapia breve*
Una teoría de la solución
- HEINZ VON FOERSTER *Las semillas de la cibernética*

MALOS PADRES

Stefano Cirillo

Prólogo de
Jorge Barudy

gedisa
editorial

<http://www.gedisa.com>

Título del original en italiano:

Cattivi genitori

© 2005, Stefano Cirillo

© 2005, Raffaello Cortina Editore

Diseño de cubierta: Iván de Pablo de Bosh

Primera edición: septiembre de 2012, Barcelona

Edición en formato digital, 2013

Derechos reservados para todas las ediciones en castellano

© Editorial Gedisa, S.A.

Avenida del Tibidabo, 12 (3º)

08022 Barcelona, España

Tel. (+34) 93 253 09 04

Fax (+34) 93 253 09 05

Correo electrónico: gedisa@gedisa.com

<http://www.gedisa.com>

IBIC: JMF

eISBN: 978-84-9784-641-7

Depósito legal: B.19994-2013

Formato digital: Editor Service, S.L.

Diagonal 299, entresuelo 1ª

Tel. 93 457 50 65

08013 Barcelona

www.editorservice.net

creadisseny@editorservice.net

Índice

AGRADECIMIENTOS

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN CASTELLANO

Jorge Barudy

PREFACIO

Paola Di Blasio

INTRODUCCIÓN

Primera parte

LAS FASES INICIALES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

1. El proceso de intervención

PRIMERA FASE: DESCUBRIMIENTO

Por qué los niños no denuncian a sus padres

Por qué la familia que maltrata no pide ayuda

SEGUNDA FASE: LA IMPLICACIÓN DE LOS PADRES Y LA DECISIÓN DE COMUNICARLO AL TRIBUNAL

La implicación de los padres

La decisión de denunciar

Los niveles de negación

El trabajo en el contexto espontáneo de ayuda

2. Los primeros pasos del tribunal

TERCERA FASE: LA INVESTIGACIÓN

La constatación del daño

Daño sanitario

Daño social

Daño psicológico

El trabajo clínico en la fase de investigación

La construcción del contexto

El trabajo de preparación con los niños

El tema del perdón

Los resultados de la investigación de los protagonistas

CUARTA FASE: LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN

La protección debe ser proporcional al daño

La protección debe agilizar la recuperación de los padres

Los alejamientos que debemos evitar como primera medida: los acogimientos

El acogimiento otorgado a los familiares

-

Segunda parte

QUINTA FASE. LA FASE CRUCIAL DE LA INTERVENCIÓN

-

3. La evaluación de la recuperabilidad

LOS ERRORES MÁS COMUNES EN EL CONTEXTO DE EVALUACIÓN

DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE CONTEXTO DE TERAPIA Y CONTEXTO DE EVALUACIÓN

LA CONSTRUCCIÓN DEL CONTEXTO Y LA ASIGNACIÓN DE TAREAS EN LA RED

Diversos modelos posibles de organización

La preparación de la primera sesión

Aliarse con quien solicita la terapia para motivar a quien no lo hace

La colaboración en red

LA HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y LA VISITA DOMICILIARIA

LA SESIÓN DE LA RED

-

4. Técnicas de trabajo en el contexto aislado

LA ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

La utilización precoz de las hipótesis

La construcción de la hipótesis

EL USO DEL MATERIAL DE LAS INFORMACIONES PROVENIENTES DEL EXTERIOR

La información proporcionada por los educadores

Las convocatorias

La flexibilidad de los formatos

Las sesiones con el menor solo

La eficacia de las convocatorias inusuales

Resultados posibles del trabajo con la familia de origen

Tercera parte

LAS FASES FINALES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN: PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

5. SEXTA FASE. El proceso pronóstico

[EL PRONÓSTICO NEGATIVO: HACIA LA ADOPCIÓN](#)

[La experiencia en otros países europeos](#)

Algún dato

Adopción y pertenencia

Adopción y ruptura de la continuidad

Las alternativas a la adopción

El acompañamiento en el proceso de duelo

El tratamiento del niño

[EL PRONÓSTICO POSITIVO: HACIA EL REGRESO A CASA](#)

Medidas de protección intermedias

La acogida (la tutela): continuidad y doble pertenencia

El informe al tribunal

6. SÉPTIMA FASE. La terapia de la familia

[ADVERTENCIAS TÉCNICAS](#)

[CONTINUIDAD ENTRE EVALUACIÓN Y TERAPIA](#)

[LOS PADRES PACIENTES PSIQUIÁTRICOS](#)

[PADRES DROGODEPENDIENTES Y PADRES ALCÓHOLICOS](#)

[LOS HIJOS DE LA VIOLENCIA CONYUGAL](#)

[LOS PADRES EXTRANJEROS](#)

-

7. Conclusiones

[CATAMNESIS Y RESULTADOS](#)

[LA VIVENCIA DEL TERAPEUTA](#)

-

[SIGLAS DE ORGANISMOS ITALIANOS DE SERVICIO ASISTENCIAL SOCIAL O PSICOLÓGICO](#)

[PAUTAS INDICADORAS DE RECUPERACIÓN DE LA COMPETENCIA DE PATERNIDAD](#)

[BIBLIOGRAFÍA](#)

*A mi esposa, una buena madre
para nuestros hijos y para mí*

Agradecimientos

Mi agradecimiento a los numerosos amigos y colegas que han aceptado leer este trabajo, por proponerme correcciones, añadidos y modificaciones, y ofrecerme otras sugerencias igualmente útiles: Teresa Bertotti, Gianni Cambiaso, Valeria Cipolloni, Paola Covini, Paola Di Blasio, Dante Ghezzi, Anna Guarnerio, Marinetta Guida, Donatella Guidi, Matteo Selvini y Anna María Sorrentino.

Doy las gracias especialmente a Teresa, por su atenta lectura y por sus numerosas aportaciones; a Dante, que me ayudó a aclarar algunas de mis posiciones teóricas, y a Paola Covini, que me sugirió añadir dos argumentos más: la relación con el tribunal y el trabajo con los padres extranjeros. Gracias de corazón también a Antonella Della Medaglia por la transcripción cuidadosa y precisa del texto.

Prólogo

a la edición en castellano

Cuando te ofrecen la posibilidad de presentar el libro de un amigo, es una ocasión que no puedes dejar pasar. Ni siquiera es una tarea, y menos una obligación: es una oportunidad de escribir un texto sobre el contenido de una obra, con la ventaja de que hacerlo provoca el placer de sentir nuevamente la cercanía de la presencia del autor. Este libro es una nueva ilustración de su capacidad generosa de brindarnos una crónica detallada de sus observaciones, recogidas en su riguroso trabajo como terapeuta de personas, hijos, hijas, madres y padres, abuelos y abuelas, miembros de sistemas familiares organizados por traumas y, por ende, implicados en la injusta y dolorosa fenomenología de los malos tratos a sus crías. Stefano, a través del contenido de su obra, resultado de su postura de observador participante, con su poética impregnada de respeto y cariño, nos abre las puertas a la existencia de personas y familias que probablemente son lejanas o extrañas a las experiencias familiares de una gran parte de los lectores y lectoras. Será sin duda una experiencia enriquecedora, porque permite entonar un «gracias a la vida» por la oportunidad de haber vivido una existencia de amor, cuidados, estimulación y educación en sus familias y redes sociales. De las historias familiares de este libro podemos aprender y agregar a nuestro conocimiento no sólo cómo se desarrolla y perpetúa a través de las generaciones una cultura de supervivencia que altera profundamente el sentido de los vínculos familiares, sino también cómo, gracias a intervenciones terapéuticas como las realizadas por el equipo liderado por el autor, son posibles cambios culturales que permiten restablecer, aunque desgraciadamente no en todos los casos, la finalidad amorosa, cuidadora y socializadora del sistema familiar. Uno de los aportes de los muchos de esta obra y que podría ser el más relevante, es el que confirma la necesidad de evaluar la recuperabilidad de la familia, enfrentando con rigor, seriedad y amor la posibilidad de que los trastornos y los déficits que presenta una familia biológica, en lo que se refiere a la crianza de sus hijos, sean irreversibles. Creo que la finalidad que organiza el contenido de esta obra es ayudar a los seres humanos, y en particular a los profesionales de la infancia, a los jueces, a los legisladores y a la opinión pública, a crear espacios mentales que permitan, cuanto menos, pensar que la crianza en la familia biológica no es algo absoluto, aun siendo una de las formas —y quizá la más importante— de asegurar el desarrollo y el respeto de los derechos de los niños y niñas. Tal como nos enseña el contenido de este libro, esto no es siempre posible, en la medida en que los

derechos humanos de los hijos e hijas son derechos en primer lugar porque se refieren a seres humanos y luego porque son hijos o hijas de una madre o de un padre. Esto obliga a asumir, al menos, la responsabilidad profesional de aceptar que ser padres biológicos no es sinónimo de capacidad para asegurar la crianza de los hijos, al tiempo que se emprende la tarea de investigar y pronunciarse sobre medios alternativos de vida que puedan asegurar el mejor desarrollo de los niños. Este libro tiene el mérito de compartir un procedimiento riguroso que ayuda a disminuir el riesgo de la arbitrariedad en la toma de decisiones que, por acción u omisión, pueden agravar las condiciones de vida de un hijo o una hija a quien, por el azar de la vida, le tocó nacer de una madre o un padre que no tuvo la oportunidad de desarrollar competencias para hacerse cargo de la tarea maravillosa, pero compleja y a veces dolorosa, de la crianza. Aunque el contexto administrativo y judicial italiano en el que el autor desarrolla su trabajo de terapeuta e investigador no se corresponde necesariamente con el contexto español o latinoamericano, las ideas fundamentales de esta obra son aplicables a todos los contextos humanos.

Gracias, Stefano, por compartir.

Dr. JORGE BARUDY

Prefacio

En estos últimos decenios hemos asistido al redescubrimiento del concepto de trauma y a su difusión y amplia aplicación, no sólo a las consecuencias dramáticas que afectan a poblaciones víctimas de catástrofes naturales, de accidentes o de atentados, sino también a aquellas situaciones más sutiles —grandes y pequeñas— que de forma sistemática dañan diariamente a personas débiles e incapaces de defenderse emotiva e intelectualmente. Somos conscientes de que las reacciones agresivas y opositoras, así como las depresivas y conformistas, o los déficits y los trastornos del pensamiento, como también las emociones empáticas o incluso las dificultades en el aprendizaje y en la sociabilidad de muchos niños, no dependen de sus vivencias internas, de factores constitutivos ni de propensiones biológicas, sino de la continua y sistemática exposición a relaciones con adultos y con padres que minan su confianza básica y sus capacidades.

En este sentido, el redescubrimiento del concepto de trauma es valioso, ya que se refiere a situaciones reales, a acciones ocurridas en lo cotidiano, a agresiones físicas y verbales dirigidas hacia otros seres humanos, que tienen el poder de desestabilizar, de alterar los mecanismos neurológicos, de confundir y de modificar los recuerdos, de disregular las emociones y de transmitir una idea distorsionada del mundo y de las relaciones humanas. Conocer los funestos efectos de las relaciones traumáticas sobre el desarrollo de la persona debería acompañarse de una mayor atención a las condiciones, a las motivaciones personales y a las dinámicas relacionales que inducen a los adultos y a los padres a cometer acciones tan dañinas. Hasta el momento esto no ha sucedido, al menos no de manera sistemática y cabal. Sabemos poco sobre los adultos que descuidan, maltratan o abusan de sus hijos, y conocemos menos aún las dinámicas y relaciones que en el seno de una familia llevan al extremo de provocar la muerte de un hijo.

Ciertamente, no podemos decir que no existan investigaciones empíricas sobre los factores de riesgo o las condiciones que predisponen a ejercer la violencia, o estudios sobre las características de la personalidad de los adultos abusadores. Éstas, sin embargo, nos proporcionan un *corpus* de resultados fragmentario y no siempre aclaratorio, muestra de la extrema complejidad de este campo de estudio, en el que varios indicios asociados son, de vez en cuando, significativos. Las estructuras rotas de estas familias que no tienen los roles bien definidos, la falta de normas educativas, los conflictos entre los padres, la insatisfacción personal y familiar, la presencia de adicción al consumo de drogas y alcohol, problemas psiquiátricos en un progenitor o en ambos, incluso las desigualdades sociales y culturales o experiencias violentas sufridas por estos padres en

sus respectivas infancias, representan esos otros factores que predisponen o condicionan problemáticas cuya asociación con los comportamientos abusivos o violentos ha documentado la investigación de campo. Sin embargo, de dichos estudios no se deduce en qué medida estos indicios inciden en la dinámica que dará lugar a situaciones extremas en una familia concreta. Este tipo de conocimiento requiere un abordaje clínico que, desde una perspectiva dinámica y enfocada al proceso de los fenómenos, pueda explicar tanto la génesis de las acciones violentas hacia los hijos como su evolución.

En este sentido, la comprensión de las relaciones familiares subyacentes a la violencia está aún en sus albores y, en este panorama incompleto e indefinido aparece, finalmente, el libro de Stefano Cirillo, que aporta un renovado vigor y constituye una pieza más del desarrollo tanto cognitivo como terapéutico de este importante campo de estudio e intervención. Si —tal como indica Cirillo en su introducción— el valor del anterior libro *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*¹ ha sido captar una oportunidad de conocer las dinámicas familiares, fomentando el contexto prescriptivo y de tutela del niño mediante la aplicación de normas de intervención psicológica y terapéuticas, el enorme mérito del conocimiento que emerge de esta obra es, indudablemente, la unicidad del cuadro como un conjunto coherente y enriquecedor. De hecho, no es sólo la obra de un terapeuta dirigida a colegas y profesionales, sino la expresión de un saber destilado a través del empeño de más de diez años en buscar los sutiles nexos que hacen posible, o al menos facilitan, el cambio en las relaciones familiares y en los adultos que ejercen violencia.

Según afirma Cirillo, la evaluación de padres que ponen en riesgo a sus hijos y su tratamiento, no sólo requiere buenas competencias técnicas, sino también la capacidad de entender *si* es posible ejercer tales habilidades profesionales y *cómo hacerlo*. Si las condiciones sociales y políticas en las que se enmarca la intervención —condiciones que se traducen en la forma de entender la asistencia pública, la organización de los servicios, los recursos del centro y las aplicaciones de las normas jurídicas— no persiguen el objetivo común de tutelar al niño a través del tratamiento y la recuperación de su familia, los esfuerzos de los mejores terapeutas y los más expertos profesionales sociales serán infravalorados o estarán destinados al fracaso. Éste es un mensaje directo que no hay que obviar, ya que reivindica la necesidad de prever recursos económicos —incluso más recursos— y, sobre todo, que se ponga atención en la manera de aplicarlos y distribuirlos. Trataremos más profundamente este tema.

El libro parte de dos supuestos compartidos por la comunidad científica: las familias violentas no piden ayuda porque no saben, no quieren o no están en situación de hacerlo, y los hijos deben ser tutelados y protegidos de la violencia de la que son víctimas. ¿Qué hacemos entonces?

En primer lugar, es necesario descubrir, detectar, entender y leer las señales de

violencia y maltrato: un conocimiento presente en la conciencia y la profesionalidad de quienes trabajan con niños y que se ha adquirido y reconocido con el transcurso de los años.

Al descubrimiento le sigue una fase de evaluación del daño sufrido por el niño y del peligro del ambiente en el que vive. A partir de ahí son varios los recorridos, caracterizados por modelos de intervención que se adaptan a la especificidad de la situación en la que se encuentran no sólo las víctimas, sino también los autores de la violencia. Cirillo dedica los dos primeros capítulos a explicar el procedimiento de intervención, su evaluación y si debe remitirse el caso a la magistratura, las indicaciones de tutela y las medidas de protección. Precisamente, el planteamiento de esta parte de la exposición incluye el mensaje sobre las políticas sociales a las cuales se aludía antes. Si el objetivo de una sociedad civil es interrumpir la situación de daño o, mejor, evitar reincidencias y detener la transmisión intergeneracional de la violencia, es indispensable contar con un profundo y claro conocimiento de las raíces a partir de las cuales crecen el abuso, la violencia y la negligencia. ¿Es suficiente alejar al niño de la familia, protegerlo mientras vive con personas dispuestas a asumir su cuidado, y ofrecerle las condiciones para que pueda establecer lazos positivos con otros adultos distintos a aquellos que, denigrándole, maltratándole o descuidándole, han afectado a las bases de su desarrollo armónico? ¿Es éste el anclaje —romper las raíces— cuando hablamos de tutela y protección? Tal vez el sentido común o los medios de comunicación y algunas acciones de política social no muy perspicaces alientan esta imagen simplificada, que obtiene una inmediata adhesión, aplaca la conciencia y tranquiliza en relación con el destino de los niños-víctimas. Pero no tiene la misma eficacia respecto a la experiencia y el saber de las personas que conocen y han conocido a lo largo del tiempo los lugares del abuso, sus protagonistas y sus víctimas. Las raíces de la violencia requieren ser afrontadas a cara descubierta, con coraje, determinación e inmediatez, a través de intervenciones que ayuden a la familia, dirigidas a los padres que sufren, que se deprimen, que están enfermos y que presentan conductas desequilibradas, insatisfechos y frustrados, muchas veces ellos mismos víctimas en su niñez de idénticos padecimientos a los que ahora infligen a sus hijos.

No basta entonces con alejar al niño, o quizás es absolutamente necesario hacerlo lo más rápido posible cuando la situación lo requiere, pero también es indispensable ocuparse de los padres, de los adultos abusadores, maltratadores y violentos. Alguien podría preguntarse por qué deberían emplearse recursos valiosos en una tarea imposible, en vez de destinarlos a la prevención o a otras familias capaces de reparar los daños y garantizar el crecimiento de las pequeñas víctimas. La respuesta en absoluto es obvia. No sólo se funda en el derecho del niño a vivir con sus padres si es posible, sino que está presente en la propia dinámica de estas familias, que muy raramente abandonan a los

hijos (a los que, sin embargo, maltratan) o les permiten vivir relaciones satisfactorias con otros adultos protectores, y se sienten víctimas de injusticias, privadas de los derechos de criar a los hijos que reclaman a voz en grito, encontrando apoyo también en los medios de comunicación, generalmente amplificadores inconscientes de necesidades patológicas o instrumentales. Así pues, además de la protección física, es imprescindible garantizar a las víctimas una auténtica protección psicológica, y la única forma de lograrlo es ocuparse de las familias —los adultos violentos, negligentes, abusadores o incompetentes—, ofreciéndoles espacios de tratamiento para estas problemáticas, así como la posibilidad de recuperación a través de una terapia que comprenda aquellas dramáticas vicisitudes que, habiendo sido jóvenes padres deseosos de ofrecer un futuro mejor a sus hijos, los hayan transformado en malos padres que dañan a los menores.

El objetivo concreto de este libro es precisamente éste: «devolver a los profesionales el deseo terapéutico de tratar al niño insatisfecho escondido en el interior de los *malos padres*». Pero como decíamos, la *misión* auténticamente social y, en cierto sentido, política del libro se muestra en el análisis de las condiciones necesarias para alcanzar este objetivo. Sería necesario disponer de un servicio de guardias psicológicas y sociales, formadas por equipos que se coordinaran mutuamente, y éstos, a su vez, con las instituciones jurídicas, y programar intervenciones sistemáticas y simultáneas de tutela del niño y evaluación y tratamiento de la familia, para preservar la integración entre los servicios y la coherencia de intervenciones unitarias. Antes de decidir el destino de padres e hijos, sería recomendable entender en profundidad y hacer comprender a los adultos violentos y a los niños víctimas qué es lo que ha sucedido en sus vidas. Sería imprescindible llegar a disolver los lazos de las relaciones disfuncionales, verificar la posibilidad de cambio en las familias, seguir atentamente tanto los procesos de evolución —que tal vez permitirán a los padres convertirse en mejores «padres»— como la evolución que podría convertir en inevitable la separación del niño de su familia de origen. Si falta el ejercicio de la comprensión, fracasará la tarea de tutela: los niños mantendrán inalteradas sus percepciones negativas de sí mismos y de los demás, aunque se incluyan en núcleos afectivos y con buena disposición, y los padres violentos seguirán siéndolo con otros hijos, y tal vez los aislarán y esconderán más aún sus propias dificultades, con lo cual no optarán por pedir ayuda a los servicios sociales.

Ahora bien, si las políticas sociales no favorecen el seguimiento de estos objetivos a través de la organización común de intervenciones psicológicas y sociales, si quien decide sobre el gasto público sigue escindiendo y separando artificialmente —respecto a estas temáticas— lo social de la salud, será muy difícil conseguir que la intervención de alejamiento del niño encuentre un espacio donde ser entendida y explicada, y pueda asumir el verdadero significado protector que pretende.

En la segunda parte del libro, dedicada a la evaluación de la recuperabilidad y las

técnicas de trabajo en el contexto forzado, surge la complejidad del concepto de tutela, que no coincide en absoluto con las medidas que deben contribuir a la seguridad del niño. Con la evaluación de la recuperabilidad de la familia —que Cirillo denomina «bisagra» de todo el proceso de intervención— se inicia el verdadero trabajo proyectivo y transformativo, que compromete la labor de los profesionales y exige que la propia familia se involucre y se esfuerce.

Esta parte del libro y la que trata sobre el pronóstico y el tratamiento fascinarán al lector y le atraparán por la riqueza y la variedad de historias y narraciones familiares que componen el relato. Además, se ofrecen referencias tanto de la literatura especializada internacional como comentarios sobre el cuadro de referencia institucional y la red de servicios en los que se sitúan estas intervenciones.

El lector recibirá dos mensajes esenciales: por un lado, la importancia de mantener siempre vivo un proyecto evaluativo y terapéutico que apunte al cambio y, si es posible, a la sanación de la familia, de manera que todos los protagonistas de estas difíciles situaciones puedan entenderlas y llegar a una definición consciente, aunque no siempre compartida, sobre qué deben hacer; y, por otro, la necesidad de que el profesional mantenga bajo control el cúmulo de emociones intensas que suelen generarse en la relación con personas y que, junto a la rabia, la violencia, la agresividad y las vivencias de muerte y destrucción, muestran autodenigración, sentimiento de humillación, inutilidad, falta de autoestima y fracaso. Emociones fuertes, inesperadas y muchas veces contradictorias que asedian a los profesionales que tienen el coraje de superar las barreras y relacionarse con los adultos autores de esa violencia.

Impacta la profunda y aguda observación que encontramos en la conclusión del libro, donde se plantea la hipótesis de cómo, a veces, la relación entre evaluador y paciente puede asumir características parecidas al síndrome de Estocolmo que se puede producir entre víctima y carcelero. Cuando el paciente siente que el profesional quiere ayudarlo y se da cuenta de que su vida y la de sus hijos dependen de la capacidad de seguir las indicaciones razonables que el profesional le ofrece, se crea una relación muy asimétrica: dependencia cada vez mayor del paciente y poder del profesional más evidente.

La conciencia de esta dinámica lleva a Cirillo a anunciar que está en manos del profesional darse cuenta de que no debe aprovecharla para triunfar sobre los pacientes, para satisfacer necesidades personales de omnipotencia, sino para dirigirla con delicadeza y atención según los intereses del propio paciente. Esta conciencia constituye la clave de la lectura del libro, y en particular de aquellas partes en que se ilustran los procesos de cambio de los pacientes, los esfuerzos terapéuticos para estimular los recursos de las familias que maltratan a sus hijos, y el empeño ético que se requiere al profesional durante el camino recorrido, antes de definir como no recuperable la relación entre padres e hijos.

Bajo esta perspectiva se entiende mejor cómo el deseo de incitar en los profesionales el apoyo terapéutico hacia los malos padres no coincide con una propensión de voluntarismo en un marco humanitario o ideológico, basado en la idea de que la familia debe ser siempre el lugar en el que se desarrolle el crecimiento de los hijos. Por el contrario, responde a una tensión de tipo social y profesional consciente del hecho de que para cortar las raíces de la violencia y la repetición intergeneracional del abuso es indispensable entender y vivenciar las dinámicas más ocultas y profundas, para destilarlas en saber científico y en claves interpretativas contundentes.

La relación de poder que se establece entre el profesional de la justicia o socioasistencial que protege a los niños y el paciente que reacciona y se siente víctima de un sistema que le ha expropiado su bien más preciado es un tipo de relación víctima-agresor que caracteriza —y es peculiar de ellas— a las familias violentas, en las que al poder del padre que maltrata se contraponen la dependencia extrema, la confusión emotiva y el malestar del niño víctima. Este libro explica cómo este modelo de relaciones es omnipresente: un tipo de fantasma que inesperadamente vuelve a tomar consistencia, reencarnándose en las formas explícitas de la exasperada polarización de los medios de comunicación, que en principio defienden al niño víctima de los padres y después abrazan la tesis del padre víctima de las instituciones, en aquellas praxis operativas en las que el alejamiento protector del niño asume el significado de castigo a los padres y no de ocasión de reflexión y de cambio. En el apartado sobre los errores más comunes en el trabajo de evaluación se explica de manera clara cómo el alejamiento de los niños es una disposición a la protección del daño y no una ruptura del vínculo con los padres. El equívoco que lleva al extremo las posiciones de víctima y agresor está siempre agazapado y podría persistir si la intervención del especialista se articulase en formatos en los que padres e hijos se ven y se evalúan siempre por separado, como si el objetivo fuese evitar contaminaciones o arrancar a unos u otros partes de la verdad, y no el de echar por tierra precisamente las peligrosas posiciones de víctima y agresor en la que corren el riesgo de quedar instalados.

Éste es, pues, un libro de notable peso humano y científico, indispensable para los adeptos a trabajos versados en profundizar en los complejos sufrimientos de niños y padres, valioso para quienes siempre se han preguntado sobre la raíz de la violencia, y necesario para estudiantes y jóvenes que quieran seguir —en etapas históricas que han caracterizado el esfuerzo por luchar contra la violencia infantil— el recorrido que, a través de ensayos y errores, guía la búsqueda de una buena praxis en la intervención.

Paola Di Blasio

Notas:

[1.](#) *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar.* Paola Di Blasio es coautora. Editorial Paidós, Barcelona, 1997. (N. del T.)

Introducción

Hace ya más de quince años publiqué, junto con Paola Di Blasio, *Niños maltratados y terapia familiar*, libro muy querido por mí y que me ha dado no pocas satisfacciones. Ahora es el momento de retomar el tema, teniendo en cuenta que durante este largo período han cambiado unas cuantas cosas.

En primer lugar, ha *cambiado la sensibilidad* hacia el fenómeno, que entonces era, si no desconocido por la mayoría del público, sí visto con desconfianza en relación con la dimensión real del problema y, sobre todo, con la posibilidad de afrontarlo. Como si intervenir sobre la familia pudiese inducir daños mayores que los que se pretendía solucionar. Menciono a menudo que en varias ocasiones he podido descubrir —invitado a un encuentro para la presentación del libro— que el corrector había escrito en la invitación, en lugar de «La familia *maltratadora*»,² la familia «*maltratada*». Este lapsus indica de modo elocuente cuánto terror suscita, hasta el punto de ser negada, la idea de que el niño pueda estar en peligro incluso en el seno de su familia.

Actualmente la conciencia social ha cambiado, y la prensa dedica espacio y atención al maltrato infantil. Pero al reflexionar sobre la actitud con que se aborda el tema, no podemos más que obviar una curiosa ambivalencia. De hecho, cuando el periodismo se ocupa del maltrato a los niños —y más aún de la pedofilia— sobre un plano *teórico*, lo hace con un tono convenientemente preocupado y marcado por la execración. En cambio, cuando surge un caso *concreto* que pide la adopción de medidas drásticas, como apartar al menor de sus padres o someter a juicio al abusador —que en la gran mayoría de los casos es un familiar, un educador o un sacerdote—, esos mismos periodistas inician campañas que a priori presentan al presunto abusador como inocente. Esto demuestra cómo, para cada uno de nosotros, el carácter sagrado de la familia y de los vínculos más próximos a ella está protegido por una notable idealización más bien difícil de disolver. Recuerdo el caso de una niña de veinte meses que fue alejada, como medida cautelar, de su madre drogodependiente, bajo sospecha de haberle suministrado metadona para calmarla. La periodista defendía incondicionalmente la versión de la mujer desesperada por el alejamiento de su hija. Según esta versión, la pequeña arrastró una silla hasta el armario de la cocina donde la madre guardaba celosamente el envase, se apoderó del frasco, retiró el tapón e ingerió el jarabe...

Cabe preguntarse a cuántos niños de esa edad conocía la periodista.

Muchas veces me esfuerzo en pensar cómo se podría afrontar el problema de la

deformación de las noticias por la prensa, que juega siempre en contra del punto de vista de los profesionales —magistrados en el ojo del huracán porque se les considera culpables de rescindir vínculos de sangre y de afecto, asistentes sociales incluso acusados de robar a los niños, psicólogos considerados responsables de inducir a sus pequeños pacientes a formular acusaciones falsas, y cosas por el estilo—. Puntualmente, el periodista, y más aún el presentador del programa de televisión de turno, se pone en el lugar del padre, que obviamente —de buena o mala fe— expone sus propias razones, mostrándose generalmente como una víctima de las despiadadas e inhumanas instituciones. La cuestión no es fácil de solucionar, ya que los profesionales, vinculados al secreto profesional de cada caso, no son libres de contraponer su punto de vista al del imputado o del paciente, de manera que el lector —o el espectador—, frente a las dos versiones, pueda formarse su propia opinión. Incluso los procesos penales, que muchas veces inducen a la opinión pública a defender a un «intachable» acusado de crímenes especialmente odiosos, como el abuso sexual, se llevan a cabo a puerta cerrada por razones obvias de tutela de la víctima. Pero así se sustraen al conocimiento del público las pruebas y los indicios que podrían ayudar a la gente a formarse una opinión más completa, si se sometiera a discusión la única *verdad* que puede estar a disposición de todos: la del imputado, que muestra todo su interés por disculparse ante la mirada de la colectividad. En otros países —pienso en particular en el caso del Kinderschutzzentrum de Berlín, que es un centro privado—, algunos servicios para la infancia se han dotado de una oficina de relaciones públicas que cuida regularmente el contacto con los periodistas, para disponer de un canal que ofrezca confianza y un buen conocimiento recíproco. De ese modo, cuando se revela un caso dramático, la opinión pública recibe también la opinión de los profesionales, sin que esos juicios entren, obviamente, en el ámbito del caso concreto: tal vez un día los tribunales de menores y los servicios tutelares para la infancia italianos podrán disponer de recursos y energías suficientes para mejorar sus relaciones con los medios.

Un segundo cambio relevante acaecido en estos años es la creación de *servicios* destinados específicamente a la *tutela de la infancia* en varias ciudades italianas. En la época en que se publicó *Niños maltratados y terapia familiar*, la tutela y la protección del menor eran tareas asignadas casi siempre sólo a asistentes sociales, de manera que la fundación de servicios especializados privados interdisciplinarios —como, en Milán, el Centro de Ayuda al Niño Maltratado y a la Familia en Crisis, en 1979, y el Centro para el Niño Maltratado y la Atención de las Crisis Familiares (CbM), en 1984— fueron auténticas novedades. Considero que una de las mayores satisfacciones profesionales para nosotros, trabajadores del CbM, ha sido, justamente, el nacimiento en esta ciudad de los servicios de zona, denominados Unidad para la Tutela de los Menores.³ Este proyecto retomaba la filosofía y el modelo de intervención propios del CbM, lo que

permitía al servicio público hacerse cargo de la demanda y del correspondiente trabajo clínico que antes era en gran parte delegado —por convenio con la Secretaría de Medicina y Salud Local— a nuestro centro y a otros análogos. Con el paso del tiempo, sin embargo, nuestra satisfacción por la difusión de este modelo de intervención inspirado en la integración de medidas de protección del menor y medidas de intervención y tratamiento de los padres se ha redimensionado. El núcleo de dicho modelo —*evaluar la recuperabilidad de los padres*—, tema al que Paola Di Blasio y yo dedicamos tanto espacio en nuestro libro y que, junto con todos los formadores del CbM, nos habíamos propuesto difundir durante tantos años mediante numerosos cursos ofrecidos prácticamente en todas las regiones de Italia, está lejos de ser aplicado e incluso, me atrevería a decir, entendido. Y, sin embargo, esta filosofía de intervención también se ha descrito en detalle en el trabajo de nuestros colegas Ghezzi y Vadilonga (1996), con indicaciones precisas y una rica ejemplificación clínica. En muchísimas ocasiones me he dado cuenta de cómo, a raíz de la notable carga de casos que ha abrumado a los equipos de los nuevos servicios tutelares, la evaluación se torna de tipo fotográfico —es decir, una *descripción* de la disfuncionalidad familiar—, en lugar de ser de tipo dinámico y activo, esto es, dirigida a la *atención* de la disfuncionalidad, para presentar ante el tribunal qué queremos tratar y resolver.

Con todo, cabe considerar que el problema va más allá de la sobrecarga de los servicios sociales y su burocratización habitual, y topa con la grandísima dificultad que el profesional advierte cuando surge el problema de la *negación* por parte del mismo paciente. Así, padres violentos, negligentes, abusadores, instalados en posiciones de negación de su comportamiento lesivo hacia sus hijos, cerrados y que desprecian todo ofrecimiento de ayuda por parte del profesional bien intencionado, rápidamente se definen como «irrecuperables», ya que no se ven motivados a emprender una terapia. Se confunde, de esta manera, la *evaluación de la recuperabilidad* con la simple *evaluación de las competencias de parentalidad*. Como veremos a lo largo del texto, la primera es una invención clínica que busca aprovechar el internamiento para que el profesional pueda tener a su cargo a un paciente no motivado, y disponer así de algún tiempo para intentar suscitar en él una motivación al cambio.

La segunda, por el contrario, no apunta al cambio, sino a comprobar las condiciones del punto de partida. Como tal, pertenece a una fase anterior del proceso de intervención: la referente a la *constatación del daño* sufrido por el menor y la verificación de la capacidad del padre de *reconocerlo* y aceptar ayuda en un contexto voluntario. Lamentablemente, las dos expresiones suelen emplearse como sinónimas, por la evidente dificultad por parte del profesional de considerarse a sí mismo capaz de intervenir con herramientas clínicas apropiadas, incluso allí donde el intento preliminar de acompañar al padre a un reconocimiento se enfrenta a mecanismos de negación. Estos mecanismos

proporcionan indicios necesarios a la magistratura, intervenciones de protección al menor y, a raíz de éstas, el inicio de una fase de evaluación de la recuperabilidad. En esta fase, el profesional tiene el deber de involucrarse al máximo si espera llegar a formular un pronóstico positivo, ya que *el pronóstico nos incluye a nosotros mismos*, en el sentido de que no se formula sobre una familia *out there*, como dicen los ingleses, esto es, separada de nosotros, sino, por el contrario, sobre la relación terapéutica que hayamos conseguido (o no) establecer durante los meses de evaluación de la recuperabilidad.

Desafortunadamente, en este período el dispositivo de evaluación de la recuperabilidad, además de resultar ingrato a numerosos profesionales de la tutela de menores, no encuentra mejor suerte entre algunos magistrados de menores, precisamente aquellos que fueron nuestros más estrechos colaboradores a la hora de poner a punto esta modalidad. Confieso que me quedé estupefacto y paralizado cuando uno de ellos, durante una reunión, me dijo sin reservas ¡que estaba harto de nuestra evaluación de recuperabilidad!

Superada, al menos en parte, la indignación por lo que interpreté como un incomprensible rechazo, se abrieron paso dentro de mí las argumentaciones del magistrado respecto a un *tercer cambio* realizado en estos años: el *ingreso* cada vez más masivo *de los abogados* en los tribunales de menores de las principales ciudades italianas. Este hecho se unió a la gran preocupación de muchos jueces de menores deseosos de tomar cierta distancia de los servicios para desempeñar un rol generalmente de «tercero» entre los padres involucrados en los procedimientos sobre la potestad, por un lado, y los profesionales de los servicios que informan de los incumplimientos, por otro. Esto ha revolucionado la praxis de varios tribunales de menores. La presencia más significativa de los abogados es, de hecho, necesaria para el magistrado, para que pueda disponer con celeridad de los informes de técnicos que permitan mantener la validez de las medidas de protección provisionales frente a las objeciones de los asesores legales de los padres —cuando no al mismo recurso, que también es posible.

Sin embargo, la urgencia se opone por definición a los ritmos de una evaluación de recuperabilidad, que —justamente por no pretender ser fotográfica— debe articularse en un período de tiempo que permita al equipo de especialistas estimular en los padres posibles modificaciones y proporcionarles el ámbito adecuado para que lleven a cabo dichos cambios, restaurando así las bases de una relación entre padres e hijos lo suficientemente buena. Así pues, con todos estos cambios he querido reordenar mis pensamientos, nacidos de estas experiencias de tratamiento con las familias que he tenido el privilegio de conocer en estos últimos quince años con el equipo del CbM, así como de los encuentros de supervisión con tantos colegas, interesados y sensibles, y finalmente de los cursos de formación en Italia y otros países.

Por desgracia, el maltrato está presente en todo el planeta, lo que me ha permitido al menos —perdónenme el cinismo— tener la oportunidad de viajar mucho por mi labor de

formador. Estas tres actividades (clínica, de supervisión y de formación) me han enriquecido gracias también al conocimiento de contextos y praxis a menudo muy distintos de los míos. Quien haya tenido ocasión de leer otros escritos míos o de escuchar algunas de mis conferencias, espero que me perdone si en el texto encuentra algunas repeticiones de conceptos y ejemplos clínicos. Este trabajo pretende ser una especie de compendio de mis reflexiones y se apoya en ejemplos de casos cuyo seguimiento se ha comprobado exhaustivamente. Asimismo, otros colegas estudiosos me perdonarán si omití citar alguna de sus publicaciones que haya utilizado. Pero ésta no quiere ser una obra completa con referencias bibliográficas ni tampoco de definiciones. Es un libro de experiencias, centrado en una reflexión personal elaborada a partir del seguimiento de distintos casos. Por ello, los ejemplos clínicos no deben leerse como simples ilustraciones, sino más bien como parte constitutiva de mi recorrido de crecimiento y del modelo de trabajo que, junto con mis colegas del CbM, hemos construido.

Como me señaló Mara Selvini Palazzoli, mi maestra, escribo para poner a disposición de los demás lo que he aprendido, con la esperanza de que pueda serles útil.

Castello Cabiaglio, agosto de 2004

Notas:

[2.](#) El título de la versión original publicada en 1989 es «*La famiglia maltrattante*». El término «*maltrattante*» empleado por el autor no tiene equivalente en castellano y fue publicado en esta lengua con el título *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar. (N. del T.)*

[3.](#) Algunas psicólogas responsables de los servicios materno-infantiles de la Secretaría de Salud Social de Milán reorganizaron las intervenciones de tutela de la infancia, integrándolas con la participación de los servicios sociales municipales. Se logró así la creación de este nuevo servicio, coordinado desde la Secretaría de Salud Social.

Primera parte

LAS FASES INICIALES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

1

El proceso de intervención

El objetivo de este trabajo es promover en los profesionales la voluntad terapéutica de tratar a los «malos padres», invitándoles a dirigirse al niño inacabado que se esconde en el interior de cada uno de ellos. Imaginaremos un recorrido por fases (véase la figura 1) y me centraré —sobre todo en la parte central del libro— en la fase de *evaluación de la recuperabilidad*, base de mi argumentación, ya que es en la que puede explicarse mejor el intento de curar a las personas que no saben pedir ayuda para ser curadas y mucho menos imaginar siquiera que puedan curarse, pero que no por ello deben ser desatendidas. Es en esta fase en la que estoy más habituado a trabajar, y es, por lo tanto, en la que más experiencia directa tengo, junto con la fase de terapia con que cerraré mi exposición. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, para llegar a instalarse lo más cómodamente posible en el contexto de estas dos fases, es necesario que antes se hayan cumplido de modo correcto y coherente una serie de operaciones indispensables que se enlazan idealmente una tras otra y dan lugar a un recorrido que es posible modelar. Como veremos, el recorrido tiene algunos nudos donde se bifurca según la respuesta del paciente a las indicaciones del profesional, respuesta que incita a éste a tomar decisiones que resultan cruciales para encauzar el caso, esto es, para el bienestar presente y futuro del niño y de sus familiares. Por ello, en el primer capítulo y en los siguientes me ocuparé de describir las fases preliminares a la evaluación de la recuperabilidad, según el modelo del proceso elaborado por el equipo del CbM, y propondré alguna reflexión sobre cada una de ellas.

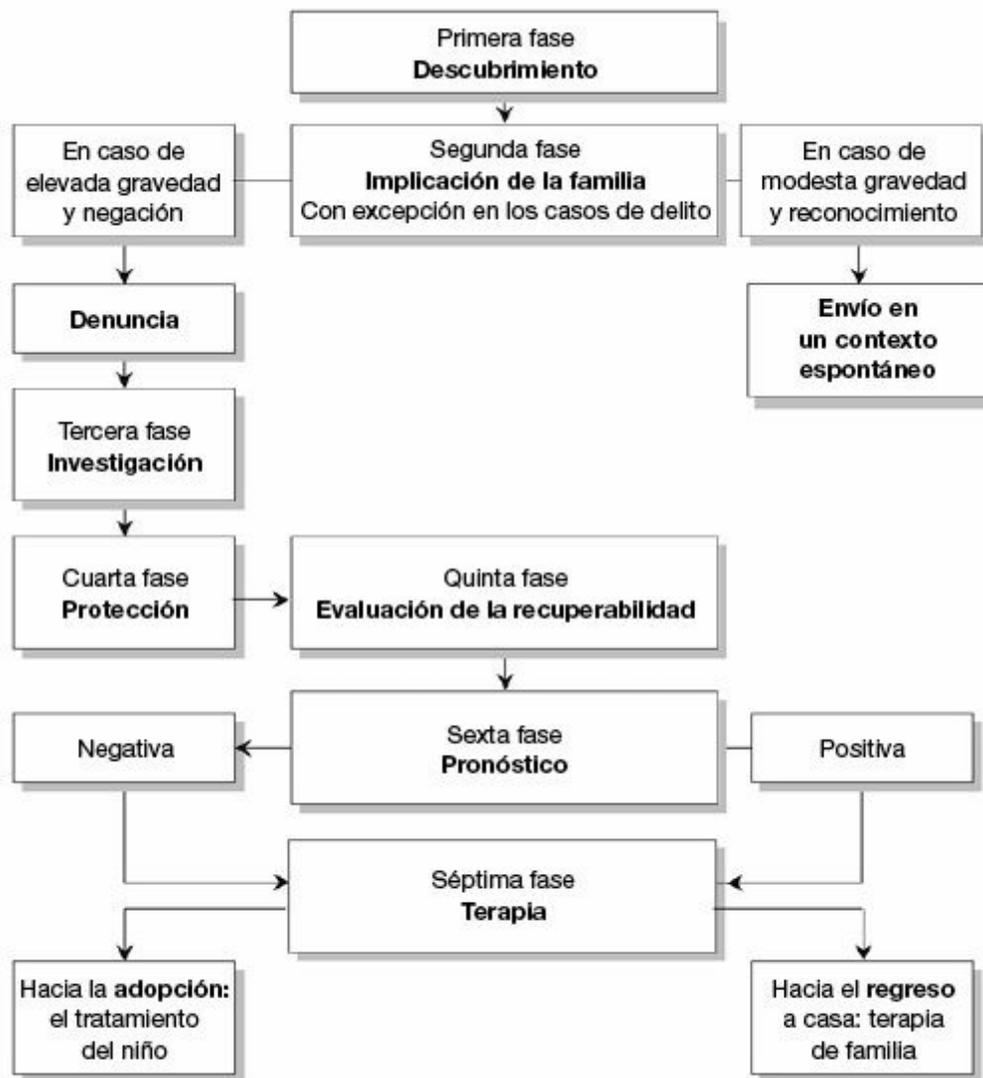


Figura 1. Fases del proceso de intervención.

PRIMERA FASE: DESCUBRIMIENTO

La tarea de *estar atentos a posibles indicios* que indiquen que un niño está en peligro, ya que su entorno presenta condiciones de riesgo, o que sufre un daño porque fue *maltratado* físicamente, fueron *desatendidas* sus necesidades elementales de seguridad y desarrollo o, peor aún, *abusaron* sexualmente de él, es trabajo de todos los miembros de una sociedad civil, y concretamente de quienes desempeñan una función educativa, de instrucción, de asistencia social, de prevención o de sanidad.

Creo que la conciencia de tener que desempeñar también esta tarea de control social ha aumentado en estos últimos quince años entre los profesionales de la escuela y de los

servicios sociales, psicológicos y sanitarios, y ha disminuido paralelamente la resistencia a poner en marcha medidas eficaces, una vez que se constata, se sospecha o es evidente una situación de riesgo o daño. Estamos en el camino de superar el viejo prejuicio según el cual las funciones de protección y tutela serían contrarias a las funciones de ayuda. También han disminuido las solicitudes a los profesionales para que proporcionen «recetas», en este caso, *listas de indicadores* que sirvan para prevenir a los maestros o profesionales de los servicios, los cuales hoy disponen de información adecuada para recoger y sopesar autónomamente estos indicadores.

Por ello, no pretendo presentar aquí estas listas, y remito a quien quiera examinarlas a un trabajo realizado por Bertotti en 1994, cuyos esquemas fueron reproducidos por Cirillo y Cipolloni (1994).⁴

No obstante, quisiera compartir una breve reflexión sobre la razón por la cual debemos estar atentos al recoger estos indicadores, en vez de basarnos en que sean los pequeños con quienes trabajamos —alumnos, pacientes de pediatras, consultorios o psicoterapeutas, niños que participan en actividades deportivas o frecuentan grupos educativos, hijos de nuestros pacientes, etcétera— y con quienes hayamos establecido una buena relación de escucha y empatía los que puedan pedirnos directamente ayuda.

Por qué los niños no denuncian a sus padres

Los niños están estrechamente vinculados a los adultos que los crían y ni siquiera pueden sospechar que su comportamiento les pueda ser nocivo. La etología nos enseña que los animales «inferiores» generalmente realizan una elección reproductiva basada en el principio de la cantidad. Pensemos en un pez —pongamos el salmón—, cuya hembra pone una enorme cantidad de huevos que el macho fecunda y que después son abandonados. De todos los que nazcan sólo algunos lograrán huir de sus predadores y llegar a la edad adulta, asegurando la continuidad de la especie.

En cambio, los animales «superiores» traen al mundo un número más bien limitado de crías, pero a la vez muestran un comportamiento de cuidar de la prole para que ésta no sucumba antes de llegar a la edad adulta. Cuanto más largo es el período de la vida inmadura del pequeño, tanto más importante es el esfuerzo de los padres para que alcance la madurez. Si un pichón puede levantar el vuelo sólo seis semanas después de haber roto el cascarón, pero la nidada es devorada por una culebra, habrá que tener paciencia. Desde el punto de vista de la continuidad de la especie no será problemático, ya que la pareja podrá gestionar el estrés de traer al mundo y criar otras nidadas ese mismo verano. Por el contrario, si el único pequeño de una rapaz necesita varios meses para madurar, su muerte será una catástrofe, ya que aplaza hasta el año próximo un nuevo intento reproductivo, con todo el derroche de energía que comporta el proceso de gestación y crianza.

Los adultos de los pájaros —y más aún de los mamíferos— defienden valiente e infatigablemente a sus pichones o cachorros, y los mantienen cerca de ellos para que adquieran todo el bagaje de conocimientos necesario.

Por ello, los pequeños nacen con una predisposición a permanecer «apegados» a los padres, un tipo de cordón umbilical psíquico que les permite recibir protección y adiestramiento.⁵ Cuanto más larga sea la fase de inmadurez del hijo, más fuerte y duradero será su vínculo, como describe de manera muy clara Cyrulnik en su obra titulada, precisamente, *Bajo el signo del vínculo* (2005).

Pongamos ahora el ejemplo de un ternero que a los pocos minutos de nacer ya dispone de un nivel de autonomía que le permite erguirse sobre sus patas y buscar las ubres de la vaca. Su dependencia de la madre no es total, como en otros animales que nacen incapaces, pero tendrá la necesidad de permanecer a su lado por un tiempo aproximado de un año, lo suficiente para que adquiera todo el patrimonio de habilidad típico de su especie.

En el otro extremo del *continuum* independencia-dependencia se sitúa el recién nacido de la raza humana, que nace tan inmaduro que no sobrevivirá si no es asistido de inmediato. Está dotado de un fuerte cordón psicológico que lo vincula a la figura de apego, ya que nuestra especie necesita mucho más tiempo que la bovina, por ejemplo, para que el pequeño sea autónomo y aprenda todo lo que el adulto puede transmitirle: unos veinte años, o incluso treinta en la variante mediterránea. Este lazo afectivo y de apego excluye la posibilidad de que el pequeño pueda percibir la figura de apego como pernicioso; de otro modo, se alejaría, condenado a una muerte segura. Pero si bien este dispositivo de idealización del padre es de gran eficacia para la mayoría de los niños, existen algunas excepciones que condenan a los hijos de adultos incompetentes, negligentes o maltratadores a sufrir daño sin poderlo descodificar como tal, y a aplicar mecanismos disfuncionales para «leer» ese comportamiento inapropiado del padre, por ejemplo, entenderlo como una sanción que el hijo cree merecer (Di Blasio, 2000), lo que en definitiva le lleva a no poder pedir ayuda.

Si entendemos este modo de funcionamiento del niño, comprenderemos por qué debemos estar atentos para detectar casos en los que los menores sufren y callan. Porque la solución drástica de alejar definitivamente a un niño maltratado de sus padres no puede tomarse a la ligera, y sólo debe tenerse en cuenta como *último extremo*, ya que cortar el fuerte cordón para intentar, en el mejor de los casos, crear otro implica un gran esfuerzo para el pequeño. Así pues, los niños generalmente no denuncian a sus «malos padres». Si lo hacen, es de forma casual, nunca con la intención de que los alejen y los protejan, aunque cuando sean mayores quizá reciban ayuda para expresar juicios de valor sobre algunos comportamientos claramente incorrectos e injustos de los progenitores (Di Blasio, 2000). Por esta razón, debemos estar preparados para recoger indicios físicos o

comportamentales, o alusiones indirectas en una conversación. Para ello debemos estar abiertos, también emocionalmente, e imaginar que el maltrato, la negligencia y el abuso existen, y que por desgracia son una realidad (Pessina, 1995).

Podemos esperar una verdadera denuncia sólo cuando el chico haya tenido alguna experiencia de vida autónoma (unas colonias de verano o un ingreso en el hospital) que le haya permitido pensar en la posibilidad de seguir su vida separado de sus padres. También puede nacer un vínculo de pertenencia alternativo, como en el caso de la niña que sufrió abusos y denunció al padre sólo cuando pudo apoyarse en una nueva relación sentimental.

Por qué la familia que maltrata no pide ayuda

Los profesionales deben aprender que no pueden contar con las necesidades de ayuda naturales por parte de los niños, y mucho menos con la petición espontánea (esto es, autodenuncia) del propio progenitor violento. Sin embargo, de la misma manera que es preciso saber captar cualquier mensaje de sufrimiento que los niños emitan, aunque no pidan explícitamente protección, también lo es saber descodificar peticiones de auxilio por parte de un progenitor. No es raro oír a una madre manifestar a un docente o un médico que se siente al límite de sus fuerzas, que tiene miedo de no poder con un niño tan activo, etcétera.

En *Niños maltratados* enumeramos una serie de factores que impiden a estos desafortunados padres atreverse a pedir ayuda: la vergüenza, el miedo a la crítica y a la sanción social, la incapacidad sociocultural para creer en la posibilidad misma de recibir ayuda, así como la cronicidad asistencial que se puede haber creado en relación con los servicios asistenciales, de los que se han acostumbrado a recibir sólo subsidios e intervenciones materiales (véase Cirillo y Cipolloni, 1997).

En este punto quisiera añadir otros obstáculos que se interponen a la capacidad de solicitar ayuda para una buena parte de los padres de nuestra casuística. Contémplese la desesperación existencial, la pérdida de contacto con la realidad, las defensas patológicas que estos adultos han construido entre ellos mismos y los sufrimientos propios. Con mayor razón, estas mismas defensas les impiden percibir los padecimientos de sus hijos y actuar en consecuencia. Hace años, a raíz de una conferencia sobre pacientes psiquiátricos organizada por Malagoli Togliatti, llevé a cabo una revisión de la casuística del CbM (Cirillo, 1988) y verifiqué que más de una tercera parte de las familias de las que nos ocupábamos tenían a uno o ambos progenitores ya *diagnosticados* como pacientes psiquiátricos, alcohólicos o drogodependientes. A éstos había que sumar todos los que se nos presentaron como padres incapacitados, pero que evitaron la prescripción de un tratamiento del que tenían una necesidad perentoria. En particular fueron los que sufrían un trastorno de personalidad, especialmente de tipo antisocial, límite o narcisista.

Podemos observar cómo individuos profundamente deprimidos, suicidas, delirantes, que consumen alcohol o drogas como soluciones autoterapéuticas o que sufren otros tipos de alteraciones de la realidad, no sólo no piden ayuda para sí mismos, sino que no pueden hacerlo para sus hijos, a quienes arrastran a sus dramáticas vicisitudes aunque los amen y no pretendan causarles daño.

Asimismo, a veces es justamente lo intrincado de estas vicisitudes familiares lo que explica por qué todos los protagonistas ven cerrado el camino para pedir ayuda. El siguiente caso concreto que expuse en otra ocasión (Cirillo, 1994) puede ilustrar esta evidencia.

Álex, de nueve años, llegó tarde una noche a nuestra comunidad acompañado por la policía, que, por enésima vez, había sido alertada por los vecinos. Encontraron al niño solo en casa, encerrado en el balcón, con una herida en la cabeza que le había producido su madre. Al día siguiente, el juez del Tribunal de Menores encargó a nuestro equipo que iniciara una evaluación de la situación familiar.

Se efectuaron varios encuentros a lo largo de unos meses.

Álex era hijo único de una pareja joven, Franco y Lucía, separados desde hacía poco más de un año por decisión de la mujer. El niño vivía con la madre, que se quedó en la vivienda conyugal, de la que el marido se fue de muy mala gana.

Lucía tomó la decisión de separarse de Franco después de varios años de peleas durante las cuales muchas veces se pegaron. La mujer había denunciado al marido por agresión, y Franco pasó algunos días en la cárcel por posesión de armas. Lucía lamentaba que en los últimos años Franco sólo había trabajado esporádicamente, por lo que recaía sobre ella tener que mantener a toda la familia. También contó que él bebía. Franco contradecía la acusación de su mujer: según él, la esposa infligía a Álex los golpes cuando estaba ebria.

Reconstruyendo la historia de la pareja, averiguamos que los dos cónyuges se conocieron cuando Lucía tenía 18 años y Franco, 20. Ella había llegado a Milán dos años antes, desde Cerdeña, para trabajar en el servicio doméstico, y se hospedaba con una familia. Él, de origen véneto y residente en una zona de la periferia, trabajaba en la ciudad con su padre, que regentaba una pequeña carpintería.

Lucía llevaba sobre sus espaldas una infancia de miseria y sufrimiento, marcada por el alcoholismo del padre y de su hermano mayor. Al alejarse de su casa tan pronto, había esperado encontrar en la familia de Franco, que le parecía sólida y unida, un nuevo lugar de pertenencia y una compensación afectiva para su vida, tan llena de privaciones.

Sin embargo, el novio tenía otras expectativas. Franco era la «oveja negra» en su familia de origen, en la que era el único hijo varón. La vida en su casa estaba controlada por la madre y la hija mayor, que relegaron al padre a un segundo plano. Franco, solidario con él, le juzgaba como a alguien sometido a la prepotencia de la esposa —su propia madre—. Por ello buscó diferenciarse de su padre rebelándose abiertamente contra su madre. Su actitud, sin embargo, le procuró la compasión del padre y la falta de estima y consideración de la madre. Al conocer a Lucía, Franco pretendió emanciparse de su familia y anular el rol de la mujer, posicionándose como el hombre fuerte que mantenía a la pobre niña desvalida.

El matrimonio entre Franco y Lucía nació, pues, de un equívoco: él esperaba convertirse en un salvador, para apuntalar así su frágil autoestima, pero Lucía se proponía «llevarlo derechito», y obtener así la complicidad de la suegra, cuya expectativa era que esta niña sería y trabajadora consiguiera que su hijo sentara la cabeza.

Entre los dos rápidamente surgieron las primeras desavenencias, que llevaron a Franco a mostrar con Lucía el mismo comportamiento opositor que empleaba con su madre: descuidar su trabajo. A fin de mes, su madre, que administraba el sueldo del marido, destinaba bien poco al hijo vago. Lucía reaccionó mal ante la actitud de su suegra, y abrió los ojos: la anciana no estaba en absoluto unida a ella por un auténtico

afecto, y por ello no tenía problema en dejarla sin dinero. Sólo la consideraba un instrumento para redimir a Franco, instrumento inútil ahora que dicho intento había fallado.

Y Álex, que a todo esto ya había nacido, pasó sus primeros años en un ambiente muy deteriorado entre sus padres. Los dos estaban profundamente desilusionados respecto a las expectativas que los habían empujado a casarse: Franco, salvar a Lucía; y ella, encontrar una familia acogedora. Además, ninguno de los dos pudo modificar sus expectativas originales ni las circunstancias.

Lucía llevó a cabo una elección muy común en los matrimonios precoces nacidos con fines compensatorios. En lugar de esforzarse a fondo por intentar superar los problemas con Franco, prefirió utilizarlos contra su propia madre, que por aquel entonces había enviudado. Empezó a telefonar cada vez más a Cerdeña. Con la secreta esperanza de ser recibida en su familia, «tiró por la borda» la relación con Franco y se dirigió a su propia madre diciéndole que fue su negligencia la que la empujó a irse a Milán con 16 años y por la que terminó entre los brazos del primer hombre que se cruzó en su camino. Su decisión de separarse de Franco procedía de este doble estado de ánimo: por un lado, ya no quería saber nada más de él; quería olvidar sus gritos, su violencia y el lastre que a estas alturas representaba en el plano económico. Por otro lado, esperaba que su madre, arrepentida, enviara a uno de los hijos varones a buscarla para llevarla de nuevo a casa con su bebé. Inicialmente su sueño pareció realizarse. Llegó un hermano desde Cerdeña, y durante el verano, ella y el pequeño Álex fueron recibidos por la abuela. Pero aquella actitud afectuosa y sanadora que Lucía esperaba de su madre era muy raro que surgiera milagrosamente después de tantos años. Más aún cuando hacía bastante tiempo que Lucía había adoptado la costumbre de Franco de beber en exceso, algo reconfortante para su depresión. Había creado una dependencia típica de las parejas que beben juntas, en las que la mayor vulnerabilidad biológica de la mujer a los efectos del alcohol la hace caer en un cuadro patológico antes que a su compañero. La madre de Lucía, que tanto sufrió con un marido y un hijo alcohólicos, se negó a volver a pasar por ese calvario con una hija que había «heredado» el mismo vicio que el padre.

De regreso a Milán, cargada de frustración y rencor, Lucía encontró a Franco totalmente desanimado: herido por el fracaso de su matrimonio, solo y privado de sustento por su familia de origen, y furioso por la traición de Lucía, que le dio a entender que se apoyó en él a raíz de su soledad y del distanciamiento de su propia familia de origen, y que había huido y regresado a Cerdeña. Así, Franco se abandonó a un gran «victimismo». Dejó de trabajar, no tenía casa y dormía tirado en el suelo de la carpintería; intentó suicidarse en varias ocasiones para hacerle chantaje emocional, ingirió lejía, se presentó mugriento y lloroso en la casa de su ex esposa, suplicándole que le dejara entrar sólo para cenar. Lucía a veces se conmovía y le lavaba la ropa; otras se apiadaba y le dejaba quedarse a comer. En esas ocasiones, Franco llevaba una botella de vino, y la mujer, que desde que se separó había reducido considerablemente el consumo de alcohol, inevitablemente volvía a caer y se emborrachaba. Él aprovechaba esas situaciones para llevarla a la cama, limpiarla si se ensuciaba de vómito, curarla si se lastimaba con una botella rota y quedarse a dormir con ella. A la mañana siguiente, cuando Lucía se sentía demasiado mal para asistir al trabajo, volvían las peleas entre ambos, a menudo interrumpidas por la policía, a la que Lucía llamaba para echar de casa a su ex marido. En estas ocasiones, utilizaba el teléfono: si no podía abrigar la esperanza de que su madre se apiadara de su situación, buscaría al menos hacerla sentirse culpable del fracaso de su propia existencia.

¿Y Álex? La actitud del padre tuvo un efecto potentísimo sobre él.

En su visión simplificada e inevitablemente parcial de la realidad, Álex veía al padre como la víctima, expulsado de su propia casa por mamá, que recurría a la policía contra él. Cuando salió con su padre el domingo, el niño se conmovió al ver dónde se veía obligado a dormir. Consolado por la solidaridad del hijo, Franco hizo todo lo posible por aumentarla. Se lamentó repetidamente con él de la dureza de mamá, y por la tarde en el parque le rogó que intercediera por él para que la familia volviera a estar junta. El niño estaba completamente seducido por las maniobras paternas, inconsciente de ser sólo un instrumento con el que Franco quería volver con Lucía. La complicidad con el padre era tal que, cuando volvió a casa esa misma noche, respondió a su madre por el interfono diciéndole que estaba solo cuando ella se lo preguntó, ¡y dejó entrar al padre a escondidas!

Entonces Lucía, en profunda depresión, obnubilada por el alcohol, enfrentada al fracaso de su vida, pegó al niño, golpeó al aliado de su enemigo, la última de una larga serie de personas que la habían abandonado y traicionado.

La historia de Franco, Lucía y Álex pone en evidencia el sufrimiento de los tres protagonistas, atrapados en una trágica situación que podemos definir como *juego familiar* (Cirillo y Di Blasio, 1989), según la terminología de Selvini, más allá de la perspectiva sistémica (Selvini Palazzoli *et al.*, 1988). Como sabemos, lo que alimenta el juego familiar es una serie de factores combinados entre sí: los *socioeconómicos y culturales*, aquí caracterizados —sobre todo en el caso de Lucía— por una historia de miseria y emigración; un factor *individual*, es decir, las experiencias singulares de los «jugadores», que generan la elección de un comportamiento concreto y no otro —en este caso, la repetición del alcoholismo en la familia de Lucía—, y finalmente el factor *relacional*, la influencia recíproca de las actitudes asumidas por los distintos integrantes de la familia. Entre estos factores también se incluyen los del niño víctima del maltrato, el cual, sin darse cuenta, con su propia elección de aliarse con el padre contra la madre, contribuye a consolidar la configuración de relaciones en la que explotará la violencia.

En el texto anterior consideramos este aspecto como «la víctima como actor», para subrayar la necesidad de acoger —e intentar interrumpir— tales comportamientos activos, aunque inconscientes, en el niño. Obviamente, estos comportamientos no revisten ningún carácter de responsabilidad —no es «su culpa» si es maltratado o si han abusado de él; no «se lo ha buscado»—, pero le exponen fuertemente al riesgo de convertirse tanto a corto como a largo plazo en un chivo expiatorio, llevándole a repetir otras experiencias de victimización. Está claro que los tres componentes de este núcleo sufren, pero es menos evidente por qué ninguno de ellos pide ayuda. Hemos dado una primera respuesta posible: la pertenencia a un estrato sociocultural en el que no es habitual recurrir a la terapia psicológica como medio para tratar situaciones dolorosas. Sin embargo, en varias ocasiones, Lucía estuvo en contacto con Alcohólicos Anónimos, cuya acción terapéutica es muy eficaz incluso con personas culturalmente alejadas del acceso a las psicoterapias tradicionales.

También hemos comentado una segunda respuesta a tener en cuenta: el miedo y la vergüenza que frenan a un padre que maltrata a su hijo a pedir ayuda, ya que estaría autodenunciándose. Esta dificultad puede aplicarse a Lucía, pero no a Franco, que, aparentemente, saldría beneficiado al denunciar el comportamiento de su mujer: en primer lugar para proteger al hijo, y todavía más para pedir su custodia en el marco de una separación, e incluso tal vez llegar a obtener la asignación de una vivienda.

Surge una tercera respuesta posible que ilustra la necesidad de buscar en la *especificidad del funcionamiento familiar e individual* del caso en cuestión. Si observamos más de cerca a nuestros tres personajes y sus relaciones, tanto recíprocas

como con las familias ampliadas, encontraremos tres explicaciones menos genéricas para cada uno de ellos.

Empecemos por Lucía. No es cierto en absoluto que no pidiera ayuda, pero no nos la pidió a nosotros, ¡sino a su madre! Cuando dejó de esperar que ésta la ayudara, no renunció a dirigirse a ella buscando alivio a su propio rencor cuando intentó culparle de sus desgracias. Esta *estrategia de compensación* que ya hemos descrito detalladamente (Cirillo y Cipolloni, 1994) hace improbable una relación de confianza con un profesional, que debe percibirse como un recurso para el cambio, en lugar de reducirlo a un miserable delegado de la familia de origen, a la cual Lucía clamó desesperadamente para recibir una reparación afectiva de carencias y frustraciones precoces.

En cuanto a Franco, el lector ya habrá entendido que su primer objetivo era regresar a casa como salvador de Lucía, lejos de pensar en dejar en manos de otros la recuperación de su mujer que pedía ayuda, gracias a la cual la esposa podría fortalecerse y tener aún menos necesidad de él. Franco no podía consentirlo, ya que el intento de «asumir» una identidad de salvador era funcional; es decir, le permitía excluir de su conciencia la profunda experiencia de inadaptación y fracaso que había estructurado en sus relaciones primarias. Así, en apariencia contra su interés, no sólo no se dirigió a los servicios sociales para pedir la tutela del niño, sino que fue él, incluso más que Lucía, quien sabotó la intervención de Alcohólicos Anónimos. Por supuesto, el hecho de que su estrategia expusiera a Álex al grave riesgo de ser maltratado no estaba previsto. Pero cuando el maltrato tuvo lugar, no le indujo a poner fin a su propio comportamiento, o al menos a pedir ayuda para el niño. Para Franco, fue fácil negar su propia responsabilidad, considerar a Lucía culpable de todo maltrato y creer que él no tenía nada que ver. Esta complicidad del padre que no maltrata con el otro progenitor es prácticamente la regla. Eso le hace sentirse ajeno al juego que conduce al maltrato y lo denominamos, por ello, *padre no protector*.

Por último, Álex era un niño inteligente, capaz de tener iniciativas, lo suficientemente mayor. ¿Por qué no se decidió a pedir ayuda? Iba a la escuela, a la parroquia, al patio compartido del edificio en el que vivía, jugaba a fútbol en un equipo, se encontraba con profesores, catequistas, entrenadores, vecinos. ¿Por qué no confió su sufrimiento a alguno de ellos? Naturalmente por todo lo que hemos dicho sobre el vínculo que ata al niño a sus padres y le impone una profunda lealtad hacia ellos. Pero aquí se añade un fenómeno específico: de inversión de roles o *parentalización*, por el cual el hijo de padres débiles, frágiles e incompetentes no puede crear un apego seguro con ellos. El niño se ve obligado a actuar por sí mismo, ocuparse de sí mismo, e incluso en muchas ocasiones hacerse cargo de sus padres incompetentes. Álex no pensaba ni remotamente en la posibilidad de que alguien llegara a proporcionarle ayuda, a él y a su familia. Por el contrario, se hizo cargo de la situación e intentó resolver por sí mismo las cosas,

ayudando al padre a volver a casa, obligando a mamá a ser razonable, reconciliando a sus padres. El primer sentido que asumió la intervención fue de protección. En este caso, el distanciamiento del niño de su casa y su inserción en nuestra comunidad, que le dio acogida, tenía como primer objetivo liberarle de la tarea imposible que asumió —ser «padre de sus propios padres»— y permitirle descubrir su propia condición de niño.

SEGUNDA FASE: LA IMPLICACIÓN DE LOS PADRES Y LA DECISIÓN DE COMUNICARLO AL TRIBUNAL

Una vez demostrada una situación de sospecha o evidencia de maltrato, en esta segunda fase del proceso de intervención se presentan dos tareas, ambas arduas y poco gratas. Ante todo, se trata de contactar con los padres para discutir con ellos todo cuanto hayamos observado. En segundo lugar, hay que decidir si se dan o no condiciones que obliguen a remitirnos al Tribunal de Menores.

La implicación de los padres

La primera tarea, la implicación de los padres, debe realizarse con suma cautela. En primer lugar hay que tener en cuenta una *excepción* a la norma de hablar con los padres de nuestras preocupaciones y advertirles de nuestro posible deber de informar a Magistratura, y es la de haber observado un hecho tan grave —real o sólo una sospecha— que constituya un delito. En este caso —por lo general un abuso sexual, que no es tan raro como un maltrato físico extremo—, la obligación de informar a todos los oficiales públicos y a los encargados de un servicio público (art. 331 del Código Penal) prevé que sea abordado de forma estrictamente privada. El procurador sustituto, es decir, el magistrado de la Fiscalía Penal, será quien se ocupe de llevar a cabo las investigaciones preliminares, así como de informar, a su debido tiempo, al presunto abusador de que se ha abierto una investigación sobre su persona.

Esta obligación de privacidad a menudo es extremadamente ardua para el profesional, en particular si se trata de un psicólogo o un psicoterapeuta poco acostumbrado a trabajar en ámbitos públicos en los que hay funciones de control social, y que tiene que ser franco y no evasivo con sus pacientes. Pero el sufrimiento por la transgresión de las praxis habituales mengua cuando entendemos las razones: informar de nuestra alarma en un momento inadecuado y de manera indebida a la persona bajo sospecha de abuso sexual puede ser extremadamente peligroso. El efecto más probable —y menos deseado— que podría generarse es que el abusador, asustado por el riesgo de ser procesado y condenado, intentara silenciar a la víctima, atemorizándola, amenazándola y causándole un mayor daño. El abusador podría poner en marcha los mismos mecanismos intimidatorios hacia otras personas que estuvieran al corriente de los hechos, que los

sospecharan, o que de algún modo pudieran ejercer una función protectora hacia la víctima. Además, podría intentar construirse una línea defensiva, lo que impediría que la verdad de los hechos emergiera, con sus aspectos liberadores para la víctima misma y preventivos para otras víctimas potenciales. Finalmente, el abusador podría intentar evitar el juicio con su huida y desaparición, dañando así al conjunto del cuerpo social en su búsqueda de justicia. Incluso podría llegar a suicidarse (o intentarlo), apesado por el miedo cuando no por el remordimiento. Si entendemos el fundamento de estos riesgos, aceptaremos de buena gana no exponer a las personas de quienes nos estamos ocupando, indicándoles que hablaremos abiertamente cuando nos sea lícito, esto es, cuando estemos autorizados a hacerlo por parte del procurador sustituto, probablemente en cuanto concluyan las investigaciones. El sospechoso, en ese momento, acusado o sobreseído el caso, que tal vez es paciente nuestro o el padre de una paciente, podrá entender y hasta compartir los motivos de dicha reserva durante nuestro trabajo.

Más difícil todavía es aceptar que el mismo secreto debe guardarse con el otro progenitor y con toda la red familiar y de amistades de la presunta víctima, a menos que nos encontremos frente a un adulto protector, como, por ejemplo, una madre que nos ha revelado sus propios temores y que no vive con el sospechoso de ser abusador, o que, de todos modos, está en condiciones de alejarse de él con su hija o hijo. Si no tenemos la certeza de que este progenitor compartirá nuestro estado de alerta, aplicará las medidas de protección más oportunas que tenga a su disposición, y será capaz de mantener en secreto frente al presunto abusador los pasos que vamos dando, no tenemos el derecho de comunicar ni siquiera a él (generalmente a ella) nuestras sospechas, como tampoco nuestra decisión. En tan incómoda circunstancia debemos tratar de consolarnos pensando que más adelante podremos explicar a esta madre, compungida y encolerizada, las razones de nuestra decisión de guardar silencio, por el interés de su hija (o hijo) y, por lo tanto, su propio interés.

Teniendo en cuenta esta excepción que se dará cada vez que estemos ante un posible delito, debe darse el paso de implicar a los padres, poniéndolos al corriente de manera clara y concisa de lo que hayamos observado y de lo que nos preocupe. Cuando digo «padres», entiendo ambos cónyuges: incluso aunque los dos o uno de los dos sean (o parezcan) inadecuados. Pensemos en los casos de descuido o abandono —generalmente muy graves, por cuanto, al ser menos escandalosos, corren el riesgo de pasar inadvertidos durante años, afectando irreversiblemente al desarrollo del niño— o en los casos en que un padre es violento y el otro no es protector.

A veces, cuando el progenitor que maltrata activamente al hijo es violento también fuera de la familia o está psíquicamente perturbado, es muy tentador excluirlo del diálogo y explicar sólo al otro —con frecuencia la madre, que nos atemoriza menos— que tenemos indicios que nos inquietan acerca del bienestar de su hijo y que, por tanto,

tenemos el deber de intervenir. No subrayaré nunca lo suficiente que esta elección puede ser errónea y llena de consecuencias negativas, a veces irreparables. Consideremos en primer lugar que excluir a una persona, generalmente a un hombre, porque nos da miedo, porque nos parece un mero perseguidor, un «monstruo», significa precisamente contribuir al proceso de construcción social que acabará convirtiéndolo en eso mismo: un monstruo. Sin pretender generalizar, debemos reflexionar sobre el hecho de que muchas veces las personas que recurren a actitudes violentas lo hacen dominadas por sentimientos mezclados de cólera y miedo, porque creen que no tienen otros medios para afirmarse a sí mismos ni sus puntos de vista: en definitiva, por una impotencia extrema. Cuando un hombre de estas características descubre que ha sido objeto de un complot, por cuanto el profesional ha tramado a sus espaldas —con su mujer y sus hijos— denunciarle, su sentimiento de impotencia y las reacciones agresivas consiguientes crecerán de forma desmedida, como también la paranoia y la desconfianza. Esto dificultará el trabajo del profesional que investiga y podría poner en peligro su seguridad. Una buena solución pudiera consistir en cambiar de profesional, pero con ello se favorecen los procesos de escisión entre el profesional cobarde y falso, el que señala —objeto de desprecio por su vileza— y el nuevo profesional. Inicialmente el paciente podrá hablar mal a este nuevo profesional del terapeuta anterior, sin que éste pueda defenderlo. Sin embargo, en un segundo momento, el paciente pondrá a prueba su propia convicción —sostenida por los hechos experimentados— de poner en jaque, o incluso dejar en fuera de juego, también a este nuevo profesional si le intimida demasiado.

La decisión más apropiada supone reunir a ambos padres, mencionar lo que nos haya preocupado sin omitir ningún detalle, evitar toda actitud moralizante o de juicio, insistiendo en el hecho de que nuestro único móvil no es condenarlos sino ayudar a su hijo, cuyo bienestar será, ciertamente, una preocupación de ellos más que nuestra, y posiblemente ayudarlos a evitar comportamientos inapropiados, que seguramente no querrán asumir.

Variando tonos, modos y expresiones, se trata de repetir estos conceptos, sin cansarse, sin perder la paciencia, sin asustarse, preparados para aprovechar la primera bajada de defensas, la primera alusión a una admisión, a un reconocimiento, e intentar establecer una alianza.

Esto nos llevará a una segunda tarea, también desagradable: decidir entre denunciar o no hacerlo.

La decisión de denunciar

Se trata de una decisión siempre difícil de tomar, que lacera a todos los profesionales que abordan estos casos, sin importar lo expertos que sean, sobre todo si no cuentan con un buen equipo de trabajo con el que disipar dudas y confrontar posiciones. Más todavía

cuando el profesional ya ha establecido una relación profesional con el niño y sus padres. Salir del contexto de ayuda para aventurarse en el de la tutela es, por sí mismo, fuente de angustia, con todo lo que esta elección comporta. Me refiero al temor de interrumpir la relación con el paciente, en especial con el niño con el que el profesional puede sentirse fuertemente vinculado, la pesadilla de las amenazas e incluso de las actitudes violentas a la acusación por parte de padres propensos a reacciones agresivas, la idea de una colaboración agotadora con magistrados y policías que suelen asumir actitudes severas y autoritarias no sólo con el acusado, sino también con el profesional que denuncia, etcétera. Esta suma de motivos dan fuerza a la tentación de sobreseer el caso, convencerse de estar equivocado en los descubrimientos, o intentar persuadirse de que el remedio sería peor que la enfermedad. Pero después la preocupación por el niño que pudiera estar en peligro vuelve, y con ella la conciencia de nuestro deber y un miedo distinto de ser recriminados y sancionados por los mismos magistrados por nuestra omisión culpable... De este modo, la ambivalencia y la indecisión siguen atenazando al profesional, con el riesgo de paralizarlo.⁶

Por todo ello, quiero proponer dos criterios operativos, con cuya combinación creo que puede resultar más claro cuál será la decisión que deba tomarse.

En la figura 2 podemos ver cómo tener presentes simultáneamente dos aspectos: la *gravedad* del maltrato sufrido por el niño, o del riesgo que corre, y la *negación* por parte del padre del daño que infligió a su hijo. Estos dos aspectos, puestos cada uno sobre uno de los ejes del gráfico, tienen debajo una zona gris que corresponde a los casos en que es posible trabajar en un contexto espontáneo de ayuda, y encima una zona blanca que representa, por contra, los casos en que resulta indispensable denunciar, porque uno u otro factor, o ambos, resultan de intensidad demasiado elevada.

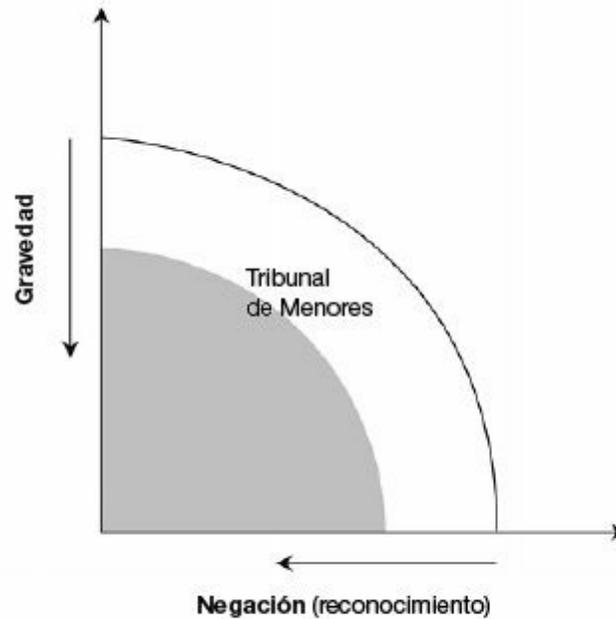


Figura 2. Criterios para decidir denunciar.

Me explicaré mejor. Comencemos por el aspecto más evidente, el de la gravedad del daño. A ningún profesional se le ocurriría remitir automáticamente al tribunal a un padre que pierde la paciencia y da un bofetón a su hijo o le grita un insulto. Pero golpes violentos que dejan un moretón o una actitud hostil que humilla sistemáticamente al niño constituyen, respectivamente, maltrato físico y psicológico, por los que debemos considerar atentamente nuestra obligación de actuar. Una violencia aún más grave, física o sexual, constituye, como hemos dicho, incluso un delito, y no deja lugar a dudas respecto a la obligación de hacer intervenir al magistrado penal.

El segundo aspecto, la negación del daño —o su contrario, el reconocimiento—, es útil para orientarnos más allá, pero está limitado a los casos de poca gravedad. Dos ejemplos me ayudarán a ser más claro.

Una señora se presentó alterada en la consulta de una psicóloga familiar: pedía ayuda para llegar a entender cómo no se había dado cuenta, tras varios meses, de que su compañero —a quien había acogido en casa tras separarse de su marido— acosaba sexualmente a su hija de cinco años. Lo echó de casa de inmediato, pero no podía explicarse su ceguera, a pesar de las quejas de la pequeña («Paolo me molesta»). Dejó pasar el tema subestimando esas palabras.

En este caso nos hallábamos frente a un progenitor cuya actitud no estaba de ningún modo dominada por la negación: la pobre mujer reconoció completamente su incapacidad para proteger a su hija y pidió ayuda. Pero *la gravedad del daño* padecido por la

pequeña era tal que *la psicóloga estuvo obligada a remitirlo* a la Fiscalía Penal, para que el (presunto) abusador fuera detenido y se protegiera no sólo a esta niña, sino especialmente a otras posibles jóvenes víctimas de la repetición del trauma de la agresión. Una aclaración al Tribunal de Menores permitirá a esta institución evaluar la necesidad de encargar a los servicios sociales que procuren requerir de la madre y el padre de la niña una mayor atención a las señales de sufrimiento de su hija, aunque sean de naturaleza muy diferentes, que podrían aflorar en un futuro.

Otro caso fue el de una maestra de cuarto año de primaria. Al acompañar a sus alumnos a la salida, apreció que una madre, tras recoger a su hija, mantuvo con ella una encendida discusión y la abofeteó violentamente en el rostro. La maestra se acercó rápidamente y preguntó a la señora sobre lo sucedido. En el proceso ideal de intervención, el recorrido se bifurca, como he explicado en el primer apartado, según cuál sea la reacción de la mujer a la acción de la maestra. De modo muy esquemático, a riesgo de parecer caricaturesco, esbozaré dos posibles respuestas de la señora, cada una opuesta a la otra.

A la pregunta de la maestra, la madre rompió a llorar: «De niña mi madre me golpeó muchas veces y me había jurado a mí misma no hacerlo nunca con mis hijos. Pero cuando Linda me mira con esa expresión desafiante que pone su padre, ¡se me escapa la mano! ¿Qué puedo hacer?». En este caso, en presencia de un *daño leve*, nos encontraríamos ante una madre que no negaba lo dañino de su comportamiento para la hija: eso nos permitiría remitir a la mujer para que recibiera asistencia adecuada, por ejemplo, en un consultorio familiar, en el que los profesionales podrán intervenir partiendo del *reconocimiento* de la madre de la necesidad de un cambio y, por lo tanto, de su disposición para establecer una alianza terapéutica. Se podría entonces prescindir de la denuncia al tribunal, prestando atención al riesgo que la niña podría correr. La modesta entidad del daño que habría sufrido la pequeña permitiría al profesional trabajar en un marco de seguridad aceptable.

Examinemos ahora la otra posibilidad. A la pregunta de la maestra, la madre se puso tensa: «¡Usted no se meta! ¡Con Linda hay que ir a cachetazos! Me desafía como su padre. Además, a mí también me trataron así de chica. ¡Si me habrá dado bofetadas mi madre! Y puedo decir que no me han hecho más que bien».

Aquí la mujer mostraría una actitud de *negación* que destinará al fracaso seguro cada intento bien intencionado de enviarla al consultorio para que reciba ayuda. Está claro que falta por su parte el reconocimiento de lo inapropiado de su comportamiento y, en consecuencia, la motivación esencial para intentar cambiarlo. Por ello, *aunque se estuviera en presencia de un daño de modesta entidad*, se debe informar de la situación de la niña al juez. Tal vez sea conveniente, de manera preventiva, proceder a recoger otros indicadores con la colaboración de colegas de otras profesiones (asistente social,

pediatra, profesores que conozcan a Linda o a sus hermanos, si los tuviera). Hay un riesgo elevado de que, fuera de un *contexto forzado*, falten los requisitos tanto para que la chiquilla esté protegida como para que la madre afronte sus responsabilidades y pueda recibir ayuda.

Los niveles de negación

¿Cuál es el obstáculo con que se toparía el profesional que recibiera del tribunal el encargo de trabajar con la madre de Linda para ver si podía ayudarla a cambiar? Precisamente, el hecho de que la mujer se pusiera tensa y a la defensiva cuando la maestra trató de intervenir, y del mismo modo y aún más, se cerrará y se pondrá a la defensiva cuando el especialista asignado por el juez intente razonar con ella. Amenazada por los sentimientos de culpa, atacará a la maestra que se involucró en la cuestión, al asistente social que creyó a la maestra, a los vecinos que de seguro la odian y que comentaron sus vicisitudes personales, al juez que ni siquiera le dejó terminar de hablar. La mujer se posicionará en la más resistente negación. Pero esto no debe inducir al profesional a abandonar el caso, lavándose las manos, ni precipitarle a indicar al tribunal que no existen las condiciones adecuadas para trabajar, ya que la mujer no estaba motivada ni reconocía la existencia de un problema. Si estuviese motivada y hubiese reconocido el problema, nos habríamos encontrado en la situación presentada anteriormente, y la habríamos enviado directamente a un lugar donde solicitar ayuda. Si nos encontráramos en esta situación, es decir, en un contexto forzado, iniciado por un decreto del magistrado, sería precisamente porque la madre negó su actitud, y sería nuestro deber intentar vencer o desactivar el mecanismo de la negación, como veremos en la segunda parte. Aquí quisiera limitarme a analizar con más detalle los distintos *tipos de negación posibles*, que presentan grados distintos de dificultad para el profesional, adaptando la conceptualización presentada por Trepper y Barret a propósito del abuso sexual (citada en Di Blasio, 1997) y que se muestra en la figura 3.



Figura 3. Tipos de negación (adaptación del cambio de la conceptualización de Trepper y Barret, 1989).

Aplicar esta clasificación al maltrato requiere una aclaración o salvedad.

Las autoras describieron el mecanismo que caracteriza los distintos niveles de negación de un abusador sexual como un conjunto de *mentiras y defensas*.

En el abuso sexual, se da en el abusador una deformación de la realidad en gran parte inconsciente, a través de la cual se protege de la irrupción en su conciencia del sentimiento de culpa por haber violado un tabú profundamente arraigado.

En cambio, en nuestra adaptación, con la palabra negación entendemos sustancialmente una mentira, esto es, una alteración más consciente de la verdad gracias a la cual el padre agresivo intenta evitar sobre todo la desaprobación de los demás. Lo que nos interesa mantener, de todos modos, en nuestra aplicación de esta clasificación conceptual es *el objeto* que se suele negar.

El primer nivel, el más radical, está constituido por la *negación de los hechos*.

Los profesionales corren el riesgo de sentir que caen en la impotencia y la frustración, ya que el padre niega que sea real aquello de lo que le acusan y muestra su total extrañeza e inocencia, acusando, en cambio, a la víctima de mentir, al servicio asistencial de perseguirlo, etcétera. Veamos un ejemplo.

Un bebé de ocho meses llegó al Servicio de Urgencias porque lloraba inconsolable: la madre creía que era dolor de barriga, porque se lamentaba más cuando se le rozaba el abdomen. Una radiografía evidenció la fractura de dos costillas. Un examen radiológico completo mostró la presencia de otra fractura de unos meses atrás en la tibia, que curó sin intervención médica. Al ser interrogados, los padres mostraron su estupor. El puesto de policía informó del hecho tanto a la Fiscalía Penal, que abrió una investigación, como al Tribunal de Menores, que apartó al niño de sus padres y lo envió a nuestro centro.

Tras varias entrevistas, parecía que el muro de negación no podía derrumbarse: todas las sospechas se concentraron en el padre, de temperamento colérico, e incluso el padre de la madre del bebé, que siempre sintió hostilidad hacia su yerno, contrató a un abogado para defender a su hija, intentando, de momento sin resultado, animarla a separarse. Poco a poco, el trabajo sobre la cólera impotente que el joven padre dirigía a su mujer, varios años mayor que él, y que lo hacía sentirse despreciado e incapaz, al aliarse con su propio padre, obtuvo algún fruto. Finalmente, el hombre, ante la Audiencia Penal, se reconoció culpable. ¿Cómo podría mirar a los ojos de su hijo si seguía negando lo que hizo? Había descargado su rabia sobre el bebé, apretándolo con violencia para que dejara de llorar: no imaginaba que podría llegar a romperle las costillas. Pero la pierna, no. Él no había sido. En los primeros meses ni siquiera lo cogía en brazos. Frente a la decisión del marido de reconocer este episodio de maltrato pero no el anterior, la mujer se enfureció y por primera vez le amenazó y aceptó la ayuda de su padre para separarse. Tras otro intenso período de trabajo, fue ella quien reconoció la responsabilidad de haber fracturado la tibia al hijo, al golpearlo con furia contra el borde del lavadero.

El segundo nivel es el de la *negación de la conciencia*, un fenómeno que, aunque permitió al profesional encontrar con el paciente un sentido a los hechos, esto es, la realidad del daño padecido por el menor, le impidió pasar a una elaboración reconstructiva e interpretativa, ya que el padre en cuestión ya tenía su propia explicación: no sabía lo que hacía a causa de la droga, o el alcohol, o el tormento. Por ello no era responsable de nada y no había nada más que entender. A veces este mecanismo representa un primer reconocimiento respecto al funcionamiento anterior, más extremo, de negación del hecho en sí, como se observa en la siguiente situación.

Antonio fue requerido penalmente por dos gravísimos episodios de maltrato hacia su hijo de pocos meses. Loris, de pocas semanas de edad, presentaba fractura de una pierna después de regresar a casa tras una larga estancia en el hospital junto a su muy joven madre (el padre tenía poco más de 20 años) con fractura del cráneo. Inicialmente los padres rechazaron con vehemencia admitir que Antonio pudiera tener algo que ver con las lesiones del pequeño (*negación de los hechos*), y en la siguiente sesión se pusieron de acuerdo y relataron la siguiente y fantástica historia de sonambulismo: a raíz de un trauma sufrido unos meses antes en un incendio, el joven presentaba episodios de furia durante el sueño en mitad de la noche, hasta el extremo de haber golpeado la espalda de su mujer en varias ocasiones. Esta superación de la negación de los hechos, pasando a la *negación de la conciencia*, nos permitió llegar al origen del trauma y a la necesidad de tratamiento psicológico para Antonio, que acabó por abandonar la fábula sobre su sonambulismo y, finalmente, tras varios encuentros, llegó al *reconocimiento de los hechos*.

En el nivel siguiente, el tercero, encontraremos la *negación de la responsabilidad*: los hechos han sido admitidos, así como la conciencia de haberlos cometido, pero la responsabilidad se atribuirá a otros. Generalmente se atribuye a la víctima, que se

comportó de una manera que la hacía merecedora del acto violento, o a algún otro —el otro progenitor o un miembro de la familia ampliada—, que con su mal comportamiento desencadenó la «justa» reacción del maltratador.

Marco, un agente de policía de unos 40 años, renunció a la potestad sobre su hijo de ocho años después de que éste, aunque sólo con alusiones, atribuyó a sus golpes los visibles moretones que se le detectaron por todo el cuerpo. Tras acusarlo de mentir, el padre rompió todo vínculo con su hijo, que fue puesto bajo tutela *sine die*. Dos años después, al descubrirse un gran hematoma en el vientre de su hija menor, llevaron al padre a nuestro centro. Aquí se retomó el episodio anterior que había involucrado al hijo mayor, Roberto. Cuando el padre llegó a las primeras vagas admisiones («No digo que nunca lo haya tocado y puede ser, puede ser que alguna marca... le hubiera dejado»), terminó la frase de modo sorprendente: «Porque Roberto, cuando se enfadaba, se enfadada; tenía un carácter horrible, lo decían también los tutores», lo que sugería que aunque el padre hubiera perdido la paciencia ante su desobediencia no se le podía considerar culpable.

El padre abusador se declaró desesperadamente inocente tanto en el primero como en el segundo grado del proceso (rechazaron el recurso en el Tribunal de Casación), acusando de mentirosa a la hija, que en la época en que sucedieron los hechos tenía 11 años.

Durante las sesiones familiares, acompañado desde la cárcel y esposado, inició su lento y tortuoso camino hacia el reconocimiento, de modo aún más marcado por la ambivalencia que en el padre del ejemplo anterior. Cuando empezó a reconocer, aunque de forma absolutamente parcial e insatisfactoria para la hija, que pudo haber hecho «algo», dijo: «No sé por qué lo hice. Pero después me miré en el espejo y me escupí en la cara. [...] Ahora en la cárcel pienso una y otra vez en eso; tiempo no me falta para pensar. [...] Las relaciones con mi mujer ya estaban acabadas desde hacía tiempo..., sentía que no sentía nada por mí, estaba fría... Tal vez lo hice contra ella, para vengarme... No venganza; por desprecio, eso».

Estos dos ejemplos muestran cómo el proceso de asunción de responsabilidades es lento y agotador, caracterizado por admisiones parciales y dificultosas y pasos imprevistos adelante y atrás. No hay que desanimarse, sino acoger con satisfacción las primeras brechas que se abren en el muro de la negación y ayudar con tenacidad al paciente a encontrar el coraje de ampliarla. A veces el recorrido hacia el reconocimiento llega a buen término.

Este mismo padre abusador emprendió un camino de cambio que duró años, primero recluso, y después durante la suspensión de la pena a causa de una grave enfermedad. Al principio, el incentivo para que participase en el tratamiento estaba representado por la esperanza de que la mujer abandonase la decisión de separarse. Una vez descartada, siguió acudiendo a las reuniones, esta vez con la esperanza de que su hija le perdonara. Cuando la niña decidió romper las relaciones con él, encontró una nueva motivación: recuperar el vínculo con el hijo menor, al que había maltratado menos emocionalmente.

Tras algún tiempo, sin embargo, la ex mujer consideró que ver a su padre en las sesiones y durante los encuentros protegidos pudiera suponer una influencia negativa para su hijo, y consiguió que se interrumpieran los contactos —el padre había perdido la patria potestad sobre ambos hijos—. En un encuentro posterior, el padre me dijo: «Cuando habría podido ser padre, no tenía ni la capacidad ni el deseo de serlo. Ahora que estaba aprendiendo a serlo, ya no tengo la posibilidad».

Retomé entonces con él los indicios emergentes de su historia —no tuvo nunca padre; nació de una relación extraconyugal de la madre y fue rechazado tanto por el padre biológico como por el marido de ella. Conecté su falta de un modelo paterno con su propia incapacidad de ser padre, que se manifestó tanto en la negligencia hacia sus hijos como en la transgresión del tabú del incesto. A estas alturas, el paciente, el mismo

que cuando mantenía su inocencia en espera del proceso escribía a su hija cartas tremendas desde la cárcel en las que alternaba sus propósitos de suicidio con lacrimosas peticiones de perdón hacia ella, a quien le había arruinado la vida, aquel mismo hombre me respondió con decisión: «Doctor, usted puede decir lo que quiera, pero sobre lo que hice soy yo quien lo hizo». La completa admisión de responsabilidad inició la recuperación de la propia dignidad como persona, y en consecuencia la conclusión de los tres años de terapia.

El último nivel, denominado *negación del impacto*, es el más arduo para el profesional, que corre el riesgo de no advertir su presencia, complacido de constatar el reconocimiento —tal vez parcial— de los hechos, su conciencia y la responsabilidad ante ellos. Este mecanismo, más sutil que los anteriores, sirve al padre para tener a raya su propio sentimiento de culpa —así como la desaprobación y la crítica de los demás— a través de la minimización del alcance nocivo de su comportamiento inapropiado sobre su hijo. Pensemos en el frecuente caso de la madre adicta cuyo bebé nace con síndrome de abstinencia de opiáceos, al no haber interrumpido el consumo de heroína durante el período gestacional. La mujer intentará convencerse de que, gracias a los tratamientos recibidos en el hospital, el recién nacido podrá superar al cabo de pocos días los síntomas de la crisis. Lamentablemente, esto logrará persuadir también al profesional desprevenido, si subestima la persistencia en el tiempo de los daños que provoca la droga sobre el sistema nervioso central del feto. La distorsión de la realidad con fines autoprotectores es más evidente en los casos de abuso sexual, como en el siguiente ejemplo.

Un padre llegó al primer encuentro familiar esposado desde la cárcel, donde cumplía una larga condena por abusar de su hija —ahora adolescente, pero pequeña cuando los hechos se iniciaron y que se prolongaron durante mucho tiempo— y me amenazó: «¡No diga que la violé! Ella se lo dirá: yo nunca la violé. Mi falta es haberme enamorado de ella, pero en absoluto le hice el daño que dicen».

Obviamente estaba implícito en la declaración del hombre que la hija estaba conforme. En el momento del arresto había dado a la policía una justificación completamente diferente: la necesidad de evitar mantener contactos sexuales con personas desconocidas en estos tiempos de sida...

El trabajo en el contexto espontáneo de ayuda

En *Niños maltratados* alertábamos a los colegas ante *las insidias del contexto espontáneo de ayuda*, entendiendo por éstas aquellas coacciones, más bien frecuentes en una época de marcada resistencia a colaborar con la magistratura, con las que los profesionales se ilusionaban para tratar a los padres chantajeándolos más o menos explícitamente («Debes recibir tratamiento; si no, emitiré un informe»), como si así pudieran motivarlos a recibir ayuda. Por lo general, los efectos fueron desastrosos.

Aprendamos a utilizar correctamente los dos criterios que hemos ilustrado —esto es, la gravedad del daño y la entidad de la negación— y, por tanto, *a denunciar sólo* los casos que lo requieren y a tratar, sin remitirlos, aquellos que respondan a las indicaciones dadas. Con ello evitaremos, en gran medida, caer en un ambiente de caza de brujas. Y evitaremos, sobre todo, provocar en contra nuestra reacciones hostiles y agresivas por parte de padres inadecuados, conscientes de serlo, que se sentirán injustamente perseguidos si les obligamos a recibir la ayuda que habrían aceptado de buena gana sin imposiciones.

Con anterioridad he citado la negación del impacto por parte de la madre drogodependiente cuyo recién nacido presentó crisis de abstinencia. En estos años he tratado con especial interés a los padres dependientes de sustancias (Cirillo, 1996a, 1997a), interés que convergía con mis estudios sobre familias con un hijo drogadicto (Cirillo, Berrini *et al.*, 1996). Naturalmente, teniendo en cuenta mi contexto de trabajo en el CbM, todos los padres drogodependientes que he conocido llegaban bajo coacción, con hijos seriamente dañados y con incapacidad, por su parte, de reconocer el daño. De ahí mi gran interés por colaborar en un proyecto denominado *Madre e hijo, más allá de la drogadicción*, gestionado por el Instituto Policlínico Gemelli, en colaboración con el municipio de Roma y los centros de rehabilitación de drogadicción de la capital italiana, bajo la dirección de Valeria Longo Carminati. Este proyecto se dirigía a aquellas mujeres drogodependientes (y a sus parejas) que *aceptaban* el seguimiento del embarazo por los ginecólogos del Instituto Policlínico, que les administraban metadona en dosis bajas para preservar al feto de la nociva alternancia entre la intoxicación si la madre consumía opiáceos y la abstinencia cuando trataba de dejarlo para después recaer. Las mujeres que entraron en el programa, cuyos recién nacidos nacieron con un *daño extremadamente contenido* y que *reconocieron su límite* como padres en riesgo, fueron seguidas junto a sus bebés durante los tres primeros años de vida, de manera que el vínculo de apego afectivo pudiera establecerse en condiciones lo suficientemente buenas, en un *contexto espontáneo de ayuda*, que prescindía de la denuncia pero aseguraba una atenta vigilancia —y con ello la posibilidad de remitir el caso al tribunal si la colaboración disminuía o el pequeño corría riesgos más graves.

Con casuísticas diferentes de la drogodependencia, también en el CbM tuvimos la posibilidad de trabajar en situaciones de petición de ayuda espontánea. Queda claro que es muy raro que la solicitud nos llegue directamente del padre, preocupado por su propia ineptitud o por el peligro que advierte de perder el control. Generalmente se trata de situaciones ya conocidas por la red de servicios, en las que los colegas consideran indicada la derivación a un servicio especializado, pero sin necesidad de pasar por un tribunal, pues el daño es modesto y está presente cierto nivel de reconocimiento, como vemos con la familia que se describe a continuación.

El señor Brambilla y su esposa estaban a cargo de los servicios de asistencia sociosanitaria del pueblo donde vivían, a pocos kilómetros de Milán, desde hacía años, cuando sus dos hijos fueron derivados por sus profesoras a los profesionales de neuropsiquiatría infantil. Ambos niños —primero, el más pequeño, ya desde preescolar; después, el mayor, en el primer año de primaria— mostraban un comportamiento inquieto, agitado, con elevada falta de concentración y de respeto por las normas. Los dos frecuentaban la escuela media en la época en que se realizó este informe. Juan iniciaba el segundo año y Gian el primero, acompañados cada uno por una maestra de apoyo. Gian tenía una educadora a cargo del municipio en horas extraescolares, ya que el niño mostraba un absoluto rechazo a estar en la clase con los demás, se aislaba junto a un compañero con síndrome de Down y deambulaba por la escuela. Juan, en cambio, siguió un programa más o menos normal, pero también se aislaba, dominado por una ansiedad incontenible, una marcada inquietud motriz y un leve tartamudeo, que se acentuaba cuando estaba más excitado. Desde hacía algunos años estaba en tratamiento psicoterapéutico con una psicóloga privada, elegida por los servicios y en colaboración con éstos, pero pagada por sus padres, ya que el distrito no podía ofrecer una intervención pública y gratuita. Los padres estaban al borde de sus fuerzas: el padre era el único que trabajaba —jefe de reparto en una industria química a muchos kilómetros de distancia del lugar de residencia—, era muy nervioso, de poca salud y propenso a la somatización. Consultó con un neurólogo, que lo trató con fármacos y hablando, y mejoró bastante con esta intervención, pero sólo durante un período breve (este tratamiento también lo pagó él). La madre tenía graves problemas de salud, había sido sometida a una intervención quirúrgica recientemente y se estaba reponiendo poco a poco. Se lamentaba repetidamente a la asistente social del nerviosismo de su marido, que le gritaba continuamente, a ella y a sus hijos, y que los trataba con severidad. Solía ir en bicicleta por la tarde y llevar a sus hijos a casa de una hermana que vivía en un pueblo cercano. Allí obtenían un poco de paz, ya que era un lugar que su marido no frecuentaba porque estaba peleado con el cuñado. Allí los niños estaban tranquilos y jugaban con sus primas.

El señor Brambilla, recibido por el asistente social con toda la familia, no negó que perdía fácilmente la paciencia, nervioso como era, queriendo mantener a raya a sus hijos a fuerza de insultos y tortas. La actitud de Juan, que se protegía instintivamente la cabeza con las manos cada vez que el padre se daba la vuelta hacia él, era lo suficientemente indicadora. Todos aceptaron con gusto el envío a nuestro centro, lo cual resultó tanto más significativo si pensamos que su nombre (Centro para el Niño Maltratado) no permitía pasar por alto el tema de la violencia. Tal vez la menos esperanzada era la madre, que dio la impresión de que consideraba seriamente la idea de la separación.

Ya desde el primer encuentro se creó un entorno de gran colaboración: los niños, aunque tendían a distraerse con los juegos de la habitación y a pelear entre ellos provocándose y pegándose, podían participar con cierta inteligencia y pertinencia. La primera intervención consistió en cuestionar el esquema pedagógico, absolutamente disfuncional, que se había instaurado: el exceso de severidad por parte del padre, que empujaba a la madre a ser exageradamente protectora con sus hijos y a mantenerlos alejados de él, lo que provocaba su furia. Concretamente era Gian quien se resentía por la distancia del padre, que le ignoraba e interiormente le despreciaba. El niño era pasivo y retraído, apegado a la madre, y, como ella, con una marcada tendencia a la obesidad. Pero también Juan —mucho más cercano al padre—, que aceptaba de vez en cuando, aunque reacio, acompañarlo de caza o de pesca; no mostraba ninguna ventaja por esta mayor identificación con él. El niño decía: «En casa somos dos parejas, los gordos y los flacos». En el mito familiar, ser flaco para este niño significaba establecer los caracteres negativos de ansiedad y nerviosismo que le unían al padre.

Durante otra sesión con la pareja se abordó el hábito de la madre de dejar al marido solo en casa todas las noches. La mujer contaba con cualidades afectivas que, sin embargo, se veía obligada a contener de momento, al menos en parte, hacia sus hijos, dirigiéndolas hacia el marido. Éste contaba con una historia previa de gran miseria económica y moral; con sólo algún pariente vivo, necesitaba su aportación y el soporte afectivo de su esposa para tranquilizarse y convertirse en el referente paterno que los niños precisan a esta edad. Sobre estas temáticas se desarrolló todo el trabajo terapéutico durante dos años. En la familia se

observaron notables progresos. Asimismo, al afianzarse de nuevo el vínculo de pareja, acelerado por la muerte de la madre de la esposa (viuda, alcohólica crónica), que absorbía muchas de las escasas energías de su hija, se atenuó su actitud sobreprotectora hacia Gian. Éste, el menor de los hijos, empezó a disfrutar de su primer espacio fuera de la familia: en una tienda de animales, que eran su gran pasión, como ayudante. También Juan se tranquilizó, concluyó la psicoterapia y en la escuela tenía un comportamiento más correcto. Al entrar en la adolescencia, intentó sus primeras experiencias de vida de grupo, inicialmente —y por fortuna por períodos breves— mostrando conductas diferenciadoras, seguramente menos depresivas que las anteriores, luciendo una vistosa cresta punk rosa y una actitud de chulería, que provocaba una reacción contenida de los padres. El padre fue probablemente el que obtuvo el mayor provecho de la terapia, ya que reparó parcialmente sus carencias prematuras, y del terapeuta mismo, ya que se sintió entendido y valorado por él. Poco a poco, logró pasar cada vez más tiempo con cada uno de sus hijos y la familia, gozando de un entorno bastante más tranquilo. Sus somatizaciones desaparecieron. Un serio momento de crisis se presentó cuando Gian —que seguía relacionándose sólo con niños discapacitados a quienes decía querer ayudar, pero que evidentemente era con los únicos con quienes no se sentía totalmente inadecuado— fue descubierto en juegos sexuales con uno de ellos. La escuela dudó de informar a los padres, temiendo que no dispusieran de instrumentos para intervenir correctamente, pero los servicios sociales locales con los que estábamos constantemente en contacto aconsejaron a la escuela que lo hiciera. Efectivamente, el padre recayó en la anterior actitud de rechazo hacia este hijo, ya que temía que se hiciera homosexual como el hermano de su esposa o como su propio tío. Sin embargo, gradualmente superó la ansiedad y se ocupó de él con renovadas energías. Gian, ya en segundo año de la etapa media, se desarrollaba, estaba algo menos obeso y tendía a aislarse un poco menos. En estas condiciones, decidimos volver a discutir con los colegas de neuropsiquiatría infantil y los docentes la oportunidad de renovar una vez más su certificación de discapacidad, que se había mantenido cada año. Era la ocasión para que una colega nuestra realizara un psicodiagnóstico de ambos niños. Los resultados, primero ante ellos a solas y después en presencia de los padres, representaron un momento importante del tratamiento, porque podían mostrar la adecuada capacidad cognitiva de ambos, en la que, sin embargo, ninguno de los dos creía: Juan huía de enfrentarse con los suyos, refugiándose en un rol de «duro» y chulo; Gian buscaba comprensión en la compañía de los más pequeños y más desafortunados. Obviamente, eran los propios padres quienes creían menos en sus capacidades: ya habían aceptado, incluso con muchas dudas, que el primogénito se preinscribiese en un instituto profesional sin haber solicitado previamente asistencia pedagógica. Entonces intentamos que se asociaran con nosotros en la batalla para sacar adelante también a Gian, a quien desafiaron a demostrar que podía estar en clase con todos los compañeros, y no fuera «el otro alumno Down», como dijo su maestra durante una reunión que mantuvimos en la escuela. La cuestión del crecimiento de estos niños en el contexto interior de su familia naturalmente distaba mucho de haberse cerrado. Tampoco el acercamiento de nuestro equipo a este núcleo, que seguía topándose con la dureza de su existencia incluso desde el punto de vista económico, aunque entonces la mujer trabajara algunas horas. Sin embargo, la violencia y el maltrato ciertamente ya no estaban sobre la mesa, aunque durante la terapia se habló muy poco de ellos.

Notas:

4. La perspectiva con que se observan hoy los indicadores se ha hecho notablemente compleja con el esfuerzo de atender también a los factores de riesgo y de protección. El estudio italiano de mayor relevancia sobre este argumento es la obra de Paola Di Blasio (1997), quien coordinó recientemente una investigación sobre el tema (2004) en la que contribuyeron varios colaboradores del Centro de Investigación de la Instrucción de la Universidad Católica de Milán.

5. Todos somos deudores de Bowlby y de sus discípulos por la introducción en la psicología del desarrollo de los estudios sobre el apego afectivo.

6. A modo de manual, Campanini ha recopilado y publicado en *Maltrato a la infancia* varias sugerencias sobre el tema. El capítulo «La intervención del CbM y del centro de tipo familiar», escrito por Bertotti y Gabbana, se

refiere a las *resistencias a la señalación* por parte de los profesionales.

2

Los primeros pasos del tribunal

TERCERA FASE: LA INVESTIGACIÓN

La comunicación a la Fiscalía para el Tribunal de Menores del daño sufrido por un menor, o del riesgo grave que pudiera correr, obtendrá como respuesta un decreto, que contiene una medida de protección para interrumpir el daño o anular el factor de riesgo. En ocasiones, sin embargo, el juez considerará que dispone de pruebas insuficientes para ordenar de inmediato una medida y encargará a los servicios que le proporcionen otras. Esta operación de recoger pruebas más completas se denomina «investigación».

Ahora pasaremos a examinar este tema, dejando para el siguiente apartado (fase cuarta) el tratamiento de la medida de protección.

La investigación, ya que es orden del juez —aunque no es una disposición formal—, proporciona a los profesionales un poder mayor del que disponían en el momento de la detección. Así, será posible llevar a cabo intervenciones (reuniones, visitas domiciliarias, recogida de información en las escuelas, médicos de cabecera, etcétera) que antes sólo podían efectuarse con el consentimiento de los pacientes. De este modo, será posible disponer de muchas más pruebas, de carácter interdisciplinar, que permitirán a los profesionales que intervengan pasar, en algunos casos, de una sospecha a una certeza y, de cualquier modo, comprobar con mayor precisión el alcance y los límites del daño que haya padecido el menor y la competencia de sus padres.

Esta operación de definir y circunscribir el sufrimiento del menor debida a la inadecuación de los padres a veces se denomina «evaluación del daño». Nosotros nos referiremos a ella como «constatación del daño» y reservaremos el término «evaluación» para la evaluación de la recuperabilidad, para no dar pie a confusiones terminológicas.

La constatación del daño

No pretendo volver a la clasificación de los diferentes tipos de daño que puede sufrir un niño (maltrato físico, abandono, abuso sexual, violencia psicológica).⁷ La clasificación es siempre útil, aunque un poco artificiosa, ya que cualquier inadecuación por parte de los padres provoca en el niño un daño global, de mayor o menor entidad, que impacta sobre la integridad de su persona y de los procesos evolutivos, haciendo mella en todas las

esferas del Yo. En cambio, quiero recordar que los distintos profesionales disponen de métodos de investigación y diversos puntos de observación, que les permiten entender los diferentes efectos de los traumas, las carencias y las incompetencias. Por ello, distinguiré brevemente entre constatación sanitaria,⁸ constatación social⁹ y constatación psicológica, lo que me permitirá mostrar, como resultado, un daño sanitario, un daño social y un daño psicológico.

Las consideraciones siguientes se aplican al daño atribuible a la negligencia y al maltrato (físico y psicológico).

No me ocuparé de la constatación en los casos de abuso sexual por dos razones: la primera, por mi falta de experiencia en este ámbito. En el CbM, años atrás, tomamos la decisión de crear un equipo que se encargase de manera específica de los casos de abuso sexual. Éste, coordinado por Marinella Malacrea, a partir del primer descubrimiento, muchas veces aún dudoso, asume la necesaria tarea de verificación. Tratándose de una hipótesis de delito, el encargo de pasar de la sospecha a la certeza —o de constatar la compatibilidad entre las sospechas y el cuadro clínico de la víctima, cuando no de sus posibles actuaciones, especialmente cuando la víctima misma es un niño muy pequeño— generalmente proviene de la Fiscalía Penal. En cambio, mi conocimiento directo de las situaciones de abuso sexual se sitúa exclusivamente en la siguiente fase: la relativa a la evaluación de la recuperabilidad de las relaciones en el interior de la familia azotada por esta tragedia, una vez verificados los hechos y condenado el abusador, y el posible tratamiento siguiente (de víctima, abusador, madre, hermanos). Más adelante veremos algún ejemplo.

La segunda razón es que en algunos casos las dificultades para proceder a una verificación —falta de pruebas médicas veraces; corta edad de la víctima y, por tanto, absoluta necesidad de ayudarla y apoyarla para que pueda ser escuchada, comprendida y creída; fuerte negación del abusador— hacen que la fase de constatación se dilate en el tiempo y se anteponga a la del tratamiento, tanto de la víctima como del potencial padre protector. El lector que desee conocer la descripción de esta experiencia de trabajo puede buscarla en los textos de Malacrea (1998) y Malacrea y Lorenzini (2002) para las pautas guía aplicables a los casos de abuso.

La secuencia de los pasos que deben seguirse para llevar a cabo un proceso de intervención que respete las exigencias de tutela del menor abusado sexualmente y que esté inspirado en un pensamiento clínico y terapéutico se describe en Carini, Pedrocco Biancardi y Soavi (2001).

Por mi parte, ofrezco el ejemplo del caso del hijo menor de padres drogodependientes. En esta situación típica, un miembro de la red de los servicios empezó a informar a la Fiscalía de un niño sobre la base de un único indicador, también motivado por la actitud de negación y huidiza de los padres, que les impedía elaborar un cuadro más completo

sobre las condiciones del menor. El tribunal, que necesitaba más indicadores que contribuyeran al diseño de un cuadro más claro, solicitó una investigación. La encargó a varios servicios de la red, y éstos, gracias a esta solicitud, dispusieron, como hemos dicho, de otro instrumento para vencer las resistencias y, en particular, las evasivas de los padres.

Daño sanitario

Como hemos observado, el daño en la salud del hijo de una mujer drogodependiente puede mostrarse en el nacimiento o cuando el pequeño manifiesta los síntomas de la crisis de abstinencia, provocada por diversas sustancias estupefacientes (heroína, cocaína, metadona, psicofármacos...). Este indicador es inequívoco, y es uno de los pocos que puede conducir por sí solo a un diagnóstico de daño cierto. Por ello, siempre debe derivarse al tribunal, ya que muchas veces, en casos como éstos, la intervención del juez permite iniciar un proceso de recuperación de la madre.

Si hasta ese momento la joven no había podido encontrar las motivaciones para curarse, ahora no dañar más a su hijo ni correr el riesgo de perderlo constituirán dos razones que pueden funcionar muy bien.

Sin embargo, a veces este incentivo tampoco funciona. Por ejemplo, en los casos de embarazo no deseado, o cuando a causa de las malas condiciones de salud —la amenorrea es frecuente en las personas drogodependientes— la madre se dio cuenta tarde del estado de gestación.

En este caso, el rechazo a cumplir las primeras indicaciones del tribunal, como la de asignar un centro de rehabilitación de drogadicción (por ejemplo, el ingreso en una comunidad madre-hijo especializada en mujeres con problemas de dependencia) suele concluir en la adopción de niños de muy corta edad para evitar una larga estancia en un centro residencial o en una familia de acogida. En el pasado, lamentablemente, en los hospitales no siempre denunciaban la situación de estos niños recién nacidos; sus progenitores retrasaban mucho la evaluación y su recuperabilidad. Los indicadores de salud que pueden recogerse inmediatamente después del nacimiento son de otro tipo, ya que el hecho de que la madre consuma drogas no perjudica en sí mismo al hijo una vez terminada la vida fetal y la lactancia. En cambio, encontramos casos de niños que se pinchan y se infectan con jeringas dejadas a su alcance, o ingieren sustancias tóxicas como cocaína o metadona —como la niña que mencionamos en la introducción.

Para finalizar, quisiera referirme a una entrevista publicada en el *Corriere della Sera*¹⁰ de Carnelli, médico pediatra, quien hacía un llamamiento a sus colegas, pero también a los docentes y las fuerzas del orden, para que consideraran la posibilidad de que un niño que presenta dificultades para respirar, vómitos o lenguaje inconexo esté bajo los efectos de drogas. Éstas podrían haberle sido «suministradas» por sus padres, que querrían

compartir el «placer» con su hijo o —cuando el niño es mayor— por adultos, que de este modo lo involucrarían en la venta.

Daño social

No todos los drogodependientes viven y hacen vivir a sus hijos en situaciones socialmente degradadas. Pero algunos sí, y en este caso se podrán recoger pruebas a veces increíbles de niños obligados a mendigar, o que deambulan a menudo en los lugares de venta, o tal vez en las antecámaras de los centros de rehabilitación de drogadicción y sus alrededores, con personas más bien poco recomendables y en horas en las que deberían estar en la escuela o durmiendo. También hay pruebas más rebuscadas. Nos referimos a un estudio muy completo dirigido por Neuropsiquiatría Infantil y por los centros de rehabilitación de drogadicción de la ciudad de Turín, en colaboración con las asistentes sociales del municipio (Burroni y Merlo, 1993) sobre hijos menores de madres drogodependientes. Consistió, de manera muy creativa, en examinar los certificados de residencia de una muestra de 53 de los menores y observar sus variaciones en el transcurso de algunos años (entre tres y diez años). Los resultados fueron numerosos y muy interesantes: los que me llamaron más la atención fueron los dos que mencionaré a continuación. En primer lugar, al término del período estudiado se comprobó que eran en realidad pocos los niños de la muestra que vivían con el padre. Se consideró que, ante una mujer con problemas de droga, la fragilidad del vínculo de pareja era, evidentemente, mucho mayor (y escasa la motivación de los padres para asumir el cuidado de sus hijos).

En segundo lugar, en todos los casos de la muestra se asistió a un tumultuoso y constante cambio de situaciones de convivencia. Por ejemplo, al nacer, el niño vivía con sus padres. Más tarde la pareja y el niño pasaron a vivir con los abuelos paternos; después, sólo con la madre y los abuelos maternos. Un nuevo cambio: el niño se quedó solo con los abuelos. Y otro aún: la madre lo llevó con ella a una comunidad de rehabilitación. Así pues, ¿qué tipo de vínculo creemos que podría haber estructurado un niño con un cambio tan frenético de figuras de referencia?

Aquí, un indicador social simple y concreto nos sugiere un riesgo serio que compromete el desarrollo psicológico.

Daño psicológico

Entramos entonces en la constatación que me compete generalmente —yo no soy médico ni asistente social—, esto es, la de un posible daño psicológico en niños en esta situación. En líneas generales, no se trataría de un daño relativo a retrasos evolutivos marcados debidos a poca o nula estimulación o a deformaciones leves del contacto con la realidad (Reder y Lucey, 1997), hasta el punto de que el profesional con escasa

experiencia correría el riesgo de no percibirlo. En este sentido, los psicólogos con una formación sistémica (yo entre ellos) a menudo hemos caído en la trampa de subestimar deformaciones de la personalidad de los pequeños que se revelaban a una mirada atenta, no excesivamente distraída, a raíz de los sufrimientos del padre, más impactantes (Cirillo y Cipolloni, 1994). Por otra parte, en personas ajenas a esta especialidad laboral, no es raro escuchar la siguiente expresión: «¡Qué fuertes son los niños! Mira aquella pequeña de seis años, con una mamá como ésa. Creía que crecería llena de problemas, y en cambio, ¡es una verdadera mujercita! Se las arregla sola en todo: lavarse, vestirse, ir a la escuela, y hasta cuida de su madre cuando se encuentra mal, la sostiene, la ayuda a cruzar la calle...».

Es cierto que el ambiente no lo es todo y que los niños tienen muchos recursos. Lo que deseo expresar con este ejemplo un poco caricaturesco es que el hombre de la calle, y lamentablemente no sólo él, confunde por normalidad y adecuación los tristes efectos de un apego inseguro de tipo evitativo con importantes aspectos de inversión de roles (o parentalización, si se prefiere).

Este tipo de experiencia induce al pequeño —imposibilitado para fiarse y poder contar con un adulto de referencia suficientemente sólido y competente— a apoyarse en sí mismo, en una dimensión autárquica que le conducirá a desarrollar una hipermadurez, una seudoseguridad. En otras palabras, elaborará un falso Yo, que llevará al engaño al observador superficial. Y el altruismo que se ha subrayado —la niña que ayuda a la madre— debe leerse con mayor profundidad: la angustia que el pequeño muestra ante la incompetencia de la figura de apego le amenaza en lo más recóndito de su ser, por lo que intentará de todas las formas posibles —por necesidad propia— repararla e impedir que se derrumbe, para no quedar privado y, con ello, expuesto a la soledad y, en última instancia, a la muerte.

La investigación para comprobar la existencia de indicios de daño psicológico debe llevarse a cabo mediante competencias e instrumentos adecuados. Como ya expresé en otro texto (Cirillo, 1997), es absolutamente indispensable poder responder con claridad a una cuestión precisa: el hijo de esta pareja de drogodependientes, ¿sufrió o no un daño que pudiera haber sido provocado por el problema de los padres? Sería, de hecho, del todo incorrecto pedir al juez su intervención para la protección del menor como estrategia —más o menos inconfesada— para empujar a los padres a curarse. Obviamente, el niño podrá ser protegido sólo si lo necesitara, y el magistrado de menores tendrá la obligación de tutelar a los menores, pero no la de facilitarnos la vinculación con potenciales pacientes que recaen. Además, presuponer que un niño esté mal con sus progenitores por el simple hecho de que éstos (uno o ambos) sean drogadictos *sin poder demostrarlo* sería perjudicial. A esto los padres suelen ser muy sensibles y reaccionar con extrema tensión: «¡Quieren quitarnos a nuestro hijo sólo porque consumimos algunas

sustancias!». También los profesionales de los centros de rehabilitación de drogadicción han lamentado cuán arraigado está entre los colegas que operan en el sector de la tutela a los menores el estereotipo «drogadicto = padre inadecuado», que llevará, como efecto perverso, a muchos de sus pacientes que esperan un hijo a alejarse del servicio sin dejar rastro de su paradero.

Veamos un caso en el que una exploración cuidadosa del daño psicológico conllevó efectos inesperados.

En un grupo de supervisión que yo dirigía, una psicóloga que hacía poco que trabajaba en el servicio de un pequeño municipio en el que el cargo de psicólogo no había sido cubierto durante un buen tiempo se enfrentó a un problema que no sabía cómo resolver. Uno de los menores de los que debía ocuparse, Salvador, de cuatro años, fue confiado al municipio por el tribunal para que lo derivara a la abuela materna como hijo de una mujer drogodependiente, Daniela, y de un traficante, Pedro. Estos padres mantenían una relación más bien tormentosa que llevaba a menudo a la mujer, golpeada por su pareja, a refugiarse con el pequeño en la casa de su madre.

El tribunal alejó al niño de sus padres a causa de un episodio grave: Daniela, conduciendo bajo los efectos de la heroína, chocó y el pequeño (tenía entonces apenas dos años) sufrió un traumatismo craneoencefálico. La policía del hospital que informó en aquel momento a la magistratura dispuso el alejamiento de los padres, y consideró lo más idóneo confiarlo a su abuela para satisfacer las exigencias del niño, ya que ella se ocupaba de su nieto cada vez que Daniela se lo confiaba cuando se sentía demasiado abrumada por los conflictos con su compañero.

El decreto pidió además al municipio que vigilara su evolución. Pero era precisamente lo que la psicóloga y su colega asistente social no lograban, ya que los padres se sintieron perseguidos. Era cierto que Daniela se drogaba y no aceptó un tratamiento, y que ambos se peleaban y llegaban a las manos, pero el niño estuvo lejos de todo eso, con su abuela, alimentado, cuidado, vestido, y asistía a la escuela. ¿A qué se debió ese requerimiento de los servicios de llamarlos, de controlar, de querer saber?

La psicóloga se sentía con las manos atadas: ¿qué podía hacer? La discusión en el grupo evidenció cómo, en esos momentos, no se registraban pruebas de daños en la salud del niño ni daño social. En cambio, sabíamos muy poco de la condición psicológica de Salvador, y tal vez un acercamiento podría darnos más indicios. Como aquí se mostró, no se procedió a la constatación del daño en el marco de una fase de investigación preliminar a la emisión de un decreto, sino en una fase equivalente, pero de actualización del caso después del decreto. Lamentablemente, la situación se abandonó durante bastante tiempo, a pesar de que el tribunal pidió, como praxis habitual, un informe cada seis meses.

Veamos qué ocurrió en los siguientes encuentros del grupo. La psicóloga refirió que había logrado, al cabo de varias invitaciones, convocar a ambos progenitores y que les explicó su intención de someter a Salvador a algunos tests para ver cómo se orientaba y se movía en la situación familiar, ya que desde los dos años —pero de modo episódico desde hacía más tiempo— no vivía con ellos, sino con la abuela, y los veía de forma bastante espaciada. ¿Qué idea se había hecho el niño de todo esto? Ella pidió su colaboración para intentar responder a esta pregunta.

Tras un momento de perplejidad, Pedro y Daniela aceptaron acompañar al niño en un primer encuentro.

Antes de proseguir con el relato, quiero reflexionar sobre las posibles causas de esta

aceptación de los pacientes a la invitación de la profesional. Ciertamente las más obvias tienen que ver con un básico sentido de amabilidad, con su respeto por el vínculo padre-hijo, y por eso logró persuadirlos la petición de que fuesen a motivar al niño en el examen psicodiagnóstico. Desde el punto de vista formal, podría perfectamente haberlo acompañado la abuela, incluso sin el consentimiento de los padres, ya que el seguimiento del menor fue otorgado al servicio. Creo que la razón más profunda de esta aceptación de Pedro y Daniela fue otra. Para decirlo en términos más directos, la pregunta planteada por la psicóloga podría ser reformulada crudamente así: ¿A quién quiere más Salvador? ¿A la abuela, o a mamá y papá? Y creo que esta pregunta, Pedro y Daniela se la habrán hecho a sí mismos más de una vez.

Para entender mejor la vivencia de esta pareja, examinaremos su historia.

En lo que atañe a Pedro, baste decir que hasta hacía seis años estaba casado, pero tras su enésimo encarcelamiento por venta de drogas, su matrimonio fracasó definitivamente y desde entonces no volvió a ver a su esposa ni a su hija, fruto de esa unión y que por aquel entonces tenía 12 años.

Más relevante en este momento era reconstruir las vivencias de Daniela, hija única de padres puglieses.¹¹ Cuando sus padres se separaron ella tenía siete años y el tribunal concedió la custodia al padre, que se la llevó al norte. El hecho de que 30 años atrás el juez de una ciudad del sur concediera la custodia de una niña al padre sólo podría explicarse si se demostró que la madre era «indigna». La niña creció con el padre y con su segunda mujer (no tenían más hijos; ella era hija única por ambas partes). Retomó sus contactos más frecuentes con la madre cuando ella se mudó a Milán, en la adolescencia. Al pelearse con el padre y su mujer, pidió ella misma al juez ser devuelta a su madre, lo que consiguió. La convivencia con ella se deterioró muy rápidamente. Daniela abandonó la escuela, fue con malas compañías, conoció a Pedro y la heroína, se fue de casa y se quedó embarazada. Aquí empezó la historia de Salvador, a quien generalmente dejaba al cuidado de su madre, a quien la disposición del juez finalmente concedió la custodia.

¿Qué nos indican estas historias respecto a los sentimientos actuales de nuestros dos protagonistas? Sobre Pedro podríamos pensar que sentía un gran temor a perder también a este hijo, que la suegra podría quitarle al menos afectivamente. En cuanto a Daniela, su estado de ánimo estaba dominado por la ambivalencia. Del mismo modo en que Lucía — la joven sarda de quien hablamos en el primer capítulo— soñaba con volver junto a su madre con su bebé, para establecer una relación afectuosa y saludable con ella, también Daniela, llena de rencor por una madre que la abandonó de pequeña y que el juez había etiquetado como «indigna», vio fracasar su nuevo intento de reencontrarse felizmente con ella. Más tarde intentó otra maniobra, muy conocida por los profesionales que trabajan con mujeres de este tipo.¹² Entregó a su hijo a la madre como un regalo, un don que debería permitirle conquistar, a través de la gratitud —por eso es un regalo— el amor de ella, que siempre le faltó. Esta jugada, sin embargo, era extremadamente arriesgada porque nada garantizaba a Daniela que los sentimientos con los que su madre aceptó su «regalo» serían los que ella esperaba. Un paréntesis: consideremos también la posibilidad de que su madre no lo aceptara, y en tal caso, si lo rechazara, la desilusión de

la hija podría afectar al hijo, que se convertiría en un instrumento inútil para el fin pensado, esto es, recuperar el afecto de la madre. Pero ésta es otra cuestión.

Por otra parte, podríamos imaginar claramente de qué manera la madre de Daniela se sintió profundamente herida en su amor propio a raíz del antiguo acontecimiento en el que el juez asignó a su ex marido a la única hija de ambos, y que la actitud negativa de la hija la afectó en su autoestima, haciéndola sentir realmente la madre indigna que todos (marido, juez, hija, familiares y conocidos) veían en ella. En vano buscó atribuir la culpa de su fracaso materno a otros: al marido que le quitó a la niña; al juez que se lo permitió; a la mujer de él que puso a Daniela en su contra; a su propia hija, que era una alocada; a las malas compañías de su hija; a Pedro en particular... El problema era que sus sentimientos de culpa y de vergüenza afloraban constantemente. Y cuando primero Daniela, y después el Tribunal de Menores, le ofrecieron a Salvador, lo que vio en este ofrecimiento no fue la posibilidad de reparar la situación en relación con su vínculo con Daniela, sino más bien la de volver a empezar. Una nueva oportunidad de ser mamá, con un nuevo niño; volver a vivir y demostrarles a todos, y en primer lugar a sí misma, que podía ser tan buena madre como las demás.

La primera crianza fue desgraciada, pero ahora podría deshacerse de esa hija que le salió mal y esmerarse con este pequeñito con un futuro por delante, y será recompensada. Por ello, muy a menudo las madres drogodependientes, después de haber luchado para confiar sus bebés a las abuelas, empeoran mucho. De hecho, experimentan una considerable desilusión al ver que tampoco con esta estrategia obtendrán lo que buscaban: la madre no vuelve a acercarse, e incluso se atormentan por los celos hacia su propio hijo, cuando ven que es objeto de los cuidados afectuosos de las que ellas en su momento —y aun en el presente— fueron y son privadas. Podríamos preguntarnos finalmente por qué Daniela acompañó sin mucha oposición a su hijo a la psicóloga, y si a la desilusión por la falta de reconciliación con la madre bien podría sumarse la traición del niño, esto es, que también él la olvidara y prefiriera destinar todo su amor a la abuela. A esto me refiero cuando sostengo que Daniela colaboró porque deseaba saber «a quién quiere más Salvador».

En el grupo, la presentación de los resultados del psicodiagnóstico al cual fue sometido Salvador suscitó gran interés, porque en el mundo interno de este niño de cuatro años que desde hacía dos vivía de manera estable con su abuela y con quien desde su nacimiento pasaba mucho tiempo, la abuela simplemente no estaba presente.

La vivencia de Salvador indicaba que estaba dominado por la angustia de tener una mamá-niña que le fue arrebatada, raptada por un hombre malo, y no se entendía bien si era malo porque odiaba a la madre o porque odiaba al niño.

Pero aún causó mayor estupor el relato de la reacción de los dos padres durante la explicación de los tests que la psicóloga les hizo: en vez de descalificarlos como se habría podido esperar («¡Qué quiere que signifiquen unos garabatos de niño!»), ambos la tomaron muy en serio. Incluso Pedro, el traficante, el «duro» dentro y fuera de la cárcel, se puso a llorar: no quería que su hijo pensara eso de él. También Daniela

quedó muy conmovida ante la evidencia de la fidelidad de su hijo, hasta el punto de que por primera vez aceptó recibir tratamiento a cargo del centro de rehabilitación de drogadicción. Si realmente su niño estaba mal por su causa, si no era una «obsesión» de la psicóloga que los hijos de los «drogadictos» sufrían, y veía que su hijo Salvador no estaba contento, entonces podía pensar en curarse, y Pedro hizo su parte. Hasta aquel momento, el centro de rehabilitación de drogadicción había intentado por todos los medios iniciar un tratamiento con esta persona, pero Daniela nunca estaba localizable. El único que había pedido ayuda para ella era el padre, quien, sin embargo, limitaba su colaboración a participar en un grupo de padres al que acudía a hablar mal de su ex mujer...

El trabajo clínico en la fase de investigación

Creo que este caso ilustra muy bien de qué modo la investigación no debe ser considerada —ni ninguna operación del campo psicosocial— un mero cumplimiento burocrático, en el que asistentes sociales y psicólogos cumplen con actos rituales (reuniones, visitas domiciliarias, tests...) para responder a una petición del juez.

La investigación puede representar una oportunidad de constituir un medio para entrar en relación con pacientes hostiles, desconfiados e inconstantes, pero también llenos de problemas y de dificultades. El objetivo es establecer con ellos, si es posible, una alianza de trabajo. Es lo que supo hacer muy bien esta colega con Salvador, Pedro y Daniela, y el resultado que obtuvo fue hacer surgir en Daniela, gracias al diagnóstico del daño padecido por su hijo, la motivación para someterse a una terapia en la que no había creído nunca.

Este caso se presta a un trabajo importante y permite algunas intervenciones técnicas meditadas, ya que implicó a un niño que estaba bajo tutela para ser preservado de daños más graves e inmediatos. Otras veces es necesario responder a la solicitud del juez con la máxima celeridad, ya que el menor de quien nos ocupamos corre riesgos muy serios. Sin embargo, en esa situación nunca debemos sustraer a nuestro trabajo su dimensión clínica, que le da sentido y aliento.

La construcción del contexto

Para trabajar lo mejor posible, hay que prestar mucha atención —en esta fase y en todas las demás— a la construcción del contexto, es decir, del contenedor concreto y simbólico en el que se sitúa nuestra intervención. El contexto, o marco, debe organizarse en cada situación de la forma más funcional posible según las exigencias del trabajo y, por lo tanto, de manera que permita responder a las necesidades del paciente.

El enfoque sistémico siempre dedicó una particular atención al tema del contexto, a partir del ya clásico artículo de Selvini Palazzoli (1970), que introdujo la definición del metacontexto en la terapia familiar, esto es, las expectativas del paciente respecto a lo que tendrá lugar en la terapia, que pueden diferir ampliamente de las expectativas (y también del metacontexto) del terapeuta. En una reciente publicación, Selvini (2004), sobre la

evolución del pensamiento de su madre, Mara Selvini Palazzoli, y de la escuela que ella fundó, dedicó un capítulo entero al argumento del contexto y a cómo incluso contextos alejados de la psicoterapia pueden ser beneficiosos para los pacientes. También yo me he ocupado a menudo de este argumento a partir de un volumen cuya edición supervisé, *El cambio en los contextos no terapéuticos* (1990), que reunió varios ejemplos que se proponían mostrar cómo «cualquier contexto definible como no terapéutico puede ofrecer al profesional ocasiones únicas para actuar terapéuticamente, siempre y cuando se realicen intervenciones que provoquen cambios deseables en las relaciones, no sólo permaneciendo coherentes al contexto, sino también estructurando las marcas y las reglas (no confundir con las costumbres obtusas, rígidas y obsoletas) como alentadores útiles de dicho cambio» (Selvini Palazzoli, 1989).

En algunos contextos, los malos entendidos y los deslices son facilísimos y frecuentes por su complejidad, que es mucho mayor que la que encontramos en el contexto terapéutico, cuyas marcas y reglas son, al fin y al cabo, simples y conocidas. Pero en el contexto de la tutela, del que aquí nos ocupamos, en el de la asistencia social o en el de la psiquiatría en el caso de intervenciones obligatorias, como se planteó en algunos capítulos del libro citado (Battistini, 1990; Soavi, Vianello, 1990; Serra, 1990), la coexistencia de operaciones de ayuda y de otras de control hace difícil a profesionales y pacientes entenderse rápida y cabalmente, y los equívocos —asociados a vivencias de traición— pueden derivar en reacciones de agresividad. Me explicaré mejor con un ejemplo. Si acompañamos al teatro a un niño pequeño, podría descodificar correctamente que algunas señales específicas del contexto definen lo que sucede en escena como perteneciente al contexto de la ficción, de la representación. Estas señales son, por ejemplo, la adquisición de la entrada, la disposición de los asientos en filas que miran hacia el escenario, el telón que se alza en un determinado momento, la oscuridad en la sala y todo lo demás. Gracias a la correcta descodificación de estas señales, el niño no esperará que su padre llame a la policía si un actor dispara a otro con una pistola. El director podría sacar las señales de contexto a propósito, para suscitar en los pequeños espectadores una sensación de extrañeza debida a la confusión entre el plano de la realidad y el del juego escénico. Así, el disparo podría provenir de un actor sentado en la platea que gritara y asustara más al niño, que por un momento no sabría si el gesto tuvo lugar en la vida real o en la ficción. La misma confusión de planos está siempre presente en nuestro trabajo. También debemos tener presente que es precisamente la creatividad con que sepamos ejercerlo (como el director del ejemplo) lo que puede aportar al trabajo mismos resultados imprevistos y satisfactorios.

Se tratará entonces principalmente de no transgredir las normas del contexto: no podemos hacer «como si» condujéramos una psicoterapia cuando en realidad estamos llevando a cabo una investigación. El paciente debe tener bien claro que nuestra

referencia es el juez y que a él le serán remitidos los resultados de nuestro trabajo, es decir, las observaciones que finalmente hagamos. Al mismo tiempo, no debemos regirnos por reglas que pueden ofrecernos seguridad pero quitarnos creatividad, lo que hará sentir al paciente dentro de un engranaje que obtiene datos a través de un interrogatorio ascético y estereotipado. Por ello, tenemos que reflexionar cada vez sobre el contexto en el que encontraremos siempre una nueva situación. Y cuanto más podamos contar con un equipo de colegas en quienes confiar en ese momento de reflexión, mejor podremos afrontar los riesgos de una experiencia que se perfila prometedora. Para presentar un ejemplo que dio buenos resultados, quisiera volver a Marco, el policía que golpeó brutalmente a su hijo Roberto, a quien me referí en el apartado sobre los niveles de negación.

El envío de este caso nos cogió inexpertos —nuestra «especialidad» en el CbM era trabajar en el contexto de evaluación de la recuperabilidad, y la idea de situarnos en un contexto de investigación nos preocupaba—. El requerimiento del juez fue, por otro lado, muy sencillo: el gran hematoma hallado en el vientre de una niña de ocho años, Ivana, ¿era efecto del maltrato o se produjo accidentalmente?

Los pediatras del hospital donde la niña fue ingresada en Urgencias no pudieron determinar las causas. El padre la acompañó a Urgencias tras ser informado por las maestras que vieron el moretón. La niña, afectada por un retraso del lenguaje, además de insuficiencia mental de grado medio —síntomas de una desarmonía evolutiva más amplia y grave—, no dio explicaciones.

El episodio asumió características más preocupantes de las habituales al considerar que dos años antes el hermano mayor de Ivana, Roberto, había sido alejado de la familia por maltrato grave que el padre no reconoció (como tampoco su compañera, madrastra de los niños). Los dos niños fueron entonces entrevistados en un contexto de evaluación de recuperabilidad por un equipo de colegas muy expertos y competentes. La constatación del hecho no dejó lugar a dudas, también por las declaraciones, vacilantes pero suficientes, de Roberto. Al concluir una labor exhaustiva, los resultados obtenidos fueron considerados del todo insatisfactorios: el padre prefirió perder la potestad antes que admitir haber golpeado a su hijo. La madre de los niños se había vuelto ilocalizable ya algunos años antes, y abandonó a los dos hijos en su temprana edad. La abuela paterna, que había criado a Roberto, con el que estaba muy encariñada, no se consideró idónea para ocuparse del niño. Así pues, se le llevó a un centro de primera acogida con la tutela de una pareja sin hijos, que vivía en el mismo pueblo que el padre y que encontraba de vez en cuando al niño por la calle.

Mediante el mismo decreto que sancionó la tutela del primogénito, Ivana fue, en esa época, puesta bajo el control de los servicios sociales, que controlaron la situación a través de contactos con la familia y sobre todo con la escuela, donde la pequeña recibió tutoría de una maestra de apoyo.

En los dos años transcurridos desde el alejamiento de Roberto, las maestras observaron en varias ocasiones señales preocupantes: la niña comía con voracidad y muchas veces cogía la comida del plato de sus compañeros; no jugaba en el patio y no quería quitarse el delantal por miedo a ensuciarse; por lo general, al finalizar las actividades de la tarde no quería volver a casa, y a las maestras, que le decían que debía irse porque todas las luces se apagaban, les respondía que no le importaba.

La compañera del padre, madre de un niño pequeño en edad escolar, Igor, les parecía a las docentes muy fría con la niña (que la llamaba «mamá»). Además, jamás la llamó por su nombre, sino que utilizaba apelativos diversos, como «la rubia» o «ésta». A los ojos de las maestras, la madrastra quería desembarazarse también de esta niña, que no era suya. Los profesionales de neuropsiquiatría infantil tenían una opinión muy diferente, en concreto dos psicólogas. Una de ellas siguió a Ivana en su psicoterapia desde que la pequeña vivía aún con el padre y la abuela, que tenía una pésima relación con esta nieta, a la cual

consideraba discapacitada e insultaba continuamente, poniendo siempre en evidencia su preferencia por Roberto. La llegada de la nueva compañera del padre, Luisa, joven y ya embarazada, marcó una clara mejoría en el estado psíquico de Ivana (y, de hecho, también en Roberto, hasta el episodio que determinó el alejamiento). La otra psicóloga siguió en paralelo a la pareja padre-Luisa, y compartía con su colega una opinión muy positiva respecto de la mujer. La describió como una persona enérgica y voluntariosa. A Marco lo describieron como colérico e impulsivo, aunque colaborador y afectivo.

Así pues, llegaron al juez dos relaciones diametralmente opuestas de los dos «equipos»: el servicio social que presentó la opinión de la escuela consideró cierto el maltrato y propuso un inmediato alejamiento de la niña de la estructura en la que estaba (la misma en la que estuvo Roberto en su momento) y que la acogiera la familia tutora que estaba con Roberto; la neuropsiquiatra infantil negó la hipótesis del maltrato, convencida de que los padres, a estas alturas, tras haber establecido con ellos una relación de confianza y colaboración, ya no negarían una posible pérdida de control. Además, las psicólogas, que formularon para la niña un diagnóstico de prepsicosis, alertaron de que un cambio de figuras de referencia pondría, a su juicio, en riesgo a la niña, comprometiendo definitivamente su evolución. El juez no supo con qué informe quedarse, así que pidió una tercera opinión: la nuestra. El contexto fue arduo porque, a diferencia de lo que acaeció en su momento con Roberto, esta vez había también una denuncia penal contra los padres.

Nuestro equipo discutió largamente cómo tratar la situación: no vimos ningún incentivo que pudiera inducir a los padres a colaborar con la investigación, si realmente debían ser considerados culpables del maltrato. La niña no hablaba y no existían otros testimonios que pudieran hablar en su lugar, por lo que se corría el peligro de una condena penal; el mantenimiento del alejamiento de Ivana por parte del Tribunal de Menores sería más concreto en caso de admisión. Por ello, esperamos una negación firme, tanto si los padres eran inocentes como si no. ¿Qué debíamos hacer? Después de muchas discusiones, que tuvieron en cuenta todos y cada uno de los aspectos de la cuestión, decidimos partir de aquello que ya se había comprobado, es decir, el maltrato de Roberto. Explicamos a los padres que hasta que no dejaran de obstinarse en negar lo que el juez y los servicios asistenciales (incluidos nosotros mismos) consideramos seguro, su palabra sobre lo sucedido con Ivana no sería creída. En segundo lugar, enfrentamos al padre con la imagen de sí mismo que había dado a su hijo: la de un padre que ciertamente lo quiso, cuya presencia no se extinguió por el maltrato, pero que prefirió abandonarlo y acusarlo de mentir antes que reconocer su error. Quizá se adhiriera a una propuesta que apuntaba a ayudarlo, a transformar la percepción que su hijo tenía de él y el recuerdo que le dejó y le dejará.

Quisiera comentar brevemente el sentido del contexto así construido. El primer aspecto —la elección de partir reexaminando todo lo que dos años atrás le sucedió a Roberto— se propone encontrar un incentivo positivo para que el padre crea más conveniente colaborar: sólo si reconocía que mintió aquella vez, cuando no le creyeron, podría abrigar la esperanza de que su palabra se tuviera ahora en cuenta. El segundo aspecto apunta a la paternidad de Marco: ¿en serio le resultaba indiferente lo que le ocurría a su hijo, que estaba vivo y sano a pocos metros de su casa, y lo que pudiera pensar de él como padre? Esta afirmación —la de restaurar la vivencia que su hijo tuviera de él— puede ser muy poderosa, más aún por la importancia que tenía a sus ojos la opinión que pudieran hacerse de él una serie de extraños (juez o profesionales). Y puede funcionar aun sin necesidad de que el trabajo lleve a una reintegración de la potestad. Por ello, encuentro falta de sentido la diatriba de si puede considerarse un «verdadero» cambio el que se produjo en el padre para recuperar a su hijo: todos los pacientes que inician una psicoterapia y están dispuestos, aun con resistencias, a hacer algunos cambios, lo hacen

para obtener algo. No veo por qué debe ser más aceptable el deseo de liberarse de un síntoma fastidioso y limitante, o el de establecer relaciones más satisfactorias con el otro sexo, que el de recuperar a un hijo alejado, gracias a un proceso de revisión de los propios errores en la construcción de la relación con él y de reparación de los daños provocados.

Puesta a prueba en un encuentro con Luisa y Marco, la estrategia ideada por el equipo mostró que efectivamente funcionaba. Poco a poco, entre múltiples vacilaciones, un paso adelante y dos atrás, Marco superó la negación, como ya vimos en el apartado sobre este argumento. Empezó a reconocer, si bien de manera parcial y minimizada, los hechos, aunque todavía atribuía la responsabilidad a la desobediencia del hijo, hasta que en la segunda sesión llegó a un reconocimiento mayor.

En la segunda parte del este libro —dedicada al trabajo en la fase de evaluación de la recuperabilidad— veremos mejor cómo, una vez superada la negación, se llega también, gracias a la restitución de un sentido más completo, al acto de maltrato, en comparación con el solo juicio moral, sentido que hace menos difícil su admisión. Esto no significa justificar el comportamiento maltratador, sino hacerlo comprensible a los ojos mismos de quien lo cometió, de manera que pueda integrarlo mejor en la imagen que tiene de sí mismo. No se trata, por lo tanto, en absoluto, de asociarse a la grotesca tendencia que tuvo su auge hace algún tiempo en Estados Unidos denominada «*abuse, excuse*», por la cual la persona que era descubierta, supongamos, robando en un gran supermercado, se defendía diciendo: «Es cierto, pero es que yo de pequeña sufrí abusos».

A fin de cuentas, no debemos descubrir en el triste pasado del padre violento o abusador una razón (que si quisiéramos, encontraríamos) que lo autorice a maltratar a los hijos, sino más bien ponerlo en contacto con su propio sufrimiento de niño, de manera que pueda finalmente empatizar con aquel sufrimiento que él mismo inflige a sus propios hijos. Únicamente así podrá interrumpirse —en la medida en que logre dicha empatía— la cadena de la repetición.

En el caso de Marco, su historia infantil reconstruida en las primeras dos sesiones lo mostró como el único de una numerosa prole que fue al colegio. Su padre, muy severo, policía, castigaba al niño, que faltaba a la escuela, con la complicidad de la madre, para correr a divertirse por el campo. El trabajo de transformación de sentido consistió, principalmente, en el intento de reequilibrar las imágenes cristalizadas que Marco tenía de sus padres. En extremos opuestos, veía al padre como un ser demoníaco y, mediante una idealización, consideraba a la madre buena y protectora, evidenciando de qué modo la complicidad de ésta descalificaba la autoridad del marido, lo que provocaba que se desencadenase la cólera del padre contra el mismo Marco. No fue difícil en esos momentos para el hombre (segundo paso de reconstrucción de sentido) reconocer que un mecanismo similar había funcionado entre él, Luisa, Roberto y la abuela. La actitud de ésta, más bien hostil hacia la joven nuera que rechazó reconocer su supremacía, funcionó como instigación hacia Roberto («Ya no te querrán cuando nazca tu hermano, y te mandarán al colegio»), lo que lo volvió, a su vez, más hostil contra Luisa y más provocador y desobediente. El círculo se cerró con la pérdida de control de Marco, quien, incapaz de arreglárselas frente a las crecientes responsabilidades de una vida familiar, con dos hijos más bien problemáticos por varias razones (ambos padecían enuresis), un recién nacido, una compañera

sobrecargada, nerviosa y exigente, y una madre invasiva y manipuladora, descargó su furia sobre el niño (tercer paso de dotación de sentido).

Cuando el paciente llegó a admitir completamente su comportamiento de maltrato, estuvo en condiciones de volver a ver a su hijo sin que éste quedara expuesto a las presiones de sus negaciones o a su chantaje afectivo, a una renovada experiencia de victimización.

El trabajo de preparación con los niños

Sin embargo, antes de llegar al encuentro entre el padre y Roberto, para que Marco pudiera finalmente reconocer, no ante el psicólogo, sino ante su hijo la gravedad de lo que hizo, fue necesario preparar al niño. La misma exigencia la tuvimos con la niña, cuyos contactos con los padres no habían sido aún retomados después del alejamiento: fue necesario verla también a ella y prepararla para realizar una sesión conjunta. En estas situaciones, el *primer acto* que hay que llevar a cabo, y que no es una mera formalidad, es *la presentación del profesional al niño*, que en el caso de la investigación psicológica que comentamos se trataba del psicólogo. Personalmente considero absolutamente necesario que haga esta presentación alguien a quien el menor conozca bien y sea afectivamente importante para él.

Obviamente, lo mejor sería que la hiciese el mismo padre, como en el caso de Pedro y Daniela, quienes llevaron personalmente a Salvador a la visita con mi colega. Si esto no es posible, será necesario encontrar a alguien que pueda representar al padre a los ojos del niño.

El terapeuta no es autorreferencial, no puede acreditarse por sí mismo como una buena persona que quiere al niño. Se supone que el pequeño fue instruido —esperemos— para no confiar en los desconocidos que le ofrezcan caramelos, por lo que no podremos hacer como la bruja que invita a Hansel y Gretel a su casita de chocolate. Por eso debemos ser presentados al niño por personas en las que él confíe, y serlo como profesionales que trabajarán para él, es decir, que ayudarán al juez de los niños a entender dónde es mejor que viva y con quién.

Un *segundo* y más crucial aspecto desde el que iniciar el trabajo con los niños es *la explicación del contexto* en el que nos encontramos, acto que reviste una gran importancia y que, en cambio, suele ser desatendido. A veces, explicar el contexto, si está caracterizado por la presencia de un fuerte elemento de protección como el alejamiento, consiste en explicar a los niños el significado de los acontecimientos que les conciernen, que tienen un curso catastrófico y generalmente incomprensible para ellos. Me refiero, por ejemplo, a la interrupción de las relaciones con las personas de referencia: sus padres, maltratadores y descuidados, pero no por ello menos amados; la pérdida brusca e imprevista de todo lo que le era familiar y que para un niño constituye su mundo (la casa,

los juegos, el perro, el patio, los amigos, la escuela...).

Generalmente, en el CbM, para ayudar a dar estas explicaciones, indispensables pero nada accesibles, recurrimos a un libro con ilustraciones (Gabbana, 1989), ideado por la psicóloga fundadora de nuestra comunidad y que la dirigió durante muchos años, el cual tiene justamente el objetivo de ilustrar a los niños el contexto de la tutela. Los dibujos muestran, al principio, una situación de crisis familiar, con peleas entre los padres, desocupación, golpes, casa en desorden y deteriorada, y sobre todo niños asustados, llorosos, con moretones, inquietos y destructivos. El lenguaje gráfico utilizado permite mostrar todo esto de manera natural, con pocos y sencillos detalles, sin la truculencia con que suenan las palabras escritas. El libro ilustra también la puesta en marcha de un mecanismo de tutela eficaz y eficiente. Sus personajes son los denunciante: maestros, vecinos...; las personas que protegen: asistente social, representantes de las fuerzas del orden, jueces...; los educadores que acogen a los pequeños en un centro, junto a otros niños; el psicólogo que busca entender qué ha sucedido y qué se puede hacer hablando con los niños, la madre, el padre y la abuela. Finalmente se muestran las visitas en un centro, las reinserciones de prueba en una casa limpia y ordenada, y el juez que toma la decisión definitiva. Los niños suelen seguir con mucha atención las explicaciones, ilustradas con la historia de un niño y de una niña, maltratados y descuidados, cuyos padres, ayudados por otras personas, logran resolver sus problemas de manera que los hijos regresan a casa. Identificándose con los personajes, subrayan rápidamente las diferencias que notan entre las vicisitudes de éstos y las propias, expresan sus deseos y sus temores, y comentan los comportamientos de sus familiares. A veces, cuando usamos este recurso, los familiares están presentes y no es raro que acepten lo que sus hijos expresan sin desmentirles, a pesar de que puedan diferir de sus propias versiones manifestadas anteriormente. Además, también ellos, escuchando las explicaciones adaptadas a los niños, se orientan mejor en el itinerario de la intervención. Al acabar suelen manifestar un evidente alivio al ver que mostramos a sus niños una historia que «va a terminar bien», en el sentido de que los niños regresan a casa.

Gracias a este instrumento, y también a explicaciones simples pero completas y claras, nuestros pequeños pacientes entienden muy bien y rápidamente el contexto en el que se encuentran, por ejemplo, el de la fase de investigación, cuyo objeto es proporcionar al juez indicios para decidir cuál será la mejor solución para ellos.

El *tercer elemento* que quisiera discutir, y sobre el cual volveremos con más detalle más adelante, es *el formato* con el que recibir a los niños. Mi formación de terapeuta familiar me lleva a considerar como último recurso la entrevista individual del niño, y acepto como mucho más favorable las formaciones más amplias, en particular la sesión conjunta padres-hijo (o de un padre por sesión, en el caso de las parejas separadas, cada uno con el niño, y no sólo la madre, como suele suceder).

A veces, sin embargo, las razones de oportunidad relacionadas con el contexto impiden recibir directamente a víctima y agresor. Ésta es la norma en los casos de abuso sexual, donde la reunión de la víctima y del abusador está prohibida por razones judiciales concretas y por las exigencias de las investigaciones penales. Al mismo tiempo, esta prohibición respeta las exigencias psicológicas de la víctima. De hecho, también desde el punto de vista clínico, enfrentar al niño con su agresor sería un error enorme. La falta de una admisión completa por parte del abusador expondría al menor a una presión psicológica para que se retractara del todo o en parte de sus propias declaraciones, y el encuentro significaría un nuevo episodio de violencia.

En un artículo de Ghezzi (1998) se incluyeron las advertencias que deben tenerse presentes para no transformar los formatos de convocatoria en una agresión involuntaria al menor. Pero aun en casos distintos del abuso sexual, como en éste concreto, en el que también estaba sobre la mesa un maltrato físico, podría ser necesario preparar al niño para el encuentro con el padre agresor, recibiéndolo por separado. En estos casos opto, al menos en primera instancia, *por el formato de la fratría*, si existe. Este formato tiene la ventaja de hacer compartir a los hermanos las posibles reflexiones sobre aspectos de semejanza y diferencia de sus historias (a veces dramáticas por distintas medidas de intervenciones de protección que los separaron como a Roberto e Ivana, cuando el juez se limitaba a alejar sólo al «chivo expiatorio», asumiendo una lógica muy discutible), y en segundo lugar, el de no obligar a un pequeño a enfrentarse solo a una persona mayor, siempre temible por muy bien intencionada que pueda ser.

El *cuarto y último apunte* al que deseo referirme es la *elección del profesional* que trabajará con el niño a solas: considero muy contraproducente la praxis, ampliamente difundida, de nombrar para esta tarea a un psicólogo distinto del que trabajará con los padres (o peor aún, de dividir por profesiones, dejando a los padres el asistente social, y a los niños el psicólogo, incluso cuando hay más de un menor, «reclutando» a otros psicólogos de los servicios cercanos, para que cada niño sea atendido por «su» psicólogo personal). Lo que intentamos hacer, en el contexto de la investigación en el que nos encontramos, es formarnos un cuadro lo más completo y definido posible de cómo funcionan las cosas para este niño y para su familia. Este cuadro no se construye como un rompecabezas en el que cada uno coloca su pieza para recomponer el todo. Es el experto quien debe responder al tribunal, y por eso intentará entrar en el cuadro, encontrar estrategias, en buena medida intuitivas e inconscientes, para retirar el velo que cubre el cuadro mismo. Hará preguntas al niño mientras observa atentamente lo que responde el padre en su lugar. Deberá recoger las miradas, los gestos y las actitudes no verbales que se den entre las personas. También deberá intentar percibir los sentimientos que circulen entre ellas, como miedo, rabia, dolor, complicidad o sometimiento... Y, si conviene, optar por disolver la unidad familiar para entrevistar a los miembros

individualmente, incluido el niño.

Lo mejor es que pueda hacer todo esto la misma persona, con la asistencia de su equipo, que dirigirá las reuniones, por ejemplo, psicólogo y asistente social juntos, o utilizando el espejo unidireccional del que muchos servicios disponen, pero que a menudo va a parar al fondo de un armario por falta de uso, o los micrófonos, que ya no funcionan.

Sólo entrevistando a todos los miembros de una familia podrá referirse a lo dicho y escuchar los comentarios y las versiones de cada uno, que se entrecruzan, se integran y contradicen. Únicamente así podrá replantear una hipótesis de nuevos formatos, ver cómo el cuadro toma forma bajo sus ojos en un cúmulo de reacciones del uno ante el otro. Podrá recoger piezas que no coinciden, incongruentes, pero también recursos: los atisbos de verdad entre las mentiras.

Volviendo a Roberto e Ivana, ambos fueron convocados juntos. Recordemos que no se veían desde hacía más de dos años. Mientras que la niña llegó del centro, acompañada por su educadora de referencia, Roberto estaba con sus tutores. Los dos hermanos se saludaron aparentemente sin emoción. Tras la presentación, se quedaron solos conmigo como si nada. Roberto estaba evidentemente al corriente de los hechos y visiblemente preocupado por la suerte de Ivana.

Extraje nuestro libro, cuyo título, *Podría haber sucedido así*, aludía a mi deseo de entender cómo había sido en su caso. Cuando entendió que el juez quería saber, a través nuestro, cuál era el mejor proyecto para ellos dos, Roberto afirmó, sonriente, pero decidido: «Yo a casa no quiero volver más». Era un niño muy dulce y cautivador, más bien inmaduro para su edad (casi 12 años), pero curioso y dispuesto. Cuando se animó, pidió noticias a su hermana sobre Igor, el hermano que dejó de ver cuando era un recién nacido y que ya iba a preescolar. Quería saber cuánto había crecido. Ivana se distraía más fácilmente, absorta en sus pensamientos, suscitados por las figuras del libro. Ella lo hojeaba por su cuenta y me hacía preguntas sobre lo que le había sucedido a la niña del libro. En cierto momento dijo: «¡Yo también me caí de las escaleras!», e indicó con sus manos el gesto de rodar.

Comenté con el hermano que, después de comprobar que su deseo era permanecer definitivamente con sus tutores, podía ser interesante para el juez saber si sería bueno para él mantener o no una relación con su padre y con Luisa (a quien él, a diferencia de Ivana, no llamaba «mamá»). A esto Roberto respondió sin vacilar: «Mi relación con papá era buena, pero con Luisa no». «Pero cuando te alejaron, ¿no dijiste que era tu padre el que te pegaba?», le pregunté, sorprendido. «Sí, pero ella también hizo mal, contándole a mi padre lo que yo hacía para que me castigara». «Ah, entonces no era ella la que te pegaba, pero hacía que tu padre te pegara». «Sí, y con un palo». Quedó así aclarado, con mucha naturalidad, un punto muy importante.

A estas alturas, podemos introducir sintéticamente el contenido de las sesiones con los padres: «Escucha, Roberto, papá y Luisa me han contado que tú estabas muy encariñado con tu abuela. ¿Es cierto?» «Sí, es cierto». «Y ahora, ¿la sigues viendo?». «No, ahora no puedo» (en efecto, los servicios no organizaron encuentros entre la abuela, que lo pidió insistentemente, y su nieto). «¿Y la quieres ver?». «Sí». «¿Y tú, Ivana? ¿Ves a la abuelita?». «No» «¿Y te gustaría verla?». «No». «¿Por qué no?». Intervino el hermano, estupefacto. «Mira, Roberto, me parece que lo que sucede es que tú eras el preferido de la abuela más que de Luisa, y la abuela te quería más a ti que a Ivana. ¿Es así?». «Sí, puede ser». «Ivana, en cambio, era más la preferida de Luisa que de la abuela. Por ejemplo, ella la llama “mamá”, y tú no. Ella no quiere ver a la abuela y tú sí. Parecís dos hermanos criados en dos familias distintas, ¿no crees?». Roberto asintió.

«Ahora, en este punto, la abuela y Luisa no se llevan bien. Tal vez por eso, igual que ellas se han vuelto enemigas, tampoco tú y Luisa os lleváis bien, porque tú estabas de parte de la abuela. A Ivana esto no le ha sucedido, porque cuando Luisa llegó a casa, Ivana era muy pequeña, ya no se acordaba de su madre. Ivana,

¿cuántos años tenías cuando llegó Luisa?». La niña no supo responder; dijo «ocho», que era su edad actual, y Roberto se burló de ella. Pero la hermana añadió: «Cuando Luisa llegó a casa, estaba embarazada». Y enseguida contó que una niña del centro iría pronto de vacaciones con sus padres (se acercaba el verano). Comenté que tal vez quería decirme que también a ella le gustaría ir de vacaciones con sus padres. La niña dijo que sí con entusiasmo. «¿Con Luisa?», intervino de nuevo Roberto, todavía más sorprendido, y añadió: «¡No me parece muy buena idea!».

Llegó el momento de mostrar el argumento por sospecha de maltrato. Pregunté a Ivana si había entendido por qué había sido alejada y negó con la cabeza. Le expliqué que cuando las maestras descubrieron aquella marca en su barriga se preocuparon mucho y se lo contaron al juez, y éste temió que el padre pudiera haberla pegado. Ella empezó a contar, más bien confusamente, cuando la llevaron a Urgencias. Roberto, muy atento, intervino: «¿Quién te acompañó?». «Papá». «Ah, primero te pega y después te acompaña al hospital», comentó, sarcástico, el hermano. «No lo has entendido», respondió, paciente, la niña, y retomó su relato diciendo que el padre «por la tarde se quedó en casa y faltó al trabajo para llevarme a Urgencias». «¿Pero entonces quién te pegó?», preguntó, impaciente, el hermano. Y ella respondió con voz chillona: «¡Nadie!».

«Y entonces, ¿por qué tenías esas marcas?», insistió Roberto. «¿Qué marcas?», preguntó ella, desorientada. «Esas marcas que te ha dicho él», dijo señalándome. La pequeña enmudeció y ni siquiera yo, intentándolo con paciencia, conseguí una respuesta.

A esta sesión, muy interesante y emocionante, siguió el encuentro entre Ivana y los padres: tanto ellos como nosotros consideramos oportuno que volvieran a encontrarse con los niños por separado con cada uno de ellos. Cuando la pequeña entró en la habitación donde estaban los padres y yo esperándola, no hubo besos ni abrazos. La niña se sentó en la única silla libre, al lado de Luisa, quien le preguntó si había engordado (hacia dos meses que no se veían y la niña estaba muy delgada). El tono que empleó para dirigirse a ella era de broma pero cálido. Ivana estaba sentada en el borde de su silla, incómoda, y esbozó algunas respuestas sobre cuánto podía pesar, del todo irreales.

La invité entonces a dejar que la mamá la sentara sobre su falda y comprobara si había engordado. Ivana, tímidamente, se levantó. La madre abrió los brazos y la pequeña se sentó sobre su falda, pero los brazos de la mamá no la abrazaron.

La señora le dio una pequeña palmada cariñosa y dijo: «Me parece que has llegado a 22 kilos». Volví a invitar a Ivana a que se sentara con el padre para ver cuánto había aumentado de peso. La niña se dirigió obediente hacia los brazos del padre, que la levantó en alto y la volvió a dejar pidiéndole en voz baja un beso.

Ella se lo dio y regresó a su silla sin decir nada (sin ser invitada a hacerlo, y sin que ninguno de los padres intentara retenerla consigo).

Considero que la transcripción de las dos sesiones muestra sin necesidad de comentarios cuán significativas fueron para la investigación. Quisiera simplemente llamar una vez más la atención del lector sobre la necesidad de no limitarse a registrar pasivamente lo que se sucede, sino a poner en funcionamiento, a lo largo de las sesiones, intervenciones activas, dirigidas a estimular el comportamiento *deseado*, y registrar si los padres logran llevarlo a cabo. De hecho, el profesional que debe controlar cómo van las cosas en una familia no es un entomólogo que observa cómo un insecto se debate inútilmente dentro de un frasco de vidrio bien tapado, sino un observador participante, como hemos dicho y repetido en *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*.¹³ Esto significa que invitar a Ivana a sentarse sobre la falda de Luisa y del padre nos permitió ver los problemas: la madre que no abrazó a la niña y que la llamó «ésta», como habían comentado las maestras, y la toma de distancia de la pequeña respecto a los dos adultos y su contacto con ellos, tan

falto de espontaneidad. Junto con estos problemas, también surgieron algunos recursos: en la madre que, de todos modos, abrió los brazos; en el padre, que pidió tímidamente y en voz baja un beso, y en la niña, que no se puso rígida con el contacto físico, aunque permaneció inhibida y bloqueada.

Observemos ahora el entorno diferente de la siguiente sesión. Se trataba del encuentro entre Marco y el padre, que tuvo lugar esa misma mañana, tras una breve pausa. Roberto, a mis comentarios iniciales para romper el hielo, contestó estar tranquilo. Le dije que su hermana estaba agitada, tanto que desde hacía unos días se hacía pis en la cama. «Yo no, ya no lo hago», respondió, orgulloso. Estábamos aquí para escuchar lo que el padre tenía que decirle, y lo que él quisiera decir a su padre. «Yo nada», aclaró el niño. Bien, no le tocaba hablar a él; era su turno de escuchar. Marco dio un gran suspiro, giró la silla hacia su hijo y le tomó una mano (Roberto se dejó hacer) y, luego, con la cabeza ligeramente inclinada, le dijo: «Antes que nada, tú debes saber..., tú debes saber que con todo lo que ha pasado tú siempre serás mi hijo y yo siempre te he querido». Aquí la voz se agravó (recordemos que en los tribunales renunció al niño). Agachó aún más la cabeza y estalló en un llanto incontenible. Roberto callaba y me miraba, sin retirar la mano de la de su padre. También mi emoción era fuerte. Después, el niño esbozó una sonrisa y se encogió de hombros a la espera de una sugerencia. Le indiqué que si quería podía tratar de consolarlo. No hubo ninguna reacción evidente, justamente porque no le correspondía a él consolar al padre. Agregué, entonces: «¿Es difícil?». Y Roberto, en voz baja, dijo: «Creo que es difícil». Por el jardín pasó un niño y espío por la ventana: los tres levantamos la vista, aliviados por esta ruptura de la tensión, y yo cerré la ventana. El padre se recompuso, se secó las lágrimas y volvió a empezar: «Yo siempre te quise, pero en aquellos momentos, con los problemas de dinero que teníamos, algunas veces, tal vez... No, tal vez no. Sé que me equivoqué. Hubiera sido mejor que te hubiese hablado; en cambio, te pegué, y te dejé marcas. Se lo he dicho también a él, que me equivoqué». Le invité a explicar mejor los problemas que había entonces en casa, que no eran sólo económicos, y Marco enseguida añadió: «Sí, también teníamos problemas con la abuela. Está bien que la quieras. Pero con nosotros también se equivocó, como cuando yo era pequeño y me enfrentó a mi padre, e hizo lo mismo contigo, poniéndote en contra de nosotros. Ella te decía que cuando naciese Igor ya no te queríamos, ¿verdad?».

El tema del perdón

Esta sesión padre-hijo tuvo un impacto muy grande en mí y en mis colegas situados detrás del espejo, y provocó una gran conmoción cuando presenté este fragmento de vídeo en los encuentros de formación. Transcrita, con la mente más fría, muestra, sin embargo, los límites que persisten en el reconocimiento de Marco, que no logró refrenarse del intento, ciertamente no estudiado, sino natural, de suscitar la compasión

del niño y del psicólogo, en lugar de entrar en sintonía con el sufrimiento del niño en la época del maltrato, y con su disgusto e incomodidad todavía presentes. Además, no se nos escapa el rápido cambio que hizo de la responsabilidad sobre su madre, al menos en parte. En efecto, dijo: «También *ella* se equivocó», aunque fue muy apreciable su esfuerzo por salvar de todos modos la relación de afiliación que Roberto tuvo con su abuela. Considero importante en nuestro trabajo aprender a contentarse también con resultados parciales, de vaso medio lleno. Espero que de esta sesión Roberto se llevara a casa algo más, distinto de lo que le quedaba cada vez que el padre permanecía inquebrantable y en su defensa de negación, acusándole de mentiroso. En efecto, sus tutores mostraron la satisfacción y comentaron la serenidad del niño, que al día siguiente hizo los exámenes finales de educación primaria con un estado de ánimo absolutamente tranquilo.

Un punto delicado que suscita un encuentro de estas características es el del *perdón*.

Algunos terapeutas que se ocupan del asunto han adoptado una posición muy tajante contra la ideología del perdón, como Malacrea (1998), quien alertó contra el «perdonismo», o Barudy (1997), quien subraya cómo la terapia debe permitir a la víctima la expresión de su odio y su resentimiento, y especialmente contra el abusador, después contra el padre que no le supo proteger, después contra los otros miembros de la familia que no fueron víctimas como ella, y finalmente contra la sociedad y la justicia, sobre todo cuando ésta, a falta de pruebas, no persiguió al agresor o no creyó en su palabra. Por el contrario, otros han dado gran importancia a este momento catártico en que el abusador pide perdón a su víctima: recuerdo la presentación de un vídeo de Bentovim (1988), con un padre y una hija que había sufrido abusos por él, que me impresionó mucho. Barudy (1997, págs. 234-236), en lugar de «perdón», utilizó el término «exoneración», que indica el acto de dispensar al culpable de las consecuencias de su gesto, sin que esto implique que sea perdonado. Mantenía que se trata de un derecho que la víctima puede ejercer si su padre abusador (o golpeador o negligente) reconoce sus errores y acepta la responsabilidad de sus actos y de los daños que provocó. Añadió que hacer emerger el sentimiento de «exoneración» supone una ayuda importante para que la víctima supere el odio y el deseo de venganza que la mantienen atada al abusador. Exonerar —concluyó Barudy— comporta tomar distancia del agresor y de la agresión, que pierden sentido respecto del proyecto existencial de la víctima. Malacrea (1998) se expresó más o menos del mismo modo: si es incongruente imponer la opción de «demonización» o de «perdonismo», es igualmente peligroso pensar que se pueda convivir mucho tiempo con vivencias ambivalentes sin ser devastado o deteriorado gravemente por ellas. Mugnier (2004), a propósito de la joven víctima que recibió del padre abusador la confesión y emitió el sincero perdón, puso de relieve la imposibilidad de que el niño se dé cuenta de las consecuencias nefastas que el abuso puede acarrear en

el desarrollo futuro. Así pues, ¿cómo podría hoy perdonar un daño padecido ayer, cuyos efectos aún ignora y que, presumiblemente, se revelarán mañana?

Sin entrar en este debate, prefiero limitarme a sugerir que la admisión de la culpa por parte del abusador tiene de todos modos el valor nada despreciable de restablecer la justicia a los ojos de la pequeña víctima —y el deseo de justicia es un sentimiento muy fuerte en los niños—, y la presencia de un testigo hace de este paso un hecho más significativo (Marco dijo: «Se lo he dicho también a él»). Considero que el niño sale fortalecido de una vivencia de este tipo, ya sea porque finalmente consiguió que su verdad fuera reconocida por su padre, el cual cuenta más que el terapeuta (que ya le creía), ya sea porque el abusador mostró su arrepentimiento. Éste, por su parte, sale aliviado por haberse desprendido de un peso de mentiras y deformaciones de la realidad y, además, tal vez parcialmente aliviado en sus sentimientos de culpa gracias al momento catártico de la confesión. Finalmente, es probable que también se sienta fortalecido por haber sabido superar el tremendo sentimiento de vergüenza que le condenaba al silencio.

No sabría decir si entre el hijo y el padre puede intervenir también el perdón, al menos en algunos casos. Pero está claro que este paso debe ser fruto de una decisión absolutamente libre y personal, y con conocimiento de causa por una persona ya madura. De ningún modo el terapeuta debe empujar a la víctima a perdonar (como hice con mi torpe invitación a Roberto a consolar al padre, que expresaba ciertamente la necesidad de aligerar *mi* tensión, no la del niño). Puedo mencionar el caso de una víctima de abuso sexual que seguí durante mucho tiempo, ya adulta. Ella buscó a su padre, al que no veía desde hacía años, para hacerle ver cómo había conseguido transformar su trauma y conseguir «algo precioso para ella y para los demás», según sus propias palabras. Ella esperaba que su padre no se limitara a la conciencia de haber pasado su pena, sino que buscara también algo bueno que hacer en su vida. Esta joven es un gran ejemplo de resiliencia, la capacidad de algunas personas de no sucumbir a los golpes recibidos en la vida, sino de superarse y seguir adelante con coraje y serenidad. Sus palabras parecen hacerse eco del título de un libro de Cyrulnik (1999): *La maravilla del dolor*. Naturalmente, sería interesante examinar cuáles son los factores que han permitido este éxito de resiliencia. Como decía Di Blasio (2004), los factores de resiliencia corresponden sustancialmente a los factores protectores: en este caso concreto, había varios, algunos derivados de rasgos personales, otros que se conectaban a la intervención de los servicios de la que la paciente y su familia se beneficiaron. Pero, sin lugar a dudas, el primero de todos fue contar con una adecuada tutela de la madre, decidida, inmediata y eficaz.

Ahora quiero contar otro caso que me impresionó mucho, porque el protagonista no es un adulto, como en este último, sino un niño.

Fue una situación que tuve que supervisar para una colega joven, bien preparada, que tenía en terapia a una niña que sufrió abusos del padre, el cual se fue a vivir a una ciudad lejana tras separarse de su mujer. El

abuso (que era cierto sólo en la convicción clínica de la terapeuta) tuvo lugar durante una visita de la pequeña al padre. A la denuncia de la madre siguieron la investigación y un seguimiento realizado en la ciudad de residencia del padre, en el que el asistente del juez (que fue la persona que formuló a la menor las preguntas indicadas por el magistrado) era desconocido por la niña. Ésta proporcionó un testimonio nada convincente y el padre fue absuelto. Un año después surgieron nuevos indicios que condujeron a la reapertura de la investigación: en el nuevo incidente probatorio, que esta vez se desarrolló en la ciudad de residencia de la niña, fue su psicóloga quien le hizo las preguntas que el procurador sustituto ordenó. La colega me consultó entonces sobre cómo adoptar este difícil rol, y trajo consigo un dibujo que había hecho la niña de ocho años en la sesión anterior. El dibujo representaba el mar, en el que se veía una enorme nave de guerra, con muchos cañones que apuntaban hacia una minúscula barquita en la que estaba remando un hombrecito: el padre. Seguidamente, la colega me contó que el día del incidente, la niña, antes de entrar en la sala, le dijo mirándole a los ojos: «No diré nada». La desilusión de mi colega fue grande, tanto como su preocupación por la escasa tutela de la que la niña se beneficiaría en el futuro. Tal vez esta niña desarrolló algún tipo de autonomía y fortaleza, por lo que decidió no ensañarse con el padre.

Los resultados de la investigación de los protagonistas

Los resultados de nuestras comprobaciones naturalmente deben comunicarse al juez, para que pueda llevar a cabo las indicaciones necesarias para la tutela del menor. El caso de Pedro, Daniela y Salvador nos mostró que la colega, al atribuir también a los padres el éxito del examen psicodiagnóstico de su niño, obtuvo un gesto por parte de ellos que era prácticamente impensable, y creo que este intento debe realizarse tantas veces como sea posible.

Veamos cómo finalizó nuestra investigación sobre Ivana.

El contraste entre la intensa emoción presente en el encuentro de Roberto y su padre, frente a la actitud algo impasible que observamos en la sesión, aquella misma mañana, entre la niña y los padres, nos condujo a reflexionar sobre todo ello. También se tuvieron en cuenta las comunicaciones de la pequeña con su hermano («¿Pero entonces quién te pegó?». «¡Nadie!». «Y entonces, ¿por qué tenías esas marcas?» [Silencio]).

Sobre todo impactó la dureza y la actitud poco accesible de Luisa, que nos recordó la explicación formulada por las maestras, en concreto al hecho de que esta mujer fuera para Ivana no una mamá, sino una madrastra. Decidimos entonces trabajar sobre todo con ella. Recurrimos a tres formatos de sesión que nos habían sido de gran utilidad. En primer lugar vimos a la señora con su madre; después con los dos niños más pequeños, Ivana e Igor (su único hijo biológico), y finalmente con Ivana y la educadora de referencia.

La madre de Luisa, una viuda todavía joven y enérgica, enfermera profesional, habló sobre los diferentes caracteres de sus dos hijos: la mujer, desde siempre, despierta, autónoma, decidida a hacer lo que quería, y el varón, más joven, muy apegado a la madre, inseguro, ansioso, que todavía vivía con ella a pesar de haber superado ampliamente la treintena, sin una vida sentimental definida. Luisa dijo que la culpa de los defectos del hermano era de la madre, que siempre le había sobreprotegido y mimado, mientras que a ella le tocó ayudar y responsabilizarse incluso de él. Ella no quería cometer el mismo error con sus hijos, y arruinarles la vida atendiéndolos en exceso.

La sesión entre Luisa y los dos niños puso fin a la fábula de la madrastra: la señora llegó de su casa con su hijo y se encontró con Ivana, que ya estaba con nosotros. Trajo la misma merienda para ambos, y con los dos fue brusca y poco extrovertida, aunque organizada y competente en el plano pedagógico (en un encuentro que incluyó al padre, fue él quien mostró claras preferencias por el varón, de cuya actitud estaba orgulloso y la consideraba un signo de virilidad, de manera que no le reñía cuando se mostraba prepotente

con la hermana).

Fue asombrosa una respuesta de Ivana en la bellísima sesión con Luisa y la educadora, una joven muy afectuosa y sensible, con rasgos étnicos asiáticos que la identificaban como hija adoptiva. La reunión se desarrolló en torno al tema de la capacidad de expresar los sentimientos y la reticencia a hacerlo, sobre ser extrovertidos o reservados: cuando pregunté a la pequeña cómo es que, según ella, su educadora y su mamá eran tan diferentes en este aspecto, me respondió sin dudar: «¡Porque han tenido dos mamás distintas!».

Tras recopilar e integrar nuestro material, confrontándolo con los colegas de la red, y en particular con la pediatra de cabecera, concluimos así nuestra investigación: Ivana sufría un maltrato más psicológico que físico debido al carácter violento y falto de control del padre, que le daba miedo (asustaba incluso a los profesionales, en particular a las maestras, que no le contradecían respecto a sus preocupaciones por la hija), y a la frialdad y distancia de la madre. Si a Igor, que había podido crecer sin rupturas ni pérdidas, una madre brusca pero presente, distante pero capaz, podía bastarle, Ivana, que perdió a su madre (quien pasaba el tiempo recostada en un sofá con la pequeña en brazos, jugando con los rulos, y que después la abandonó), que no encontró un sustituto materno en la abuela, la cual la rechazó y maltrató, necesitaría encontrar en Luisa una nueva madre no sólo competente (que la hizo animarse cuando llegó a casa, proporcionando una estructura de contención a su existencia), sino también cálida. Formulamos la hipótesis, sostenida por una serie de indicios, de que la niña se hubiera hecho daño sola, probablemente bajando boca abajo del tobogán, lo cual se le había prohibido, porque era peligroso, y no tuvo el coraje de confesarlo porque temía ser reprendida o castigada de modo excesivo e inapropiado por los padres, en vez de ser consolada y calmada. Sugerimos demostrar esta hipótesis, es decir, que la pequeña tuviera la necesidad de beneficiarse de una muestra afectiva de distinta calidad por parte de los padres, en particular de la madre, y que ellos pudieran recibir ayuda para hacerlo. Con esta intención podrían programarse regresos a casa los fines de semana, encargar a la psicóloga de neuropsiquiatría infantil que proporcionaba apoyo a los padres que continuara haciéndolo, utilizando también el material de observación que pudieran transmitirle las docentes, y restablecer la terapia individual con la colega, que había sido interrumpida.

CUARTA FASE: LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Pasemos ahora, en el esquema de nuestro proceso de intervención, al tema de las *medidas de protección*, que pueden tomarse inmediatamente después de la revelación del maltrato. Revisten un carácter de urgencia, a menos que tras la investigación el juez disponga de todos los indicios para elegirlos. No hablaré aquí de las situaciones en las que el decreto define ya de manera precisa la medida necesaria: en este caso, al profesional no le queda más remedio que seguir cuanto dice el decreto, esforzándose por interpretarlo para respetar las necesidades del niño a la luz de sus conocimientos técnicos. Remito a un trabajo anterior (Cirillo y Cipolloni, 1994) sobre el examen de los diferentes lugares en los que es posible ubicar a un niño alejado, y las maneras de acompañarle y ayudarle a tolerar el alejamiento y que éste sea beneficioso para él.

En cambio, quisiera proporcionar algunas sugerencias para aquellas situaciones con las que los profesionales entran en contacto *antes de la emisión del decreto* que fija la medida de protección, y durante las fases de descubrimiento, de comunicación y de investigación, cuando todavía es posible proporcionar al tribunal indicios útiles para *determinar la medida de protección más idónea*, que el juez podrá tener en cuenta si lo estima necesario. Aquí vuelvo también al ejemplo de hijos de drogodependientes, y mi

elección de esta circunstancia de menores dañados o en riesgo no es casual, sino voluntaria, porque me parece fundamental involucrar en la temática de la tutela de la infancia no sólo a los servicios para menores, que a estas alturas están más que sensibilizados al respecto, sino especialmente a los servicios especializados para los adultos, ya que los padres inadecuados son muchas veces sus pacientes potenciales o reales. A menudo los servicios para adultos consideran aún hoy que ocuparse de los hijos de sus pacientes queda fuera de sus competencias, y en las ocasiones en que se ven obligados a hacerlo por un decreto del Tribunal que se lo encarga expresamente, se creen perjudicados. Me gustaría demostrar cómo, por el contrario, la alianza entre servicios para la infancia y servicios para los adultos puede ayudar a ambos y, por tanto, también estos últimos pueden trabajar con mayor eficacia y, en definitiva, con mayor satisfacción para el profesional.

Tomemos entonces el frecuente ejemplo de una abuela preocupada por su nieto, que llega al centro de rehabilitación de drogadicción a pedir consejo. Es un caso que conocen de sobras los profesionales. La abuela era madre de una joven drogadicta conocida por el centro de rehabilitación de drogadicción, aunque nunca consiguieron involucrarla en un proyecto que fuera más allá de un tratamiento periódico de desintoxicación, el cual abandonó apenas empezado. La clienta (potencial) tenía un niño de pocos años de edad, que había confiado a su madre, y fue ella quien se presentó en el centro de rehabilitación de drogadicción, lamentando que su hija desaparecía a veces durante meses, y el niño la buscaba y sufría. Después, cuando regresaba, solía pelearse con ella y la amenazaba con quitarle al nieto. Ella estaba cansada de esta situación. ¿Qué podía hacer?

La respuesta habitual del profesional del centro de rehabilitación de drogadicción —que considera que no es de su competencia lo concerniente a la tutela de menores— lamentablemente es: «Diríjase al Tribunal de Menores». También es frecuente que, al cabo de unos pocos meses, el centro de rehabilitación de drogadicción critique al juez que ha dado en tutela al niño a su abuela y que ahora pide al centro de rehabilitación de drogadicción que informe sobre las condiciones de la madre. Y éstas han empeorado después de que una autoridad externa haya declarado no sólo que es una mala madre, sino que, además, su madre es mejor que ella. Justamente su madre, quien le hizo pasar tantas situaciones difíciles cuando era niña, que no se preocupaba mínimamente de ella y se interesaba sólo por el bar que regentaba (o que tenía en mente sólo a su marido, y le tocaba a ella ir de noche a buscarlo al bar para llevarlo a casa borracho; o que sabía muy bien lo que el padre les hacía a ella y a su hermana y nunca hizo nada por defenderlas). Pero si el centro de rehabilitación de drogadicción consideraba una mala decisión dar la tutela del niño de esta clienta a la abuela (a la cual, por otra parte, la madre misma se lo dejó), ¿por qué respondió a la abuela de forma tan burocrática? Podría, en cambio, aprovechar la oportunidad para intentar que la chica llegara a una vinculación más

significativa, respondiendo algo así como: «Cierto, señora, entiendo que sea una situación triste y difícil, para el niño, para usted y, probablemente, también para su hija. Venga con ella la próxima semana, que procuraremos orientarlas». Y después de algunas reuniones, los profesionales, tras consultar tal vez a los colegas del servicio social para menores, habrían podido decidir la necesidad de indicar la situación al Tribunal de Menores, si éste no estaba ya en conocimiento, o enviar una actualización, añadiendo la descripción sobre la condición del niño y sobre aspectos de la inadecuación de los padres, aportando indicios de conocimiento (que ellos poseerían pero el tribunal no, ¡ni puede adivinarlos!) sobre la familia ampliada de la madre.

El informe podría oportunamente concluirse con *una sugerencia respecto de la medida de protección que los servicios consideraran más apropiada*, y también declarar la intención del centro de rehabilitación de drogadicción de proseguir el trabajo con su paciente y sus familiares, con el fin de que se restableciera y estuviera en condiciones, si es posible, de hacerse cargo ella misma de su hijo.

Sin embargo, para sugerir al juez la medida de protección más apropiada, debemos conocer cuáles son los *criterios* a los que debe responder una buena medida de protección. Son dos, y uno es más evidente: que debe *ser proporcional a la magnitud del daño sufrido por el menor*. El otro es menos evidente y, por lo tanto, demasiado general y a menudo no tenido en cuenta: que debe ser adecuado para *agilizar la recuperabilidad de los padres*. Los examinaremos por separado.

La protección debe ser proporcional al daño

Es común y difícil de superar el hecho de que la información sobre un menor implique automáticamente una disposición de alejamiento de los padres. Por ello, es necesario intentar continuamente refutar esta tendencia. La disposición de alejamiento no es más que *una* de las medidas de protección que el tribunal puede decretar, y un recurso que debe utilizarse, obviamente, sólo en los casos más graves, cuando el riesgo que corra el menor sea extremadamente grave e inminente, o el daño que padezca ya sea de gran magnitud y deba ser inmediatamente interrumpido. Sin embargo, hay toda una serie de medidas menos drásticas que pueden adoptarse cuando el juez las estima adecuadas para garantizar que la vida del niño y de su proceso de maduración psicofísico se desarrolle en condiciones suficientemente seguras.

La más leve de estas medidas consiste en poner al menor bajo el *control de los servicios sociales*, para que supervisen su evolución y proporcionen al mismo tiempo a los padres toda la ayuda y el apoyo que puedan necesitar. Entre las iniciativas de los servicios para ayudar a los padres a hacer frente a sus obligaciones está *la asistencia domiciliaria*, por parte de un educador y/o de personal auxiliar, con una finalidad preventiva, que pretende mantener la relación padres-hijo para evitar tener que recurrir al

alejamiento.¹⁴ En este período, en el que el presupuesto de los municipios destinado a gastos sociales tiende a reducirse al máximo, la asistencia educativa domiciliaria se ve favorecida por los administradores, en especial por los costes incomparablemente más bajos que representa respecto al ingreso en un centro.

La asistencia educativa en el domicilio está muy desarrollada en Francia (Assistance Educative en Milieu Ouvert, AEMO), tanto en el contexto espontáneo de ayuda como en el judicial, aunque con una praxis distinta de como se concibe en Italia. De hecho, en Francia, se asigna al *travailleur social*, que puede ser indistintamente un educador o un asistente social, la función de controlar y apoyar la relación entre padres e hijo mediante reuniones en el domicilio. Se trata de intentar la mediación en casos de conflicto intergeneracional o de pareja, dar indicaciones pedagógicas cuando sea necesario, mantener al adolescente y al joven en su búsqueda de autonomía, y formular relecturas sobre la naturaleza de los problemas que afectan a la familia.

El apoyo educativo tal y como se ofrece en Italia no está prácticamente contemplado en Francia, y por este motivo la frecuencia de la intervención a domicilio se limita a una vez a la semana o incluso menos.

Véamos mediante un ejemplo lo que advertimos en Italia. El servicio social de un pueblo de los alrededores de Milán fue alertado por las escuelas locales, primaria y media, a causa de dos alumnas hermanas, Bianca y Elizabet. Las niñas presentaban cierta dificultad de aprendizaje por su coeficiente intelectual levemente bajo, pero lo que más preocupó a sus docentes fue que estaban siempre cansadas e incluso era habitual que se durmieran en clase. Asimismo, la higiene, la vestimenta y los utensilios escolares mostraban siempre un aspecto descuidado. No las habían apuntado a comer en la escuela, por lo que durante ese intervalo iban a comer a casa y regresaban tarde.¹⁵ Los padres, citados en varias ocasiones para una reunión, no se presentaron nunca: las niñas los justificaban diciendo que el padre trabajaba y la madre estaba muy cansada porque debía cuidar a sus dos hermanos más pequeños, mellizos de dos años.

En cambio, cuando la asistente social los convocó, el padre se presentó. Dio la impresión de haber sido *hippy* en la década de 1960: algo extraño, con el cabello muy largo, descuidado, y con la dentadura muy deteriorada. Mostraba una actitud inicial de marcada desconfianza hacia las instituciones. También se comprobó su empeño en pelear con organismos más fuertes que él y que siempre salía mal parado. Por ejemplo, tenía un automóvil de gran cilindrada que se oxidaba en el patio de su casa. El hombre había emprendido una acción de protesta contra la compañía de seguros por cobro abusivo, se negó a pagar, entabló un juicio que perdió y, en esa época, no tenía dinero para pagar las cuentas atrasadas. Por este motivo no podía circular con su vehículo y debía acudir a su trabajo, lloviera o tronara, siempre en una pequeña motocicleta. Era obrero en una industria mecánica ubicada a unos 25 km de distancia. Tampoco podía usar su coche para llevar a su numerosa familia. Cuando se le preguntó por qué no se había presentado su mujer, abrió los brazos y contestó: «Está extenuada». La mujer no salía nunca de casa, donde permanecía con las persianas bajadas, no comía, estaba muy agotada y se negaba a acudir al médico. Dejó incluso de ocuparse de la casa y por eso lo hacían las niñas, quienes incluso preparaban la comida al mediodía.

Lentamente, a lo largo de la reunión se mostró más confiado y fue proporcionando, aunque sin demasiada precisión, todos estos preocupantes indicios sobre la situación doméstica. Reconoció, al menos en parte, que las hijas sufrían: «Los mellizos no, porque son demasiado pequeños». Bianca y Elizabet estaban muy preocupadas por la apatía de la madre. Era consciente de que el servicio tenía obligación de tutela, y

prometió que intentaría convencer a la esposa para que aceptara una visita domiciliaria. Cuando se fue, parecía casi aliviado de que alguien se ocupara de las cosas de su casa, una incumbencia que al principio había rechazado.

Efectivamente, unos días después llamó por teléfono y acordó un horario en el que la esposa recibiría la visita de la profesional. Ésta quedó perpleja al ver el estado de la casa, sucia, húmeda, sin lavadora, sin un solo juguete (los mellizos, Miguel y Sara, jugaban con dos vasitos de yogur vacíos y con una cucharita), con una sola cuna para los dos pequeños. Asombraba la delgadez de la señora, el vacío de su expresión y el descuido de su vestimenta y su cabello. Parecía totalmente inconsciente de la sobrecarga de sus hijas y del abandono de los dos pequeños, agobiada por la dificultad de gestionar su propia existencia, que parecía asfixiarla. Sin aparente agresividad, pero con obstinación, rechazó dirigirse al servicio psiquiátrico («No estoy loca») o al consultorio familiar del psicólogo. Creía que le bastaría comer para recuperarse. Tras el nacimiento de los gemelos había perdido el apetito, pero sentía que lo estaba recuperando. La asistente social le habló de la necesidad de informar al juez sobre las condiciones de vida de los cuatro hijos, pero la mujer no reaccionó. Cuando la profesional y la psicóloga, que desde este momento le prestó apoyo, comunicaron su obligación al marido en un siguiente encuentro, éste se encogió de hombros y respondió: «Hagan lo que crean conveniente».

El tribunal, después de hablar con ambos padres, que se presentaron a la convocatoria, emitió un decreto en el que les daba una posibilidad de cambio, sin alejar, por el momento, a los niños, siempre y cuando aceptaran colaborar con los servicios, y concedió un plazo de seis meses para que se produjera una transformación de las condiciones. Las indicaciones incluían inscribir a Miguel y Sara en el parvulario, apuntar a las dos niñas mayores al comedor escolar y a las actividades extraescolares (excursiones y vacaciones, en las que nunca habían participado), y la aceptación en el domicilio de una colaboradora socioasistencial por la mañana y una educadora por las tardes. Además, debían presentarse en el CbM para evaluar la posibilidad de un seguimiento psicológico de la familia y la pareja.

De esta situación surgió con claridad una advertencia: la presencia de personal en el domicilio no es una mera intervención de ayuda, sino que debe tener un valor de control, ya que permite al servicio seguir de cerca la situación de los menores. Olvidarse de precisar esta doble función puede comportar sentimientos de traición en los padres. Si durante la observación del asistente domiciliario y más aún del educador surgieran indicios que preocuparan sobre el bienestar de los menores, éstos indicios podrían comportar medidas más severas, e incluso el alejamiento. Por otra parte, los padres generalmente muestran fuerte resistencia, más o menos explícita, hacia un proyecto que están de alguna manera obligados a aceptar para evitar otras medidas. Al no tener la posibilidad de expresar un rechazo explícito a una intervención que no sólo contiene aspectos evidentes de crítica de cómo ejercen su rol, sino que además vulnera la intimidad doméstica, recurren entonces a sabotajes más o menos encubiertos y descalificaciones. Por ello, una medida aparentemente ideal para proteger al menor y reducir la envergadura del trauma que el alejamiento siempre comporta, revela, a largo plazo, sus límites, que requiere que la decisión de una intervención en el domicilio se haga con conocimiento de causa y se gestione con inteligencia por una red interdisciplinaria de profesionales, para evitar que se deleguen sobre el educador tareas que, además de ser ingratas, pueden acabar resultando del todo insuficientes.

En la descripción del caso hemos introducido también la presentación de medidas más

fuertes que el simple control de los servicios, como son las indicaciones impartidas a los padres, que por norma se añaden a las tareas de los servicios para ejercer un control y lo proveen de contenido y concreción. En el ejemplo anterior se planteó la obligación de inscribir a los niños en el parvulario para que recibieran los estímulos, la aportación educativa y las situaciones de socialización que hasta entonces no tenían, así como enviar a las niñas mayores a actividades extraescolares. Podían ser de tipo recreativo y terapéutico, como, por ejemplo, un apoyo psicoterapéutico.

En otro orden de cosas, a un nivel más extremo, se llega a la *limitación de la potestad* de los padres con la transferencia de algunas funciones a los servicios sociales, a los que los menores son confiados. Esta medida no comporta en sí misma el alejamiento de los menores de su casa, ya que es posible —si bien raro— que se solicite a los servicios tutelares que «dejen» al niño en el domicilio de sus padres, vigilando cuidadosamente que se sigan con detenimiento las indicaciones dadas. Generalmente, tras la suspensión de la potestad, sigue el *alejamiento* del hijo, para su «mejor situación extrafamiliar», que puede ser una tutela por familiares, una tutela familiar por terceros o la adaptación en un centro.

Como se puede observar, hay toda una gama de medidas a las cuales el tribunal y los servicios pueden recurrir para sustituir las competencias de paternidad cuando son insuficientes; por este motivo, se miden en relación con la magnitud del daño que debe repararse. Está profundamente arraigado en la conciencia colectiva que el alejamiento es la *extrema ratio* a la cual se recurrirá sólo cuando esté en peligro la integridad misma del niño o su salud psíquica, seriamente amenazada por distorsiones profundas del vínculo con los padres. Es más, esta positiva toma de conciencia de los daños de la institucionalización y los efectos traumáticos de la ruptura del vínculo con los padres ha llegado, en ocasiones, demasiado lejos, tanto que algunos profesionales rechazan exageradamente un proyecto de alejamiento, convirtiéndose en presa de un prejuicio que reza: «La peor familia es mejor que la mejor institución». Tengamos en cuenta que estas instituciones se cerraron definitivamente por ley en 2006. Una versión más actualizada del mismo prejuicio expresa: «¿Quién me garantiza que los padres tutelares o adoptivos no serán más patológicos que los padres naturales?». Estos prejuicios muestran en primer plano el mito del vínculo sanguíneo como único e insustituible. En el trabajo junto a Cipolloni, ya citado, comentamos las injustificadas resistencias de los profesionales al alejamiento, y los efectos nefastos, a veces irreparables, que la falta de un oportuno alejamiento puede ocasionar en los menores, especialmente en los hijos de pacientes psiquiátricos dejados con sus padres para ser «terapéuticos» con ellos.

Una interesante investigación patrocinada por el Centro Auxiliar para los Problemas de Menores (CAM) de Milán (Verticale, 1999) estudió las representaciones que los profesionales tenían del alejamiento de los menores, comparándolas con las modalidades

efectivas de ejecución de los alejamientos aislados, ya sea por parte de la policía judicial, ya sea por las asistentes sociales y los educadores que desde hacía tiempo trabajaban para la Repartición de Alejamientos Aislados del Municipio de Milán. El mayor mérito de esta investigación consistió en el análisis de los modelos culturales adoptados por los profesionales que operaban en el sector y en la descripción del funcionamiento de dos prestigiosas comunidades de acogida. Los lectores escépticos sobre la sensibilidad y la competencia de la policía y de los servicios sociales podrán replantearse su opinión al verificar cómo una jornada que se inició dramáticamente cuando el niño fue apartado concluyó para él con éxito.

La protección debe agilizar la recuperación de los padres

Si la protección del menor no equivale *sic et simpliciter* a su alejamiento, examinemos otro criterio que nos permita calibrarla y concretarla. Al elegir la medida de protección más idónea para un caso (o, en términos más concretos, al proporcionar al juez las indicaciones que puedan permitirle elegir de manera más minuciosa la medida idónea; son raros, de hecho, los casos en los que el juez, en su decreto, deja a los servicios tutoriales disponer «la adaptación más adecuada»), deberemos poner la máxima atención en que la elección que hagamos no comprometa la recuperación de los padres. No sólo para respetar el derecho del padre a proteger su relación con el hijo, derecho sagrado de todo ser humano a menos que perjudique el bienestar del hijo, sino sobre todo respetar el *derecho del hijo* a que su relación con el padre sea protegida. Si tenemos presente cuanto comentamos en el primer capítulo sobre la fuerza del vínculo de apego entre el niño y el padre, entenderemos muy bien que es del máximo interés para el hijo que esta relación se preserve, no se debilite y se refuerce. Insisto en que esto es así siempre y cuando la modalidad de expresión de dicho vínculo no ponga en riesgo el crecimiento psicofísico del niño.

En un escrito (Cirillo, 1997b) elaborado a partir de una ponencia para un congreso de magistrados de menores intenté expresar lo erróneo de contraponer los derechos de los padres a los de los hijos, ya que en realidad son complementarios, al menos hasta un límite que se alcanza cuando no queda otra alternativa que resignarse, como veremos en la segunda parte de este volumen, a que, lamentablemente, en un caso determinado, no pueda restablecerse una relación suficientemente sana y normal entre padres e hijos, ni siquiera con los mejores esfuerzos. En esas circunstancias, los derechos del niño en una familia pueden entrar en contradicción con los de quien le ha dado la vida de continuar siendo, o no, parte de su familia. Digo «pueden entrar» y no «entran», ya que quizá también los adultos se percaten en este momento, si trabajamos bien, de su derecho a renunciar a ser padres, cuando la tarea excede sus fuerzas, sus deseos, o ambos. Pero hasta ese momento es nuestro deber como profesionales hacer todo lo que esté a nuestro

alcance para proteger el buen curso de la relación padre-niño. Y si son precisamente los padres, con su comportamiento, quienes la perjudican de un modo tal que nos obligue a proteger al niño de ellos, buscaremos hacerlo de manera que facilite y no complique el éxito o el restablecimiento de la relación cuando la intervención haya concluido.

Los alejamientos que debemos evitar como primera medida: los acogimientos

En concreto, esto significa evitar alejamientos que puedan deprimir a los padres y restarles motivación para reemprender su proceso de cambio, de manera que no les parezca perdido de antemano porque alguien ha decidido que, pase lo que pase, el niño no regresará con ellos. De este modo, el alejamiento frustra al padre, que lo ve incomprensible e injusto, y acaba generando sentimientos de rabia tan intensa que se vuelve autodestructiva. En su lugar, esperamos que pueda transformarse, pasada la reacción inicial, en una situación que favorezca el cambio. Son alejamientos que refuerzan objetivos y estrategias en las relaciones significativas, de las cuales el niño es sólo instrumento y no objeto de entrega afectiva de tipo primario, y estrategias que pueden condenar al padre a la frustración y a que se agrave su psicopatología.

En la fase de la medida de protección de urgencia, los alejamientos pueden provocar desmotivación, rabia e instrumentalización del hijo. Me refiero a otorgar la tutela, *ya sea a familiares o a otras familias* que deben evitarse o al menos estudiarse con detalle. No puede aplicarse la misma consideración para la fase siguiente, ya que en ella la recuperación de los padres parece ya encaminada y se ha establecido la alianza de trabajo con ellos.

Esta afirmación, obviamente, no debe considerarse una sugerencia por mi parte a desatender la Ley 149/2001, que en su artículo 2 declara: «[...] el menor temporalmente privado de un entorno familiar idóneo será confiado a una familia [...]», y sólo si se descarta, considera el ingreso en un centro o institución. Se trata simplemente de una invitación a preparar el otorgamiento de la tutela a través de una serie de pasos necesarios para que no fracase o resulte nocivo. Esto significa estudiar la medida de acogida rápida más oportuna mientras nos aseguramos de que la idoneidad del entorno familiar es efectivamente *temporal*.

Hablamos sobre todo de acogimientos extrafamiliares cuando se proponen en esta fase de la relación entre los servicios y una categoría muy particular de padres: aquellos que no sólo no piden ayuda, sino que incluso niegan con todas sus fuerzas tener alguna necesidad. El hecho de que la autoridad —que a los ojos de estos usuarios «forzados» tiene, por el momento, sólo el rostro del perseguidor y del enemigo— les quite a su hijo para darlo en acogida por otra familia suena como una sentencia inapelable. Significa que ya has sido juzgado (sin razón) como malo y que otro es considerado bueno, cuando sólo es más astuto, o más afortunado, o más fuerte, o más rico que tú. Ése otro acabará por

robarte a tu hijo y ya no lo verás más; el hijo que tú has tenido, será él quien lo disfrute. Para evitar vivencias de este tipo, en una primera fase es mejor pensar en el ingreso en una comunidad pequeña y de tipo familiar, a ser posible que no evoque en padres frágiles y desconfiados los mismos fantasmas, reservando el proyecto de acogimiento para un momento futuro, si aún fuera necesario.

¿Es siempre así? ¿No podemos pensar en un acogimiento como primera medida de protección? No, no es *siempre* así. Si algo he aprendido trabajando con estos casos sociales es que en este campo aparecen problemas muy desagradables. Y un problema «desagradable» no tiene nunca una solución «agradable». En líneas generales, podremos encontrar una solución discreta a la que recurriremos en medio de dudas e incertidumbres. Imagino que a los cirujanos que operan en las zonas de combate les sucederá lo mismo: un niño con una pierna destrozada por una mina es un problema horrible, y lo que el cirujano pueda hacer será siempre una solución parcial (¿a qué altura amputar?, ¿qué reconstruir?), que podrá devolver al niño la posibilidad de caminar, tal vez de correr, o una buena calidad de vida. Pero la extremidad perdida nadie se la devolverá. Y así es nuestro campo en relación con los daños: un niño «amputado» de su familia, si pienso en esta cruda metáfora, es otro desagradable problema, y la solución nunca será agradable. Sin embargo, debemos empeñarnos al máximo, como el cirujano de guerra, para que la solución sea la mejor posible, para que sea un mal menor.

Me molestan las campañas triunfalistas sobre acogimiento familiar, en las cuales el acogimiento se presenta como «¡qué bello es crecer entre dos familias!». El acogimiento familiar es un recurso tan precioso como una prótesis o un par de muletas: permite crecer y vivir, a veces incluso vivir en paz y ser feliz, pero no es lo deseable. Es un recurso que nadie elegiría de no ser estrictamente necesario. Y, entonces, ante un niño al que hay que alejar urgentemente, puede ser que en alguna ocasión el mal menor no sea recurrir al centro, sino a la acogida tutelar.

Podemos pensar en esta excepción en el caso de un recién nacido, que necesita del aire y de la lactancia, así como de un vínculo individualizado, y es posible que no dispongamos de una pequeña comunidad de tipo familiar con rotación de las figuras educativas, pero que podamos contar, en cambio, con una familia de acogida con garantías, con hijos propios, que calmará —o al menos intentará calmar— a una pareja de padres desesperados, desconfiados e irascibles. También podemos evaluar si un acogimiento «de riesgo jurídico» no representa un mal menor para un recién nacido con un procedimiento de adopción abierto y una pareja de padres cuyas esperanzas de recuperarse parecen realmente muy escasas. Un acogimiento de «riesgo jurídico» supone la adaptación del pequeño a una pareja que cumple los requisitos para ser padres adoptivos, pero que acepta la aventura de acoger a un recién nacido que en esa fecha no está en situación de ser adoptado legalmente. ¿Es una solución «agradable»? De ningún

modo. Esta modalidad está llena de desventajas: desnaturaliza el valor solidario del acogimiento, ya que los padres y los tutores no se pueden encontrar ni conocer, por si el niño llegara a ser adoptado por esos mismos tutores y no debiera ser localizable por los padres biológicos. Esto reduce al máximo los contactos entre los padres y el recién nacido, que se realizarán en un «lugar neutro», haciendo muy problemática la estructuración de un vínculo de apego y, por tanto, desmotivando aún más a los padres, que no reciben señales de reconocimiento por parte del hijo. Además, pone a prueba la capacidad de los padres de activarse y creer en la posibilidad de recibir de nuevo a su hijo, de un modo tan infranqueable que se podría pensar que sólo un superhéroe lograría tal hazaña, y no personas golpeadas por la vida que no creen ni en sí mismas ni en los demás. Entonces, si la solución que acabamos de presentar tiene tantos defectos, ¿por qué debemos tenerla en cuenta? Porque, como hemos dicho, puede ser el mal menor: si estos padres son tan desconfiados y están tan poco motivados a esmerarse para recuperar al hijo, si rechazamos otras propuestas aparentemente menos perniciosas, como la inserción en una comunidad madre-hijo, el riesgo de que el pequeño deba ser dado en adopción es muy alto. Así pues, habrá un paso más: la primera separación de la madre biológica, y una segunda, de la educadora o las educadoras que le asistieron en el centro y que aprendió a reconocer como a sus madres. La seguridad de sus apegos será mayor, pero se verá amenazada, ya que el tiempo necesario para dar dos pasos en vez de uno será más prolongado, y aumentarán la ansiedad y la inseguridad que le transfieren quienes están con él.

Si estudiamos a fondo esta situación, entenderemos por qué son tan frecuentes los casos de educadoras que piden adoptar a los niños que han cuidado durante largo tiempo, en el cual el vínculo sólo podía estrecharse. Afortunadamente, el vínculo se estrechó, ya que tiene más posibilidad de creer en la bondad del mismo quien lo ha vivido y después lo ha perdido.

Concluamos entonces que las excepciones existen y tienen sentido, pero que la norma pide que se eviten los acogimientos extrafamiliares como primera medida de protección.

El acogimiento otorgado a los familiares

La norma debería conocer aún menos excepciones en el caso del *acogimiento otorgado a los familiares*, y en su lugar se ha difundido al máximo. Me permito dudar de que se trate siempre de casos en los que los riesgos se hayan sopesado bien. En un congreso en Palermo sobre la tutela, Tonizzo (2003), de la Asociación de Familias Adoptivas y de Acogida, refirió la cifra de 5.280 tutelas a familiares sobre un total de 10.200 otorgamientos de tutelas en Italia, a 30 de junio de 1999. Esto supone más del 50%, mientras un autor inglés, Coleman (2003), comunicó que en Gran Bretaña la cifra era sólo del 17%. Evidentemente, en Italia prevalecían los vínculos de sangre: está el lado

positivo de los vínculos que se «mantienen» dentro del amplio círculo familiar, de la solidaridad que aún sigue viva entre los familiares; pero su lado negativo está representado por el sentimiento de posesión de los pequeños, considerados como apéndices de uno mismo, de la indiferencia hacia quien está fuera de la familia y se percibe como un extraño.

La razón de la norma que obliga a los jueces a interrogar a los familiares hasta de cuarto grado de un menor que ha quedado privado de sus padres me parece más que comprensible. Supongamos una situación en la que un niño haya perdido a ambos padres en un accidente. Es justo que encuentre un acogimiento, si es posible, dentro de la familia, para no ser sometido al trauma de perder a sus padres y otros vínculos de referencia, con el impacto que esto comporta también en el plano de la identidad.

Completamente distinta sería la situación, por ejemplo, de un niño que hubiera sido alejado de sus padres porque les hubieran limitado o suspendido la patria potestad. Es evidente que este menor introducido en la familia correría el riesgo de encontrarse en una situación desfavorable por dos aspectos: primero, porque podría ser expuesto a los mismos factores traumáticos y de carencia que marcaron la historia de sus padres; y segundo, porque estos últimos en absoluto habrán desaparecido, con lo cual es muy alto el riesgo de que el pequeño se encuentre en una encrucijada de conflictos entre los familiares tutores, supongamos los abuelos, y los padres, suspendidos en la potestad y teóricamente sometidos a una reglamentación de las relaciones con el hijo, pero que en la práctica siempre pueden irrumpir en la casa de sus padres o suegros.

¿Recuerdan a Daniela, la joven madre drogadicta cuyo hijo fue asignado a la abuela? Nos planteamos la hipótesis de que esta última, ocupándose mejor del pequeño Salvador, quisiese demostrar a los demás, y en especial a sí misma, que no debía imputársele el hecho de que su hija Daniela hubiese caído en la droga y en un comportamiento de rebeldía exasperada.

Quizá quisiera demostrar que con el niño sería una madre óptima, y por ello estaba dispuesta a deshacerse de la hija problemática.

Pero las cosas no son exactamente así, pues el alma humana es infinitamente más compleja que nuestras hipótesis. Este sentimiento, y el consiguiente movimiento de expulsión hacia Daniela, estaban ciertamente presentes en la abuela, aunque el afecto por la hija no murió y coexistía con la frustración y la impaciencia causadas por los continuos problemas que ésta le provocaba. Así, cuando Daniela se presentó en su casa llorando por las peleas con Pedro, hablando una vez más de separarse, «esta vez sí», la madre la volvió a acoger en casa, le habló, la aconsejó, la regañó y acabaron peleándose de nuevo. Y Salvador fue testigo de ello, al principio contento por la llegada de la madre, angustiado por su estado, esperanzado con que se quedara «para siempre», confundido por la discusión entre su madre y su abuela, y finalmente desilusionado, llorando porque su madre se marchó de nuevo.

El juez, que estaba al corriente por la asistente social —en este período la psicóloga no intervino—, llamó a la abuela y le dio un ultimátum: el niño no podía seguir viviendo en un entorno tan estresante. Ella debía dejar de regañar a la hija en casa; de lo contrario, la custodia sería revocada.

Fue como si la pobre mujer se encontrara frente a la obligación de elegir entre la hija y el nieto; entre Daniela, que creció con dificultades que no superaba, y Salvador, que representaba su nueva oportunidad de ser mejor madre. Sin embargo, ¡no se decidía! Presa por la ambivalencia, siguió abriendo la puerta a su hija,

pero la «escondía» de Salvador en la casa de dos plantas en la que vivía, para no traumatizarlo.

Podría contar muchos otros casos en los que dar la tutela a los abuelos tuvo resultados dramáticos, como en el que el rápido empeoramiento del estado del padre drogodependiente y su muerte supuso un acontecimiento cargado de consecuencias para el niño, con sentimientos de culpa o creencias de caer en la misma situación, o en el que se dio la repetición de los actos por parte del menor, que hizo lo mismo que el padre perdido.

No voy a contar otros casos. Prefiero remitir a quien esté interesado a un trabajo anterior (Cirillo, 1997a). Quisiera, por el contrario, intentar responder a un interrogante: si es evidente que en la tutela otorgada a familiares encontramos escenarios dramáticos para todos los protagonistas y, en particular, para los pequeños, ¿por qué esta medida sigue aplicándose en muchos tribunales de manera casi indiscriminada con cierta franja de menores, sobre todo los hijos de drogodependientes? Y, aun siendo considerada por un gran número de profesionales como sumamente desfavorable, ¿por qué se sigue proponiendo con tanta frecuencia? Creo que la respuesta debe buscarse en el hecho de que, en el momento de tomar la decisión, todos, absolutamente todos los protagonistas consideran que es la única solución posible, y los problemas surgen después.

Ya hemos expuesto las razones por las que la madre querría esta solución: permítanme repetirlo con las palabras de otra joven clienta.

Teresa tuvo una hija a los 16 años con un joven drogodependiente de más de 30, que no se hizo responsable de ella; estuvo en la cárcel cumpliendo una condena muy larga.

La niña, llamada Celeste, de cuatro años, estaba asignada a los servicios sociales. Teresa la dejó con ellos poco antes de desaparecer. Celeste fue gravemente descuidada por su madre en vacunación, higiene, vestimenta y enseñanza, y al final la apartaron de ella. En repetidas ocasiones Teresa había dejado la niña a su madre, pero tampoco ésta quiso volver a recibirla.

En las primeras reuniones reconstruimos la triste historia de Teresa, cuyos padres, al separarse, se pelearon por la custodia de las hijas, «no porque nos quisieran, sino porque querían la casa». Ganó el padre. Teresa, a los 10 años, enferma de tuberculosis, fue internada en un sanatorio. Aunque se encontraba a dos horas de Milán, durante los tres años que permaneció internada no fue visitada por el padre ni por la madre. Ambos tenían «una nueva vida». La madre tuvo otro hijo.

Cuando Teresa tenía 14 años se fue a vivir a la casa del hombre de quien tuvo la niña. Nadie denunció la fuga, ni siquiera el hombre de 30 años, que mantenía relaciones con una chiquilla. Por otra parte, Teresa sostenía: «Mi madre es una deficiente mental» (puedo confirmar que era cierto). Le pregunté por qué le dejaba a su hija. No se ocupó nunca de ella y era deficiente mental; ¿por qué le confiaba a Celeste? «Quería darle una última oportunidad», fue su respuesta lapidaria.

Retomemos el caso de Daniela y Pedro. La madre (drogodependiente, alcohólica, con problemas psiquiátricos o alteraciones de la conducta) creyó que confiar a su hijo a su propia madre era darle «una última oportunidad» de querer, de reparar, de arrepentirse. Su compañero, padre del niño, se mostró de acuerdo con esta solución, porque, como

hemos dicho, Pedro ya había perdido antes a una hija y le parecía que de este modo no había riesgo de que le quitaran a su hijo.

Sin embargo, si el niño estaba con los abuelos en lugar de ser acogido por otra familia, la posibilidad de que el padre en un futuro inmediato luchara por la posesión de su hijo era mucho menor.

Años atrás expuse este tema en una conferencia, y entre el público estaba presente el responsable de acogida familiar de un conocido centro de recuperación para drogodependientes. Él mismo intervino en la discusión, diciendo: «Tiene razón, doctor. Tuve dos hijos de dos madres diferentes. El primero fue asignado a mis suegros; el segundo, a una familia de acogida. Al primero no lo he vuelto a ver, pero el segundo ya está conmigo».

Sin embargo, los pacientes de los centros de rehabilitación de drogadicción se movilizan enérgicamente cuando a uno de ellos se le comunica la necesidad de alejar al hijo: «Mejor dáselo a tus padres; si no, lo pierdes».

Entonces ambos padres presionan para que la tutela se dé a los abuelos. Estos últimos insisten a su vez en la misma solución, por los motivos que hemos explicado antes de «recuperar la imagen» de buenos padres, y el juez se encuentra ante un frente compacto, donde todos están —o parecen estar— de acuerdo, asistidos generalmente por abogados hábiles y aguerridos en mantener «las razones emocionales».

Además, si el menor no es un recién nacido sino que ya tiene algunos años, muchas veces vive con los abuelos, con lo cual mantenerlo en la casa parece una solución positiva también para él, para no escindir un vínculo de afecto y costumbre y provocarle un trauma. Otros actores de estas situaciones suelen estar de acuerdo con esta solución: los profesionales que no quieren enfrentarse con todos. ¿Para qué? Es una lucha que parece mantenerse contra molinos de viento; y los administradores, *last but not least*, que miran el enorme ahorro que esta solución les permite. Entonces, muchos tribunales no son capaces de encargar a los servicios —centro de rehabilitación de drogadicción, por un lado, y servicios sociales, por otro— que lleven a cabo una investigación rápida pero exhaustiva, manteniendo en todo caso al recién nacido en el hospital, para echar luz sobre posibles conflictos que en el futuro pudieran desencadenarse alrededor del niño, y de este modo evaluar medidas de protección alternativas antes de decidir dar la tutela a los abuelos. El resultado, lamentablemente, será en muchos casos el de *obstaculizar la recuperabilidad de los padres*, que se manifestará en fugas del centro, rechazo a un seguimiento, *sobredosis*, y todo el correlato de comportamientos que conocemos. Es la clásica «profecía autocumplidora»: creamos un dispositivo fundado sobre la hipotética mejor competencia de los abuelos para desempeñarse como padres, y los padres en cuestión se derrumban en cuanto se dan cuenta de que el móvil de los abuelos no es hacer algo por ellos, sino obtener algo para sí mismos. Y nosotros nos convencemos de

que teníamos razón: eran incompetentes y era mejor que el niño estuviese con los abuelos.

Para evitar estas tragedias, ¿qué soluciones alternativas se pueden explorar? Tratándose muchas veces de niños pequeños, e incluso de recién nacidos, antes que el centro de rápida acogida de urgencias para menores debe evaluarse la viabilidad de una estructura madre-hijo en un marco en el que, desde el punto de vista jurídico, la potestad de la madre y la del padre estén suspendidas y el niño sea derivado a un centro, pero aplicando la fórmula: «Posiblemente junto a la madre, si ésta acepta». Esta solución posee la gran ventaja de no interrumpir la formación del vínculo de apego, garantizando la tutela del niño y la incorporación de la madre a un programa de recuperación. Además de esta ventaja, puede constituir incluso un primer y rapidísimo test sobre la motivación de la madre —y del padre, que será separado por un tiempo de su compañera, tal vez encaminado también él a un programa paralelo— a movilizarse por su hijo. Una tercera ventaja que tampoco debe desaprovecharse es la de encauzar las energías de los abuelos sobre este proyecto, que apunta a la protección del nieto y al tratamiento de su hija (o hijo). En vez de ponerlos en contra de los padres («ahora veremos quién es más idóneo para tener el niño, si vosotros o ellos»), se trata, por el contrario, de pedirles su colaboración para que nos ayuden a convencer a la hija para que acepte la propuesta de entrar en el centro con el niño. De este modo la madre no vive una agresión —un rechazo o una traición— por parte de sus padres, los abuelos del niño, evitando así que éstos opten por apropiarse del bebé sacrificando a la madre cuando se sienten sin otra alternativa, y que la hija perciba más bien el deseo de sus padres de que ella se cure y pueda criar a su hijo. El centro de rehabilitación de drogadicción, que sabe lo difícil que es el tratamiento de recuperación de un drogodependiente, incluso en un centro, donde se puede contar sólo con las fuerzas del paciente, puede proponer un trabajo paralelo con los abuelos como integración fundamental a la intervención directa sobre el padre.

Si también aquí buscamos una excepción, es decir, un criterio que nos permita, en algunos casos concretos, apoyar el proyecto del otorgamiento de tutela y acogimiento a los familiares, lo encontraremos precisamente en la siguiente actitud de los abuelos. Me refiero a la de *querer ayudar a su propio hijo (o hija) a curarse* y recuperar la tutela y custodia de su hijo, en lugar de hacer una elección —más o menos encubierta para los demás y para sí mismos— por acaparar al nieto, dando por perdido al hijo o hija.

Años atrás sostenía una posición intransigente respecto del acogimiento del niño por parte de los abuelos. Me parecía poder excluirlo sin excepciones. Durante una jornada de formación en una ciudad donde ya había estado un tiempo antes, una joven colega me planteó esta pregunta: «Sabemos que usted es contrario a que sean los abuelos quienes acojan al niño. Nosotros, después de mucho dudar, hemos admitido un caso y nos ha dado buenos resultados: ¿cómo lo explica?». En primer lugar, advierto el hecho de que

en esta materia todo dogmatismo es un error: no puedo combatir la política de otorgar en tutela *siempre* automáticamente a los hijos de drogadictos a los abuelos, manteniendo una posición un tanto estereotipada (*nunca* otorgar la tutela de niños a sus familiares). Más adelante pude dar una explicación sobre el contenido de esta cuestión que me satisfizo, mediante el análisis de un caso de supervisión y gracias al cual formulé el criterio que acabo de enunciar. El otorgamiento tutelar a familiares puede funcionar sólo si el pariente quiere realmente ayudar a los padres con dificultades y tiene claro que no deberá sustituirlos.

La asistente social de un municipio de la provincia de Milán recibió a una mujer desesperada: había ido a Milán a visitar a su hija y la había encontrado bajo los efectos de la heroína, inconsciente, con la jeringa colgando del brazo. Su hijito, de un año y medio, lloraba, y la hermana mayor, de siete, trataba de consolarlo y de reanimar a su madre. La mujer había conseguido dejar la droga unos años atrás, gracias a un proceso en un centro que había seguido junto al marido. Después se separó y formó pareja con otro chico drogadicto, padre del menor de los niños. Éste fue encarcelado y ella tuvo una aguda recaída, no quiso saber nada más del centro de recuperación, de los centros de rehabilitación de drogodependientes ni de psicólogos. Ya no creía en nadie ni en nada y decía que para ella no había esperanza. «¿Y usted qué puede hacer?», preguntó la señora a la psicóloga colega. La misma pregunta planteó la colega al grupo de trabajo, temiendo ser criticada cuando contó que se había tomado un tiempo y concertado una nueva cita a la señora al cabo de pocos días, en lugar de proceder a una información inmediata. Era consciente de haber corrido —o, mejor, de haber hecho correr a los niños— un gran riesgo, pero vivían así desde hacía meses, por lo que pensó que unos pocos días más no cambiarían las cosas, y mientras tanto ella podía reforzar su vínculo con la abuela. Durante ese tiempo llevó a cabo una exploración «arqueológica» en los archivos del municipio, y encontró un informe a nombre de esa niña fechado varios años atrás que aportó un dato absolutamente inusual: ¡la asistente social de aquella época se la había llevado en tutela a su propia casa!

Tranquilizamos a la colega, quien, al día siguiente, vería a la abuela, y razonamos juntos sobre cómo podía enfocar la reunión. En el siguiente encuentro de supervisión, las noticias fueron alentadoras: cuando la asistente social le habló de aquel antiguo informe, la abuela se echó a llorar. Desde siempre se preguntó qué salió mal con esta hija..., en realidad, tenía otro hijo con un problema de alcoholismo, pero también su marido bebía, y cuando los hijos eran adolescentes la situación en casa era muy difícil... Tal vez ella se dejó dominar por la rabia hacia su marido, que no se curaba: quería a toda costa que dejara de beber, se había empeinado, y probablemente fue entonces cuando descuidó a sus hijos... No al mayor, él no sufrió tanto, la ayudaba mucho; era a él a quien pedía consejo. Cuando el marido murió, se casó, y vivía en el piso de debajo, dividieron la casa... Pero los dos hijos más pequeños crecieron solos, un poco olvidados. Ahora ella quisiera echarle una mano a su hija, le preguntará si quiere que cuide de los niños... La asistente social insistió en este propósito y le dio cita para dentro de una semana.

La señora volvió un poco aliviada: la hija aceptó su oferta y el domingo le llevó a los niños para que estuvieran con ella. Acabó un poco cansada, pero le dieron mucha alegría. Además, la niña mayor era una mujercita... Con su hija habló mucho, le contó la reunión con la asistente social, y le dijo que volvería a reunirse. La señora regresó a casa con una nueva entrevista fijada. Tras una serie de reuniones regulares con la profesional, contó que la hija había tenido una entrevista con la psicóloga de su centro de rehabilitación de drogadicción y dijo que se sentía bien.

Esta situación, realmente conmovedora, en la que la asistente social se movió con sensibilidad y coraje —aconsejo a todos la lectura del libro de Doherty (1997) sobre las virtudes que debe tener un terapeuta, en el que hay un bellissimo capítulo sobre el coraje

y la capacidad de asumir riesgos—, me permitió establecer un criterio para la excepción a la regla: se puede pensar en un otorgamiento tutelar a familiares cuando éstos no se otorgan el derecho de quedarse con el niño por considerarse mejores que el padre del pequeño, sino cuando asumen una genuina actitud de ayuda hacia ellos, no carente de una disposición autocrítica.

Notas:

[7](#). En otro apartado de la obra, Burgoni y colaboradores proporcionan definiciones y clasificaciones de los distintos *tipos de daño*.

[8](#). Para las verificaciones médico-quirúrgicas, radiológicas y de otro tipo, consúltese la obra de Montecchi (1988), *Los maltratos y los abusos sexuales en los niños. Prevención e identificación precoz*, Franco Angeli, Milán. El rol del pediatra está planteado por Baronciani y Vicoli en el apartado «La prevención del abuso en la infancia: el rol del pediatra», en la obra compilada por Bianchi (2004), *La prevención de la inadecuación en la infancia y en la adolescencia*, Florencia.

[9](#). A menudo la investigación es considerada «social» por antonomasia. Sobre la fragilidad, importancia y dificultad de la función que realizan los asistentes sociales en esta fase, remito a la investigación participativa presentada por Bertotti y De Ambrogio (2003), «La evaluación en las investigaciones sociales», en *Perspectivas sociales y sanitarias*.

[10](#). Entrevista publicada el 12 de octubre de 2003 en el *Corriere della Sera*, popular diario italiano.

[11](#). Puglieses: de la Puglia, región del sur de Italia. Persisten ancestrales diferencias histórico-culturales entre norte y sur. (*N. del T.*)

[12](#). El autor ha descrito esta configuración en sus escritos anteriores y remite a ellos para mayores detalles.

[13](#). Los conceptos de «observación participativa» y de «escucha emotiva» han sido ilustrados también por Montecchi (2002) en *El abuso en los niños: la intervención en la escuela*, Franco Angeli, Milán.

[14](#). Un texto siempre válido sobre este tipo de intervención es el de Gardini y Tessari (1993), *La asistencia domiciliar para los menores*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

[15](#). En Italia las escuelas ofrecen un desayuno a media mañana y almuerzo y merienda por la tarde en infantil, primaria y enseñanza media. En el turno de la tarde se programan actividades educativas y recreativas. También se organizan viajes a otras ciudades de Italia y a otros países del centro de Europa durante el período de vacaciones; se incluyen cursos de idiomas de verano, de deportes y de ocio. Todo está subvencionado por el Estado. (*N. del T.*)

Segunda parte

QUINTA FASE. LA FASE CRUCIAL DE LA INTERVENCIÓN

3

La evaluación de la recuperabilidad

Revisaremos a continuación la serie de operaciones que hemos realizado hasta aquí: recogimos los indicios de sufrimiento de un menor (*descubrimiento de indicios*), intentamos proponer a los padres un proceso de cambio (*involucración de los padres*) y nos topamos con sus resistencias y negaciones. Por ello, tuvimos que recurrir al tribunal (*denuncia*), respondimos con las oportunas verificaciones a las solicitudes del juez (*investigación*) y derivamos al menor a un ámbito seguro (*medida de protección*).

¿Llegó el momento de descansar? Me doy cuenta, con preocupación, que muchos colegas pensarían que sí: estamos tranquilos, el niño no corre peligro, los educadores se ocuparán muy bien de él, sus contactos con los familiares están controlados, y tras esperar 6 meses, informaremos al tribunal de cómo van las cosas. Pero con una actitud así las cosas nunca cambiarán: los problemas de los padres se volverán crónicos o se agravarán. El niño crecerá en un centro, pasando de un lugar a otro según su edad. Tal vez tendrá una experiencia de acogimiento familiar si le tocan profesionales más actualizados y voluntariosos de lo habitual. A los 18 años volverá a casa, y nueve de cada diez veces lo volveremos a recibir como paciente en calidad de «padre inadecuado».

Además de rasgarnos las vestiduras por los daños de la institucionalización, hay que tomar conciencia del error de esta mentalidad.

Tras ubicar al niño en un lugar seguro, no podemos descansar; por el contrario, el trabajo acaba de empezar: ha llegado el momento en que necesitamos reconcentrar todas nuestras capacidades transformadoras y de elaboración de proyectos, que serán puestas a prueba. Esta fase, de evaluación de la recuperabilidad de los padres, es una pieza importante en todo el proceso. Si no es afrontada explícita y conscientemente, el caso corre el riesgo de estancarse. Cuando tengo que supervisar una situación confusa y compleja, en la que no se sabe por dónde empezar, me centro en las pocas certezas de que dispongo y me pregunto y pregunto a los colegas: «¿Se ha formulado un diagnóstico y un pronóstico sobre la recuperabilidad de los padres?». Esto es, ¿sabemos si podemos contar con los padres, ya que se ocupan correctamente de su hijo, o ninguno ha asumido hasta ese día la responsabilidad? Y el «caso», un niño de carne y hueso, languidece, sobrevive, se arrastra esperando un proyecto claro, que identifique en qué dirección irá

su futuro, si hacia la recuperación de una relación suficientemente buena con los padres —o al menos con uno de ellos— o hacia una nueva situación. Generalmente esforzarse en responder a esta pregunta aclara la situación.

Sin embargo, responder a un interrogante de tal magnitud y dificultad asusta, sobre todo si se piensa que no seremos capaces o si no se quiere asumir semejante responsabilidad. Tengamos en cuenta qué implica asumir un rol determinante en la vida de las personas: del niño, que volverá o no a casa o que tal vez será adoptado; del padre, que recuperará al hijo, pero habrá que determinar en qué tiempo, o que tal vez lo perderá. Con esta actitud se prefiere ignorar que «no decidir» es, simplemente, tomar otra decisión: la de dejar las cosas como están. Pero a las personas no se las puede dejar sin respuesta; si las abandonamos a sí mismas se deterioran, se degradan rápida e inexorablemente. ¿Y no es también una responsabilidad nuestra? Por eso, armémonos de coraje y afrontemos esta tarea como afrontamos las fases anteriores, cuando teníamos la sensación de la urgencia y del valor de nuestra intervención. Afrontemos también este deber porque hemos entendido que la alternativa de no hacer nada es ilusoria. Es mejor hacerse cargo abierta y cabalmente, asumiendo también la responsabilidad de formarnos y buscar ayuda para desarrollar esta labor de la manera más competente posible.

No olvidemos que el arma más importante que tenemos para combatir la falta de interrogación, la negación, la gravedad del maltrato y la pesada psicopatología de los padres que debemos evaluar es el *espíritu terapéutico*. Sé muy bien que no estamos haciendo una terapia. Es más, dentro de poco mostraré la diferencia entre contexto evaluativo y contexto terapéutico, pero sin este deseo de utilizar el envío a confinamiento para suscitar una motivación al cambio en quien no lo tiene, estamos condenados a establecer un diagnóstico fotográfico, que no sirve absolutamente para nada, porque no tiene que replicar aquello que ya se ha verificado y descrito en la fase de comunicación e investigación.

Vadilonga (1996), discutiendo las críticas a este modelo, que es atacado por confundir los planos e intentar la imposible empresa de una «terapia forzada» en ausencia de solicitud de ésta, denomina a esta misma actitud que debemos tener durante la evaluación *no neutral*. Y justamente constato en demasiadas ocasiones la ausencia de esta disposición a involucrarse efectivamente.

Permítaseme una anécdota personal que explicará lo que entiendo por «espíritu terapéutico», que tal vez pueda ilustrar la génesis de mi elección de este modelo.

Dirigí uno de mis primeros grupos de supervisión, formado por asistentes sociales y psicólogos que trataban a menores, según la organización de los servicios de la época. Por aquel entonces era joven. Se presentó un caso de descuido extremo: un niño que vivía con la madre, sola, marginada, sin recursos económicos ni una red de apoyo. ¿Y el padre? Era un alcohólico crónico, ingresado en una casa de reposo. Tenía 40 años. ¡Mi edad! Y le definían como crónico, caso perdido. Y pienso que ni siquiera el decreto del tribunal lo tenía en cuenta: había desaparecido, no se interesaba por el hijo, y las indicaciones del juez se dirigían sólo a la

madre. Entonces pensé: ¿y si señaláramos al juez el total incumplimiento de este hombre respecto a sus deberes? No mantiene al hijo, no le ve, no le llama por teléfono... Si tuviésemos una sentencia del tribunal, tendríamos el derecho de citarle en interés de su hijo dañado por su abandono. Y quién sabe si esto no podría funcionar como un intento extremo para vencer el atrincheramiento que hace de la dependencia alcohólica, a través de la que pretende enfrentar el fracaso de su vida.

He aquí lo que entendemos cuando hablamos de *espíritu terapéutico* o *actitud no neutral*: el deseo de encontrar, en el interior de un contexto impracticable como el de la investigación, en el que se ha visto a la familia de Marco, Luisa, Roberto e Ivana, o de lo menos ingrato de la evaluación de la recuperabilidad, algún recurso para estimular en el paciente el deseo de cambio. Y ya que no puede haber cambio sin el deseo de cambiar, *será nuestro deseo hasta que el del paciente llegue a sustituirlo*. Es una actitud un poco quijotesca, que corre el riesgo de caer en la omnipotencia. Necesitaremos, sin embargo, un rigor metodológico que nos proteja de salirnos de contexto y de posibles conductas veleidosas. Necesitaremos también un equipo de colegas que nos ayude a mantener los pies en el suelo, pero sin olvidar que si queremos fotografiar la realidad, trabajaremos con fotógrafos, que a su vez nos dirán que también la realidad se interpreta y se transforma. Por lo tanto, nuestras elecciones no pueden llevarnos a traicionar nuestra decisión de ser promotores de ese cambio.

LOS ERRORES MÁS COMUNES EN EL CONTEXTO DE EVALUACIÓN

En la introducción comenté cuánta tristeza me causa observar que incluso colegas totalmente deseosos de poner en práctica estas indicaciones para trabajar del mejor modo posible en el contexto de la evaluación de la recuperabilidad de los padres a menudo no piensan sobre cómo llevar adelante el proceso y caen, a su pesar, en comportamientos contradictorios y contraproducentes. Un caso ilustrativo nos permitirá contemplar los errores que generalmente llevan al fracaso.

Una psicóloga y una asistente social informaron al tribunal sobre un episodio de maltrato físico grave a raíz de los daños de un niño de nueve años que se presentó en la escuela con moretones en el rostro. Los padres negaron haberle pegado y le acusaron repetidamente de mentiroso. Las profesionales pidieron un decreto urgente que les permitiera poner en amparo al niño y a su hermana de cuatro años. El juez se pronunció rápidamente en este sentido. La ejecución del decreto fue especialmente penosa: la pequeña no entendió las razones y lloró de un modo desconsolado. Los padres estaban petrificados, pero no abandonaron su posición de negación.

Una vez los niños fueron asignados a un centro, las profesionales buscaron obtener de los padres al menos una admisión parcial de la culpa. Como no lo consiguieron, decidieron no concederles la posibilidad de visitar a sus hijos, por miedo a que culparan al niño y le convencieran de retractarse. En el centro, el niño insistió en cómo le maltrataron, con detalles: que los castigos eran habituales, que era atado con alambres, golpeado con la manguera de la lavadora... Los padres, en los encuentros que tenían programados con la psicóloga y la asistente social, lo negaron rotundamente.

El tiempo pasó y no hubo cambios. Los padres fueron sorprendidos en lugares fuera de la escuela

observando a sus hijos desde lejos. Sin embargo, en los encuentros no se sorprendían, aunque lloraban y se declaraban víctimas de una grave injusticia. La psicóloga recibió a cada uno de los dos niños por separado: poco a poco, la pequeña pareció perder la esperanza de volver a ver algún día a su madre. El hermano estaba convencido de que «ellos» no reconocerían nunca lo que les habían hecho ni les pedirían perdón. Al final del período fijado por el tribunal, las profesionales concluyeron que los padres no podían ser recuperados para ejercer su paternidad adecuadamente; se pidió, por lo tanto, que los dos niños fueran dados en adopción.

Ante la oposición de los padres, el tribunal dispuso una consulta técnica de oficio que expresó una opinión diferente: entre los niños y sus padres existía, a pesar del alejamiento de casi dos años, un vínculo fuerte y válido. El tribunal dispuso que los servicios que habían asumido la tutela de los niños encontrarán un servicio especializado para efectuar un tratamiento, a cargo de los padres, que permitiera, gradualmente y con las precauciones oportunas, el retorno de los niños a la familia.

Se nos encargó como CbM desarrollar esta tarea. Con lo embarazoso que fue y la enorme dificultad que comportó quisiera indicar los errores que creo que comprometieron el éxito de la labor de las colegas con el consejo que surge de los asuntos ya resueltos.

La primera equivocación fue, a mi entender, la de *no haber iniciado enseguida* las visitas de los padres a los hijos en el centro. El alejamiento de los niños de los padres es una disposición de protección del daño que debe detenerse de inmediato. No es una ruptura del vínculo. Niños y padres deben ser convencidos con hechos, no con palabras, de que nadie piensa en quitarles los hijos a los padres: simplemente se entiende poner fin a un maltrato y ver si los padres, como todos esperamos, pueden entender en qué se equivocaron y así poder cambiar. La suspensión de la relación, especialmente si es prolongada, es entonces traumática: la niña de este caso en cuestión, aun dos años después del regreso a su familia, no podía alejarse de la madre para realizar actividades extraescolares. Se planteó ciertamente el problema de que la intimidación del padre o su agresividad afectiva aunque involuntaria ejercida durante la visita podría empujar al niño a retractarse. Sin embargo, para evitarlo era suficiente la presencia del educador para que asistiera a la visita y ayudara al padre a asumir las actitudes más correctas, interrumpiendo discursos y comportamientos inapropiados.

No hay que confundir estas situaciones con aquellas en las que el menor deberá dar testimonio en el tribunal, como en los casos de abuso sexual, en los que hay una mayor propensión al riesgo de retractarse (Malacrea y Lorenzini, 2002): un testimonio confuso, vacilante, no convincente, puede encontrar el trágico efecto de condenar a la víctima a vivir para siempre en una falta de definición clara, por parte del organismo encargado de verificar los hechos, de lo que sucedió realmente, además de obligarla a una convivencia con su abusador impune. En los casos de abuso sexual, especialmente con víctimas muy pequeñas, el abusador ejercita sobre la mente de la hija (o del hijo) un poder, una influencia muy fuertes. Esto se conoce como *emprise* (Perrone y Nannini, 1995), y por ello pueden ser desaconsejables los contactos, incluso protegidos, entre el presunto abusador y la víctima, al menos hasta que la investigación haya concluido.

En el caso que hemos descrito, en cambio, el niño ya había dicho lo que podía decir, y la consecuencia fue la intervención tutelar —no la apertura de un procedimiento penal—, que por cierto no se anularía porque su versión de los hechos se modificara. Lo importante era intentar promover un esclarecimiento de los hechos entre él y sus padres que condujera a un reconocimiento por parte de ellos, y difícilmente lo obtendríamos sin ayudarlos en el marco de una confrontación directa con él.

Y éste me parece que fue el segundo error: la decisión de *ver a los padres y a los hijos siempre por separado*. También aquí las motivaciones deben buscarse en la justa preocupación de las profesionales, que pensaron que abordar en la misma sesión dos «verdades», la del niño que confirmó que los moretones eran originados por maltrato y la de los padres que lo negaban, habría podido tener un efecto traumático sobre el niño y reproducir una nueva experiencia de victimización. Es importante no olvidar que en esta fase de la intervención —habiendo ya obtenido la información y tenida en cuenta por el tribunal una protección, incluso drástica, ya puesta en acto— las dos verdades «pesaban» de manera muy diferente.

Al niño se le creyó; a los padres, no. Por lo tanto, con la presencia de los profesionales garantes de la credibilidad de la palabra del niño, una posible obstinación en negar los hechos por parte de los padres no induciría en el hijo un pesado efecto de confusión cognitiva y de autodescalificación. Produciría, ciertamente, un fuerte dolor y una grave desilusión, pero es posible que, en cambio, en contacto con ese sufrimiento del propio niño, se pudiera obtener que el padre —que de todos modos lo amaba— cediera, al menos parcialmente, a las defensas de negación. Y si obtuviéramos este resultado, pienso que habría valido la pena hacer correr al pequeño el riesgo de otro sufrimiento, que le habríamos causado si lamentablemente el padre decidiera instalarse en la negación, pero también el otro procedimiento, mantener al niño al margen de los encuentros con los padres, en los que intentar convencer al padre a admitir su culpa comportará, si fracasa, una altísima cuota de sufrimiento para el hijo, obligado a tener que ver cara a cara la irreversibilidad del padre y de la madre, como en el caso en cuestión.

Sabemos muy bien que no es posible bañarse dos veces en la misma agua de un río: nosotros encontramos a estos padres cuando ya sabían que habían ganado su batalla legal, nos veían como a las personas encargadas de devolverles a sus hijos y, además, nos pagaban. Por lo tanto, el contexto tendía a estimular su confianza tanto como el anterior —en el que habían encontrado a las profesionales que les habían quitado a sus hijos— les había inducido a la desconfianza y la manía de persecución. Pero desde el primer encuentro, llevado a cabo con la familia reunida, obtuvimos una admisión, aunque parcial. Y en el fondo, los padres habrían podido asumir otra actitud: «El juez nos ha dado la razón, por lo tanto, dense prisa en devolvernos a los niños; ¿qué quieren ustedes de nosotros?». En cambio, delante del niño no insistieron en mantener que había

mentido.

Vuelvo sobre este punto para mostrar otra *falta* que considero un error: la de no haber identificado un *incentivo* para el reconocimiento. Naturalmente, para las profesionales este incentivo estaba representado por las visitas, que podían concederse sólo a condición de una mínima admisión: pero esta forma de contrato no funcionó, probablemente por parecerse demasiado a una extorsión, de cualquier modo inicua, si consideramos que mantener un contacto con los hijos puede verse como un derecho incluso por parte de un padre que maltrata y se ha instalado en una postura de negación.

Cito siempre un trabajo, ya antiguo, de un sociólogo inglés, Nelken (1989), quien criticaba la praxis anglosajona por haber introducido el *contrato* en los servicios sociales —que debería haber permitido la superación de una actitud paternalista— y consideraba dicha praxis privada de equidad. Para él, un contrato debería empeñar a ambos contrayentes, y su falta de cumplimiento penalizar a cada uno de ellos: en cambio, en el ámbito de la protección a la infancia, es sólo el paciente quien debe respetar su parte del contrato, esto es, poner en marcha un cambio para recuperar al hijo, mientras el profesional debe empeñarse en ayudar al paciente a cambiar —ésta sería su parte en el contrato—, aunque nunca se especifica. No se sabe qué «pierde» el profesional si no cumple su parte —no pierde el empleo ni es requerido por el juez—, en tanto que el paciente pierde a sus hijos. Entonces, si lo que puede motivar al profesional del caso en cuestión no es el contrato, ¿qué es? Creo que es precisamente la actitud de compromiso, de no neutralidad, de la que habla Vadilonga (1996), mediante la cual el profesional puede salir de la posición de observador imparcial para ponerse en el lugar del padre y buscar así el modo de entrar en empatía con él. Generalmente, esto se obtiene relacionando, por un lado, el acto violento con otros comportamientos que nos ayuden a entender su génesis y, por otro, conectándolo a la historia personal del padre que maltrata. Era difícil para los padres de los que estamos hablando salir de la estrategia de negación («Me conviene negarlo todo; si no, no me devolverán a mis hijos») y llegar a admitirlo, si esto significaba reconocerse *genéricamente* como maltratadores, más difícil que si tenían que reconocer que *en un momento determinado* perdieron la paciencia y el control. Pero éste es el primer paso hacia una revisión autocrítica de su comportamiento.

Volvamos al caso de los dos hermanos alejados que el Tribunal de Menores devolvió a sus padres en desacuerdo con la opinión del servicio.

El niño de este matrimonio era un niño difícil, que padeció un leve sufrimiento perinatal del que se originó una epilepsia residual. Tenía un comportamiento muy agitado y turbulento, se sentía incómodo con su expresión verbal y con el análisis de sus sentimientos, y por eso tendía a comunicar sus vivencias a través de la acción. Su madre lo tuvo a los 17 años, después de huir de casa con su novio, dos años mayor que ella. Estaba lejos de los suyos, de su tierra, y abandonó a su familia con un gran sentimiento de liberación, porque tenía que cuidar de 13 hermanos más pequeños. Lo mismo le daba tener el suyo propio.

El niño sintió muchos celos de su hermana, se apegó mucho al padre y vivió como una traición el que él lo

castigara porque su madre se lo pedía, exasperada por su hiperactividad y por molestar insistentemente a la pequeña. Se sintió entonces abandonado por todos, herido y desilusionado a raíz de los golpes del padre — que también fue criado así por su propio padrastro—, y se volvió a su vez más agresivo con su hermana, irreverente con la madre, rebelde con el padre, y ambos progenitores reaccionaron ante todo esto con una *escalada* de violencia y de castigos corporales, más agresivos y desmedidos.

La reconstrucción de las vivencias y de las acciones de cada uno, que sacó el comportamiento de maltrato de su característica de fijación y de perversidad, como si fuese una etiqueta que se asignara al padre («Me quieren hacer decir que soy un padre que maltrato a mi hijo, pero no lo soy, yo quiero a mi hijo»), reconduciendo a un acto, tal vez repetido hasta incluso cien veces, pero que, sin embargo, no resumía en sí mismo toda la esencia de la persona del padre, le permitió reconocer sus equivocaciones, porque a su vez *se sintió reconocido*.

Un apunte: ¿realmente tiene sentido tratar de inducir a un padre a admitir que ha pegado a su hijo con la manguera de la lavadora? Si los golpes se propinaron en un momento de pérdida de control, se agarra lo que se tiene a mano: no se va a desconectar la manguera de un electrodoméstico. Y si se tratara de una forma sádica de castigo, es probable que sucediera a través de un objeto contundente que no obligara a una operación posterior, como desenroscarlo y volverlo a enroscar después.

Por el contrario, es más probable que un niño como éste, desesperado porque sus padres lo castigaban injustamente y lo acusaban de mentir, exagerase en parte la magnitud del maltrato padecido en el momento de acusar a sus padres. Tal vez esperaba, con cierta ingenuidad, que, exagerando las cosas, los padres estuvieran dispuestos a admitir algo, aunque fuera mucho más leve.

Años después del inicio de la terapia, ya se había creado un marco de confianza con nosotros tanto por parte de los adultos como de los niños. Por su parte, tuvieron primero el reconocimiento del maltrato, después el regreso a la familia, y finalmente la legitimación que dimos a las previsibles represalias hacia los padres — una vez pasada la euforia del retorno a casa—, culpables no sólo de haber maltratado al hijo mayor, sino también de haber obligado a ambos a permanecer dos años en un centro (¡sufriendo los niños la detención en lugar de los culpables!) por haberse negado a admitir lo que habían hecho. Tuvimos también una sesión con el padre que lloraba, deseoso de recibir ayuda, hasta el punto de llamarnos por teléfono para que le avanzáramos la cita, ya que volvió a caer en una situación de agresión en la que dio un empujón al hijo —que ya tenía 13 años y era tan corpulento y alto como él—, que le había «alzado la mano», y el episodio fue objeto de trabajo terapéutico hasta que fue totalmente asumido. Volvimos entonces al episodio de la manguera de la lavadora, y el niño declaró sonriendo que se lo había inventado. Además, el alambre con el que fue atado a la pata de la cama era en realidad una cuerda. Ahora que el padre y la madre decían la verdad, él también podía hacerlo sin exagerar las cosas.

DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS ENTRE CONTEXTO DE TERAPIA Y CONTEXTO DE EVALUACIÓN

Mi objetivo principal es transmitir a los profesionales la confianza en los efectos de

cambio que pueden alcanzarse en el contexto de la evaluación de la recuperabilidad, y me interesa especialmente subrayar que este contexto presenta numerosas e importantes diferencias respecto al contexto terapéutico. Estas diferencias, que hay que tener muy presentes, no deben evitarse ni disimularse ante los pacientes, sino que, por el contrario, deben aclararse y explicarse. Un error muy frecuente que va en la dirección opuesta a la que acabamos de examinar puede apreciarse en la primera sesión de evaluación, cuando el profesional que puso en marcha el proceso de intervención dice a los padres, con el objeto de calmar el ambiente y generar una dependencia: «Estamos todos aquí para ayudarles». Cuando es mi turno, les recuerdo: «Estamos todos aquí para ver si es posible ayudarles». La diferencia puede parecer pequeña, pero define un mundo distinto del de la ayuda, de la curación, de la terapia. Veamos por qué.

La terapia tiene lugar en un contexto espontáneo de ayuda, caracterizado por:

- La solicitud del paciente.
- La elección del terapeuta.
- La confianza en él.
- El secreto profesional.

Esto significa que la persona que pretende iniciar una terapia se orienta en la búsqueda de un profesional, privado o público, al cual le corresponderán unos honorarios o cuyas prestaciones pagará indirectamente a través de los impuestos, teniendo la certeza de que todo lo que contará quedará entre él y el terapeuta.

Nada de todo esto sucede en la evaluación de la recuperabilidad, que, por el contrario, se caracteriza por:

- La ausencia de solicitud o demanda.
- La imposición del profesional.
- La desconfianza hacia él.
- La circulación de los contenidos y de las informaciones en la red.
- El informe de los resultados para el magistrado.

En este caso, la persona está obligada por el tribunal, sin tener ninguna motivación propia, a presentarse a un «evaluador», esto es, a un experto, que suscita aversión o por lo menos desconfianza, porque informará al juez de todo aquello que el sujeto diga, y contrastará además las informaciones con otros profesionales de la red. Este último punto vale también para los contextos espontáneos de ayuda en los que el terapeuta trabaja en equipo o tiene colaboradores. En este caso, el secreto profesional se compartirá con el grupo de trabajo.

En el libro *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar* subrayamos varias

veces la *doble transparencia* del contexto de evaluación: que el experto no sólo no oculte al juez ningún detalle importante que surja en su trabajo con el padre, sino que tampoco tenga contacto con el magistrado o con otros profesionales de la red sin que el paciente sea informado, e incluso envíe a este último copia del informe final que reciba el tribunal, o por lo menos se lo lea y explique. Esta característica contextual tiende a contener el alcance de los aspectos amenazadores y persecutorios del contexto: el mensaje implícito, que puede ser también formulado con palabras, sería: «no estamos trabajando para usted, pero tampoco en contra de usted». Nuestro fin es el juez, y ante él respondemos, pero esperamos que nuestro trabajo pueda servir también de ayuda a los padres. El juez utilizará nuestro informe para tomar una decisión sobre el futuro del menor, pero este informe no hará sino describir lo que los padres hayan podido aprovechar de nuestra labor, y qué hemos sido capaces de hacer con ellos y para ellos.

Desde el punto de vista práctico, todo se desarrolla *como si fuera una terapia*: en la praxis optimizada por Mara Selvini, que ahora enseñamos en la escuela que lleva su nombre, las terapias familiares se dirigen en equipo, utilizando el espejo unidireccional y la cámara de vídeo. Cada encuentro está precedido de una sesión previa. Las sesiones duran mucho, pero no son muy frecuentes, y concluyen siempre estableciendo quién deberá participar en el encuentro siguiente. Los tratamientos tienen una duración determinada, no interminable. Las mismas normas formales se aplican en este contexto: cada evaluación estará dirigida por una pareja de terapeutas y por una asistente social; los pacientes se presentarán a los tres profesionales, aunque generalmente sólo uno de los terapeutas estará presente con ellos —la asistente social, como diremos, se cita con ellos para preparar la primera sesión y posiblemente en adelante, para mantener el contacto cotidiano—; se les informará de la presencia de los dos colegas detrás del espejo, y de otros profesionales si fueran necesarios, así como de la grabación, y firmarán un documento en el que se declara que el material está sometido al vínculo del secreto profesional y al respeto de la *privacidad* y sólo se utilizará, además de para informar al juez, con fines de investigación y didácticos. Cada sesión se iniciará leyendo el resumen de la anterior y con la actualización de los acontecimientos sucedidos durante ese tiempo. Durará alrededor de una hora y media, con algunas interrupciones durante las que el equipo podrá debatir. Se concluirá comunicando quién será convocado al encuentro siguiente, por lo general al cabo de una semana o quince días. La evaluación concluirá en un período de unos seis meses (entre tres meses y un año) con la lectura del informe enviado al tribunal. Si el pronóstico fue positivo y el juez lo aceptó, de la evaluación de recuperabilidad se pasará a la fase de terapia, como más adelante comentaremos.

Me doy perfecta cuenta de que esta modalidad de trabajo puede resultar absolutamente privilegiada para los colegas obligados a luchar con decenas de casos difícilísimos, trabajando en soledad, con el teléfono que suena, poco tiempo para pensar y menos aún

para enfrentarse con los colegas. Pero si no queremos encontrarnos con fracasos llameantes y tener profesionales «quemados» por el síndrome del *burnout* (Bertotti, 1990), es necesario dotarse de los instrumentos adecuados. Selvini contaba siempre que nunca dirigió, en sus 30 años de experiencia, ni una terapia familiar ella sola. Y era Mara Selvini. Argumentaba que se trataba, ciertamente, de familias con problemas graves: anorexias y psicosis, no de hijos que no querían estudiar violín. Pero el maltrato en la infancia es un problema gravísimo: los padres que rechazan ayuda son personas seriamente perturbadas, y el contexto de evaluación no está libre de trampas e insidias. Por eso debemos procurar disponer de las condiciones de trabajo apropiadas.

El CbM es una cooperativa que trabaja para la Administración Pública, con inimaginables problemas de recursos técnicos. No obstante, los terapeutas siempre han gozado de estas condiciones, aunque esto comportara una remuneración por hora más bien modesta.

Por otra parte, trabajar en el campo del maltrato supone siempre mantener una cuota de voluntariado, la propensión a realizar elecciones por razones distintas a las económicas, por la fascinación de sentirse desafiados por estas problemáticas, por el interés en la materia, por el deseo de justicia, o por algún otro motivo. Recuerdo siempre una frase de S. Tomkiewicz, investigador y clínico que trabajó en Francia, quien en una de sus conferencias (en Bruselas, 1989) en un congreso sobre maltrato, en la que participé cuando daba apenas mis primeros pasos en este campo, dijo: «Trabajar con el maltrato es como hacer el amor con una estrella: es muy bello, pero muy difícil, porque las estrellas están muy lejos». También Tomkiewicz aportó la razón más eficaz y más convincente sobre la evaluación de la recuperabilidad y la involucración de los profesionales, en un discurso que rezaba: «Cuando traten con padres que maltratan, pueden apostar a que son irrecuperables, y ciertamente ganarán. Pero ustedes tienen que apostar contra la hipótesis cero, es decir, que no hay nada que hacer, y trabajar con ahínco lo mejor que puedan. De ese modo, algunas veces, sólo algunas veces, vencerán».

LA CONSTRUCCIÓN DEL CONTEXTO Y LA ASIGNACIÓN DE TAREAS EN LA RED

Así pues, cuando nos disponemos a emprender una evaluación de recuperabilidad, el decreto del Tribunal de Menores proporciona el marco contextual a nuestra intervención, aunque no podamos pretender que cada juez demarque nuestro contexto de evaluación exactamente con las mismas expresiones y las mismas palabras que quisiéramos que utilizase para cada caso. Debemos darnos por satisfechos si el decreto:

- Contiene la atribución de responsabilidad a los padres por los daños sufridos por los niños, y mejor si lo hace a través de la citación de hechos y sucesos objetivos. Decir que los padres son «inadecuados» o usar otras expresiones un tanto genéricas hace difícil establecer los comportamientos precisos que nos proponemos que abandonen.
- Define la medida de protección que debe aplicarse.
- Encarga a los servicios que efectúen a los padres una evaluación diagnóstica y pronóstica para llegar a formular un proyecto a medio plazo para el menor.
- Establece los plazos para concluir la evaluación y para enviar el informe.

Un primer problema que presenta este contexto es, precisamente, el de los *límites temporales* dentro de los que debe desarrollarse la evaluación. Contamos en *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar* cómo, en la época en que empezamos a colaborar con el Tribunal de Menores, los jueces no fijaban ningún plazo para la presentación del informe. Eso derivaba de una confusión que todavía persiste sobre el sentido de este contexto de intervención, que se veía como una «terapia obligada» a la cual no se daba un término. En cambio, al definirse el objetivo evaluativo del envío o derivación a los servicios especializados, los jueces justamente han empezado a poner plazos de entrega del informe, como sucedió para los peritos que debían entregar una CTU. Sin embargo, estos términos, absolutamente necesarios para que el niño pueda salir del limbo de la incertidumbre y no incurra en los daños de la institucionalización, se han vuelto demasiado acotados. Eso, como dije en la introducción, puede explicarse por las presiones que los magistrados reciben por parte de los abogados de los padres. Ciertamente es que, si la evaluación de la recuperabilidad debe llegar a ser una intervención clínica, es decir, el último intento para restituir al niño, como es su derecho, a los padres suficientemente buenos, se necesita un período razonable en el que desarrollar el trabajo. Anteriormente hablamos de un período promedio de seis meses. Con frecuencia he subrayado cómo este tiempo de espera durante el cual los educadores se las ingeniaban para que el niño lo tolerara bien, teniéndole al corriente del proceso de asistencia destinado a sus padres, debería ser más reducido cuanto más pequeño es el niño. Como dijimos, el daño que sufre un recién nacido que no puede construir un vínculo afectivo con una figura de apego estable es muy grande. Pero quisiera precisar aquí que para un niño muy pequeño no vale la norma del «cuanto antes vuelva a casa (o sea adoptado), mejor para él». De hecho, si el menor es alejado siendo aún un bebé, es necesario darle un tiempo para superar el trauma de la pérdida de la madre a través de la construcción de un nuevo vínculo sólido, antes de volvérselo a quitar y que vuelva con su madre natural o con una madre adoptiva, con la que deberá construir un nuevo vínculo de apego. Como se puede observar, el técnico debe repartirse entre exigencias contrapuestas en la búsqueda, como siempre, del mal menor, y a veces se verá obligado a pedir al juez una

postergación de la fecha de presentación del informe para poder profundizar en una situación en la que los márgenes de cambio del padre continúen presentándose inciertos.

Un segundo problema que los profesionales más jóvenes e inexpertos afrontan es que, en general, *no encuentran en el decreto la expresión específica «evaluación de la recuperabilidad de los padres»*, sino expresiones que a primera vista parecen distintas de aquélla, y temen adherir, por ignorancia, la recuperabilidad a éstas, incluso cuando parecen predeterminar operaciones técnicas cuya elección es, en cambio, de su exclusiva competencia. La fórmula que el magistrado utilizará para pedirnos que expresemos un diagnóstico y un pronóstico podrá, de hecho, aparecer transcrita de diversos modos: «Efectuar un examen psicodiagnóstico sobre la personalidad de los padres y del niño», o bien «observar la calidad de las relaciones entre padres e hijos», u otras variantes por el estilo. Debemos incluir los contenidos técnicos según nos compete la solicitud del juez, utilizando a conciencia los instrumentos que consideremos más idóneos para responderle. Esto significa, por ejemplo, que no estamos obligados a recibir inmediatamente al niño sólo para darle un apoyo, cuando no se hayan cumplido las operaciones preliminares que dan sentido a esta intervención; o no debemos abstenernos de ver a los abuelos porque no estén expresamente contemplados en el decreto; o no debemos recurrir a acciones para encaminar la evolución que en ese momento consideremos incorrectas y contraproducentes bajo el perfil técnico o deontológico, como, por ejemplo, someter a tests diagnósticos a padres furiosos y temerosos de ser «etiquetados»; tests que, entre otras cosas, en esas condiciones proporcionarían resultados más bien dudosos. Debemos recordar que somos los expertos del juez y ejercer fielmente esta función, de manera que pueda obtener de nosotros lo que precise para decidir sus indicaciones, pero somos nosotros los profesionales de la tutela desde el punto de vista del saber psicológico, social o pedagógico, por lo que nos corresponde elegir y determinar las mejores maneras y tiempos para llevar a cabo nuestro trabajo. Obviamente, un contacto directo y personal con el juez delegado puede ser muy útil para resolver equívocos y malentendidos.

Un tercer problema que el decreto no suele resolver es el de «quién hace qué» (Ghezzi, 1996a), es decir, *la distribución de las tareas entre los servicios*.

En algunos casos, el juez asignará a cada servicio un encargo: por ejemplo, confiará al menor al servicio social del municipio y pedirá al centro de rehabilitación de drogadicción o al servicio psiquiátrico que realice un informe de los padres. Pero otras veces encargará simplemente a los servicios sanitarios «en virtud de competencias específicas» que intervengan e informen sobre la situación. En ambos casos, la delicada tarea de la integración entre las intervenciones de los diversos servicios quedará, de todos modos, en manos de los mismos servicios. Esta integración es extremadamente compleja, no sólo

por factores objetivos de coordinación de la praxis y de tiempos diferentes, sino también —y sobre todo— por ideologías enquistadas en el interior de cada uno de los servicios, que incluirán la identificación con el paciente, incluso en detrimento de los otros miembros de la familia. Las dificultades de la integración no se resuelven con una llamada genérica a la colaboración y a la buena voluntad: son necesarios «protocolos», como se suelen llamar, con los que los servicios se pongan de acuerdo. Me refiero a *modelos* que organicen y jerarquicen roles y funciones, y aseguren así que la toma de decisiones en el interés del menor sea claramente asignada respecto de la actuación de todos los que intervienen desde las diferentes especialidades.

Diversos modelos posibles de organización

En la actualidad, creo posible citar dos modelos de integración entre los que elegir en relación con los recursos asistenciales y sanitarios presentes en un territorio, cada uno con sus ventajas e inconvenientes. El más simple (véase la figura 4) tiene reagrupados en el mismo servicio, que antes fue el Servicio Materno-Infantil del Ministerio, Secretaría o Repartición de Salud Local o del Municipio, tanto las funciones de tutela del menor confiado a dicha entidad como las de evaluación de la recuperabilidad de los padres. Éste es el modelo que funcionaba en Ferrara en la época en que trabajé realizando la supervisión e investigación que describí en el libro ya mencionado (Cirillo y Cipolloni, 1994). Según este tipo de funcionamiento organizativo, los profesionales del servicio (generalmente asistente social y psicólogos), que serán los mismos que habrán recogido las indicaciones de la escuela, de los médicos de cabecera, de los educadores, de los ciudadanos y de los mismos pacientes, y que habrán transmitido a la magistratura si el contexto natural de ayuda se ha demostrado inviable, recibirán del tribunal el doble encargo de proteger al menor y evaluar a sus padres. A estas alturas de los acontecimientos, los profesionales de los otros servicios colaborarán para proporcionar a los colegas del Materno-Infantil la información que utilizarán en su propia evaluación: por ejemplo, el estado de salud de un padre drogodependiente en tratamiento, del que el centro de rehabilitación de drogadicción comunicará los resultados de las muestras de morfina en urea, o la regularidad de la asistencia escolar de un niño que fue derivado a una familia y había sido declarado retrasado, etcétera.



Figura 4. Modelo organizativo en el que un único servicio tutela a los menores y evalúa a los padres.

Recientemente, este tipo de funcionamiento se ha propuesto en algunas zonas territoriales de dimensiones reducidas (o medias), con el objetivo de construir un servicio a un tiempo unitario y especializado.

Una objeción que suele plantearse a este primer modelo organizativo es que los pacientes, ante los mismos profesionales con quienes habían trabajado durante un tiempo en un contexto natural de ayuda y que después les han sido asignados, podrían ser especialmente hostiles y no colaboradores a raíz de vivir lo que acabo de mencionar como una traición. Desde mi punto de vista, esta crítica no tiene fundamento, salvo en situaciones excepcionales: como vimos en el capítulo dedicado a la información, son indispensables algunas precauciones. En particular, hay que estar atento a no denunciar a espaldas del paciente; el hecho de que el profesional persevere sobre el caso es un potente mensaje que indica que no tiene nada que temer ni de qué excusarse, lo que sí sería transmitido, en cambio, si se apartara y derivara el caso a un colega. La información no es una traición, pero si ocurre después de un trabajo continuado en un contexto asistencial o, incluso, en un contexto de apoyo psicológico o de psicoterapia, representa la constatación de la insuficiencia de las propias fuerzas, y como tal se presentará a los pacientes: «Ustedes y yo hemos trabajado juntos durante bastante tiempo, con buena voluntad y empeño por ambas partes: por desgracia, los resultados no han sido suficientes y los niños no muestran una mejoría significativa. Es nuestro deber

indicárselo al juez y esperar su decisión sobre cómo seguir nuestra labor conjunta». ¹⁶ Cuando nos encontremos nuevamente con estos pacientes, sus hijos serán objeto de una medida de protección, y nosotros ya no estaremos allí para ayudar sino para ver si es posible modificar las cosas. En este nuevo contexto no se excluirá el uso de nuevos recursos como estímulo para que la situación cambie.

La experiencia de Ferrara incluyó a 51 familias con diferentes tipos de problemáticas, de las cuales 30 fueron consideradas crónicas, es decir, al cargo desde hacía más de tres años, y 21 con riesgo de cronicidad. De los 51 casos, 30 fueron asignados al tribunal, y a estas comunicaciones correspondieron 16 indicaciones de alejamiento: nueve de estos niños volvieron con su familia, como consecuencia de una disminución significativa del índice de problemática en ella. Esto significa que los mismos profesionales que después de años de trabajo estaban desalentados y convencidos de no lograr introducir más cambios en familias con vivencias dramáticas desde al menos tres generaciones, habían sabido encontrar —junto a estos padres que habían asignado— nuevos recursos para el cambio en más de la mitad de los casos, y esto gracias a la introducción del contexto aislado.

Una objeción más convincente respecto a este modelo organizativo se refiere al nivel de formación del equipo de base de profesionales novatos, que se apresurarán a dejar el cargo apenas encuentren un puesto menos estresante, y que entonces, en muchos casos, dispondrán de experiencia y preparación insuficientes para afrontar casos tan complejos y trágicos. Efectivamente, los profesionales de Ferrara podían disponer de una amplia formación y *entrenamiento* grupal, con el efecto, entre otros, de consolidar una cultura unitaria de grupo: un jefe de servicio (Cipolloni) que insistió hasta conseguir que regularmente les asegurasen una supervisión y una administración que le concedió la solicitud; una bajísima rotación del personal —no casual, sino debida ciertamente a las condiciones extremadamente favorables de trabajo—, y finalmente, la disposición de los profesionales a apoyarse mutuamente en la gestión directa de los casos más arduos. En nuestro trabajo el factor humano es fundamental para asegurar el funcionamiento de cualquier proyecto.

En el segundo modelo (véase la figura 5), por el contrario, al servicio Materno-Infantil sólo se le asignaba la función de tutela del menor. Estos profesionales deberán garantizarla, ya sea antes, durante o después de la fase de evaluación de recuperabilidad, representando el elemento de continuidad en la historia del caso. En cambio, la función de evaluar la recuperabilidad de los padres se asignará a otro servicio, el cual de nuevo tendrá que manejar informaciones transmitidas por terceros. El caso típico es el que cité en la introducción: la Unidad para la Tutela de los Menores que opera en el territorio de Milán con personal de la ASL —que se ha difundido en distintas localidades con otra denominación y siglas—, que trabaja integrándose con el servicio social de la familia, que

al ser tutelar se ocupará de la protección.

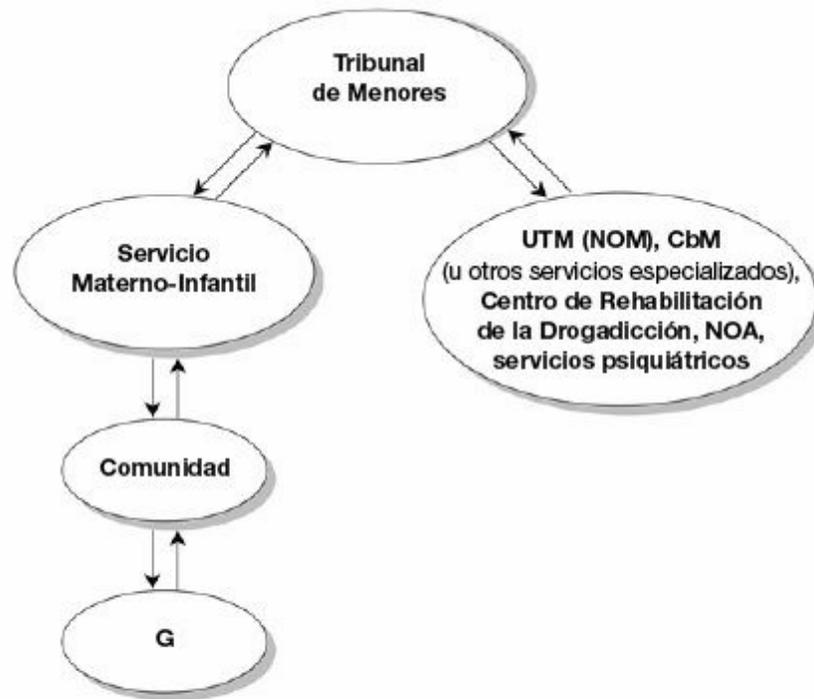


Figura 5. Modelo organizativo en el que las dos funciones se atribuyen a diferentes servicios.

Alternativamente a este rol de evaluación podemos encontrar un servicio social privado especializado en el campo del maltrato, como es el caso del CbM.¹⁷

En este segundo modelo, que diferencia entre quienes desempeña ambas funciones, es posible asignar la función de evaluación de la recuperabilidad de los padres también a un servicio de segundo o de tercer nivel perteneciente a la misma red de servicios públicos locales. Esta elección puede llevarse a cabo anteponiendo la competencia especializada de un servicio respecto a la patología específica de un padre (servicio psiquiátrico, Alcohólicos Anónimos, tratamiento contra la drogodependencia) que evalúe la recuperabilidad, respectivamente, de padres pacientes psiquiátricos, alcohólicos o adictos. Se debe considerar que su ineptitud para desempeñarse adecuadamente en su paternidad pueda estar en mayor o menor medida vinculada directamente con sus dificultades personales.

La objeción que se formula a este modelo es que los servicios especializados para

adultos son competentes para tratar la patología de estos últimos, pero no tienen una preparación adecuada para ocuparse de temas inherentes específicamente a la parentalidad. Por ello, una alternativa que se toma muy en cuenta, cuando los servicios a disposición no ofrecen centros públicos ni privados especializados destinados a la tutela, es que el consultorio familiar sea propuesto para desempeñar este rol, como también el consultorio de neuropsiquiatría infantil, sobre todo en estos últimos años, en los que cada vez más este servicio ha abarcando muchas tareas no estrictamente sanitarias. A esta elección se puede plantear la objeción inversa, es decir, que este último servicio corre el riesgo de ser demasiado dirigido a los niños y que no cuenta con la experiencia y la preparación necesaria para tratar, no con los padres «normales», con los que generalmente trabaja, sino con adultos gravemente afectados y en absoluto deseosos de ser evaluados o de ayudar.

Persiste el hecho de que ninguno de los dos modelos ni sus variantes carecen de aspectos positivos ni de inconvenientes. Quisiera romper una lanza a favor de que los servicios especializados para adultos asuman la tarea de evaluación de la recuperabilidad de los padres. La gran ventaja que esta elección comporta, como veremos más ampliamente en el capítulo sobre la terapia de los padres, es que puede permitir al servicio encargado captar a un potencial paciente que hasta el momento permanecía resistente al vínculo terapéutico, y por lo tanto mantenerlo a su cargo, si la evaluación de la recuperabilidad da sus frutos, en un verdadero tratamiento a largo plazo, del que el paciente tendría necesidad y que el servicio estaría dispuesto a proporcionar.

El centro de rehabilitación de drogadicción en Italia está formado para tratar a pacientes «aislados». Pensemos en los que fueron detenidos y aprovecharon la posibilidad que la ley les concedía de seguir un programa terapéutico en lugar de cumplir su condena en la cárcel. También en los jóvenes que fueron encontrados en posesión de sustancias estupefacientes, para los que el envío al centro de rehabilitación de drogadicción estuvo a cargo de la prefectura, como alternativa al retiro del carnet de conducir o de otra sanción administrativa. Los centros de rehabilitación de drogadicción pueden aprovechar estos envíos aislados para intentar suscitar una motivación al tratamiento en estas personas recalcitrantes o falsamente complacientes. De lo mismo se vale la psiquiatría para disolver la paradoja del tratamiento sanitario obligatorio (TSO) y convencer al psicótico, internado por la fuerza porque es peligroso para sí mismo o para otros, a aceptar voluntariamente el alargamiento del internamiento o cualquier otra propuesta terapéutica. Aquí se trata de poner en marcha técnicas análogas, adaptadas con el fin de hacer nacer en los padres sintomáticos con quienes trabajamos el deseo de cambio y de sanación, contando con una tercera figura prescriptiva, el Tribunal de Menores, y en otro contexto, el evaluativo, que se parece en algunos aspectos a un contexto de peritaje.

En una reciente conferencia que di al personal de un centro de rehabilitación de

drogadicción sobre la compatibilidad entre el uso de drogas por parte de sus pacientes y la tutela de los hijos de estos últimos, un profesional me preguntó: «Pero, finalmente, ¿por qué deberíamos ser nosotros los que hiciéramos esta evaluación de recuperabilidad?». Mi respuesta fue y sigue siendo la siguiente: «No *deben* hacerla: prueben más bien a ver si *desean* hacerla. Es obvio que un servicio que funciona con poco personal y está saturado de casos abrumadores no desea ir en busca de otros pacientes, encima “complicados”: si un paciente potencial, después de haberse presentado una vez pongamos para una desintoxicación, desapareciera, los profesionales se sentirán aliviados. Aquí hablamos de un servicio que trabaje en condiciones de bienestar y a gusto, para el cual la resistencia de un paciente poco o nada conocido representa una fuente de frustración y de amargura: en este caso, la alianza con el Servicio Materno-Infantil y con el tribunal para intentar tratarlo, utilizando como atractivo —cuando se trate de un paciente que es padre, y cuyos hijos resulten dañados— el contexto de evaluación de recuperabilidad, representa una ocasión aceptable, no una calamidad».

Últimamente he podido observar el buen funcionamiento de un tercer modelo, que en realidad representa una síntesis de los dos primeros. Se trata de una modalidad organizativa en la que se inspira el Servicio de Menores y Familia, instituido por un consorcio de cuatro municipios del *hinterland* milanés, servicio en parte gestionado directamente por los municipios y en parte adjudicado al CbM, según un proyecto de Bertotti (véase la figura 6). Como en el primer modelo organizativo, el servicio desempeña por su cuenta la tarea de tutela o la labor de evaluar la recuperabilidad, sin delegarla a terceros. Se asemeja al segundo modelo en que diversos equipos aseguran las dos funciones. Existe un equipo territorial (asistente social/psicólogo) en cada uno de los cuatro municipios que garantiza la tutela del menor, mientras un único equipo central (con dos asistentes sociales y cuatro psicoterapeutas) efectúa las evaluaciones de recuperabilidad y los tratamientos consiguientes para todo el territorio.

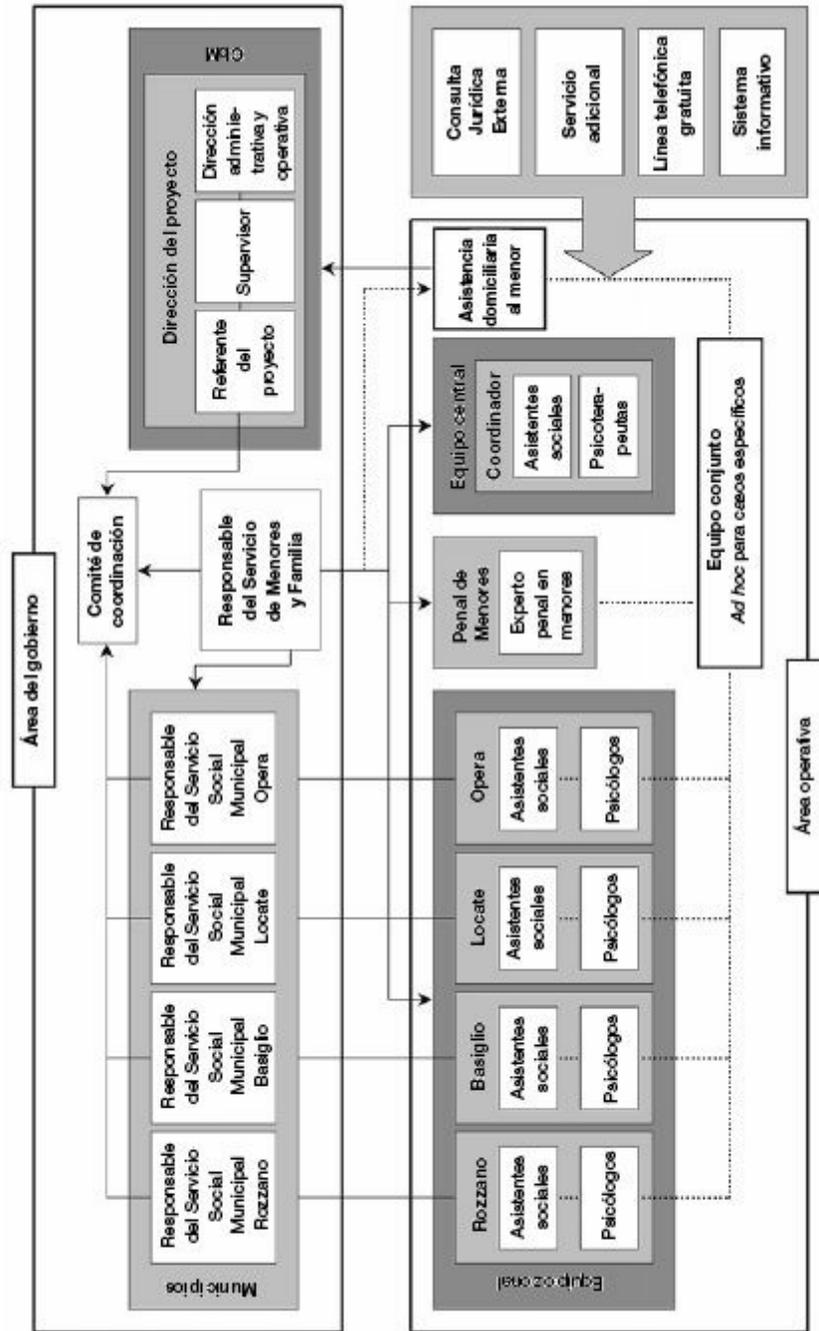


Figura 6. Modelo organizativo mixto (público/privado) del Servicio de Menores y Familia en el que se han asociado cuatro municipios.

Poco importa qué modelo se elija; todos pueden funcionar de maravilla. Los factores que intervienen para orientar la adopción de uno u otro son variados, como la dimensión del territorio en cuestión, la mayor o menor facilidad de intercambio con la magistratura de

menores, el nivel de formación que caracterice a los diversos servicios, y la capacidad ya adquirida por parte de la red de trabajar sobre proyectos transversales que impliquen un alto grado de integración, como por ejemplo el proyecto de acogimiento. Para que toda la organización funcione de manera eficaz y eficiente lo más importante es que responda a los siguientes requisitos:

- La toma de decisión en el interés del menor debe ser jerarquizada de manera clara y unívoca. No se asumirán decisiones cruciales, como proponer al tribunal el regreso de un menor a su familia o, por el contrario, la transformación de su alejamiento de provisional en definitivo, con voto a mano alzada entre los profesionales. Volvamos a la figura 5. En el vértice de la cadena vertical de ejercicio del poder de decisiones está el juez; por debajo de él, el Servicio Materno-Infantil al cual el mismo juez confió la tutela del menor. Aún más abajo está, si el caso lo contempla, el centro al que el Servicio Materno-Infantil derivó al menor en cumplimiento del decreto del juez. Los padres, cuya potestad fue limitada pero no anulada, están en el nivel más bajo. Quien desempeñe el rol de evaluar la recuperabilidad de los padres ocupará una posición de consultor (esto es, actuará como parte del *staff*) y no poseerá ningún poder de decisión, ni el juez se lo habrá delegado. Pongamos el ejemplo de la reglamentación de las visitas y de los reingresos. El tribunal, mientras alejó al menor, asignó al ente local tutelar y, por lo tanto, al servicio social la tarea de reglamentar sus contactos con los padres. El servicio fijó entonces frecuencias y duración de las visitas y de los posibles reingresos, teniendo presentes las exigencias de horario y el buen funcionamiento del centro. Siempre que intervenga una petición particular de los padres, por ejemplo, un reingreso extraordinario por una celebración familiar, el servicio social tutelar podrá pedir una opinión —es incluso sensato que pida una opinión— al servicio que lleve a cabo la evaluación de recuperabilidad y que esté verificando posibles progresos o estancamientos de la situación de riesgo. Cuando una red funcione bien y sin conflictos, el servicio social prestará especial atención a las consideraciones que proporcionen sus colegas evaluadores. Sin embargo, dicha opinión no será en absoluto vinculante, ya que el poder y la responsabilidad de la decisión quedarán en manos del servicio tutelar.
- Toda la red compartirá la perspectiva de la transparencia y de la circulación de las informaciones, que sólo permitirá a los evaluadores trabajar correctamente disponiendo de los datos que les transmitan todos los demás servicios, según la modalidad y los canales organizados por el servicio social tutelar que funcione como referente de la red, asegurando contactos telefónicos frecuentes y reuniones regulares. Sólo el conocimiento de la evolución del progreso de los padres o de sus fracasos constatados en el trabajo de evaluación servirá al servicio social para adaptar en el tiempo las exigencias de la tutela. Mis primeras experiencias de formación en el extranjero me

permitieron tomar más conciencia del hecho de que un elemento de notable fuerza en el interior del sistema asistencial italiano es la permanencia de la tarea de tutela en cargo al servicio social del ente local, sin importar dónde se derive al menor ni en el marco de qué proyecto se le incluya. Como dijimos antes, el asistente social —o, en los casos más afortunados, la pareja asistente social/psicólogo— representa un elemento de fuerte continuidad en la historia de menores y familias expuestas continuamente al riesgo de separaciones y traslados.

La experiencia francesa, en cambio, ofrece un ejemplo muy gráfico: la figura correspondiente, es decir, el *inspecteur de l'Aide Social à l'Enfance* (ASE), cumple casi siempre un rol puramente administrativo, mientras que las funciones de protección son transferidas al servicio social del organismo que se ocupe de aquel tramo del camino en la vida del menor. Así, si éste entra en una comunidad, serán los profesionales del centro quienes tomen conocimiento del caso y contacten con los padres, y asumirán todas las decisiones relativas a la tutela según el mandato del juez. Cuando, después, el menor sea dado a una familia de acogida, serán los profesionales de la asociación social privada quienes gestionen la tutela para su adaptación a la familia, con una fragmentación de las vivencias del niño y de su familia absolutamente dañina (los franceses llaman «*saucissonnées*» a estas historias, es decir, «rebanado en lonchas como el salchichón», metáfora muy cruda si pensamos que este «salchichón» se refiere a un niño y sus padres).

La preparación de la primera sesión

De ahora en adelante llevaré a cabo mi exposición desde el punto de vista de los profesionales, y en particular de los psicólogos encargados de la ardua tarea de evaluar si los padres son susceptibles de ser tratados o no. La operación inicial que hay que afrontar en primer lugar es preparar la primera sesión. En la tradición de la escuela sistémica, se dedica mucha atención a la preparación del primer encuentro, por un lado, de manera análoga a cuanto sucede en otros enfoques, para tener el máximo cuidado en la construcción de un contexto adecuado (el *setting*, según otra terminología), y por otro lado —y esto es específico de la escuela de Selvini— para recoger los datos fundamentales *antes* de la primera sesión, de manera que la actividad de elaboración de hipótesis, crucial en este abordaje, pueda fundarse en un material ya disponible previamente a la primera sesión.¹⁸ Un reciente artículo de Selvini (2003) expuso los últimos avances respecto a los objetivos y la modalidad de conducción de las reuniones preliminares en un contexto que es natural, pero en el que las personas motivadas y solicitantes son los padres, no el paciente, por lo que las diferencias respecto a nuestro contexto de evaluación, después de todo, no son inconmensurables.

Aliarse con quien solicita la terapia para motivar a quien no lo hace

También yo durante años me he dicho que mi doble situación profesional, mitad en el nuevo centro para el estudio de la familia dirigido por Selvini, mitad en el CbM, me ponía en contacto con dos poblaciones opuestas. Las familias del contexto de petición espontánea de ayuda en un centro prestigioso se sometían al test de motivación de una larga lista de espera, se trasladaban desde una localidad tal vez muy lejana de Milán, tenían que pagar unos honorarios elevados que para muchas personas resultaban excesivos, y, por definición, se esforzaban al máximo, sumamente dispuestas a aceptar las normas del contexto (por ejemplo, la indicación de que todos los miembros de la familia estuvieran presentes en las sesiones) y a seguir las indicaciones que se dieran.

Por el contrario, las familias del contexto forzado llegaban obligadas por una autoridad temida y nunca vista como benévola, no por propia iniciativa, y predispuestas a oponerse al evaluador mediante constantes e incansables negativas a través de negaciones, sabotajes y agresiones.

Con el tiempo me di cuenta de que las cosas no son del todo así. En primer lugar, no todas las familias que llegan a un centro privado están motivadas, ya que también ellas pueden haber sido animadas por alguien «prestigioso» que les ha recomendado el centro (Selvini Palazzoli, Boscolo y otros), o sea, por una persona importante y significativa, ya sea un familiar o un terapeuta, a quien no quieren defraudar y cuyas presiones no pueden eludir. Pongamos un ejemplo para reflexionar al respecto.

Hace años recibí en el nuevo centro de Selvini la llamada telefónica de una madre que se dirigía a nosotros para pedirnos una terapia familiar para su hijo primogénito, Flavio, de cinco años, afectado de psicosis. Durante la conversación telefónica —en aquella época era nuestra filosofía proporcionar y recibir las primeras informaciones durante una larga conversación telefónica—¹⁹ comuniqué a la señora que nuestro equipo trabajaba sobre la hipótesis de que el daño generalizado del desarrollo de estos niños podía estar vinculado con una depresión grave de la madre, a menudo debida a un acontecimiento significativo ocurrido en la familia de origen, y le pregunté si creía que podía ser su caso. Pero no, la señora no había tenido nunca episodios depresivos ni sus relaciones con la familia habían pasado por momentos de dificultad en sus vínculos. Tampoco había habido ningún cambio en sus relaciones personales en la época del bloqueo de su hijo, que sucedió cuando tenía dos años de edad. De todos modos, su marido y ella querían llevar a cabo una consulta familiar en nuestro centro, ya que les habían indicado que podía ser la última posibilidad de mejoría para su hijo. Para completar la ficha, le hice la pregunta habitual sobre posibles familiares que convivieran con la familia nuclear. No, no tenían en casa a ningún pariente ni lo habían tenido nunca. La familia nuclear vivía en el norte, adonde emigró desde una pequeña ciudad meridional. ¿Mantenían contacto con los familiares? Sólo en verano. Cuando nacieron Flavio y el hermano menor, ¿su madre vino a ayudarla? No; sólo vino a ver al recién nacido, y en ambos casos se quedó tres días —extraño, siendo los primeros nietos de una mujer sana y sin obligaciones laborales, con una hija sola y que no contaba con otra ayuda.

Algunas semanas después se inició la consulta familiar, dirigida por mi colega Ana Maria Sorrentino, que tenía amplia experiencia con estas graves patologías infantiles, en el rol directo de terapeuta. Selvini y yo hicimos el seguimiento detrás del espejo. Al cabo de tres sesiones nos encontramos totalmente desanimados:

no lográbamos avanzar en nada. El pequeño se movía muy inquieto por la habitación; huía ante cualquier posibilidad de contacto, sin ningún acto comunicativo. Los cónyuges se mostraron más bien reticentes: el tema de las relaciones con las respectivas familias de origen, indagado minuciosamente, no condujo a ninguna parte. Lo único que resultó evidente fue que la relación de pareja había sido insatisfactoria desde el principio: la mujer dijo que había cometido un terrible error ya al salir de la iglesia el mismo día de sus nupcias. Programamos una última sesión antes del receso estival y Sorrentino expresó su temor de que después del verano la familia no retomara el tratamiento por la falta de resultados: era necesario motivarlos con algún progreso tangible. Les propuso entonces realizar la técnica del *holding* (Tinbergen y Tinbergen, 1984), difundida en Italia por Zappella, según la cual la madre, mientras el niño está acostado en el suelo, lo cubre con su cuerpo y, con dulzura pero con seguridad, intenta inducirle a aceptar un contacto de miradas, mientras el padre la ayuda.

Los padres, después de que la terapeuta les mostró el «ejercicio», que no era fácil de realizar con este niño, prometieron que lo harían diariamente durante los dos meses de verano en los que estarían en su pueblo de origen, acompañados por una psicomotrista de un centro de rehabilitación cercano al pueblo.

En la sesión de septiembre, a la cual los padres fueron convocados solos, se presentaron radiantes, mostrando orgullosos una grabación que habían hecho durante el período de vacaciones, en la que Flavio, entre los brazos de la madre, sonreía y le decía, aunque con voz quejumbrosa, pero perfectamente inteligible: «Mamá, te quiero». Quedamos todos muy conmovidos en la habitación y detrás del espejo. Secándose las lágrimas, la señora dijo a la terapeuta: «Doctora, debo confesarle que le he dicho una mentira, en realidad dos: la primera es que cuando me casé y me mudé aquí, mi hermana vino a vivir con nosotros para ayudarme y hacerme compañía. Y se quedó hasta que se casó, cuando Flavio cumplió dos años. La segunda es que después vino a vivir con nosotros mi hermano menor, que está todavía en casa». Nos sorprendimos y, controlado el primer impulso de abofetear a la mujer, que no conduciría a ninguna parte, fue necesario esforzarse para entender. ¿Por qué esta madre iba a pedir una terapia para su hijo, al que evidentemente amaba, perdiendo un montón de tiempo y de dinero, y mantenía conscientemente oculta a los terapeutas información que se le solicitó y que se le explicó claramente que revestía para ellos la máxima importancia? La respuesta nos desarmó: «Porque si les hubiera dicho lo de mi hermana y mi hermano, ustedes habrían llamado y yo no quería molestarlos». «¿Quizá para ellos era complicado acudir?» «No, para nada, especialmente para mi hermana, que es muy afectuosa con Flavio, y le gustaría saber lo que ustedes opinan...».

Poco a poco se nos hizo patente que nuestra paciente, a causa de la profunda desilusión conyugal, había permanecido muy vinculada a su familia de origen como única fuente de consuelo. No aceptó de ningún modo que los vínculos con ellos fueran puestos en discusión en la terapia, donde podría ser empujada como lo fue delante del sacerdote, obligada a «dejar a su padre y a su madre» para volverse «un ser solo». No sentía la menor confianza en que su marido pudiera llegar a comprenderla. ¿Y por qué motivo habría tenido que poner en riesgo el consolidado equilibrio de sus relaciones, que le parecía el menor mal posible? ¿Para «curar» con unas charlas a un niño que seguramente es discapacitado orgánico y por el que no había nada que hacer?

Ella hizo la consulta cediendo a la insistencia de su hermana, que había oído hablar muy bien del centro, pero no creía en la posibilidad de recuperación del niño. Ahora que había visto que su hijo mejoraba, estaba dispuesta a colaborar. —Obviamente aquí sólo he contado la historia desde el punto de vista de la señora, pero el mismo interrogante valía para el marido, que fue cómplice de la mujer y no reveló las mentiras. También él tenía sus buenas razones, que aquí es superfluo referir.

Este caso me vuelve a la mente cada vez que las mentiras de un paciente «aislado» del CbM me escandalizan o me indignan: al igual que Sorrentino supo motivar a la señora hacia una actitud de genuina petición de tratamiento, mostrándole que no todo estaba perdido, que el niño podía mejorar, nuestra tarea como evaluadores es explorar si, en el

aparente enredo en el que se ha metido la familia que maltrata, existe algún hueco, una fisura, a través de la que se pueda, con paciencia y tenacidad, abrir un camino para llegar a mostrar una posible vía de salida del trágico enredo de sus existencias. Y con ello motivarlos, como a esta paciente, a una auténtica colaboración que los volverá tratables.

Reconozco que la situación de los padres de Flavio que mintieron en una terapia espontánea no es lo más frecuente. Pero es muy habitual encontrar en nuestro centro de terapia familias en las que los padres están motivados y determinados a pedir ayuda, pero el hijo por el que acuden a la terapia (drogodependiente, anoréxico, bulímico, psicótico o con una alteración de la conducta o de la configuración de su personalidad) no está para nada deseoso de recibir tratamiento. De hecho, se trata de un sujeto que por elección propia prefiere recurrir a una sustancia estupefaciente o a una rígida dieta buscando un efecto autoterapéutico, de alivio del disgusto, que hace que se agarre al propio síntoma. O bien de otro que, habiendo perdido todo contacto con la realidad, quedó sumergido en sus propias maniobras defensivas delirantes. O un tercer caso cuyo orden de personalidad está gravemente desadaptado, pero es sustancialmente egosintónico.

Estos jóvenes son pacientes «obligados», ni más ni menos que los padres que acuden al CbM por indicación del juez. En tales casos, inicialmente conviene utilizar como punto de apoyo la motivación de los padres para ir después lentamente construyendo una dependencia con el paciente, llevándole a entrever un orden existencial en el que podrá vivir mejor, incluso prescindiendo de su síntoma o de las defensas patológicas. Del mismo modo, con los padres que maltratan a sus hijos debe hacerse hincapié sobre las motivaciones de los colegas que han intentado ayudarlos tal vez durante mucho tiempo, sin resultado —como probaron a hacerlo los padres de los pacientes de consultorios privados—, y que finalmente se rindieron. Y tal vez con paciencia se podrá obtener también con ellos el mismo éxito y lograr motivarles a un proceso de curación.

La colaboración en red

Por esta razón, en analogía con la fase preliminar que se impone para la terapia de los hijos no motivados, es decir, la de establecer una alianza con sus padres, es necesario empezar con un trabajo preparatorio que logre establecer una buena colaboración con los colegas de la red, que son nuestros aliados en el trabajo con estos pacientes desmotivados. En la distribución de las tareas en el CbM, establecer de inmediato una cita con los colegas es labor de los asistentes sociales en cuanto reciben un decreto del tribunal que nos encarga directamente una evaluación —praxis que va desapareciendo— o, como ahora sucede más a menudo, una petición de un servicio social tutelar o de un servicio del ASL que busca derivarnos la tarea de evaluación de la recuperabilidad que el Tribunal de Menores les ha encargado.

En el curso de este encuentro, el asistente social del CbM adquirirá un conocimiento

directo del proceso que los anteriores profesionales ya cumplieron con los pacientes, de las preocupaciones por los hijos que los empujaron a recurrir al tribunal, de todo cuanto se haya podido profundizar durante la fase de investigación a través de las diferentes constataciones, y de los roles que desempeñaron quienes aún se ocupen del caso: existe siempre y de todos modos quien continúa asegurando la tutela del niño, generalmente una asistente social designada por el organismo que dispone las tutelas, que continuará siendo el referente del caso, y pueden también serlo terapeutas del mismo niño o de sus padres, que no necesariamente «pasan la mano», y circunstancialmente otros. Este contacto nos permitirá, además, captar cuáles son las expectativas que los colegas tienen sobre nuestra labor, y llegar, analizando los pros y los contras de varias posibilidades, a establecer un tipo de *organigrama* de las funciones que definen las modalidades de integración entre las diversas tareas de quienes integran la red. En las situaciones más complejas, al primer encuentro del asistente social del CbM con el colega tutelar del caso —que equivale, en cierto modo, a quien emite el oficio; o mejor dicho, representa al juez, que es quien realmente prescribe el encargo, pero que permanece al margen de los encuentros— le seguirá una reunión que incluirá también a uno de los psicólogos del CbM, que deberá realizar la evaluación de los padres para establecer conjuntamente la formulación de la toma a cargo.

A veces el encuentro con la red nos pone en contacto con situaciones de conflicto entre los profesionales, como en el caso que mencionamos a propósito del trabajo de investigación, cuando, a causa del moretón en el abdomen de la pequeña Ivana, la red se dividió en dos bandos: aquellos que consideraban «inocentes» a sus padres y los que los consideraban «culpables». En ese caso la primera reunión de red que se realizó en la localidad de residencia de la familia —muy lejos del CbM: consideramos que al desplazarnos nosotros realizábamos un gesto que habría podido calmar los ánimos de un ambiente bastante agitado— había requerido una verdadera destreza para evitar aliarnos unos contra los otros. Al final creo que hubiésemos alcanzado de todos modos el objetivo que nos habíamos propuesto, el de hacer que pudieran escucharse ambas posiciones, ya que las dos contaban con razones para ser respetadas y tenidas en cuenta, y nosotros teníamos el deber de considerar ambas posiciones y sus respectivos argumentos. Un entorno muy distinto caracterizó a la reunión conclusiva, realizada con los representantes de la red y con los padres de los niños, en la habitación en la que los habíamos recibidos tantas veces, que vio una recomposición no formal de los contrastes y la animosidad.

Pero generalmente el ambiente que se establece en la red es bueno y caracterizado por el deseo compartido de diseñar conjuntamente un contexto que permita, incluso en situaciones muy complicadas, el mejor tratamiento posible.

Me parece más claro construir mi discurso recurriendo a un caso.

Se trató de una derivación relativamente poco habitual para nosotros, ya que mostraba una separación

conflictiva entre dos cónyuges, y quien tomó una disposición para la protección del menor fue *el juez de separación*, sin intervención del Tribunal de Menores. El niño se llamaba Antonio, pero le llamaban Nino. Tenía cuatro años.

La asistente social que nos interrogó pertenecía al municipio de residencia y nos pidió que acogiéramos al niño en el centro, pero también solicitó el inicio de una fase de evaluación. Nuestra asistente social, que era quien recibió la demanda, se encontró personalmente con la colega y recogió las primeras informaciones. Los padres de Nino, Mónica y Nicolás, se separaron mediante un procedimiento judicial cuando el pequeño tenía dos años. *El juez encargó a un perito* que evaluara la solución más adecuada teniendo en cuenta los intereses del niño, ya que la madre, muy joven, había vuelto con Nino a vivir con su familia de origen, que desde hacía años era conocida por los servicios sociales a raíz de un altísimo nivel de conflicto entre los cónyuges (padres de Mónica) que había afectado a los numerosos hijos.

Nicolás, el padre de Nino, que también vivía con su madre (en otra zona del mismo edificio que Mónica y su familia), se oponía decididamente a esta solución. Subrayó cómo Mónica se escapó de casa a los 18 años y se refugió en él —que tenía 10 años más que ella— por el ambiente insufrible que había en su casa, y que esa situación no había cambiado. Añadió que en ese momento la chica mantenía una relación con un hombre que era drogadicto. Mónica, por su parte, contestó que Nicolás era alcohólico y violento, que ella le dejó porque le pegaba, que se hallaba sometido por una madre despótica y que era considerado por sus hermanos como el «tonto de la casa», incapaz de lograr una autonomía, incluso laboral.

Acabado el estudio, *el colega sugirió que Nino siguiera con la madre*. Prescribió a la madre que inscribiera al hijo —que estaba a punto de cumplir tres años— en la escuela, que recibiera la asistencia de los servicios sociales y que no opusiera resistencia a los contactos entre el niño y el padre. En una ocasión, Nicolás, que mantenía pésimas relaciones con sus cuñados —durante un encuentro acabaron a cuchilladas—, encontró a Nino con una tía, le arrancó el cochecito de las manos porque ella no quería detenerse para dejarle ver al niño, y el cochecito terminó estampándose contra una pared. El juez se pronunció en el sentido de la investigación, pero, tras un año, Nicolás volvió a la carga: Mónica no había cumplido con nada de lo dispuesto por el juez anteriormente, por lo que el padre pedía que la custodia del niño le fuera otorgada a él.

Se encargó un nuevo peritaje al mismo profesional, que esta vez reconoció que los acontecimientos obligaban a un alejamiento y *propuso un acogimiento extrafamiliar*, que el juez deliberó. Los *servicios sociales municipales* se encargaron de llevar a cabo el decreto. Sin embargo, *objetaron*: ¿con qué sentido disponíamos un acogimiento en ausencia de una evaluación pronóstica? Nino era muy pequeño y existía el riesgo de que quedara en una condición «provisional» hasta que fuera mayor de edad, si no encontrábamos ni en un padre ni en el otro recursos suficientes que nos hicieran pensar que alguno de los dos podría recuperarse lo suficiente para llegar a tener la custodia de su hijo sin seguir dañándole. El juez tomó una decisión y nos llegó la demanda al CbM de acogida del niño.

Una vez reconstruida la vivencia, nuestra asistente social expresó, perpleja, un interrogante: ¿por qué traumatizar con una separación a un niño pequeño que siempre había vivido con la madre? ¿No sería mucho mejor proponer a Mónica que fuera recibida con su hijo en nuestra comunidad? Nuestras dos comunidades disponían ambas de un lugar para una madre, y en aquella circunstancia afortunadamente había una plaza vacante. La colega del municipio estuvo de acuerdo y se puso a trabajar para convencer al asesor para que asignara la cifra correspondiente a la cuota de la madre, que logró obtener para cubrir un período de tiempo de seis meses. Aunque el gasto para el municipio no fue muy elevado, tampoco era indiferente: *la madre fue acogida junto al hijo*.

En la construcción del organigrama quedó un punto por resolver: el juez confirmó al perito en su tarea, pidiéndole que controlara la situación en esta nueva configuración e informara de ello al cabo de algunos meses. ¿Cómo evitar que este colega psicólogo y nosotros entráramos en contradicción, o peor, en competición? Tal vez podríamos incluso caer en algún tipo de manipulación por parte de los pacientes, y concluir dos informes con opiniones y conclusiones no sólo dispares. En nuestra reunión de equipo semanal en el CbM, nos devanamos los sesos buscando la mejor solución; finalmente llegamos a la conclusión de proponer al colega que nosotros transmitiríamos nuestra opinión no sólo al servicio social comitente, sino

también a él. Después él podría cotejarla según su propia opinión con sus observaciones y enviarla al juez. El colega se mostró de acuerdo, como también el servicio municipal, en la persona del asistente social y de una psicóloga.

Se creó entonces un *organigrama* (véase la figura 7) que debería ser claro para los pacientes. El servicio social nos contrató para pedirnos un parecer diagnóstico y pronóstico, y el perito del juez nos transmitió sus preocupaciones por Nino, así como sus observaciones sobre los aspectos nocivos del comportamiento de los padres.

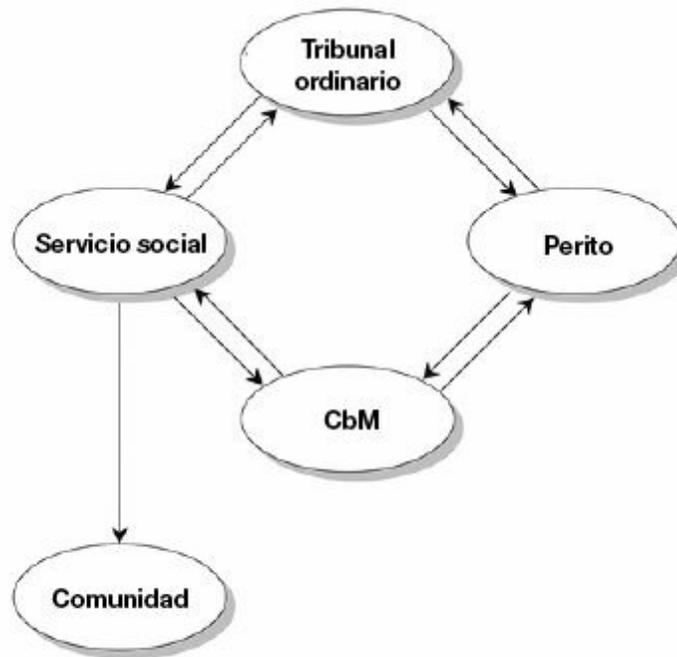


Figura 7. Ejemplo de un organigrama que estructura una red.

Nosotros intentaremos trabajar sobre estos aspectos y después referiremos al servicio social o al perito el éxito de nuestra labor. El perito lo verificará y será quien sugerirá al juez la solución más apropiada para el niño.

El relato de todas las operaciones preliminares que se cumplieron en esta situación me sirve para centrarnos, entre otras cosas, en cómo la reflexión inicial del equipo, *antes de poder concentrarse sobre los aspectos clínicos del caso, debe desatar los nudos contextuales*. Se trata de una labor difícil, que requiere agudeza de análisis y creatividad para elaborar las posibles soluciones apropiadas —recordemos la del caso de Ivana y Roberto, de la que estamos muy orgullosos—. También es una tarea aburrida para un clínico, que quisiera poder dedicarse de inmediato a las vivencias, a los sentimientos, a

los síntomas, a los conflictos... Pero no se puede construir una casa empezando por el tejado: no estamos en un contexto de terapia, cuyas normas nos resultan bien conocidas y nos son dadas con todos los ajustes necesarios de una sola vez.

Aquí estamos en un contexto más bien complejo, en el que se mezclan aspectos de control con aspectos de ayuda, y un error en la construcción de la red para iniciar el tratamiento puede perjudicar toda nuestra labor —como en el caso que presentamos con anterioridad, en el que no sólo los profesionales sufrieron la humillación de ser descalificados por el tribunal, tras ver que habían resultado en vano los dos años de trabajo y de decisiones difíciles—, y sobre todo a los niños a los que se les prefiguró un escenario («Nunca volverás con tus padres, tendrás una nueva familia adoptiva») que les exigió un enorme esfuerzo de adaptación. Al cabo de dos años, la perspectiva cambió: a los movimientos internos, con todos los costes que implicaron, se impuso un giro de 180 grados, los duelos se revisaron («No es verdad que mamá se esfumara; aquí está») y las nuevas expectativas desaparecieron («No es verdad que debas esperar una nueva familia; era una broma»). Una auténtica pesadilla.

Así pues, necesitamos aspectos consistentes, nada de improvisaciones, y debemos intentar organizar lo mejor posible el contexto antes de empezar nuestra labor.

LA HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR Y LA VISITA DOMICILIARIA

Ya comentamos que son dos las operaciones preliminares indispensables para preparar la primera sesión y que, en el CbM, ambas son encargadas a las asistentes sociales. Una consiste en *establecer el acuerdo y la colaboración* con los colegas de la red, lo que nos permitirá diseñar el contexto de intervención; la otra es *recoger los datos* que nos facilitarán iniciar el trabajo «con seguridad», al disponer con antelación de algunas informaciones indispensables. Estas informaciones consisten, por una parte, en el daño que han padecido los niños y los intentos ya realizados por los colegas para comprobarlo e intentar interrumpirlo, conocimientos que habremos obtenido mediante contactos con los nuestros colegas, y por otra parte, los datos relativos a la composición de la familia y a su historia. Es posible que buena parte de estos datos estén ya en posesión de los colegas que nos hayan precedido en el trabajo y que podrán transmitírnoslos, sin someter a la familia a una nueva entrevista de anamnesis. Pero también puede suceder que se trate de un caso un tanto desconocido o de pacientes tan reticentes que nuestros predecesores se hayan visto obligados a dejar muchos «huecos» en el formulario respecto a informaciones que nos interesaban. Por ello, nuestros asistentes sociales deben procurar reunir y completar los datos que falten, elaborando una ficha familiar completa que incluya los datos que ya hayan recibido, y controlando los existentes junto a los pacientes.

La literatura sobre la ficha (o historia clínica) familiar en una óptica sistémica es muy

rica. Los primeros artículos se remontan a la época en que la información se recogía telefónicamente (Di Blasio *et al.*, 1986; Ghezzi *et al.*, 1984). El último, de Selvini (2003), describe una modalidad de compilación cara a cara. La diferencia fundamental entre las dos praxis es que en la primera sólo uno de los miembros de la familia es entrevistado; en la segunda, en el mejor de los casos, todos sus miembros pueden ser convocados a participar en la entrevista. Los contenidos explorados se analizan del siguiente modo: en primer lugar la composición anagráfica actual de la familia, con los datos habituales sobre todos sus componentes (fecha de nacimiento, nivel de estudios, profesión y antecedentes importantes referentes al estado de salud o a otros aspectos). Sigue algún dato sobre la historia de la familia misma: su constitución (con la fecha de boda o de inicio de la convivencia) y posible ruptura (separación, divorcio), cambios en la residencia y otros datos que puedan resultar importantes, como la presencia de personas que convivan con la familia compartiendo la casa y relación con las respectivas familias de origen. De estas últimas se investiga por separado la composición y la historia, con particular atención a la vivencia infantil del progenitor que se está entrevistando y sus actuales relaciones con sus respectivos padres.

Las adaptaciones de esta ficha familiar que hemos realizado para llevarla a nuestro contexto son más bien pocas. Tratándose de familias con varios tipos de problemáticas o socialmente desviadas, es necesario dedicar una atención especial a investigar posibles eventos que, en la casuística de un consultorio privado, suelen ser más raros: condenas penales y encarcelamientos (respecto a delitos vinculados con el maltrato o no vinculados a él), traslados sociales, prostitución, vínculos anteriores, hijos nacidos de otras parejas, presencia de alcoholismo, drogadicción, enfermedades psiquiátricas en el núcleo familiar y en familiares, subsidios y otras intervenciones asistenciales, e hijos objeto de decretos del tribunal o dados en adopción. Finalmente, resulta de gran ayuda resumir los datos principales a través de la representación gráfica del genograma (Montagano y Pazzagli, 1989). Este resumen es de gran utilidad para el profesional, que visualiza de este modo los datos más importantes y puede conectarlos entre sí, en la búsqueda de hipótesis significativas. Además, si el genograma se diseña delante del paciente y se comentan los datos con él, puede suscitar en él las primeras reflexiones y asociaciones.

Si nuestra historia clínica es tradicional, no lo es nuestra modalidad de compilación, ya que se lleva a cabo generalmente *en el domicilio de los pacientes*, que son contactados telefónicamente para pactar un horario de visita domiciliaria. Si nos encontramos con padres separados, las visitas domiciliarias serán dos, una con cada uno. En el caso de que un padre esté detenido, la reunión se llevará a cabo en la cárcel; si vive muy lejos, intentaremos ponernos en contacto por carta e invitarle: no nos resignaremos a trabajar con uno solo de los progenitores, a menos que el otro esté ilocalizable. Esta praxis de reunir la historia clínica en el domicilio tiene un doble objetivo: por un lado, completar la

recopilación de información con la observación del lugar donde vive la familia, el barrio o el edificio, el estado de las habitaciones, la disposición de los ambientes y de las camas, indicios que muchas veces «cuentan» más que las palabras, y, por otro, transmitir un mensaje implícito: el de la disposición y la ausencia de temores por parte del profesional que se aventura en el territorio del paciente, nunca por sorpresa, sin nada que temer. Este profesional no es un invasor ni un enemigo, sino simplemente una persona que debe cumplir con su labor, la cual le ha sido encargada por el juez, pero que además está interesado en hacer del mejor modo posible el trabajo de su equipo. La actitud no verbal del asistente social refuerza este mensaje: el primer contacto se establece de manera cordial, pero formal, por quien está cumpliendo una acción emocionalmente «neutra». Es muy significativo el hecho de que en veinte años de actividad nuestros profesionales no han sido nunca amenazados ni agredidos durante una visita domiciliaria, incluso en casos de personas «poco recomendables» y en barrios de mala fama; la única excepción la constituyó el caso que paso a describir a continuación. En éste, la visita domiciliaria, en lugar de realizarse como un primer paso en la construcción del vínculo entre el CbM y el paciente, a raíz de un descuido, se realizó en un segundo momento, tras la primera y agitada sesión, cuando ya no era posible establecer un contacto «neutro» y formal.

LA SESIÓN DE LA RED

Hace algunos años, junto a dos colegas del CbM, visité en Londres el Malborough Family Therapy Centre después de haber leído un interesante informe de su programa de intervención multifamiliar para familias que maltrataban a sus hijos (Asen *et al.*, 1989) y conocer al responsable. Durante nuestra estancia observamos la calidad y la originalidad de su modo de trabajar: en particular, buscábamos imitar, adaptándola a nuestro contexto y al conjunto de nuestra modalidad de toma de decisiones, su técnica de gestión de la primera sesión, que se llevaba a cabo *con la presencia simultánea de la familia y de los profesionales de la red*. Esta técnica nos fascinó, no sólo por el modo brillante y anticonvencional con que se realizaba, sino también porque encajaba perfectamente con nuestra idea de «doble transparencia». ¿Qué hay más transparente, de hecho, que hacer hablar a los profesionales delante de los pacientes sobre la preocupación por sus hijos y, a modo de espejo, interrogar a los pacientes sobre el tipo de relación que han establecido en los años con los profesionales allí presentes? Entusiasmados, de regreso a Milán, intentamos aplicar cuanto habíamos aprendido —o al menos creíamos haber aprendido— con la primera familia que nos llegó.

Fue un verdadero desastre. Se trataba de una pareja con extrema violencia del jefe de familia, que aterrorizaba con golpes y gritos a su joven compañera y al hijo de su primera esposa —la cual había escapado, abandonando al hijo para evitar sus palizas—. El bebé más pequeño, fruto de la nueva unión, vivía en la casa de los abuelos maternos.

El asistente social encargado de la investigación había tenido que tratar con un hombre intimidatorio, una mujer reticente y asustada, un niño mudo, cuyos docentes —repetía el primer año de la enseñanza media— decían estar extremadamente preocupados por su comportamiento cerrado, retirado, con síntomas alarmantes: pequeños y reiterados robos de las pertenencias de los compañeros; ninguna aplicación en las actividades escolares y, sobre todo, episodios de encopresis en clase. Además, la familia nunca les había ofrecido colaboración alguna.

En el encuentro inicial entre nuestra asistente social y el colega del municipio referente a este caso afloró con claridad que las únicas fuentes que podían proporcionarnos indicios directos e inexcusables sobre el daño que el niño sufría eran los docentes. Los vecinos de la casa querían, en cambio, permanecer en el anonimato para protegerse. La mujer no abría la boca y los abuelos sentían pavor ante el yerno. Y obviamente no podíamos interrogar al niño, también deprimido y asustado. Por ello el tribunal, en ausencia de una evidencia más consustancial, lo había mantenido con la familia bajo el control de los servicios. En una reunión de equipo, siguiendo todo lo que habíamos visto hacer en Londres, decidimos invitar a la primera sesión, además de al colega, a los docentes. Por entonces era el inicio del ciclo escolar y los profesores habían cambiado de escuela recientemente, por lo que ya no tendrían más al niño como alumno. No obstante, dijeron al asistente social que habían sido ellos quienes les habían contactado y que estaban dispuestos a participar en el encuentro. Por esta razón nos encontramos, a excepción del asistente social del municipio, frente a un grupo de personas para nosotros desconocidas: el padre, silencioso y tosco; su compañera, enojada; el niño y las dos docentes. Tras una breve introducción del profesional sobre el decreto del juez y sobre el sentido del encargo al CbM, a imitación de cuanto había yo visto hacer, me «lancé» a interrogar a las profesoras sobre los motivos de preocupación por su alumno. La primera, con una mirada al padre entre circunspecta y aterrorizada, inició una clamorosa retirada. Era un alumno modelo. Sí, tal vez un poco tímido, pero ya le pasará... ¿Y el padre? Un ejemplo, una persona exquisita, siempre dispuesto a colaborar. A pesar de mis intentos desesperados de sacarle algo, no cambió ni un milímetro su versión, y la otra docente se adecuó. No nos quedó más que despedirlos lo más rápidamente que pudimos, antes de que termináramos por tener que condecorar al padre con una medalla. Aprendimos, por experiencia, que la introducción de nuevas técnicas no debe improvisarse jamás. Sobre todo porque puede llevarnos a cometer errores incluso respecto a la praxis anterior, bien consolidada. De hecho, a esto me refería al mencionar al paciente que amenazó a la asistente social que fue a su casa a reunir la historia clínica *después* y no *antes* de este encuentro.

Ahora gestionamos con buen dominio la sesión de red en presencia de la familia, pero, a diferencia de cuanto hacían Asen y sus colegas, quienes descartaban contactos preliminares con los profesionales para mantener una posición de neutralidad entre ellos y la familia, nosotros la preparamos minuciosamente en una reunión anterior con la red de los profesionales sin los pacientes, o con una reunión a domicilio a cargo de nuestra asistente social, la cual, además de recoger los datos, aclara el contexto de nuestra intervención. Esta técnica es menos potente que la de Asen, que tras interrogar también a los pacientes respecto de los efectos de la intervención de los profesionales, logra mostrar deformaciones de largos y bienintencionados apoyos que se han vuelto crónicos o asistenciales. Sin embargo, también es menos dificultosa y nos previene de sorpresas como la que acabamos de relatar. Cuando nos reunimos todos juntos, las únicas personas a quienes no conocemos directamente son los pacientes y el evaluador. Éstos son presentados unos a otros por el asistente social del CbM, que permanece durante toda la reunión junto a los colegas de la red —mientras, como he dicho antes, en las siguientes

sesiones la presenciara desde detras del espejo junto a un segundo psicologo.

Proporcionare un informe de una sesion de red (a la que nosotros llamamos, al estilo ingles, ya que la hemos aprendido en Londres, *network meeting*), que tuvo una buena evolucion, una vez que logramos borrar el recuerdo del desastroso ejemplo anterior. Para agilizar la presentacion, usare el caso de Nino y de sus padres que describi al principio del capitulo, para presentar a los personajes: Nicolas, el marido violento; Monica, la joven que ahora salia con un drogadicto. Ambos ex conyuges habian regresado con sus respectivas familias de origen. Un «caso social» en el que intervinieron distintos profesionales: la asistente social y la psicologa del municipio y, finalmente, el perito del tribunal ordinario, al cual ambos se dirigieron para la separacion y a quien acordamos dirigir el informe final con el resultado de nuestra labor.

Mientras tanto Nino habia sido acogido por nuestra comunidad junto a su madre; por este motivo, decidimos con el equipo que en la primera sesion estaria presente tambien el coordinador del centro, que conocia a Monica y al nino desde hacia semanas, tiempo que nos fue necesario, entre otras cosas, para organizar una reunion entre todos los profesionales, en la que establecer con que orden hablaríamos en nuestra *reunion de equipo de trabajo en red* y que diria cada uno, asi como para fijar una fecha. En realidad, la sesion de la red debio desdoblarse, porque el rencor de Nicolas hacia su ex mujer que lo habia dejado era tal que se nego categoricamente a participar en un encuentro conjunto con ella. No fue facil poner de acuerdo a tantos profesionales, pero finalmente lo conseguimos. Sin embargo, llegada la fecha pactada, Nicolas no se presento y nos toco, por tanto, repetir la mitad del encuentro. Justifico su ausencia diciendo que se habia perdido, lo que nos recordo que no era muy responsable de su propia familia. Aqui, de todos modos, hare referencia solo a la sesion de red con Monica. Decidimos que el nino no estuviera presente debido a su edad (cuatro años).

Monica llego del centro acompañada por el coordinador. Para sorpresa nuestra, en la sala de espera la aguardaba su madre, por lo cual despues de una rapida consulta entre nosotros, tomamos la decision de hacerlas entrar a ambas. Fue nuestra asistente social quien dirigió la sesion, presento a cada uno y explico brevemente el funcionamiento general. Despues, nuestra psicologa, que siguió conmigo el caso, se retiro a su lugar detras del espejo. La asistente social del municipio empezó la reunion resumiendo temas principales de la historia de la relacion entre la familia y las instituciones: la conflictiva separacion, la asignacion por parte del juez de un experto, la primera disposicion del juez sobre la custodia del nino a su madre cuando regreso a vivir en la casa de sus padres, el recurso de Nicolas por la falta de cumplimiento por parte de Monica de los acuerdos, la segunda investigacion, la segunda disposicion que preveia un otorgamiento de la tutela de Nino a una familia ajena a su familia consanguinea, la objecion de esta (la asistente social del municipio) y de su colega psicologa alegando la falta de un pronostico de recuperabilidad, el acuerdo del juez sobre una disposicion de adaptacion de Nino en un centro, la eleccion de ingresarlo en el CbM, la propuesta del CbM de no separarlo de la madre y el acuerdo del municipio. En realidad, habia que precisar un paso — intervino la psicologa del municipio— informando del inicial rechazo de Monica a ir al centro con el hijo, porque significaba estar mucho menos tiempo con su novio, Eugenio. La madre la convenció y así quedo la situacion.

En este momento me toco pedir al perito que nos aclarara cual era la tarea que nos asigno. El colega — una buena persona, con una actitud paternal hacia la mujer (Monica era una chica de 24 años, espabilada y rebelde) — empezó a referir los contenidos de su trabajo de peritaje para con ella, el ex marido y Nino, utilizando, en un intento de hacerla sentir cómoda frente a tantos profesionales, la siguiente expresion: «Monica, ¿ves cuantas personas te queremos ayudar?». Cuando fue mi turno, trate de volver a contextualizar el objetivo evaluativo de estos encuentros, tal como he explicado anteriormente, y resumi:

«Entonces, estamos aquí para ver si es posible ayudar a la madre a que cambie los comportamientos que dañan a Nino, y naturalmente haremos el mismo trabajo separadamente con el padre. Sólo en ese caso él podrá volver a casa, tras un período de tutela familiar para que los cambios lleguen a consolidarse. Por “casa” entendemos la de uno de los padres, visitando al otro, o con la interrupción de los contactos con el otro si éste no cambia. O bien —y sería la posibilidad más triste, si ninguno de los dos lograra un cambio en sus actitudes— habrá que informar al juez de que, en nuestra opinión, será necesario encontrar para Nino una nueva y definitiva familia que lo adopte. Para hacer este trabajo de evaluación, sin embargo, me sería muy útil que usted, doctor, nos dijera exactamente cuáles son los comportamientos dañinos de Mónica que nosotros deberíamos ayudarle a cambiar en estos seis meses, si es que lo logramos, para después poder indicárselo a usted, transcurrido dicho plazo».

El perito aceptó la sugerencia y aclaró entonces con mucha precisión: «Tenemos dos preocupaciones por Nino. La primera es respecto al conflicto entre ambos padres, que le pone en riesgo de ser manipulado e instrumentalizado, e instigado por parte de uno contra el otro, a asistir a escenas violentas y verse involucrado en esas situaciones, o incluso llegar a perder la relación con uno de los dos. El segundo motivo de preocupación se refiere al comportamiento individual de cada uno de los padres: hablando de Mónica —del padre hablaremos más tarde con él—, no es que usted sea de algún modo una madre que maltrata físicamente a su hijo o lo desatiende. Sin embargo, según mi opinión, hace daño a su hijo porque se niega a ponerle límites, a contenerle. Por ejemplo, no lo lleva al parvulario porque Nino no tiene ganas de ir, no le manda a dormir por la noche en su horario, no le dice qué debe comer y qué no. En cierto sentido, quiere hacerle más de amiga que de madre. Y esto es así, porque Nino llama “mamá” a la abuela o a una de las tías, y llama a Mónica por su nombre».

Mónica se defendió, sonriendo, pero no lo negó. Se presentaron algunos ejemplos —la abuela no fue interrogada—, y entonces el coordinador del centro puntualizó: «Lo que dice el doctor hemos podido observarlo muchas veces. Cuando Nino y Mónica llegaron al centro, Mónica lloraba y era Nino quien la consolaba: “Verás, el centro es interesante, ¿te gustará?”. Los primeros días Nino obedecía sólo a los educadores, nunca a su madre. Poco a poco, cuando la mamá le decía algo, miraba siempre antes a los educadores para ver si debía obedecer y después lo hacía. Ahora, en cambio, cuando la madre le dice algo, lo hace».

Mónica asintió complacida: «Esto debo decirlo: desde que estoy en el CbM mi relación con mi hijo ha mejorado mucho». Dio la impresión de que se lo decía sobre todo a su madre.

El encuentro finalizó con esta anotación. Tras una breve interrupción, comunicamos que en la próxima sesión queríamos ver a toda la familia de origen de Mónica. La abuela se opuso decididamente a traer al marido, con quien no se hablaba, a pesar de que vivían todavía juntos. Aceptamos que viniera con sus tres hijos, que vivían aún en la casa; a la mayor, casada, tampoco la quisieron en la sesión, porque «estaba de parte del padre». La psicóloga del municipio explicó que, en el caso de que la evaluación tuviera un resultado positivo, sería ella la que continuaría la labor con Mónica donde ella viviera, y seguiría detrás del espejo el trabajo en el CbM para continuar trabajando después en el mismo sentido. Mónica no tuvo objeción al respecto.

¿Qué se obtiene a través de esta sesión del equipo en red? Quisiera subrayar algunos puntos aplicables a cualquier reunión similar:

- El contexto se define de manera inequívoca: estamos aquí para entender por qué las cosas no funcionan —en el caso concreto de Mónica, qué era lo que le impedía asumir su rol de madre, incluso con su componente de autoridad, y qué obstaculizaba una resolución civil del conflicto entre los cónyuges— y para verificar si era posible que se realizara un cambio. Asimismo, los roles deben ser definidos claramente; los psicólogos

del CbM evalúan, utilizando el material proporcionado por el centro; el municipio tutela, situando al niño y a la madre en el centro y ofreciendo todos los apoyos necesarios. Por ejemplo, convocó una serie de reuniones con toda la familia de Nino, por línea paterna y materna, que podrían tenerse en cuenta en el momento de otorgar la custodia definitiva del niño. Por ello, estas personas pidieron que se les autorizara a visitar al niño en el centro, como también lo pidió Eugenio, novio de Mónica.

- Nuestra asistente social actuará como *nexo de unión* entre estas instancias: deberá coordinar las relaciones entre el servicio de acogida familiar que queda en suspenso, el centro —que cada semana la ponía al día respecto de la evolución del niño y de sus relaciones con la madre, y sobre los cambios de la madre, con un informe de las visitas— y de las colegas evaluadoras en cuyas sesiones participará siempre.
- No se promoverán posibles movimientos divisorios por parte de los pacientes entre profesionales «buenos» —los psicólogos del CbM que entenderían que alejar al niño fue un error y lo restituirían lo antes posible— y profesionales «malos» —el perito que propuso la tutela y el servicio municipal que propuso el centro, y que ahora realizaban los controles e informaban al juez—. El contexto de tutela del menor los une a todos, es una función compartida en beneficio del niño, para protegerlo del daño causado por sus padres e intentar su curación.
- Se define claramente la *duración* de la evaluación (6 meses), así como la «*línea jerárquica*» del poder de decisiones (juez-perito-servicio municipal-comunidad), y especialmente los *comportamientos concretos* que deben cambiar para que pueda formularse un pronóstico positivo —Mónica debía aprender a manejarse con autoridad y lograr un mínimo acuerdo con su ex marido—, así como otros *indicadores* de cambio, que puedan mostrarse tanto en sesión como en las observaciones de los educadores.
- Se mencionan sin reticencia las posibles *alternativas* para el futuro del menor, una de las cuales representará la conclusión del trabajo que se presentará al juez —regreso con uno de los padres, manteniendo o no los contactos con el otro; tutela familiar por un período determinado; adopción—, en el que se definirá explícitamente que la mejor solución que proponemos es la de que pueda mantener el vínculo con ambos padres, sólo posible a raíz de un auténtico cambio por su parte.
- Se explica que el proceso de evaluación es anterior a un proceso de *terapia del progenitor* y se define quién estaría preparado para llevarlo adelante —en este caso, no los evaluadores del CbM, sino la psicóloga del municipio—, con una perspectiva de continuidad que preserve al paciente de la experiencia desagradable de tener que volver a empezar a confiar y a contarle todo de nuevo.

No siempre las *sesiones de red* (o *network meetings*, como se prefiera llamarlas) son tan

concurridas por los profesionales como en este caso. El formato mínimo, que también es el más frecuente, es aquel que reúne, además del evaluador, a la asistente social del Servicio Materno-Infantil. Cuando de manera ocasional no había nadie disponible, tal vez porque la asistente social estaba de vacaciones, intentamos representar su voz dando lectura del decreto e informando de lo que el colega nos haya explicado. De todos modos, los objetivos de la sesión siguen siendo los mismos, ya sean pocos o muchos los profesionales presentes. Lo que cambia es la duración de la sesión, porque, obviamente con un solo profesional no necesitamos toda la hora y media que solemos destinar. De todos modos, una vez que hayamos conseguido los resultados que nos proponíamos, los colegas de la red quedarán libres y empezará la parte propiamente clínica de la evaluación.

Notas:

[16.](#) Esta *marca de contexto* está descrita también por Bertotti en el texto ya citado.

[17.](#) Servicios especializados en el campo del maltrato en Italia que asumen dicha función tanto públicos como privados: en Milán, el CAF, el CTA y, más recientes el CTIF y el TIAMA; en Roma, el CABMF y el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital del Niño Jesús, que introduce la variante de ser contexto hospitalario; en la provincia de Cagliari, el Número Azul; en Turín, el CTM, y en Venecia, el Centro Antiabuso. Estos últimos están asociados en una coordinadora, el CISMAI, que asegura el intercambio de experiencias y su evolución, respetando algunas pautas en común.

[18.](#) Para el concepto de elaboración de hipótesis, sobre el cual volveremos en breve, se puede consultar el clásico artículo de Selvini Palazzoli, Boscolo y otros.

[19.](#) Di Blasio P., Fischer J.M. y Prata G. (1986). «La historia clínica telefónica: piedra angular de la prima entrevista con la familia», en *Terapia familiar*, Milán.

4

Técnicas de trabajo en el contexto aislado

A estas alturas, la sesión de red ha terminado. El resto de los profesionales se han ido y el evaluador se queda solo en la habitación con la familia, aunque es muy consciente de la presencia de los colegas detrás del espejo, que están allí para ayudarlo, fortalecidos por su posición más distante, como espectadores de un partido de fútbol que desde lo alto de las tribunas tienen una visión más completa del partido que se está jugando y, por lo tanto, están listos para hacer algunas sugerencias o comentar una idea. ¿Qué debe hacer el evaluador? ¿Cuáles son los instrumentos a su disposición? Para responder con los pies en el suelo, diría que debe usar tanto *el bastón* como *la zanahoria*.

El «bastón» está representado por la actitud de *confrontar las resistencias* de estos pacientes no solicitantes, con el fin de desmontar sus negaciones, minimizaciones, deformaciones de la realidad —se trata simplemente de mentiras o de mecanismos de defensa—, apoyándose sobre los fragmentos justificativos contenidos en el decreto del juez y en los informes de los colegas sobre los comportamientos inaceptables que los padres tuvieron. Pero la pura acción de ataque a la negación nunca podrá funcionar, dado que las mentiras tienen una razón de ser, y aún más los mecanismos de defensa, que tienden a reforzarse y consolidarse bajo un ataque frontal. De no ser así, las personas serían «curadas» simplemente mediante los interrogatorios de la policía.

Igualmente es necesaria la «zanahoria», es decir, la aportación *clínica*, que constituye nuestra labor específica profesional. Consiste en aportar un sentido al comportamiento del maltrato, enriqueciendo la gama de explicaciones que cada acción humana tiene, especialmente las acciones sintomáticas, que como es sabido son predeterminadas. La habilidad del clínico consiste en dosificar, caso por caso, momento a momento, el uso del bastón y el de la zanahoria, eligiendo cuándo enfrentarse a una defensa y cuándo intentar esquivarla; cuándo puede lanzarse un comentario, una relectura, y cuándo sería un esfuerzo malgastado; cuándo insistir en profundidad y cuándo retirarse para volver a insistir más adelante. Generalmente, todas estas decisiones las tomará de manera parcial, premeditada, basándose en la experiencia, en lo vivido en la sesión, en las reacciones de los pacientes, en la intuición, en las hipótesis diagnósticas apenas esbozadas, etcétera. Obviamente, siempre tendrá la posibilidad de compararlo con los puntos de vista y las

sensaciones, bien diversas, de los otros miembros del equipo.

Este trabajo multiforme y complejo puede realizarse de diferentes maneras, incluida la utilización de *instrumentos de psicodiagnóstico*, que pueden servirnos tanto para centrar las actitudes defensivas como para ver cómo neutralizarlas y proporcionarnos claves interpretativas. Personalmente no los utilizo porque ya no forman parte de mi bagaje profesional. Sin embargo, no tengo ninguna reticencia respecto de su aplicación en manos de colegas que los sepan usar mejor que yo, con los que algunas veces he tenido la oportunidad de debatir, poniendo en común los indicios recogidos por ellos a través de los tests y por mí en las reuniones familiares.

No estoy hablando de colegas que empobrecen su profesión de evaluadores limitándola a la suministración de los reactivos y a la restitución al tribunal de un perfil psicodiagnóstico, que termina siendo aquel mal «diagnóstico fotográfico» que critiqué antes desde el punto de vista técnico —dado que no añade prácticamente nada a los resultados de la fase de investigación anterior—, especialmente desde el punto de vista deontológico, ya que priva al paciente de la potencialidad transformativa presente en el encuentro con el profesional. Hablo, en cambio, de colegas que usan los tests como un medio a través del cual intentar vencer las resistencias del paciente, y entonces como un instrumento no sólo diagnóstico sino más bien pronóstico respecto a su aplicación.

Esta perspectiva, por la que se aprovecha el encargo evaluativo con un propósito terapéutico, no tiene nada que ver con el modelo teórico del evaluador; no pertenece al profesional de formación sistémica, ni al psicoanalista, ni a otros. Se trata de un punto de vista que se configura independientemente de la elección de la orientación profesional, y que se caracteriza por la confianza en intentar llevar a cabo una intervención a pesar de la ausencia de solicitud por el paciente, en la convicción de que la relación con el profesional pueda revelarse fecunda en cambios para el paciente no solicitante, que el magistrado que nos envía el caso no es un tipo molesto ni un enemigo, sino que puede ser un aliado y un buen colaborador.

Así pues, las técnicas que ahora presentaré no son típicas del abordaje sistémico-relacional, aunque las aplico en el marco de este enfoque —mi actual orientación podría ser definida como «relacional-individual»—, y en el interior de dicho marco las describiré. Sin embargo, son técnicas que puede utilizar quien quiera que se aventure a trabajar en este campo con la perspectiva que he definido, aunque obviamente con diversas variantes según la formación de quien las administre. Sustancialmente estas técnicas se reducen a tres:

- La elaboración de hipótesis.
- El empleo de material proveniente del exterior.
- Las convocatorias.

Examinémoslas una por una.

LA ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Cualquier abordaje clínico —como ya he dicho repetidas veces— se funda sobre la idea de restituir al comportamiento del paciente un *sentido* nuevo, inesperado, a veces sorprendente, siempre más rico y más complejo del sentido que hasta el momento el paciente mismo podía atribuirle por sí mismo. Junto a esta idea u objetivo tenemos la expectativa de que también modifique sus premisas de inadaptabilidad, que le tienen aprisionado y le causan sufrimiento. A esta *atribución* de un nuevo sentido podemos llamarla «interpretación» o «relectura». Pero lo que aquí me interesa subrayar es que cualquier intervención de resignificación está construida sobre una *hipótesis* del clínico. Esta *hipótesis* es compartida con el paciente y es de esperar que también él la llegue a reconocer como «verdadera», es decir, acorde a sus propias vivencias emotivas e integrable en sus propias construcciones cognitivas. Igualmente se espera que resulte «útil» para alumbrar de una manera diferente y nueva sus objetivos de vida y poder reorientar así sus comportamientos.

Lamentablemente, el campo del maltrato y del abandono suele sustraerse a esta actividad de elaboración de hipótesis, a esta búsqueda de sentido, como si se tratase de un fenómeno autoevidente que no necesita ser indagado, entendido ni explicado. Las explicaciones más corrientes se generan por la miseria, la ignorancia, la pérdida de raíces, la degradación cultural y social. O bien se cree que es un comportamiento de psicópatas, de individuos gravemente perturbados, «monstruos», o incluso se supone la trágica repetición de una experiencia padecida. Si bien estos tres tipos de explicaciones contienen, ciertamente, una parte de verdad respecto a la génesis del fenómeno, al ser aplicadas al caso singular hacen un efecto «soporífero», en el sentido de que apagan la curiosidad del profesional y tampoco le sirven al paciente. Quién sabe por qué sucede esto. Muchas veces me he preguntado por qué cualquiera —la docente, pero también la trabajadora de banco o la portera—, frente al misterio de una niña anoréxica, se interroga y formula justamente alguna hipótesis, no importa si es banal («Está celosa de su hermana que es más delgada», «Es por el desengaño amoroso que tuvo»), mientras que si esa misma niña le da una bofetada a su hija de pocos meses su comportamiento es simplemente etiquetado de indigno, criminal e inaceptable, y no es investigado. Como si fuese más enigmático suprimir un impulso vital como el hambre que violentar otro impulso tan arraigado en nuestra psique, el de cuidar a la prole... También los profesionales caen en esta trampa y me he encontrado con colegas que me han comentado casos para supervisar con un programa psicopedagógico y de rehabilitación complejo y refinado, pero cuando les pregunté a ellos: «De acuerdo, pero ¿por qué, antes

de ser alejado este padre de su hija, pegaba a la niña? ¿Por qué la madre no se ocupaba de ella, no le daba ni siquiera de comer?». Entonces, se me quedaron mirando sorprendidos: «Pero ¿qué preguntas haces?... Eran pobres, ignorantes, no se llevaban bien entre ellos, a ninguno le habían enseñado cómo se educa a un hijo...».

El maltrato y el abandono, para estos profesionales, se explican por sí mismos, no hay nada que entender, nada que «esté por debajo», como en el caso de la niña que deja de comer, para la cual a ninguno de ellos, espero, se le ocurriría la idea de proponer sólo un programa de rehabilitación. En cambio, por mi parte pienso que si una joven madre soltera pone a su niño en una bañera llena de agua hirviendo, no lograremos demasiado si hacemos que una puericultora le enseñe que antes de sumergir al niño es necesario controlar la temperatura del agua con el codo. Hagámoslo si está sola, sin una red familiar ni otros recursos, pero al mismo tiempo tratemos de *entender por qué* no invierte afectivamente en su bebé. ¿Estaba deprimida por el abandono del padre del niño, que se lo ha dejado en el regazo? ¿Estaba llena de rencor contra su propia madre que no la ayudaba?

Estas hipótesis relacionales-individuales ya las expusimos en *Niños maltratados* y tal vez ahora nos parezcan demasiado simples. Quisiéramos releerlas a la luz de los estudios sobre el apego afectivo: lo importante es tratar de entenderlo para proponer una lectura al paciente, registrar sus reacciones, corregir nuestra hipótesis, limarla, integrarla. Éste es el primero y principal de todos nuestros instrumentos de trabajo.

La utilización precoz de las hipótesis

Si estamos de acuerdo en que la hipótesis debe emplearse también como instrumento para crear una adhesión, nos daremos cuenta enseguida de que debemos poder *proponerla precozmente*, con el fin de interesar al paciente que no encuentra ninguna motivación para estar aquí con nosotros y, por lo tanto, para empezar a motivarlo. Ésta es nuestra «zanahoria», con la que debemos procurar atraerlo y conquistarlo.

Una situación que en un contexto natural resultaría incorrecta, caracterizada por la prisa y el sutil deseo del terapeuta de sorprender al paciente, encandilándolo con la propia destreza, en el contexto obligado puede volverse indispensable. Tomemos el ejemplo — me excuso por relatarlo de manera un poco caricaturesca para explicarme mejor— de un psicoanalista que se atiene a la decisión de un prolongado silencio: la elección es sensata y oportuna porque se aplica a un paciente muy motivado, que ha madurado a través de varias reuniones preliminares su decisión de someterse a un tratamiento que le compromete a encuentros de dos o tres veces por semana. Para él, el silencio del psicoanalista no hace más que aumentar su motivación, su ansiedad de recibir un tipo de oráculo, y cuando finalmente el terapeuta habla, sus palabras son acogidas con el máximo respeto, saboreadas, meditadas. En cambio, ¡intentad guardar silencio ante un padre que

maltrata, arrastrado a vuestra presencia a raíz de algo que él vive ni más ni menos que como un chantaje: si quiero que me devuelvan a mi hijo, debo hacerme atender por un psicólogo! Corréis el riesgo de recibir un golpe o una escupitajo en la cara, o en el mejor de los casos verlo salir por la puerta mientras os lanza una sarta de insultos.

Digo siempre que la diferencia entre un terapeuta y un evaluador es la misma que hay entre un vendedor de un negocio y un vendedor ambulante extranjero —si se me permite la expresión, que no quiere tener nada de racista, un «barato “paisa”». El vendedor está en el negocio esperando la entrada del cliente: cuando entra un potencial comprador, éste le pide lo que desea, lo que necesita, supongamos un par de medias. Entonces el vendedor muestra su mercancía, destaca la calidad, los buenos precios, buscando la venta. Bien distinta es la condición en la que actúa el pobre vendedor ambulante, que recorre una extensa playa intentando persuadir a los veraneantes, que no tienen ningunas ganas de dejar de tomar sol o de leer el periódico para mirar las medias que este hombre tiene para vender, aunque las ofrezca casi regaladas.

No puede quedarse allí sentado en paz esperando su solicitud, porque ésta no existe: es él a quien compete hacer nacer en el potencial (*muy* potencial, casi imposible) comprador una motivación a la adquisición, enalteciendo del modo más cautivador que pueda los atractivos y ventajas de su producto. Esto es lo que le toca hacer al evaluador: exhibir su producto y tratar de obtener que el «potencial», muy potencial, paciente se muestre interesado en comprarla o al menos en examinarla un instante antes de descartarla por completo. Ingrata labor, por cierto, que vale la pena si logramos «el negocio» y llegamos a buen puerto.

La construcción de la hipótesis

Entonces, y dejando ya de lado la metáfora, en la primera sesión deberemos poder alternar, dosificándolas con cuidado, las intervenciones, confrontando la negación, con las que iremos formulando una hipótesis acerca del comportamiento de maltrato.

Para poder formular nuestra hipótesis, deberemos basarnos en tres indicios fundamentales:

- Una teoría sobre la génesis del maltrato.
- Los datos sobre el daño que el menor haya sufrido.
- Los datos sobre la vivencia trigeneracional de los padres.

La *teoría* representa el factor explicativo de orden más general, casi una trama que se mantiene inmutable, sobre la cual se diseñarán después figuras muy diferentes entre sí. Cada uno de nosotros seguirá una teoría respecto a las razones clínicas del maltrato, que por cierto no excluye la presencia de otras causas socioeconómicas y culturales, de

psicopatología individual o conectadas al conocido ciclo repetitivo del abuso, pero las relacionará según una *gestalt* u otra.

La teoría que yo abrazo (nada original) es que *un padre que maltrata es siempre un niño incompleto y un cónyuge insatisfecho*. Esta explicación permite tener también presentes dos planos interpretativos: el vertical, representado por la historia infantil y de adolescencia del padre inadecuado, constelada por carencias y traumas repetidos que lo han llevado generalmente a separarse precozmente de las figuras de cuidado y asistencia; y el plano horizontal, constituido por las expectativas de reparación específicas que cada uno de los dos cónyuges ha transferido sobre el otro en exceso, y que no podrán ser satisfechas. La desilusión conyugal, que se añade a la frustración precoz de las necesidades afectivas insatisfechas, impedirá una adecuada inversión afectiva sobre el propio hijo, o por defecto —el hijo no es ni siquiera «visto» por un padre empeñado en la búsqueda eterna de un resarcimiento afectivo, a través de estrategias de fracasos repetidos perennemente, o bien es instrumentalizado en el interior de dichas estrategias— o por exceso. Es el caso del incongruente desplazamiento sobre el hijo de necesidades afectivas infantiles insatisfechas, ya inútilmente transferidas sobre el cónyuge, y el consiguiente rechazo, incluso agresivo, del hijo mismo cuando éste se muestra, a su vez, desilusionado.

Los datos sobre el daño son los indicios concretos que han recogido los profesionales que nos han precedido, ya sea en la fase de descubrimiento —llevado a la denuncia—, ya sea en la de investigación, con sus verificaciones de diferentes tipos. Están contenidos en el decreto y en los informes realizados por los diferentes colegas, y nos servirán para rastrear y observar en concreto los comportamientos específicos y peculiares, el descuido o el maltrato que «aquel» padre infligió a «aquel» niño, saliendo de lo genérico de las etiquetas como «inadecuado», «incompetente», etcétera.

Las informaciones sobre la *vivencia trigeneracional de ambos padres*, que en el CbM están incluidas en la historia clínica compilada por la asistente social, permiten, de alguna forma, reconstruir una «figura» específica sobre la trama de nuestra teoría, una configuración de las relaciones interpersonales de vivencias individuales que pertenecen a los padres y a sus historias, y que se perfila sobre el marco del itinerario general que ha sido trazado por la teoría misma. Por ello es tan importante que la ficha familiar no se limite a investigar las relaciones sobre dos generaciones (niño-padres), sino que incluya tres, de las que la del medio será la generación de nuestros pacientes-padres. De hecho, debemos tener siempre presente que en los casos de maltrato, abuso sexual o descuido, *no es el niño el sujeto sintomático*, sino el padre: el niño es *la víctima* del comportamiento nocivo del padre, y naturalmente podrá después estructurar, a causa de los daños mostrados, síntomas, como el trastorno de estrés postraumático. Pero primariamente *la persona afectada por un síntoma es el padre*. En primer lugar está su

anamnesis, que debemos recoger justamente recorriendo la historia de las relaciones infantiles más significativas que hubiera vivido. Para este propósito, debe tenerse en cuenta que generalmente las vicisitudes infantiles de nuestros pacientes se recogerán bajo el velo de la idealización o, de todos modos, estarán sujetas a deformaciones e incongruencias, ya que muy infrecuentemente encontraremos a gentes que habrán gozado de un apego afectivo «seguro». El motivo de todo ello lo encontramos en el período caracterizado por la presencia del vínculo niño-padre que describimos en el capítulo 1, que impide al pequeño descodificar como inapropiado el comportamiento del adulto de referencia. Por esta razón, los pacientes tenderán a criticar la relación con su pareja, que construyeron de adultos, y a presentarla generalmente como el origen de sus males, sustrayendo a nuestra exploración —porque es excluida de su conciencia— la calidad frustrante de sus relaciones originarias.

Una vez descritos los tres indicios sobre los que debemos basar nuestra actividad para la elaboración de hipótesis, volveremos, a modo de ejemplo, a la historia de Mónica y Nino que ya conocemos. Antes explicamos cómo en la sesión de red los colegas y en particular el perito nos proporcionaron los datos referentes al daño. Poseemos nuestra teoría, que nos sirve de trama general, por lo que sólo deberemos resumir los datos de la historia de Mónica.

Mónica era la tercera de cinco hijos —de los que sólo uno era varón, el segundo— de una pareja desgastada a raíz de la gravísima violencia ejercida por el marido sobre la esposa. Para citar un ejemplo especialmente trágico, la mujer tuvo que ser sometida a una serie de intervenciones quirúrgicas reconstructivas porque el hombre la dañó en un ojo. Mónica se fue de casa apenas se hizo mayor de edad, y se refugió en la casa de Nicolás, que vivía en la otra escalera del edificio; rompió sus relaciones no sólo con el padre, sino también con la madre, que intentó llevarla a casa. Nicolás, durante la reunión de anamnesis con el asistente social, hablará de oscuras alusiones hechas por la esposa, en el momento de la fuga de casa, a un entorno morboso que el padre había instaurado con las hijas. Como ya comentamos, su hermana mayor, María, estaba casada y vivía fuera de la casa; las dos más pequeñas, Marina y Marta, vivían con los padres y el hermano, Sandro. Éste y Marina trabajaban como obreros; Marta, de 20 años, ayudaba a la madre en casa. Transcurridos unos meses desde que Mónica se fue a vivir a casa de Nicolás con su madre y los hermanos de él, la pareja se casó, con el embarazo en curso —los padres de Mónica no acudieron a la ceremonia—, y ocuparon un piso, donde nació Nino. En la inminencia del parto, Nicolás avisó a la suegra, que llegó al hospital y se reconcilió con la hija. Algunos meses después empezaron los problemas en la pareja: Nicolás bebía y Mónica fumaba canutos con una compañera en paro; Nicolás estaba celoso y le pegaba; hubo un nuevo embarazo que se interrumpió —Nicolás negaba que fuera suyo, y Mónica aseguraba que sí y no le perdonó haberla incitado a abortar— y la hija retornó a la casa de sus padres con el niño. Discutiendo en presesión —mientras, como se recordará, esperábamos a Mónica con la madre, Sandro y sus hermanas menores para la segunda sesión, después de aquella con la red— nos impactó un dato: la fuga de casa de la niña contra el padre-dictador se transformó en una ruptura también con la madre, que sanó sólo con el nacimiento de Nino.

Tal vez el regreso de Mónica a casa representó el clásico intento de una hija carente de afecto de obtener un resarcimiento afectivo por parte de su madre a través del don del propio hijo: el rechazo de la niña a desempeñar su rol de madre sería la expresión de su deseo de ceder el hijo a la abuela. Entré en la sesión con esta hipótesis que acabo de mencionar. Sin embargo, se presentaron, además Mónica, la madre y la hermana menor, Marta, pálida, demacrada y taciturna. El hermano había ido a trabajar y Marina no se sentía bien. La

hipótesis se presentó y se reveló errónea. A Mónica le importaba reivindicar que el hijo era suyo, y lo educaba como le parecía. A ella la autoridad no le gustaba: ni sufrirla ni ejercerla. Era por eso por lo que no se imponía al hijo.

Un primer comentario: la hipótesis fue de gran utilidad para conducir una sesión, aunque demostrara ser falsa; lo importante era que fuera plausible y que estuviera conectada con aspectos significativos de la vicisitud que estábamos reconstruyendo. De hecho, ésta tuvo un efecto positivo, en primer lugar sobre el evaluador, el cual tenía que someterla a un programa propio de sesión, porque no sólo lo tranquilizaba, sino que sobre todo le garantizaba *un rol activo*, en lugar de brindárselo a la familia, que, no estando motivada ni siendo consciente de los tropiezos en los que había caído, no podría orientarlo útilmente en ninguna dirección, e incluso lo despistaría. En segundo lugar, tuvo un efecto favorable sobre la familia, ya que la condujo a un terreno emocionalmente fecundo, movilizándola y estimulando sus reacciones para hacer emerger, a través de la negativa y del rechazo de los varios aspectos de la hipótesis propuesta, otros aspectos diversos y contrarios que fueron reafirmados, y obtuvimos así informaciones muy valiosas.

El diálogo en la sesión se desarrolló sin obstáculos. Inicialmente a la abuela no le gustó mi declaración de que, si Mónica se fue de casa con un hombre seguramente inadecuado para ella como Nicolás, fue porque ya no soportaba más cómo se veía en su familia de origen, no sólo por la prepotencia del padre, sino también por alguna otra cosa que seguramente tenía que ver con ella, la madre; de otro modo no hubiese habido motivo para cortar también las relaciones con ella. «Adivinando» —técnica indispensable con familias no colaboradoras—, arriesgué la fácil suposición de que la hija no tolerase que su madre continuara sufriendo las agresiones del padre, y pregunté a la señora si era posible que Mónica estuviera furiosa porque su madre no se separara del marido. «¿Furiosa porque no nos separábamos, dice?». «No, señora, porque *usted* no se separaba de *su* marido. Mónica, ¿acaso usted no le sugería a su madre separarse?». «Todos los días se lo decía, pero ella, ¡nada!». «¿Por qué nunca tuvo en cuenta la idea de separarse si su marido la maltrataba tanto?». «¡Por los hijos, si no, quién los mantenía!». «Pero los hijos, ¿no le pedían que se separara?». «Sí, todos, y especialmente Marina, que tenía mucho miedo del padre». «Y usted, ¿no podía pedir ayuda al asistente social?». «Yo estoy en contra de los asistentes sociales». «De acuerdo, pero si era por el bien de los hijos...». A estas alturas, la abuela se rinde y admite: «En realidad yo a mi marido siempre lo he querido».

Llegados a este punto, *podremos formular una hipótesis diferente*: a Mónica, como ella dice, «la autoridad no le gustaba, ni sufrirla ni ejercerla», porque en su experiencia la autoridad equivalía al sometimiento prepotente que el padre ejercía y la madre sufría, y ella rechazaba identificarse tanto con el modelo del hombre agresor como con el modelo ofrecido por una mujer pasiva y resignada. Ella era una rebelde, que había «mandado a paseo» a su marido cuando éste se reveló violento, y volvió a la casa donde creció para enseñar a su madre cómo se hacía para separarse, poniéndose como un modelo de mujer emancipada y capaz de tomar decisiones por sí misma. Lástima que en esta misión se olvidó de que al niño era necesario darle una contención, ciertamente no prepotente sino afectiva. Pero a ella no le interesaba: estaba concentrada en su batalla por deshacer el poder despótico de su padre (y de Nicolás) como debería haber hecho su madre, pero no sabía hacerlo. Así, quería que su madre entendiera cómo debía actuar y que finalmente aprendiera y cambiara de actitud, siguiendo su ejemplo. Pero su madre era obstinada, así que la lucha no terminará tan pronto como ella quisiera. Pregunté: «Y en Nino, ¿quién pensaba?» Sobre esta nueva hipótesis así formulada la familia se enganchó: veremos si, además de reconocerse en esta lectura, Mónica sabrá usarla para activar un cambio.

EL USO DEL MATERIAL DE LAS INFORMACIONES PROVENIENTES DEL EXTERIOR

Esta segunda técnica es muy difícil de llevar a cabo, o mejor dicho de aceptar que debe ser puesta en marcha, sobre todo por parte de profesionales que tienen cierta práctica en el rol de terapeutas, en particular como terapeutas individuales, y que por eso están acostumbrados a la rigurosa norma de trabajar exclusivamente con el material que el paciente trae a la sesión. Los terapeutas familiares, en cambio, suelen estar acostumbrados a manejar material de diversa procedencia, por ejemplo, comparando lo que asegura la hija («Hace años que ya no vomito») con lo que objeta la madre («Ayer encontré una bolsita de plástico llena de vómito escondida bajo tu cama»); esto resulta más fácil si las dos personas están presentes, y más arduo si son recibidas por separado, porque la norma respecto del secreto en el interior de cada uno de los dos formatos o sobre su recíproca interrelación debe ser pautaada con mucho cuidado. Llevar a la sesión material que haya llegado al terapeuta a través de terceros y trabajar sobre él se considera una grave transgresión de las normas del *settingi*, no importa cuál sea el enfoque, esto es así para todos. Por eso, aunque en teoría el profesional es muy consciente de que no está desempeñando el rol de terapeuta sino de evaluador, en la práctica duda al comunicar al paciente aquello que ya sabe por su cuenta a través de los colegas que ejercen el control, y se desea que sea el paciente mismo quien lo refiera durante la sesión, o le tiende trampas esperando que caiga en ellas, de manera que la sesión se vuelve un juego surrealista del gato y el ratón, en el que el ratón es generalmente el profesional.

Un colega en sus primeras experiencias como evaluador trabajó con dos padres cuyo único hijo, de siete años, fue alejado de ellos a raíz de un episodio de maltrato, aislado pero violentísimo, que los llevó a instigarse el uno al otro hasta aumentar los golpes al niño. Los dos padres manifestaron en una sesión la convicción de que el proceso evaluativo se acababa y de que pronto el niño regresaría a casa. El maltrato se había producido por un travesura hecha por el pequeño a la niñera, a raíz de la cual ella planteó que renunciaría a su trabajo, y era ya la segunda. La madre, que gestionaba con el marido una pequeña actividad empresarial que a ella le importaba muchísimo y que entonces atravesaba un momento de crisis, tuvo que quedarse en casa aunque no podía permitirse faltar al trabajo. En esa situación había perdido el control, infligiendo golpes a su hijo con el mango de un paraguas. La mujer pretendió que el padre, al regresar del trabajo, estuviese de acuerdo con el castigo, ya que ella desde hacía años lo acusaba de desacreditarla, pues era demasiado tierno con el niño.

Ahora, el joven evaluador estaba al corriente de que, después de la sesión anterior, durante una visita al centro, los padres informaron a los educadores de su intención: cuando finalmente el tribunal les devolviera a su hijo lo apuntarían a un internado, para poder dedicarse más tranquilamente a su trabajo. El colega estaba indignado y quería trabajar sobre ello, pero los padres no plantearon el tema. Entonces el psicólogo, como no le correspondía plantear la cuestión, buscó que surgiera el tema, preguntando: «¿Cómo habían pasado estos quince días?». «Muy bien». «¿No había novedades de las que debieran hablar?». «No, nada en especial». «¿Tenían proyectos para cuando Arturo volviera a casa?».

«Haremos una fiesta, también con los abuelos». «Y para la escuela, ¿dónde lo inscribirán?». «Bueno, ya

veremos». Y todo el diálogo continuó por el estilo, con el psicólogo cada vez más frustrado y los padres más aburridos.

¿Qué problema había en plantear el tema de la siguiente manera?: «He sabido por los educadores que estaban pensando apuntar a Arturo en un internado, y debo decir que la cuestión me ha sorprendido mucho». Es más ágil referirse al material proveniente del control durante la primera reunión, cuando es precisamente de este material sobre el daño del que obtenemos la legitimidad de nuestra intervención, como en el ejemplo de la sesión de red con Mónica: sin interrogar al perito —o en otros casos, sin leer al menos el decreto del juez—, ¿qué sentido tiene, si no, nuestra presencia? En el caso de Mónica, este material no se usó para contrastar la negación, ya que existía cierto consenso al menos sobre los hechos —era el impacto lo que se estaba minimizando—, pero sirvió para construir la hipótesis. En otras situaciones, la información del exterior servirá también, y sobre todo en ciertos momentos, para desmontar las negaciones y las mentiras del paciente, como sucedió en el siguiente caso.

Ana, de 35 años, drogadicta desde los 18 años, seropositiva para VIH desde los 20 años, era madre de dos niños, Jessica, de ocho años, y Jason, de dos, nacidos de su convivencia con Gabriel, coetáneo, juzgado por varios delitos (hurto, venta de drogas, asalto). La mujer, a pesar de la irregularidad de su vida, siempre se había ocupado con mucho cuidado de sus pequeños desde los embarazos, acudiendo a un centro especializado. Los pequeños, seropositivos al nacer, se volvieron negativos en pocos meses. Tenían buena salud, estaban bien cuidados, y no fueron retirados por el tribunal. Ana acudía al centro de rehabilitación de drogadicción, donde recibía metadona durante largos períodos, y a veces tenía recaídas, aunque se mantenía abstinentes y sin metadona durante espacios de tiempo prolongados. Además del apoyo que le brindaba el centro de rehabilitación de drogadicción, se dirigía generalmente a la asistente social de oficina, recibía un subsidio, se había beneficiado de la bolsa de trabajo y recibía ayuda de asociaciones de voluntariado.

Un día estaba en casa con los niños, una hermana y los sobrinos, cuando entró un vecino, que siguió a Jessica con una excusa a su habitación y la agredió sexualmente. El hecho se repitió en otras circunstancias durante la semana. Entonces la madre llamó a la policía y realizó una denuncia penal contra el agresor, y el caso llegó al Tribunal de Menores, que inició una investigación. Esta investigación puso en evidencia otro episodio en el que la pequeña vivió una experiencia traumática, siempre en el área sexual, a causa de un descuido por parte de la madre. El juez dispuso el alejamiento de los niños, consintiendo que la madre, si lo deseaba, fuera acogida con ellos en una comunidad para madres con problemas de drogadicción. La ASL, encargada de la evaluación de la mujer —el padre estaba en la cárcel y no fue contemplado por el decreto—, nos confió dicha intervención.

En la primera reunión con nuestra asistente social, la mujer estaba muy alterada: ¿cómo? ¿Su niña era violada por un desgraciado y a ella le quitaban a sus hijos? Ella siempre había intentado ocuparse de ellos haciéndolo todo lo mejor que podía. Después de que ella misma puso la denuncia para proteger a su hija, sólo porque era drogadicta, ¿debía ser discriminada? A estas quejas, expresadas de manera agitada pero convincente, la clienta, que era una mujer muy inteligente, alternaba la manifestación compungida de su desesperación. La vida de Ana había sido un continuo de tragedias, y ella misma había sufrido en su infancia un reiterado abuso sexual por parte de distintas personas: el padre, el abuelo materno, un tío, un vecino... Encima, le había sucedido a ella sola y no a sus hermanas. «Pero, ¿qué tenía yo? ¡Hasta los perros se refregaban sobre mí!». La desgracia de esta pobre mujer era real y conmovedora, pero el modo en que lo expresaba tenía un tono teatral, que no escapó a la profesional. El diagnóstico que establecimos más adelante

fue de trastorno límite de tipo histriónico.

A la primera sesión de la red no compareció: la asistente social tutelar que realizó la investigación estaba de vacaciones y los profesionales del centro de rehabilitación de drogadicción no pudieron venir. Hubo que apurarse entonces, porque el decreto aún no había sido ejecutado, y los niños estaban en casa mientras la asistente social esperaba la respuesta de una comunidad. La recibimos entonces sólo nosotros, con nuestra asistente social, que presenció la sesión en representación de la red. Ana se mostró muy desconfiada, pero esperó ver de qué parte me posicionaba: con toda seguridad esperaba encontrar en mí a un abogado que le permitiera evitar el alejamiento de los niños a cambio de la promesa de presentarse regularmente a nuestras sesiones. La colega leyó el decreto («Jessica ha sufrido experiencias traumatizantes»); la mujer estaba de acuerdo pero objetó que a cualquiera podía sucederle («también al juez, también a usted») que su hija tropezara con alguien malintencionado. Sí, pero lo que preocupaba al tribunal era que hubiera sucedido dos veces. «Pero esos tipos son enfermos, no te dejan en paz aunque se lo pidas». Era cierto, pero si los padres actuaban para proteger a los hijos, el hecho no se repetía. «Sí, pero la segunda vez sucedió en el patio común, en un rincón; el tipo se bajó la bragueta, tomó la mano de la niña... y en cinco segundos, la niña se escapó». Bueno, pero un padre que cuidara bien a su hija no la dejaría sola en el patio común, si pensara que podía quedar expuesta a un hombre como ése. «Pero el patio de mi edificio no era tampoco un espacio en el que se pudiera estar... Y de todos modos, yo siempre he sido una buena madre, mis hijos siempre han ido bien vestidos, presto atención a lo que les doy de comer, todos los domingos les llevo al parque... ¿Todo eso no contaba para el tribunal?». Sí que contó. De hecho, el tribunal no los mandó en adopción. «Pero dice que en usted, que en tantas cosas es tan buena madre, hay como una mancha, algo que la ciega cuando está en juego el área sexual, y en este caso aparece una actitud de descuido». «Este discurso suyo yo no lo acepto; no es un descuido, le puede suceder a cualquiera». Pero no dos veces. «¡Pero qué me dice de dos veces! A mí me sucedió de pequeña muchas veces (dijo gritando)». «Sí, eso lo entiendo, que pueda ser un motivo que...». «¡Ahora no se haga el bueno! (enojada). Miremos para atrás, miremos hacia delante. ¡Estamos aquí por mi bien! (sarcástica). Digamos, *digamos*... Aunque yo no esté de acuerdo, porque por mi bien se elige, se permite... y bueno, empecemos».

Aclararé que cuando el tribunal dijo que Jessica había sufrido experiencias traumáticas... —me interrumpió— «se refería a esto». Sí, pero se refería también a otro episodio, en el que una amiga de la niña dijo a su madre que la mujer llevó a Jessica a casa de un señor, y allí ella y ese señor estaban desnudos, y había una jeringa...

«Pero entonces ahora (indignada), ¿de qué más me van a acusar? ¿Qué ha dicho la niña a su mejor amiga? ... ¡Desnuda, incluso! Pero si ustedes le meten en la cabeza a la niña las cosas que debe decir en mi contra, entonces ¡adónde vamos a parar! Me lo dijo Jessica: «Mamá, cuando me interrogaba la policía insistía en decirme: “pero tu mamá, ¿ha llevado a casa a un hombre?”». Lo lamento, pero yo he hecho de todo en mi vida menos eso. ¡A mi casa nunca he traído amigos, ni tampoco amigas! Cuanto más actuaban así, más desconfiaba. No creo que todo esto sea por mi bien. Si no fuese drogadicta y el padre presidiario, no me hubiese quedado aquí ni siquiera un minuto. Enseguida hubiese apelado, *enseguida*. Pero como la asistente social dice...».

El trabajo sobre la negación siguió largo tiempo, casi una lucha cuerpo a cuerpo, en la que el evaluador retomó las expresiones contenidas en el decreto y en el informe del servicio social, y la mujer contestaba. Luego, la paciente construyó su versión de los hechos y el psicólogo la desmontó apoyándose en el material que se le había proporcionado.

La mujer mantuvo, por ejemplo, que fue castigada después de haber denunciado al abusador a la policía: de ningún modo. Después del primer episodio revelado por la pequeña, que salió de su habitación llorando, se

limitó a echar de casa al vecino, insultándolo. Tras el segundo episodio, se dirigió a Gabriel, su compañero, que en esos días no había reingresado en la cárcel, el cual agarró al abusador por el cuello violentamente, lo arrastró ante Jessica y lo obligó a ponerse de rodillas y pedirle perdón. La niña se asustó y se escapó. A todo esto la esposa del abusador, temiendo lo peor, llamó a la policía. Y sólo cuando los policías hablaron de la obligación de realizar la denuncia, Ana, apremiada, prefirió ponerla ella en lugar de dejarlo en sus manos. Este «pulso» entre evaluador y paciente duró más de una hora hasta que la mujer me dejó, finalmente, volver a empezar la formulación de mi simplicísima hipótesis, banal pero verdadera: «Yo creo, señora, que usted habría preferido que un tren le pasase por encima antes de que a Jessica le sucediese aquello mismo que usted sufrió de niña». Entonces Ana gritó, entre lágrimas: «Pero ve, pero ve... Cuando sucede una cosa como ésta una no quiere creerlo. Preferí pensar que no era verdad, que había sido una situación aislada, pero ahora que lo pienso con la cabeza fría, entiendo lo que me ha querido decir usted, que yo después de aquello que le sucedió a mi hija en el patio común ni siquiera un minuto la debería haber dejado estar allí. Pero mi única justificación es que yo... he sido superficial, he subestimado algo, lo sé, es una cosa grave». «Señora, yo creo que es algo mucho más inconsciente. Como usted no fue protegida de pequeña, ahora no consigue proteger». Y llegó finalmente al reconocimiento. «Entiendo lo que me quiere decir... Ahora le contaré una cosa: yo tenía un perro, y no me diga: ¿y qué tiene que ver el perro? Era pequeñito, yo lo quería mucho, lo cuidaba como si fuese un niño... (empezó a llorar) y también le sucedió algo terrible, por mi culpa, ¡por mi culpa! Me lo mataron. También fue un descuido de mi parte. Todos llevaban al perro con la correa, pero yo no..., con esos discursos: «el perro debe expresar su naturaleza, debe andar libre», yo lo llevaba sin correa. ¿Qué soy yo? ¿La mejor de todas? ¡No creo! Y salió corriendo de golpe, cruzó la calle y delante mío, ¡delante mío!, un coche me lo atropelló» (se calmó un poco y continuó). Es verdad que el perro estaba habituado desde chico a salir sin correa, pero me había dado algunos signos (se inclinó hacia mí) de que algunas veces salía corriendo». «También el abusador de Jessica le había dado señales». «¡Justamente! (casi perdió la paciencia). ¡Se lo estoy diciendo, que empiezo a entender lo que me dice!». Reformulé *muy brevemente* la hipótesis. «Pero ve, doctor... Ah, ¿la próxima vez? Está bien, hablaremos en la próxima sesión».

La transcripción de esta sesión muestra una sucesión de acciones que combina las dos técnicas que examinamos: la utilización del material proveniente de quien ejerce el control («el bastón» del que hablábamos) y la introducción precoz de la formulación de hipótesis clínica («la zanahoria»), unidas por el objetivo de confrontar la negación y alcanzar el reconocimiento. En un primer momento, ninguna de las dos técnicas surtió efecto: la negación persistió y la hipótesis fue rechazada porque resultaba prematura («No se haga el bueno»). Luego se creó el compromiso, con buena sintonía entre profesional y paciente, que se observó especialmente en el aspecto no verbal (primero la mujer me dio la espalda, y después se alargó sobre la mesa hacia mí) y por la facilidad con la que uno podía seguir el discurso del otro («También el abusador...»). «¡Justamente!»). Nótese que el reconocimiento tenía un sabor auténtico porque no se debía a una admisión pasiva de las palabras del psicólogo («Tiene razón, doctor, lo mismo que yo no he sido protegida, tampoco sé proteger a mi hija»), sino más bien por emerger de un material que es «harina de otro costal» del paciente: la anécdota del perrito introducida apropiadamente como una analogía.

La sesión con Ana ejemplifica cómo puede utilizarse la información proveniente de los profesionales de la tutela en una primera instancia, que, como hemos dicho, es el

momento en el que es más natural hacerlo. Aunque es bueno recordar que durante todo el proceso evaluativo esta técnica no debe abandonarse nunca, no sólo para evitar caer en lo absurdo, descrito en el diálogo entre el joven evaluador y los padres que quieren internar al pequeño Arturo, sino también para no desbaratar la riqueza que ofrece un trabajo realizado en equipo sobre una misma situación.

En el ejemplo del colegio, cuando los educadores recogieron una información preciosa —la contradicción entre la prisa demostrada por los padres por que el hijo salga del centro y el proyecto de mandarlo inmediatamente después interno—, intentaron naturalmente hacer reflexionar a los padres sobre las posibles reacciones emotivas del niño a raíz de semejante decisión por su parte. Y justamente al no tener éxito transmitieron después la información a la asistente social tutelar, quien, a su vez, procuró hacerla llegar a los evaluadores en tiempo y forma para que pudieran utilizarla en sesión. De la existencia de esta cadena de intercambio, que daba testimonio de la sinergia de acciones y de entendimiento en la red, los padres estaban al tanto, ya que habían sido previamente informados de esta modalidad de abordaje. Interrumpirla significaba traicionar el espíritu del trabajo en equipo, y privar, sea a los padres, sea al niño, de la potencialidad terapéutica del encuentro con el psicólogo. Además, no es del todo seguro que esta gente hubiera omitido conscientemente referir al psicólogo su proyecto, ya que sabían que habrían sido juzgados mal. De hecho, los dos padres lo comunicaron tranquilamente a los educadores, sabiendo muy bien que éstos estaban en contacto permanente con el servicio social. Es evidente que no podían captar por sí mismos la incongruencia de su decisión respecto a las necesidades del hijo. Por esta razón nuestra tarea era acompañarlos, sin causarles enojo; si no lo hacíamos, la sesión sería simplemente inútil, y ellos se aburrirían, lo cual es mucho peor que enojarse. Expondré un ejemplo de otro tipo extraído de una sesión que tuvo lugar, también, en una fase avanzada del proceso evaluativo.

Se trataba de un niño de 11 años, Alejandro, acogido en nuestra comunidad después de una vivencia compleja y emocionalmente muy densa. Hijo único, tenía unos seis años cuando sus padres se separaron y se quedó viviendo con la madre, cuya personalidad trastornada terminó por descompensarse al poco tiempo y se volvió delirante. Durante los períodos en que la mujer era internada, el niño vivía con el padre, que residía cerca. Pronto el padre inició una nueva convivencia y después se casó, por lo que el niño convivió también con esta persona. Al crecer, el niño sobrellevaba más el peso del desequilibrio mental de su madre —el cual se volvió crónico, con una modalidad alternante—, la difícil situación económica —la madre no lograba trabajar de manera estable y además elegía ocupaciones extrañas, como la cartomancia— y los contrastes que la atormentaban con los hermanos. Alejandro era muy dotado intelectualmente, y se aislaba en una pasión casi maníaca por el cine, que satisfacía viendo en soledad centenares de películas, sin contacto con sus coetáneos, realizar actividades deportivas ni participar en viajes de verano organizados por la escuela. Manifestó síntomas de ansiedad que se agravaron y, aconsejado por un maestro, inició una psicoterapia con una terapeuta con la que se vinculó apropiadamente.

El padre, preocupado, pidió la custodia, pero el hijo se opuso tajantemente, tal vez por afecto y lealtad hacia su madre, a quien no pretendía abandonar a pesar del evidente daño que esto le generaba al ir siendo,

poco a poco, incluido en la visión paranoica de ella, tal vez por su rechazo a abandonar su «cueva» —la casa en la que había crecido, su habitación con su cámara de vídeo—, quizá también por cierta hostilidad hacia el padre, a quien consideraba responsable del trastorno psicológico de mamá al haberse ido de casa. El padre se resignó, y en el divorcio dejó que se otorgara la custodia de Alejandro a la ex mujer. Poco después, sin embargo, el Servicio Materno-Infantil, en el ámbito del que se situó la intervención psicoterapéutica del niño, denunció al Tribunal de Menores la difícil condición en la que seguía el menor.

La primera medida del juez consistió en dar la tutela del niño a los servicios para que lo vigilaran y dieran apoyo. Mientras tanto, Alejandro accedió a la escuela media y sus síntomas empeoraron: el agravamiento de las condiciones de la madre empezó a volverlo más evidentemente ambivalente respecto de ella, con manifestaciones de intolerancia nunca observadas con anterioridad. Mientras los servicios se preparaban para escribir su informe al juez, a fin de actualizarlo sobre la evolución negativa de la situación, el niño, después de un año escolar, pasó no sólo el mes de julio de vacaciones con el padre, como se había acordado, sino también el mes de agosto, a causa del ingreso hospitalario de la madre, que sufrió una recaída justo en el mes que el hijo debería haber pasado con ella. La tensión entre el padre, su actual esposa y Alejandro era muy fuerte, y el padre —que quisiera obligarlo a estudiar para que no perdiera el año escolar, quería que saliera un poco de casa y se alejara de sus películas y que fuera de colonias— le pegó repetidamente.

Entonces llegó el informe del servicio: el decreto de alejamiento, en el que se alertó al juez sobre la falta de condiciones suficientes de seguridad para el niño, fuera en la casa del padre, fuera en la de la madre, y el encargo evaluativo a nosotros. Nuestra labor de evaluación fue agotadora: la colaboración con la red fue, sin embargo, muy reconfortante, tanto por parte de la psiquiatra que realizó el seguimiento de la señora como de la psicóloga de Alejandro; ambas se añadieron al grupo de personas más habituales para nosotros, como eran la asistente social y las educadoras del centro. Bastante rápidamente el pronóstico respecto de la madre se reveló negativo, a pesar de todas las precauciones tomadas para que la conciencia de ser evidentemente perdedora en relación con el ex marido no la indujese a abandonar. El padre de Alejandro gozaba, de hecho, de una posición financiera bastante buena; su esposa —que no había podido tener hijos y quisiera mucho tener consigo al hijo del marido— se presentó como una persona afectiva y disponible, y que además podría dedicar bastante tiempo al niño, ya que trabajaba por cuenta propia. Afortunadamente, el padre nos pareció cada vez mejor para asumir el rol de padre tutelar, especialmente al cabo de una sesión emotiva en la que declaró delante del hijo haberse equivocado al usar maneras violentas con él, haberse dado cuenta de inmediato y haber reconocido su error.

Las cosas parecían encaminarse hacia una conclusión con un pronóstico positivo respecto al padre, cuando los educadores nos informaron, alarmados, de un evidente agravamiento del comportamiento del niño en el centro: empezó a molestar a los más pequeños con insultos y actuando de forma prepotente con ellos; se juntó con otro niño internado que tenía una larga historia de marginación social, y se volvió impertinente y rebelde con los educadores cuando hasta entonces siempre había sido correcto y gentil. ¿Qué ocurría? En primer lugar, trabajamos sobre el tema que nos pareció más plausible: el sentimiento de culpa de Alejandro, que surgía de la idea de dejar a la madre, pobre y enferma, para irse a disfrutar en la casa del padre; pero no era eso. Existía ciertamente tal sentimiento en Alejandro y trabajaba sobre eso en sus sesiones con la psicoterapeuta. Sin embargo, no era éste el origen de la intensa agresividad del niño. Además, empezó a resultarnos cada vez más evidente que el objeto de la agresividad era el CbM, nosotros. Pero, ¿qué le habíamos hecho? La respuesta nos llegó de la colega, que logró hacer emerger en una sesión la furia que había suscitado en Alejandro «la sesión emotiva» en la que el padre se excusó por su comportamiento violento. Nosotros, los terapeutas, nos sentimos tan aliviados al ver que al menos uno de los padres mostraba recursos, que aceptamos sin dar mayor importancia la decidida minimización de la violencia por parte del padre. Y lo que justamente más enojó al niño fue su declaración sobre el alivio por la confesión y la perspectiva de la reconciliación, al haber, desde un principio, reconocido su error. El hijo, que había sufrido tanto, no sólo por los golpes y por la humillación consiguiente, sino también por la arrogancia del padre al afirmar —a la ex mujer, a los profesionales y a los abuelos paternos— no haberlo tocado jamás, se había

cargado de indignación y de rabia. Hacía poco, sólo en el contexto de la terapia individual, había logrado, con la ayuda de su terapeuta, hacerse consciente del movimiento interno que le llevó a descargar su violencia contra los más pequeños, en una clásica identificación con el agresor. La colega le ayudó a poner por escrito, en una carta dirigida al padre, los sentimientos que sentía hacia él y que ahora tenía claros. Acordaron con ella —y a través de ella con él— que se leyera, con su asistencia, al padre en una sesión conjunta. Ésta obtuvo el resultado esperado, tanto en lo inmediato, gracias a una respuesta apropiada por parte del padre —y tal vez también gracias a nuestras disculpas, que presentamos al niño por no haber sido capaces de percibir sus sentimientos— como en los días siguientes, con la rápida recuperación por parte de Alejandro de su comportamiento respetuoso en el centro. La situación se encaminó, ahora sí, hacia la conclusión esperada: el niño dejó el centro para vivir en la casa del padre.

Una última acotación de carácter técnico: esta última sesión que hemos descrito contó con la participación directa de una colega de la red, invitada a presenciar la reunión en la sala y a colaborar con sus propias intervenciones; análogamente habíamos visto, en la investigación en relación con Ivana, una sesión en la que participó también su educadora.

Existe otra modalidad que podemos considerar como una alternativa a ésta: la presencia de un profesional detrás del espejo, invitado a añadirse al segundo evaluador y a nuestra asistente social. En el caso de Mónica —la madre de Nino que «detestaba la autoridad»—, informamos de la disposición de la psicóloga del municipio a seguir de este modo todas las sesiones. De la misma manera, cuando Ana, la madre de Jessica víctima de los abusos del vecino, entró con sus niños en el centro, la psicóloga que la siguió en ese contexto presenciara detrás del espejo varios de los encuentros de evaluación que la mujer continúe efectuando en el CbM —de hecho, no consideramos correcto «ceder» nuestro encargo al centro, lo cual también comportó una incomodidad logística para Ana y para el profesional que la acompañaba.

Frecuentemente hemos verificado la utilidad de contar con la presencia detrás del espejo del educador de referencia de un niño —generalmente entre aquellos acogidos en nuestra comunidad, para coordinarse con mayor facilidad—, en las sesiones en las que el niño mismo estaba presente, para que el profesional pudiese transmitirnos mejor los datos importantes sin pasar por el trámite del asistente social, y para que el hecho de asistir personalmente a las sesiones sirviese para dar después al niño un apoyo, retomando con él los contenidos más embarazosos y tal vez más arduos de entender y más dolorosos de integrar, que hubieran sido expuestos en el encuentro. Creo que es superfluo precisar, dada mi insistencia constante sobre la norma de la transparencia, que los pacientes están siempre al corriente de la presencia detrás del espejo de estos profesionales en red.

La información proporcionada por los educadores

Dos de los últimos ejemplos clínicos —el último, el de Alejandro, cuyo comportamiento en el centro empeoró, y el de los padres que comentaron querer meter al hijo en un

internado— nos han puesto en contacto con el uso en sesión de informaciones que nos llegan de los educadores. En muchas ocasiones éstos se volvieron los principales colaboradores de los evaluadores a medida que el proceso evaluativo avanzó. Al principio, el material sobre el cual se busca alcanzar un consenso por parte de los padres proviene casi siempre de profesionales del ámbito de la salud —pensemos en los dos recién nacidos con fracturas de los que hemos hablado en la primera parte— o de las asistentes sociales, como en el caso de Ana, que llevaba a la niña a casa de su amante. Es más raro que provenga de los psicólogos —pensemos en el perito que relevó el daño de Nino, no contenido por la autoridad materna—. Por lo tanto, los asistentes sociales seguirán transmitiéndonos indicios recogidos en el control de la situación global de los pacientes, sea relativo a los padres —en relación, por ejemplo, con el inicio de una actividad laboral— o a los hijos —como la adaptación en el contexto escolar—. Algún psicólogo, como la terapeuta de Alejandro, podrá tenernos informados sobre el proceso de una psicoterapia. Sin embargo, cuanto más tiempo pasa en el proceso evaluativo, más probable es que los indicios informativos provengan de los educadores.

La cuestión es fácilmente comprensible si pensamos que la mayoría de los niños cuyos padres están sometidos a nuestra evaluación son acogidos en el centro, y entonces ellos entran en contacto directo con educadores preparados en el acto de acogida, en el que relevan las condiciones psicológicas; así pues, éstos observarán el proceso, y finalmente supervisarán las visitas y las llamadas telefónicas de los padres, recogiendo gran cantidad de información sobre el comportamiento de estos últimos.

En otro porcentaje de casos, a los niños, aunque permanezcan viviendo con su familia, se les obliga a recibir asistencia educativa domiciliaria para su seguimiento —sobre esto hemos hablado en el apartado dedicado a la elección de la medida de protección—, con lo que también en este caso será el educador quien disponga de un gran número de observaciones de primera mano, tanto sobre el niño como sobre la relación de éste con el padre. Como ya hemos dicho, la observación no consiste en espiar al padre para ponerlo en evidencia cuando se equivoca: el profesional que se ocupa de padres inadecuados debe tratar de sugerir y de estimular el comportamiento correcto, y naturalmente registrar el éxito de este *input*. Recuerdo la indignación que desde el equipo del CbM experimentamos —y educadamente escondimos— en una reunión de red que preparaba el envío de un caso, cuando nos encontramos frente a una situación contraria a este principio, en verdad excepcional. Una joven educadora domiciliaria nos contó que en la casa de los niños que seguía no había un solo juguete y que los padres no los compraban. Pero ella iba a casa de esta familia desde hacía seis meses, ¿y nunca se le ocurrió llevar ella una pelota, un juguete, y dejarlo allí?

Existe otro tipo de indignación que surge fácilmente en los evaluadores frente a los descubrimientos de los educadores, una indignación del todo fuera de lugar, y puedo

decirlo sin pecar de presunción, porque tampoco yo, en los primeros años de mi trabajo, fui inmune. Esta indignación debe ser controlada y apartada. Se trata del sentimiento que suscita en el psicólogo, convencido de haber trabajado del mejor modo posible, la constatación por parte del educador de que no se registra ninguna mejoría desde su punto de vista, ni en las condiciones del niño ni en el comportamiento del padre hacia él. Es humano irritarse porque nuestro trabajo no obtiene aplausos y aprobaciones sino críticas, pero debemos tener constantemente presente que estamos trabajando con padres difíciles, que no se sienten motivados y no son colaboradores, y además son claramente incompetentes. Por ello, no podemos formarnos una opinión sobre su progreso basada exclusivamente en sus palabras, que podrían falsear conscientemente los hechos o deformarlos de buena fe por una convicción ilusoria. Tenemos la necesidad de contar con una información externa que asevere o desmienta sus relatos, para poder, en caso de discrepancias, confrontar a los padres con todo lo que los educadores relevan. No es nuestro propósito dar caza a sus errores como a mariposas, sino el de ayudarlos, si es posible, a avanzar todavía un poco más, a hacer otro esfuerzo, a no quedarse contentados con lo conseguido, sino a ir un poco más allá. ¡Y con ellos, también nosotros! Recordemos que, si no tenemos material *externo* sobre el que trabajar, no tenemos absolutamente nada más: no hay una demanda, no existe el deseo —ni generalmente la capacidad— del paciente de someter a crítica su comportamiento; nada. Si dudamos de la palabra de nuestros principales colaboradores, nos quedaremos con las manos literalmente vacías. En este caso, las observaciones de la educadora, efectuadas durante una visita protegida padre-hijo, constituyeron un material precioso para el proceso de la intervención. Este ejemplo de directo enfrentamiento a la negación fue totalmente atípico, porque la lectura al paciente de un informe redactado por el centro no se llevó a cabo en una fase avanzada del proceso evaluativo, sino que constituyó uno de los movimientos iniciales. Se trató del trabajo de evaluación de Gabriel, el compañero de Ana, padre de Jessica y Jason, que estaba en la cárcel en la época en que se emitió el decreto que disponía la adaptación de la madre y de los niños en una comunidad para drogadictos especializada en doble terapia. Comentaré más adelante el proceso de Ana; aquí baste decir que Gabriel, tras salir de la cárcel, la visitaba en el centro, aunque Ana meditaba la decisión de dejarlo, por lo que él se limitaba a ver a sus hijos, acompañados de la presencia de una educadora, según las indicaciones del servicio social tutelar. El hombre volvió a prisión para cumplir una antigua condena, y durante ese tiempo Ana efectivamente se separó de él, concluyó el período comunitario y regresó a casa con los hijos. Estando detenido, Gabriel contrajo una grave enfermedad, incompatible con el régimen carcelario, y fue puesto bajo arresto domiciliario. En estas circunstancias, el CbM, que había concluido el trabajo con Ana, pidió al juez, de acuerdo con la red, que también el padre fuera sometido a una evaluación, sugerencia que el tribunal aceptó y

cuya resolución nos encargó el ASL. Y así Gabriel salió de la cárcel muy enfermo, muy dolido y muy enojado, porque Ana, de quien estaba enamorado, le había abandonado. No sólo no entendía qué diablos tenía que ver él con una «evaluación», ya que quien siempre se metía en líos por la droga era Ana, sino que él había sido un buen padre, y sospechaba (equivocadamente) que habían sido los servicios los que empujaron a su compañera a dejarlo. La sesión de red no fue resolutive: tuvimos a nuestra disposición sólo a la asistente social, que era nueva, y a quien él mostró enseguida desprecio, aunque no la conocía, por el solo hecho de que era «una chica» y porque se adhirió a las «formalidades». Además, los argumentos concretos para contrarrestar su teoría de que el único miembro de la pareja al que se podía censurar era Ana fueron débiles. Era cierto que se le podía contestar que el modo en que había actuado hacia el abusador de su hija fue violento, pero fue difícil avanzar mucho más cuando él respondió que todo padre digno de este nombre habría hecho lo mismo; se lo dijo también uno de los policías a los que llamó la mujer de aquel pervertido. Lamentó mucho que Jessica se asustara, pero estaba seguro de que después entendió sus buenas intenciones.

Afortunadamente, en la sesión siguiente pude utilizar un informe que se remontaba al año anterior, en el que los profesionales del centro en el que estaban Ana y los niños, al redactar un informe de actualización para el servicio tutelar sobre la evolución de la madre, dedicaron algún párrafo también a las visitas del padre. En una primera lectura, Gabriel sonrió: la educadora reconocía que los niños lo querían mucho, y remarcaba algunas cosas sobre su comportamiento que sólo eran «estupideces», del tipo que malcriaba un poco a los niños trayéndoles demasiadas golosinas, cosa que, debía conceder, era normal tras no haberlos visto desde hacía tanto tiempo. Pero como Ana era una persona muy inteligente, no fue difícil hacerle notar que las observaciones de la profesional eran un poco más consistentes. Escribió, de hecho, que el padre, a quien pidió que no trajera cada vez *dos* meriendas a cada niño, porque después no cenaban, se declaró de acuerdo, pero en la siguiente ocasión volvió a hacerlo como si nada. Entonces le pregunté: «¿No cree que este comportamiento suyo, que de por sí es ciertamente una “estupidez”, pueda a la larga demostrarse muy dañino, ya que enseña a los niños que las normas están ahí para ser transgredidas? ¿Que basta decir que sí, hacer ver que se está de acuerdo, y después se puede hacer lo que se quiera? ¿No se da cuenta de que con esto que hace está enseñando a sus hijos a transgredir las normas como él, encaminándolos a volverse delincuentes igual que él?». Gabriel se quedó sin palabras: ¡pensaba que hablábamos de meriendas!

Por su historia clínica supimos que el rasgo antisocial caracterizaba también a todos sus hermanos, que eran muchos, y a su padre, como un estigma familiar. Y el discurso sobre las normas estaba tremendamente vigente porque actualmente, en arresto domiciliario, tendría una buena posibilidad de obtener el permiso de visitar a sus hijos en un «lugar neutro», pero con tal de no someterse a las normas (preguntas, reuniones, «formalidades», plazos) prefirió dejar pasar esa posibilidad, y en todo caso intentar verlos «de contrabando», aunque así les causase un daño ulterior.

Las convocatorias

He dejado para el final la discusión sobre esta tercera técnica, porque la considero la más importante y quisiera dedicarle todo el espacio que merece. De hecho, no sólo en este contexto peculiar, sino también en el contexto habitual de la terapia familiar, decidir quién será invitado a una sesión constituye a un tiempo una *elección* crucial y una potente

intervención.

Generalmente, los alumnos de terapeutas de familia entienden más fácilmente el aspecto de *elección* relativo a los datos que se quieren conseguir. Fijar el formato de la sesión significa determinar la composición del grupo con el que se trabajará, y por lo tanto, en cierta medida, prefigurar los argumentos que abordaremos. Por ejemplo, si invitamos también a los niños, querrá decir que hemos pensado en no tocar temas relacionados con la vida de la pareja; por el contrario, si queremos explorar el área de la sexualidad, limitaremos el formato sólo a los cónyuges; o debemos pensar que, si decidimos extender la invitación a los abuelos para afrontar su interferencia en la educación impartida por la hija y el yerno a los niños, estos últimos podrán estar presentes; si, en cambio, la invitación a los abuelos apunta a ayudarnos a iluminar la historia infantil y adolescente de la hija, probablemente será mejor que dejemos a los niños en casa, y tal vez incluso al padre, si consideramos que la presencia del yerno podría inhibirlos; finalmente, si queremos conocer un aspecto privado de la vida de una persona, la convocaremos sola, etcétera.

Siempre sobre esta vertiente de la finalidad de la convocatoria, otro aspecto importante es el hecho de que la elección del formato define el sistema familiar que se puede observar en vivo, en acción. Los terapeutas que se están iniciando sienten mucho miedo al ampliar los formatos, y a menudo su criterio fundamental para decidir a quién invitar es «hacer venir al menor número de personas posible». Esto explica el hecho de que muchos jóvenes terapeutas de familia trabajen casi exclusivamente con sesiones individuales.

La posibilidad de observar las interacciones en vivo es, en cambio, de un enriquecimiento imprescindible, además de una experiencia fascinante, una vez superado el miedo: es necesario retirar la atención de los contenidos y concentrarla en las relaciones.

Si un terapeuta está interesado sólo en los contenidos, es mucho mejor que entreviste a una sola persona cada vez. Banalizando la cuestión para ser más claro: si me interesa saber si la sospecha manifestada por una esposa de que el marido la traiciona tiene fundamento, es más probable que pueda conocer la verdad de los hechos entrevistando al hombre sin que la mujer esté presente en la sesión, y si le garantizo el secreto, mucho más que si los recibiera a los dos juntos.

Cuanto más aumente el número de los miembros de la familia convocados a la sesión (hijos, suegros...), más difícil será que la posible traición aflore: sintiéndose delante de un jurado, el hombre no podrá más que defenderse. Pero si, por el contrario, nos interesan más las relaciones que los hechos puntuales, es decir, qué tipo de relación han creado los dos cónyuges, qué alianzas han entretejido los hijos con el uno y con el otro, y qué vínculos existen entre la mujer y sus padres, será extremadamente instructivo verlos

juntos: podremos captar sutiles indicios de una prepotencia del marido sobre el resto de la familia, una actitud suya indiferente a las demandas de los niños y aún más hacia las de la esposa, a la cual no le queda más que volver a apoyarse en sus padres; o por el contrario, revelar señales de un aislamiento en el que el hombre ha caído a raíz de la escasa emancipación de su esposa respecto a los padres de ella, con quienes está «casada» y a los que ha unido también a sus propios hijos, marginando completamente al marido.

Menos inmediato se nos hace intuir que la convocatoria representa también una *intervención* en la que el terapeuta actúa sobre la familia: un mensaje inequívoco que le manda. Decía Selvini que si podemos elegir entre enviar un mensaje explícito, referido a las palabras, o un mensaje implícito, referido a los hechos, y es vital para nosotros estar seguros de que el mensaje será recibido, no debemos dudar, y mandarlo a través de los hechos. «Las palabras son sólo ruido; sólo los hechos cuentan», decía. Ahora bien, la convocatoria es una acción que pertenece indiscutiblemente al ámbito del «hacer» en terapia: ¿y cuál es el mensaje que transmite? El de la *pertinencia*.

Si tenemos expectativas de que la joven señora del ejemplo recibe, en una terapia espontánea normal, el mensaje de que todavía no ha «dejado a su padre ni a su madre», más que en un discurso, confiaremos en una convocatoria ampliada a sus padres, que indicará que, si queremos ver a sus padres en una consulta solicitada por un problema de pareja, querrá decir que tienen algo que ver con el problema, que son justamente «pertinentes» —nótese por favor que «pertinentes» no significa «responsables» ni, aún menos, «culpables».

La alternativa del «sermón» es tentadora: «Señora, si la Biblia nos exhorta, reiterándolo tres veces, a dejar al padre y a la madre para unirse al cónyuge —como *condición* para la unión matrimonial—, significa que es un paso fundamental, pero difícil: ¿está segura de haberlo cumplido?».

Las ventajas del mensaje no verbal, implícito en la invitación a los padres, son muchas respecto a una comunicación tan directa. En primer lugar, no puede ser descalificado, propio o implícito: a la explicación verbal la mujer puede contestar rechazando el argumento («Yo soy completamente autónoma de mis padres; les dejo a mis niños por las tardes por simple comodidad») o dándole la vuelta («¿Y él, qué, que trabaja con su padre?»), mientras es más difícil discutir el contenido subyacente en la invitación, justamente porque es más sutil. Naturalmente, la paciente puede negarse a invitar a los padres, pero éste es un tema más bien arriesgado, ya que si el terapeuta no cede en esta cita porque la considera indispensable para el buen término del tratamiento, el hecho de no cumplirla entraría (a los ojos del marido, del terapeuta y de la paciente misma) en la categoría de las insubordinaciones, que al inicio la colaboración pueden comprometer la prosecución de la terapia.

Una ventaja más de los hechos respecto de las palabras es que aquéllos afectan a más miembros del sistema significativo y no sólo al paciente al que se dirige la interpretación verbal. En el caso específico, la invitación a participar de la sesión dirigida a los padres de ella no podría no impactar también en éstos con el propio mensaje de pertinencia, y será de esperar que llegue a inducir a una reflexión autocrítica: «Si nos invitan a la terapia de pareja de nuestra hija y de nuestro yerno, quiere decir que los terapeutas piensan que también nosotros tenemos que ver con el problema».

Obviamente, nada garantiza que ésta será su actitud: la madre de la paciente podrá exclamar: «Finalmente, tendré ocasión de explicarle a tus psicólogos en qué se equivoca tu marido y cómo siempre se ha equivocado contigo». Pero esta respuesta de la mujer al mensaje enviado con la invitación podría ser algo más que favorable, ya que con su perspicaz evidencia podría empujar a la paciente a una toma de conciencia de la excesiva interferencia de su madre. Otra posibilidad será que los padres de la señora declinen la invitación («¿Qué tenemos que ver nosotros? ¡Que se apañen solos!»). Tampoco esta reacción puede dejar de causar otras reacciones en cadena: en la hija, que podría pensar que entonces estará bien que se maneje por sí misma en otras cuestiones; en el yerno, que podría decirle a su esposa: «¡Por una vez que les pedimos un favor, nos dicen que no; ahora que ni sueñen que este verano también vendrán de vacaciones con nosotros!»; en los mismos padres, que podrían decidir, por coherencia, echarse atrás en otros ámbitos de la vida de la joven pareja. La tarea de la terapia, y ésta es la enseñanza de Selvini, es precisamente la de generar algunos *hechos*, los cuales —en el cúmulo de las reacciones y contrarreacciones— generarán un cambio: y es justamente un hecho como la convocatoria, más que un discurso, lo que puede originar otros hechos.

Si estas consideraciones valen para el contexto espontáneo de ayuda, con más razón son válidas para un contexto obligado como el de la evaluación de la recuperabilidad que estamos examinando. De hecho, en el contexto natural utilizamos otras técnicas no verbales, es decir, las indicaciones que se proponen precisamente producir hechos que puedan suscitar un proceso de cambio. En este contexto, por el contrario —como demostramos con Di Blasio en *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*— es prácticamente imposible recurrir a prescripciones directas, ya que faltan las condiciones motivacionales que podrían inducir a los pacientes a seguirlas, si no en un proceso evaluativo casi ya concluido, en una siguiente fase de terapia. Por ello, las convocatorias siguen siendo la única llave que nos queda a nuestra disposición. Me parece que no han perdido actualidad, por lo que insisto en hacer referencia al libro citado —cuya realización compartí con Di Blasio— para el análisis de los variados formatos posibles, ejemplificados con amplia casuística clínica y sus correspondientes comentarios. Aquí quisiera en un siguiente apartado profundizar sólo en uno de estos formatos: la convocatoria de la familia de origen de cada uno de los padres.

La flexibilidad de los formatos

El lector puede idealmente recorrer las páginas anteriores, replanteando desde el punto de vista del formato todos los ejemplos clínicos que he mostrado hasta ahora. Hemos encontrado formatos típicos del asesoramiento familiar:

- La *sesión conjunta* con la presencia de la familia nuclear entera (véase el caso Brambilla, tratado sin proporcionar información al tribunal, o el de los niños «restituidos» por el tribunal a los padres después de dos años de interrupción de las relaciones).
- Las *sesiones por separado con cada uno de los padre y sus hijos* (por ejemplo, Alejandro con su madre paciente psiquiátrica y con el padre que le había golpeado, y Marco con el pequeño Roberto y Luisa con Ivana e Igor, en la investigación referida anteriormente).
- Las *sesiones paralelas con subsistemas* (padres por una parte e hijos por la otra, de nuevo en el ejemplo de Marco y Luisa, Roberto e Ivana).

Hemos visto, además, formatos atípicos, específicos de este contexto, como los que prevén la presencia de profesionales durante la sesión, en particular:

- Las *sesiones de red* iniciales (como la de Mónica), pero también en momentos siguientes, como el encuentro con Luisa, Ivana y su educadora.

Finalmente, se han mostrado ejemplos de:

- *Sesiones individuales*, sobre todo en intervención de padres separados (Ana y Gabriel, de quienes hablamos antes; el padre abusador mencionado que accede a un reconocimiento completo de su responsabilidad). También se han utilizado en el caso de Marco y Luisa, que convivían en buenas relaciones, pero con quienes nos propusimos analizar la parte específica que cada uno de los dos tuvo en el comportamiento de maltrato hacia sus hijos.

Espero que de esta abundante cantidad de ejemplos citados se pueda captar cabalmente la necesidad de una absoluta *flexibilidad* de los formatos. En cada ocasión habrá que decidir a quién convocar en función del objetivo de la sesión que estemos fijando, de la evolución del proceso, de los resultados que estemos o no consiguiendo, y siempre sin obviar los datos de carácter estructural, como la edad de los niños, una posible separación conyugal intervenida o no, o la constitución de un nuevo vínculo.

Las sesiones con el menor solo

Entre las sesiones individuales, las *del niño* solo requieren una particular atención. Hemos visto hasta aquí el ejemplo de la sesión con Roberto e Ivana, un caso especialmente evidente de hermanos que psicológicamente parecían haber crecido en dos familias diferentes. Los dos niños fueron visitados solos y por separado, para prepararlos para el encuentro con los padres, que ante ellos no habían admitido el maltrato, aunque el padre llegó a reconocerlo en sesión.

Más adelante veremos cómo también los dos hijos de Ana, la madre drogodependiente, fueron visitados por una colega por separado. Esta última vio a Jason brevemente teniendo en cuenta su edad (tres años en el momento de la sesión), y dedicó más tiempo a Jessica, de nueve años. La madre tardó en entender el sentido de esta evaluación, ya que la niña ya había sido escuchada por el perito nombrado por el sustituto procurador a raíz del abuso ocasionado por un vecino. Por eso se le aclaró que el objetivo de la intervención actual era bien distinto. Se proponía evaluar la entidad del daño padecido por la pequeña y por el hermano, al haber vivido en una situación familiar caracterizada por hechos de riesgo como los frecuentes encarcelamientos del padre y la drogadicción de la madre.

En esta fase de evaluación fue necesario poder captar con precisión la extensión y la cualidad del daño padecido por el menor, su capacidad para revisarlo y expresar sentimientos congruentes de dolor, de protesta y de rabia, la vivencia que tenía de su relación con cada uno de los dos padres y de la dinámica familiar en general, y la disposición que tenía para reinvertir sobre uno, otro o ambos padres.

Según la formación del evaluador, éste tenderá a conseguir estos objetivos a través, preferiblemente, de formatos conjuntos y utilizando exclusivamente el instrumento de la sesión, o bien a conseguirlos en sesiones individuales con el niño, tal vez haciendo uso también de los tests (como hemos comentado anteriormente). Personalmente me parece razonable dar mayor importancia al espacio individual de escucha para el menor, otorgándole más tiempo cuanto mayor es el niño. Por ejemplo, Alejandro, el hijo de 11 años de edad de la paciente psiquiátrica que presentamos antes, consiguió un gran provecho de su propia terapia individual: la colaboración activa y cercana con esta colega nos permitió, con el acuerdo del pequeño paciente, utilizar el material que emergía en aquel contexto en las sesiones de evaluación de los padres, como se ha contado.

De hecho, no hay que olvidar que el trabajo con el niño que describimos en esta fase debe ayudar a la evaluación de recuperabilidad de sus padres: los evaluadores podrán aprovecharlo para confrontar las negaciones y los argumentos defensivos de los padres, así como para verificar los efectos de sus esfuerzos para la superación o dañar lo menos posible la estructura psíquica del hijo.

Si la premisa de la integración entre el profesional que atiende al menor y el equipo que evalúa a los padres se quiebra, cae todo el andamiaje de nuestro trabajo, como en el caso siguiente:

Mercedes, de 15 años, víctima durante muchos años de los abusos del padre, fue conducida a un centro, donde la atendió un psicólogo, para ayudarla. El padre, en espera de ser procesado, cumplía arresto domiciliario. La madre, que no se separó de él, vivía en otra casa. Un lunes la niña regresó al centro después de un fin de semana con la madre, y explicó en secreto a su psicólogo un episodio alarmante. La madre quiso obligarla a perdonar a su padre, y la llevó en su coche a la casa de éste. Ante su rechazo a aceptar las excusas del padre, él, alterado además por el alcohol, se enojó muchísimo. La madre se asustó y huyó, ¡dejando a la hija sola con el abusador! El psicólogo prometió que no revelaría a nadie el episodio — Mercedes temía, obviamente, que revocaran al padre los beneficios del arresto domiciliario—, pero después lo confió «en secreto» al juez. Éste, preocupadísimo, nos lo reveló también «en secreto» a nosotros, que deberíamos obtener en sesión un relato «natural» del hecho por parte de uno de los dos progenitores, posibilidad que naturalmente no se verificó, con el consiguiente fracaso del dispositivo evaluativo.

La eficacia de las convocatorias inusuales

En conclusión, la elección de qué convocatoria elegir no debe de ningún modo tomarse sólo sobre la base de consideraciones formales: si me piden que evalúe a los padres, convocaré a los padres, la primera vez y todas las demás. Los criterios para la elección deben responder exclusivamente a exigencias de tipo clínico: ¿con qué formato puedo esperar movilizar los recursos de este padre?

En un trabajo reciente sobre terapia familiar en los servicios psiquiátricos, me encargué de una parte sobre la tutela de los hijos de los pacientes psiquiátricos en la que, además de dos contribuciones de colegas, Covini y Zamparutti, introduje el informe de un caso que traté en el CbM en el contexto evaluativo, el cual planteó dificultades particulares al equipo para la elección de las convocatorias. Recomendando el libro para el examen de varios de los pasajes. Aquí sólo me referiré a los efectos beneficiosos de una elección absolutamente contracorriente:

Se trataba de una joven madre, Fortunata (de nombre, pero no de hecho), cuya pareja se presentó al Tribunal de Menores. Quería que éste le asegurara que, si lograba echarla de casa por loca y violenta, el juez le confiaría a él los niños. Por el contrario, el tribunal pidió, obviamente, en primer lugar, una investigación que fue llevada a cabo rápidamente por la asistente social, que describió en su informe una situación gravemente deteriorada. En primer lugar refirió que los servicios psiquiátricos se declaraban incompetentes para intervenir eficazmente a cargo a la señora, ya que la paciente evitaba toda intervención, si bien fue dada de alta de los reiterados ingresos a los que fue sometida durante largos periodos, con un diagnóstico cada vez más grave, que en el último informe llegó al de esquizofrenia, agudizado por un retraso mental de grado medio-grave. Rechazó también los fármacos por el temor a que el compañero los aprovechara como «prueba» de que estaba loca para echarla de casa. Tampoco los familiares (padres y hermanos) de Fortunata colaboraron con la psiquiatra. Su compañero aparecía de vez en tanto «para reclamar a los servicios su deber», que sería el de encontrarle un lugar de residencia protegida para que él pueda librarse de la mujer. El daño a los hijos que la asistente social reveló, tras hablar con todos los miembros del núcleo familiar y con

las escuelas de los niños, era el de ser involucrados en el elevado nivel de conflicto y de violencia de los padres, en el que se aliaban con el padre —con un pauta casi unilateral como no hemos visto nunca en otros casos, especialmente por parte de la niña—; en consecuencia había una pérdida del referente materno. Juzgaban a la madre, de hecho, sin término medio como «loca, totalmente ida, deficiente», con inevitables sentimientos de rechazo y vergüenza. Junto al daño psicológico —que conllevaba una escasa participación en las actividades escolares, especialmente por parte de la pequeña, que se temía que estuviera encaminada a replicar un destino de insuficiente mental— había también un maltrato físico ocasional por parte de la madre, que fue más grave cuando los hijos eran más pequeños. Ahora los niños podían defenderse por sí mismos o recurrir al padre, que se ponía decididamente de su parte. La medida de protección que la asistente social sugirió fue la inserción en un centro que había en el barrio, por las tardes: los dos niños, hermano y hermana, de 11 y 8 años, estaban muy unidos al padre, que trabajaba por cuenta propia y podría acompañarlos a mediodía e irlos a buscar después de cenar, y la tía paterna, que se ocupó de los sobrinos cuando la madre fue ingresada. El decreto del juez propuso esta solución.

El trabajo de evaluación que se nos encargó encontró, como he dicho, una dificultad inusual para determinar cuáles podían ser los formatos más prometedores para movilizar los recursos restantes de la mujer, si no queríamos darla ya por perdida. La sesión ampliada a todo el núcleo familiar la vio sucumbir bajo los ataques del marido —siempre muda, apática e inerte—: el hombre la criticó, a lo que ella, a pesar del apoyo del evaluador, no reaccionó. La sesión madre-hijos, a la cual recurrimos en un segundo intento, se reveló un desastre todavía mayor, porque aquí los ataques contra ella procedieron de los hijos, sobre todo de la niña. Y fueron ataques que sería erróneo confrontar o reprimir, más que nada porque obviamente eran la consecuencia de las vivencias de los niños relativas a las gravísimas y evidentes carencias de ella, no simplemente de la instigación del padre, como se podía pensar con cierto optimismo. Los recursos en la familia de origen, verificados en dos sesiones, fueron muy decepcionantes: lo intentamos sobre todo con el padre, indicado como primera elección por la misma Fortunata —su madre era también ella una paciente psiquiátrica, que fue abandonada por el marido y que interrumpió las relaciones con esta hija—. Éste se mostró como un energúmeno, gritón y amenazador, que atacó a la hija con un *doblo vínculo* de manual: «Aquel hombre ha sido tu ruina, ya te advertí que no debías casarte con él...», «¡Vas a ver lo que te pasa si se te ocurre dejarlo!» (subyace: «y vienes a molestarme a mí») y «¡Que a él no se le cruce por la cabeza dejarte ahora que te ha arruinado!». Descartado el padre, probamos con las dos hermanas mayores, que estaban relativamente cerca y se mostraron vencidas por la absoluta falta de reacción de Fortunata, que no hizo el mínimo esfuerzo para no perder a sus hijos, y terminaron por darle la razón al cuñado, que no quería saber nada más de ella. Despedidas las hermanas, intentamos nuevamente con un formato de pareja, ya probado al principio, con resultados desalentadores, pero nada se movió: la mujer proclamó su amor eterno por él, recordó los detalles de su primer encuentro, cuando él le parecía tan apasionado. Él respondió que se hizo cargo de la niña —12 años más joven que él, cuando todavía era menor de edad— sólo por piedad, para salvarla del padre prepotente y violento, pero que pronto se dio cuenta de que era caprichosa y se pasaba el tiempo sin hacer nada. Por eso siempre había rechazado casarse con ella, para no encontrarse atrapado más de lo que estaba, y por cuanto mantenía todavía sentimientos de compasión hacia ella, que quedaría a la deriva si él realmente la echara, y a los hijos les perturbaría verla reducirse a la nada. No fue difícil adivinar la historia de Fortunata, aunque ella fue austera en dar detalles: él rechazó casarse con ella cuando se dio cuenta de que no era virgen, pero la aceptó en su monoambiente. Luego, cuando se quedó embarazada, la echó, pero se apiadó cuando el padre de Fortunata la echó de casa y ella terminó en un centro de monjas; no se casó, pero reconoció al niño cuando nació y retomó la convivencia con ella; no usó protección y volvió a dejarla embarazada otras 6 veces, y una y otra vez rechazó su deseo de casarse a pesar de los embarazos con los que ella esperaba ganarle el pulso, y la hacía abortar —por qué nace la niña no se entiende—. Aún hoy, decía y dice a sus propios familiares que se casaría con ella si se lo mereciera, pero ella seguía comportándose como una irresponsable, no hacía nada en la casa, se pasaba el día fumando en la cama, no cuidaba a los niños: ¿por qué debería casarse con ella? Tal como se ve, así no lográbamos nada. ¿Qué otra opción nos quedaba? Teóricamente quedarían las sesiones individuales, de las que, sin embargo, del mismo

modo que de la intervención psiquiátrica, huía la paciente como de la peste, guardándose muy bien de darle al marido la más mínima razón para que pudiera poner en práctica su amenaza de echarla porque estaba loca. Nos rompimos la cabeza buscando una solución, ya que nos parecía obligado hacer un último intento. Y finalmente llegó la iluminación: *un formato que aún no habíamos probado era con el marido a solas*. Esta pista se reveló del todo acertada: el hombre, bien intencionado, llegó hostil y desconfiado; había pedido al juez que lo librara de esta esposa loca, y no sólo se encontró con que se le ponía en el mismo plano que ella, sino que incluso se hallaba en un contexto de evaluación de la recuperabilidad de cada uno —de hecho, también a él se debía el daño que los niños habían padecido, del que él era responsable cuando menos porque no había sido protector—. ¡Pero ahora incluso era él mismo el convocado! La propuesta que le hicimos, hay que admitirlo, fue fuerte: debía salir de su ambivalencia. En este juego cruel con el que tenía en suspenso a su compañera —«nos casaremos cuando te lo merezcas»— se dio cuenta muy claramente de que ella no tenía las características que él le pedía para casarse con ella. Fortunata, que no quería dejarlo ni podría tampoco hacerlo, privada tanto de recursos autónomos como de una alternativa afectiva en su familia de origen, sólo podía hundirse más y más en la desesperación, en la impotencia, en el rechazo a curarse sólo para no darle la razón. Por eso debía elegir: si en serio quería separarse, le ayudaríamos a hacerlo; si, en cambio, quería quedarse con ella, debía hacerlo «dándose la vuelta como un calcetín», es decir, cambiando su comportamiento con criterios completamente distintos de los que hasta ahora había utilizado.

El pobre hombre se debatió como un pez que hubiera mordido el anzuelo: en un momento decía que se separaba, y al minuto siguiente cambiaba de opinión porque Fortunata podría prender fuego a la casa —cuyo contrato de alquiler está a nombre de la madre de él, ¡que quedaría en medio! — Se despidió de la sesión y regresó a su casa con la decisión tomada de separarse, sobre lo cual trabajaríamos en la próxima sesión, y desde una cabina telefónica nos llamó para decirnos que había cambiado de idea, que se quedaría con ella. La siguiente sesión se dedicaría a qué podría hacer para cambiar. ¡Lástima! Pero apenas llegó a casa observó el último desastre realizado por su compañera, nos llamó por teléfono y nos dijo que lo había pensado de nuevo y que no podía seguir así... A Fortunata le comunicaron que tenía una enfermedad por la cual podía recurrir al servicio psiquiátrico, pero que también su marido estaba enfermo. El hombre estaba afectado por la enfermedad de la indecisión, etiqueta reforzada por una convocatoria hecha sólo a él en presencia de sus familiares, que se mostraron del todo de acuerdo con nuestro diagnóstico. De él nos ocuparíamos nosotros, para ver si se podía hacer algo. *Excluida de las sesiones, la mujer rápidamente revivió*. Asistió por primera vez en su vida espontáneamente al servicio psiquiátrico, siguió un tratamiento, se transformó incluso físicamente: como diremos más adelante, no fue un verdadero milagro, pero la elección de excluirla de las sesiones se reveló absolutamente portentosa, y los resultados obtenidos se consolidaron con el tiempo.

En cuanto a formatos originales y creativos, antes de terminar este tema quisiera mencionar el *multifamiliar*: se trata de un dispositivo puesto a punto por Asen (Asen *et al.*, 1989) verdaderamente fascinante, en el que la evaluación de la recuperabilidad fue llevada adelante también sobre cinco o seis familias, que se reunieron en una especie de *hospital de día*, desde la mañana hasta mitad de la tarde, durante todos los días festivos de una semana, en un ciclo que se repitió a intervalos durante seis semanas. La técnica de la intervención la llevó a cabo un grupo de diversos profesionales que se inspiró también en la autoayuda y la óptica sistémica. Por tanto, respectivamente, aprovechaba los estímulos que cada familia podía extraer de la experiencia de las otras familias, y, desde la perspectiva de la corriente sistémica, se concentraba más sobre la solución del problema que sobre la comprensión de sus causas. El dinamismo y la movilización que este formato puede inducir han despertado un notable interés también entre los colegas

que en estos últimos años han estado más cercanos al CbM. Me refiero específicamente a Carini en Milán y a Paruta en Bergamo, quienes tomaron contacto con Asen. Además, ya desde hace algunos años se ha creado el Centro de Tratamiento Multifamiliar del ASL de Milán, del que es actualmente responsable L. Guerra y cuyos profesionales fueron formados por Asen y por sus colaboradores con una aportación paralela de Bertotti y mía, que prosigue en forma de supervisión. Análogamente se inauguró un servicio similar también en el ASL de la ciudad de Bérghamo, hace poco tiempo.

La convocatoria de la familia de origen de cada uno de los padres —como dije anteriormente— ya fue tratada exhaustivamente en *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*, y la convocatoria ampliada de las familias tenía un espacio particular. No obstante, quiero profundizar en el tema de las convocatorias, no sólo porque es una técnica que sigue resultando del todo extraña en la praxis de la gran mayoría de los evaluadores —también de los propios terapeutas de familia—, sino porque, además, mis colegas y yo apreciamos cada vez más el grandísimo potencial transformativo que ofrece. Tras la época en que publicamos el libro citado (1989), apareció además en 1992 la traducción italiana del libro de Framo dedicado al trabajo con las familias de origen en la terapia de pareja, que proporcionó una sólida y apasionante base teórica y técnica para este tipo de intervención. Por otro lado, he ido consolidando por mi parte la posibilidad de colaborar con Canevaro. En 1989 nos habíamos encontrado y conocía mejor su sistema, verdaderamente notable, de trabajar con las familias ampliadas de pacientes adultos (Canevaro, 1999). Para explicar mejor mi objetivo al explayarme sobre este formato, me referiré a una circunstancia más bien frecuente, la demanda del tribunal a un centro de rehabilitación de drogadicción para que evalúe la recuperabilidad de dos padres drogodependientes negligentes con sus hijos. Ahora bien, en un caso de este tipo, la praxis automática del servicio generalmente consiste en convocar a los dos padres, a veces conjuntamente con los niños si éstos son mayores, pero lo más habitual es que se convoque sólo a la pareja.

Si recordamos cuanto he dicho anteriormente respecto del mensaje de pertinencia implícito en la convocatoria, este formato, que se repite de manera estereotipada de una entrevista a otra, comunica a los pacientes que los profesionales consideran que tienen dos problemas: la incompetencia, referida a su paternidad, y la dependencia de sustancias, con la cual el primer problema está sin duda conectado. Este doble problema es «pertinente» a su relación de pareja, es decir, tiene que ver con algo que no funciona entre ellos dos. Naturalmente también esto es cierto, o sea, que contiene una parte de verdad. Puede tratarse de un caso en el que la chica haya sido inducida al consumo de drogas por su pareja, a la que ella esperaba salvar, y que, en cambio, la haya arrastrado a una dependencia compartida. Puede tratarse de una situación en la que los celos del joven por los cuidados maternales que la mujer dedica a los hijos agudicen su depresión,

agravando su actitud de recurrir a la sustancia adictiva como autoterapia, o pueden darse otros casos.

Sin embargo, entre los factores psicoafectivos y relacionales de los que aquí nos ocuparemos, y que no son las únicas causas, el principal factor que subyace a la génesis de la patología de la drogodependencia es cierta insatisfacción conyugal. Las vivencias de carencia, la depresión, los trastornos de la personalidad, los problemas de identidad de tipo psicótico, que buscan en la droga un alivio y una compensación, se originan en un tiempo lejano remontándose a un estadio muy anterior a la formación de la pareja. Si queremos, podemos decir que la relación de pareja agravó los problemas profundos del individuo en vez de sanarlos, o simplemente que no sirvió para resolverlos o, en los casos más favorables, que lo consiguió sólo en parte. Y si esto es cierto para la drogodependencia, lo es también para la inadecuación de la paternidad de la pareja de nuestro ejemplo, si compartimos la teoría expuesta de que un padre que maltrata es siempre un hijo incompleto y un cónyuge desilusionado. Por este motivo, persistir en la convocatoria únicamente de la pareja brinda a los pacientes un mensaje equivocado, que considera pertinente con la génesis de sus problemas sólo una relación que, por el contrario, se inició mucho después de que surgiera la drogodependencia, y si se inició después del matrimonio, se constituyó sobre fallos y huecos psicoafectivos que se remontaban a mucho antes. Veamos un ejemplo.

Una pareja contactó con un centro de rehabilitación de drogodependencia para que el marido ingresara para someterse a una desintoxicación. Se trataba de personas inteligentes y cultas, que no podían ignorar lo incongruente de su petición con la declaración del paciente, que decía que se limitaba a consumir heroína sólo el fin de semana, con lo cual no tenía sentido aceptar una presunta dependencia física, ya que de lunes a viernes permanecía abstinentes. Pero como no querían escuchar sugerencias, la solicitud fue aceptada, con la esperanza de lograr establecer una dependencia que se tornara preludio de una asunción de los hechos menos fragmentaria. La pareja tenía dos niños pequeños, que los profesionales observaron jugar en la sala de espera en las numerosas ocasiones en que los padres se presentaban (siempre juntos), primero para organizar la interacción y luego para pensar en otro proyecto después del fracaso del anterior. La historia del paciente era más bien particular: hijo de padres inmigrantes del sur de Italia al norte, que lo hicieron estudiar a costa de muchos sacrificios, se volvió heroinómano durante el servicio militar. Tras la muerte de dos de sus compañeros drogodependientes se asustó y, sin ningún tratamiento, abandonó el consumo, ayudado por los padres, que lo enviaron al extranjero, donde obtuvo un título universitario en Informática y encontró un trabajo cualificado, sin volver a recaer. La sede de trabajo varió, hasta que fue destinado a Escandinavia, donde conoció a su futura esposa. Cuando se casaron, la puso al corriente de lo acaecido con la heroína en su temprana juventud. Algunos años después la pareja se mudó a Italia, cerca de la familia de él; obviamente, a muchos kilómetros de la de la mujer. Al nacer el primer hijo, el hombre recayó en el uso esporádico de la heroína durante el fin de semana, que con el nacimiento de su segundo hijo se volvió regular. Nadie estaba al corriente, sólo la mujer, que naturalmente estaba muy angustiada ante una crisis que le resultaba del todo incomprensible y que amenazaba con hacer añicos todo el proyecto de vida de ambos y por el cual había dejado sus raíces, amistades, familia y trabajo. Los profesionales se plantearon, entre otras cosas, la conveniencia de una denuncia al Tribunal de Menores, que parecía discutible, como generalmente sucede cuando la drogodependencia concierne sólo al padre. Pero la escena que en un momento dado les impactó en la sala de espera fue la del joven hombre que tenía a los niños en brazos, los acunaba, jugaba con ellos, les

daba de comer, y de la madre un poco aparte, casi ausente, absorta en sus pensamientos. La intervención en la que pensamos, en supervisión, puede resumirse en el verso final de una conocida poesía para niños, *Estrella, estrellita*, de Lina Schwartz: «A cada uno su niño, a cada uno su madre (y todos a dormir)». La sugerencia que se dio a la joven madre fue la de restituir a su marido a sus propios padres, empezando con la revelación de su recaída, de manera que éstos se involucraran en un proceso terapéutico que pasara por revisar la historia del hijo, cosa que no se hizo en su debido tiempo. Entonces ella, liberada de la carga de este marido-niño, que manifestaba los signos de la persistencia de problemas de dependencia infantil no resuelta, podría dirigir su atención a cuidar de sus propios niños, que empezaban a sufrir una escasa inversión afectiva por su parte, y que corrían el riesgo de repetir de mayores la historia del padre, arrastrando los efectos de una carencia infantil.

La explicación tuvo un notable efecto sobre la pareja: cumplir la prescripción fue difícil, y se logró tomando un escalón intermedio de revelación de la drogodependencia por parte del joven a sus hermanos, que ya tenían sus sospechas y que lo apoyaron cuando se le confió a los padres. Estos últimos, una vez afrontado el impacto y aceptada la convocatoria en presencia de los tres hijos —no de la nuera, que se consideró implícitamente no pertinente—, se movilizaron adecuadamente incluso volviendo a convivir brevemente en casa con el hijo, y el problema se resolvió relativamente rápido, sin la necesidad de una intervención de protección de los hijos que no fuese la reconquistada atención de su madre.

Este ejemplo ilustra la dinámica extremadamente positiva de la convocatoria de los padres del paciente. Habrá quien observará que no nos encontramos aquí, en realidad, en un contexto obligado, sino en una situación espontánea, nacida de una petición de ayuda. Es verdad, pero hay que considerar que la palanca que permitió convencer al paciente y a su mujer de que debían dirigirse por el camino de romper el secreto sobre la recaída y de involucrar a los padres en el tratamiento fue la declaración por parte del servicio de una preocupación hacia los niños. De hecho, en el puro y simple contexto de cuidado de estos dos pacientes, que habían partido —recordémoslo— de la formulación de una mera solicitud sanitaria, y encima incongruente, no aceptaban en absoluto la idea de iniciar un proceso de terapia y mucho menos de hablar con los familiares del hombre. Éste se comportaba como alguien que cada fin semana escribía una carta a los padres en la que lamentaba sus sufrimientos, protestaba por antiguos abandonos sufridos, y esperaba recibir una bonita carta, llena de diferentes contenidos. Y luego, en vez de enviarla, la rompía en pedazos y la arrojaba a la basura.

Ésta es una buena metáfora de la drogadicción llevada adelante en secreto, sin dar a las personas queridas la posibilidad de intervenir, de ayudar, de sanar. El temor de la desilusión por posibles reacciones insatisfactorias de los destinatarios de la carta frena al drogadicto.

Ahora, este paciente —y la mujer, cómplice porque mantenía el secreto— aceptaron el peligro implícito y lo desvelaron, porque entendieron el riesgo que comportaba para los hijos mantener el *status quo*. Y la mujer, hasta ahora con la identidad de salvadora del marido, en el esfuerzo desesperado de oponerse al naufragio de su existencia, abandonó este rol, que la rendía involuntariamente en parte con la elección de él, que se ilusionaba con que podría «curarse» solo (¡de la heroína!); pero abandonó este rol de salvarlo que

había asumido sólo porque entendió que sus hijos, fisiológicamente, tenían más derecho y más necesidad de que ella se hiciera cargo de ellos. Si el bienestar de los niños fue el incentivo que funcionó con estos dos pacientes naturales a aceptar involucrar a la familia de origen en el tratamiento, lo mismo puede suceder con pacientes obligados en el contexto de la evaluación. Es más, paradójicamente, fue más fácil vencer las resistencias de los pacientes a invitar a los padres, que las de los padres mismos a aceptar la invitación, en el contexto de la evaluación mucho más que en el de la cura. Un adulto puede sentirse mortificado si se le pide traer a sus familiares a sus sesiones de terapia: es necesario un arduo trabajo de preparación por parte del terapeuta, como explica Framo en el trabajo citado (1992), para lograr persuadirlo de la gran ventaja que podrá obtener del aporte de sus familiares. Pero el mismo adulto ya no se sentirá avergonzado del mismo modo si le decimos que queremos conocer también a los abuelos de sus hijos, en el interés de mejorar la intervención. Y también los padres del paciente pueden más fácilmente echarse atrás si la ayuda la pide un hijo de 30 años, que es más normal pensar que deba arreglárselas por su cuenta, que si la solicita para sus nietos, para los que es más difícil que se nieguen a colaborar. Veamos un ejemplo alentador.

Se trató de uno de los casos más arduos y exigentes que tuvimos en el CbM, con el que combatimos con extrema fatiga, sobre todo desde el punto de vista de la carga afectiva. Era una pareja con dos hijos pequeños (una niña y un niño), que no lograba llevar adelante su matrimonio pero tampoco se separaba. Las peleas eran tan violentas y el sufrimiento de los dos tan agudo, que los servicios —que conocían a los niños por un tratamiento psicomotor que desarrollaban con el menor—, extremadamente preocupados por las recaídas emocionales de los pequeños, informaron al tribunal. Al decreto del juez le siguió la adaptación en un centro de la madre y los niños, y el inicio del proceso evaluativo. El marido, Fausto, se presentó como el paciente más grave: víctima en la infancia de un abuso sexual prolongado por parte de un tío materno, se debatía en un dilema del que no encontraba salida: «¿era en realidad homosexual, o llevaba solo las cicatrices de este drama y podría borrarlas?». La mujer, al tanto de la situación, contrajo no obstante matrimonio, subyugada por su personalidad fuerte y magnética, atraída por el desafío de curarlo. Ella, que era huérfana, fue acogida con los brazos abiertos por los padres de él, que vivían con extrema vergüenza «la desviación» de su hijo y auguraban, como él, que ella lo «normalizaría». Después de la boda las cosas se precipitaron: él dejó el trabajo, se prostituyó, se le metió en la cabeza adelgazar para resultar más atractivo, sufría bulimia, se provocaba el vómito, compraba anfetaminas en el mercado negro con la esperanza de vencer el hambre: en fin, llegó a un trastorno límite, con toda su sintomatología, incluidos episodios de somatizaciones con parálisis nocturnas, y finalmente dos intentos de suicidio con fármacos cuando ella estaba a punto de dejarlo. El proceso evaluativo fue muy largo y complejo. Para seguir con el tema, quisiera comentar sólo la convocatoria de los padres de él —los hermanos no estaban disponibles; la hermana porque estaba casada y vivía en el extranjero y el hermano porque había roto las relaciones con Fausto—. Éstos llegaron a la reunión muy a la defensiva, especialmente el padre, rechazándola de antemano: no creían en los psicólogos —comentaron en broma una película en la que un terapeuta a una declaración de este tipo respondía: «¿Y yo qué debería hacer, desaparecer en una nube de humo?»—. Cuando era pequeño, habían mandado a Fausto a la psicóloga del consultorio escolar porque el niño se metía en líos desde entonces, pero después de una reunión habían decidido dejarlo. ¿Esta vez, qué querían de ellos? Acudieron sólo por los niños, porque les tenían mucho cariño, lamentaban mucho que estuvieran en un centro, y si podían hacer algo por ellos, estaban dispuestos. Les aclaré que la tarea que nos había encargado el tribunal era la de ver si se podía ayudar a Renata (la nuera) y a Fausto a encontrar, juntos o separadamente, un modo distinto de ocuparse de

los hijos, poniendo fin a una situación tan mala como tenían. Estábamos aquí para ocuparnos de los graves problemas psicológicos de su hijo, que absorbían todas sus energías, impidiéndole, como ellos bien sabían, ya fuera trabajar, ya relacionarse con los demás sin ser agresivo o autodestructivo, y en particular poder ser un buen padre, aunque quería mucho a sus hijos y ellos a él.

Les pedimos su colaboración para ayudarnos a eliminar, si era posible, algunas de las ideas y angustias que absorbían completamente a su hijo. Los padres permanecieron en silencio, en espera. Entonces, de acuerdo con el paciente, expliqué que nuestro deseo sería en primer lugar ver si se podían aclarar las cosas entre ellos respecto al abuso sexual sufrido por el hijo, sobre el cual Fausto escribió en la carta de despedida que les dirigió cuando intentó el suicidio por primera vez: sobre este hecho sintió que nadie le creía ni le comprendía, y sufría mucho. El padre se puso todavía más rígido: no recordaba aquella carta; sabía de la acusación que el hijo hizo contra su tío, pero no sabía decir cuándo lo supo ni cuánto tiempo hacía de esto, y, por otra parte, con este hijo no se podía tener nunca una conversación en serio. Efectivamente, Fausto era extremadamente provocativo, siempre mostraba una actitud sarcástica y ofensiva. Cada segundo decía algo cada vez más y más grosero o delirante o agravante, descalificando de este modo también las cosas serias que decía, salvo cuando se precipitaba en un momento en un ataque de llanto, en una postración callada y vacía de toda energía, de la que sólo el estallido de ira más violento y espantoso podía sacarle. La madre se reía (incongruentemente) de toda la situación. No se entendía si lo que pretendía era poner en ridículo la acusación del hijo sobre su propio hermano, o si se defendía reaccionando sólo al nivel más superficial, por las payasadas de Fausto. Con enorme esfuerzo, reubicando a la madre en la necesaria seriedad del caso y conteniendo al paciente para que no se desubicara refutando la torpeza de los ataques del padre, tras una hora de trabajo intenso logramos concluir lo siguiente.

El tío era considerado un retrasado mental: no se sabía en qué grado. Conducía su coche pero con un carné de conducir comprado —estábamos en Nápoles: con un apellido como el mío, puedo decirlo—; no hizo el servicio militar, pero obtuvo una recomendación para ser reformado. Además tenía sólo una decena de años más que el sobrino (doce, mantenía Fausto; nueve, rebajó el padre), y éste, en cambio, era más que inteligente. Por ello, los padres consideraron que el hijo no era en absoluto la víctima del tío, sino el artífice de una seducción. En su opinión, el niño había tenido varias experiencias sexuales con primos coetáneos («El tipo me agarraba a cachetazos si yo me negaba»; «Pero si tú eres más grandote que él»: éste era el tono de la discusión) e indujo al tío a repetir las con él. Pero el equívoco que llegamos a resolver combinando la paciencia de un chino con la energía de un domador de leones se centró sobre el inicio del abuso: para los padres se remontaba a la adolescencia de Fausto, y para él a los tres años. Llegamos a ponernos de acuerdo sobre esta reconstrucción: a los tres años el niño, que pasaba el verano con los padres en la casa de los abuelos y que en un par de ocasiones lo dejaron allí solo durante varios meses —a él; a los hermanos, nunca—, dormía la siesta con el tío. Ahí comenzó a molestarle: ¡y un niño de 15 años es mucho más grande y fuerte que un niño de tres! El tío se refregaba sobre el niño (con la ropa puesta) y le hacía daño, tanto que Fausto varias veces pidió a los padres que no lo mandaran a dormir con su tío. Pero éstos no comprendieron que él necesitaba protección. Los juegos sexuales continuaron todos los veranos, cada vez más arriesgados y con la participación más activa de Fausto, quien efectivamente a los 14 años propuso al tío relaciones orales, que había experimentado con los primos. Gradualmente la reconstrucción indujo a un entorno más congruente: los padres parecieron entender por primera vez cuánto había sufrido su hijo («pero entonces, ¡te ha arruinado la vida!») y ampliaron la revisión autocrítica de su comportamiento también a otras áreas. El padre, por ejemplo, se lamentó de haber intentado «curar» al niño de las pesadillas que le afectaban todas las noches y que hacían que se escondiese bajo la cama, poniéndose una media de náilon en la cara, fingiendo ser un monstruo que había devorado a sus padres (¿con qué efecto terapéutico?... se lo dejó a su imaginación). Fausto, por su parte, pareció captar que si los padres no recibieron sus demandas de ayuda expresadas como podía hacerlo un niño, hoy, que ya no era ningún niño, también él debía esforzarse en pedir su apoyo y cercanía de una manera más congruente que la de las agresiones y los intentos de suicidio. Al finalizar el encuentro, la madre se mostró de acuerdo en hablar con su hermano cuando regresara al pueblo.

¿Qué muestra este ejemplo? Un caso extremadamente favorable, en verdad no muy frecuente en una casuística como la nuestra —compuesta mayoritariamente por familias con vivencias tan dramáticas y destructivas que a veces impiden irremediablemente la capacidad de participación empática y reparación—, en el que el paciente, al asistir a una reunión con los padres, realiza efectivamente aquel cambio que se esperaba en la relación con los familiares. Naturalmente, en una situación como ésta, en la que se evaluó que los recursos activados en los abuelos podrían tener una repercusión positiva sobre el padre que intentamos captar, no nos limitaremos a esta única sesión ampliada, sino que propondremos otras.

La evolución de un paciente grave como Fausto obviamente tuvo lugar en períodos muy largos y se vio influida por una serie compleja de factores que fueron integrados positivamente. Uno de los más significativos fue, justamente, la disposición al cambio por parte de los padres. La segunda sesión tuvo lugar tras distanciarla un período de dos meses con la primera. Durante ese intervalo trabajamos con formatos de pareja e individuales. Vimos a una madre menos apartada, que sobrellevaba con cierta entereza el dolor, el reconocimiento, el embarazo y el temor por el hermano abusador. Fausto no aprovechó la admisión para agredir a sus padres. El padre, tras mucho dudar, le ofreció —hasta que no encontrara otra cosa— que volviera a trabajar con él y con el hijo menor, en una pequeña actividad artesanal, solución varias veces intentada con anterioridad con resultados siempre desastrosos, pero que esta vez parecía proponerse desde otra perspectiva. Las sesiones con los padres siguieron favoreciendo el proceso evaluativo y el trabajo terapéutico, con intervalos cada vez más dilatados.

A la decisión de Renata de separarse del marido y a la consiguiente caída en depresión de Fausto —quien, como todos los afectos de trastorno límite, llegaba a la desesperación cada vez que se repetía la experiencia de abandono—, los padres decidieron recibirlo nuevamente en casa, de manera que Renata y los niños pudieran dejar el centro y regresar a la vivienda conyugal. Poco a poco Fausto dejó de prostituirse y luego, paulatinamente, de frecuentar saunas y salones de masajes; por un tiempo, intentó olvidar a su mujer, a quien acosaba entre suplicas y amenazas en ocasión de los contactos con los hijos, e incluso frecuentó a otra mujer, con la ferviente esperanza de los padres de que la cosa pudiera «funcionar». Hizo también algún intento por encontrar un trabajo (empleado de pompas fúnebres, asistente de ancianos, cartomántico por teléfono). Tras romper con la nueva mujer, y como era muy religioso, se encontró con un confesor que le ayudó a experimentar un período de castidad.

Las relaciones con los hijos se volvieron, cada vez más, el principal incentivo para reconstruir su equilibrio y su existencia, a la vez que seguía con la terapia, a la cual dedicó muchísimo, con las oscilaciones entre dependencia exagerada y agresividad extrema típicas de los afectos de un trastorno límite tan grave. Mostró una inesperada alegría cuando fue puesto al corriente de que su enfermedad no era ni una posesión diabólica ni una forma de locura, como a veces temía, sino un síndrome con un nombre específico: trastorno límite de la personalidad, generalmente relacionado con experiencias de abuso sexual. Los padres le ayudaron mucho a ocuparse de los niños, cuando las visitas dejaron de ser protegidas, en los fines de semana y después durante las vacaciones. No lo sustituyeron y le reconocieron con cierta admiración que cuando no estaba en crisis era un padre óptimo. Tuvo lugar una intensa regresión cuando Renata se relacionó con otro hombre; inicialmente los padres, con la intención de ayudarlo, exageraron su juicio hostil y crítico hacia la ex mujer, y corrieron el riesgo de instigarlo contra ella, pero aceptaron ser redirigidos a una actitud más equilibrada. Muchos meses después, Fausto conoció a un hombre con quien inició una relación, involucrándose intensamente en lo afectivo, pero no más «loco» que en un enamoramiento normal. Los padres, que por aquel entonces ya habían sido dados de alta del tratamiento, decidieron autónomamente,

después de un tiempo, dejar la casa a la pareja y mudarse por un largo período a Nápoles. De ese modo, dejaron que la elección del hijo se hiciera pública en el barrio, un paso realmente admirable si consideramos que los prejuicios del padre contra la homosexualidad de su hijo llegaban al extremo de no comer el pan que él había tocado por miedo de contagiarse de sida. Fausto, gracias a un poco de sentido común que siempre le quedó y a la gracia divina, no era seropositivo para el VIH.

Igualmente admirable, dicho sea de paso, fue la manera sincera pero respetuosa con que Fausto supo explicar a su hija mayor, ya de 10 años, su propia homosexualidad.

Como decía, la renegociación de las relaciones entre el paciente y su familia de origen fue un resultado más bien infrecuente: no debemos olvidar que, a pesar de que fue un paso positivo, no fue nuestro objetivo. Lo que nos interesaba era que nuestro paciente, un padre inadecuado, pudiera, reviviendo las propias relaciones originarias de hijo a la luz de sus faltas actuales como padre, tomara de ellas un estímulo para cambiar. La evaluación de Fausto restituida al tribunal fue positiva no porque se hubiera reconciliado con sus padres, sino porque gracias a este replanteamiento de las relaciones con sus propios padres y a otros numerosos factores de cambio que interactuaron positivamente entre ellos, dejó —inicialmente disminuyó y después cesó— de involucrar a los hijos en el funcionamiento tumultuoso de su relación conyugal, y de manipularlos e instrumentalizarlos, desinteresándose de sus necesidades.

Con este objetivo, estimular el cambio en el paciente, la convocatoria de los familiares puede aportar una contribución determinante aunque no llegue a tener lugar una reconciliación. El éxito de la sesión puede, de todos modos, ayudar a que nuestro padre pueda ver claramente temas de su pasado aún pendientes y aprovechar la energía de esta visión para resolverlos de un modo u otro y cuidar el futuro, representado por el vínculo conyugal y por los hijos. Veamos otros dos ejemplos.

El lector recordará a Mónica, la joven madre de Nino rebelde a la autoridad: la dejamos al concluir la sesión con la madre y la hermana más joven, confrontadas con la lectura que la rebelión de la chica tenía una función, fuera de desafío al padre, fuera de ejemplo ofrecido a la madre para que también ella encontrara la fuerza para sustraerse a los estupros del marido. En la sesión, el evaluador retomó la información, comunicada por el perito, de que Nicolás, el ex marido de Mónica, le informó de que la mujer huyó de casa también para evitar un entorno morboso impuesto por el padre. La madre cayó de las nubes: nunca notó nada de eso; de otro modo no lo habría tenido en casa ni un minuto más. Mónica, tranquilamente, dijo que el marido habría entendido mal; Marta, como siempre, callaba. Pero poco a poco la mujer fue recordando algunos detalles: una cartomántica le recomendó varios años atrás no dejar nunca a Marta sola con el padre. Entonces ella hizo averiguaciones a través de los amigos del marido, quienes le explicaron que a él le gustaban las niñas, a lo que Mónica (y también Marta) confirmaron que las cuatro hermanas dejaron desde muy temprano de llevar a casa a sus amigas porque el padre las importunaba con comentarios groseros y las toqueteaba. Ambas niñas, sin embargo, negaron que él las hubiera molestado nunca.

Después de este encuentro, nos enteramos, por la asistente social del municipio, de que Marina, la hermana intermedia entre Mónica y Marta, que se quedó en casa porque se sentía indispuesta, había intentado suicidarse. La chica fue socorrida por una vecina que le preguntó: «¿Lo has hecho porque tu padre te toca?», y ella había asentido. Internada en el hospital, fue derivada a una consulta con un psiquiatra. En la sesión siguiente, la madre, que se guardó bien del «no tener en casa al marido ni un minuto más», se encogió

de hombros. Si la hija nunca le dijo antes nada —recordemos que Marina era quien más le suplicaba que se separase: hoy sabemos que se escondía bajo la mesa cuando el padre llegaba a casa—, ¿qué podía hacer ella? Marina, que estaba presente de forma extremadamente inhibida, como Marta, y con evidente dificultad, preguntó si debía hablar necesariamente. Podía muy bien hacerlo en privado con su especialista, que la recibía a solas. Lo más sorprendente era que Mónica no creyó en absoluto a la hermana: seguramente se lo había inventado. ¡No era posible que el padre hiciera algo así! La evaluación prosiguió, con altos y bajos, acontecimientos importantes en la vida de Mónica en un centro, variedad de formatos —hubo una sesión muy emotiva con ella y Nino, en parte con la presencia del educador, en la que se observó una óptima competencia materna de la niña, cuando «su mente no se dirigía al pasado», a pensar en las vivencias de su familia de origen—. Se concluyó con un informe final al perito en el que formulamos un pronóstico positivo y sugerimos un acogimiento familiar para Nino, por el plazo de tiempo necesario para que Mónica continuara su tratamiento, también en relación con la definición de su relación con Eugenio, el novio drogadicto que ella quisiera que desempeñase el rol de sustituto paterno para Nino.

Finalmente, Mónica fue dada de alta del centro, al cabo de los seis meses permitidos por el ayuntamiento —que pagaba la cuota—, y el niño se quedó en espera de la definición del proyecto por parte del perito y el juez. Cuando Mónica regresó a casa de sus padres —donde todavía vivían ambos, el hermano, mayor que ella, y las dos hermanas menores—, lo primero que hizo fue preparar las maletas del padre y dejarlas en la puerta. Éste se fue de casa sin protestar y la madre calló.

Se puede claramente notar que el trabajo con la familia de origen de Mónica no obtuvo de ningún modo para la niña el anhelado efecto de que su madre aprendiera la lección que ella quería darle. Mónica quería que su madre le dijese: «Es cierto, no es así como debe comportarse una mujer». Querría que echara al marido de casa y que reconociera la superioridad de la hija respecto de ella misma, que le ofreció un modelo materno absurdamente sacrificado y degradado. El «hecho» de la convocatoria desencadenó otros hechos —la revelación del abuso sufrido por Marina, que emergió con una modalidad altamente dramática—: la indiferencia de la madre y la falta de solidaridad de Mónica, que no cedió su centralidad a la hermana. El modo en que la paciente eligió resolver sus cuentas pendientes con la familia de origen no fue en absoluto seguro, ya que evidenció en ella la persistencia de una competencia con la madre sobre cómo comportarse con el padre, a quien sólo ella era capaz de hacer frente y ponerlo de patitas en la calle. Y sobre esto se trabajó en la siguiente fase, como veremos: fue justamente la falta de resolución de este nudo problemático del pasado lo que nos llevó a ser prudentes y, por eso, aconsejar proponer una tutela para Nino, ya que la dedicación de Mónica, «con la cabeza girada, mirando aún hacia atrás» en su dolorosa historia pasada, no le permitía dedicarse todavía adecuadamente a las tareas que la maternidad le requería.

Pero hubo un cambio, e importante, de la niña llorosa que se hacía consolar por el hijo al ingreso en un centro, que se hacía llamar por él por su nombre y se comportaba como una amiga, a la mujer enérgica aunque afectiva que en la sesión lo siguió con ojo atento cuando se subió a las sillas, y dividía apropiadamente su atención entre el psicólogo que le hablaba y el niño que le tiraba una pelota, le pedía beber y le mostró cómo escribía su propio nombre (con cuatro años y medio). La conciencia de que la autoridad puede tener

una faceta benévola se abrió camino en esta madre, aunque se necesitó todavía un tiempo para que el bagaje del pasado no pesara como un estorbo sobre su dedicación al hijo.

Pasemos ahora al otro ejemplo pendiente. Veamos qué frutos dio la convocatoria de los familiares de Ana, la madre drogadicta que comentamos antes, en una primera sesión con un formato individual, estando su compañero Gabriel en la cárcel: la sesión dio un valiente paso de una radical negación de los hechos («No es cierto, no es cierto. ¡Nunca he traído a casa a amigos, ni siquiera amigas!») a un parcial reconocimiento, relativo a otro hecho, la falta de protección de Jessica después del primer episodio de abuso, expresado a través del relato de la muerte del perrito, víctima también de su negligencia y su descuido. Tras esta primera sesión, realizada en el mes de agosto, debimos esperar hasta febrero del año siguiente para volver a ver a la paciente. ¿Qué sucedió en todo ese tiempo?

Después del primer encuentro —que hemos narrado— decidimos, con el equipo, fijar la segunda entrevista tras haberse ejecutado el decreto, que ordenaba el ingreso de la madre y los niños en un centro. Intentamos evitar que la madre intentara manipularnos, al pretender que la asistente social tutelar suspendiera el ingreso en el centro porque «total, ella iba de todos modos al CbM». La colega, ayudada por los profesionales del centro de rehabilitación de drogadicción, encontró, en septiembre, una estructura especializada que disponía de los tres puestos necesarios y Ana inició todos los trámites para ser aceptada.

Por aquel entonces, sin embargo, le llegó una condena definitiva (por delitos de robo), por la que fue puesta bajo arresto domiciliario, medida incompatible con las normas del centro que se le había asignado. Los profesionales buscaron otra solución, que no fue fácil encontrar, y mientras tanto otra tragedia golpeó a esta mujer perseguida por la mala suerte: su madre, con quien mantenía relaciones muy tensas y esporádicas, que vivía en el sur, fue atropellada por un automóvil mientras cruzaba una autopista y murió (¡igual que el perrito de su infancia; este suceso no estaba en el guión!). Para Ana, a la tragedia se sumó el hecho de que ya nunca podría recuperar una buena relación con la madre. Ya jamás podría retirar las duras palabras con las que recibió la desesperada confidencia de su hija de ser seropositiva: «¡Me has hecho también esto!». Una muerte prematura (tenía poco más de 50 años; había sido madre adolescente) puso fin a toda esperanza de reconciliación.

Desesperada, Ana quiso participar en los funerales a pesar de encontrarse bajo arresto domiciliario. No se dejó llevar por su impulsividad: acudió a su abogado y pidió el permiso al juez de custodia, que se le concedió; dejó los niños a una vecina, y partió. Por desgracia no tuvo en cuenta que los niños le habían sido retirados y quien tenía la tutela era el municipio, de manera que cuando al día siguiente la educadora del jardín de infancia vio que una persona extraña recogía a Jason a la salida de la escuela, antes de entregárselo llamó por teléfono a la asistente social (a quien Ana no había informado), la cual llamó al juez de turno, y éste dispuso que los niños fueran llevados a un centro de acogida urgente. Por lo tanto, cuando la pobre Ana regresó del entierro de su madre se encontró con que sus hijos ya no estarían con ella. Y, además, ¡era Navidad! Finalmente en enero encontramos otra comunidad madre-niño con un centro que acogía también a mujeres en arresto domiciliario. Ana hizo rápidamente los trámites oportunos y en febrero se procedió al ingreso, momento en el que se reunieron la madre y los niños.

Acordamos con el centro que, mientras ellos se ocuparan del proceso de recuperación de Ana de su drogodependencia y del apoyo psicopedagógico en su rol materno, el CbM continuara el trabajo apenas iniciado (¡con una única sesión que se remontaba a 6 meses atrás!) de evaluación de la recuperabilidad respecto a la falta de tutela en el área de la sexualidad: como hemos comentado, la referente de Ana en un centro asumió el compromiso no sólo de acompañarla —había un viaje de 200 km—, sino de seguir también las sesiones detrás del espejo. La primera fue con la madre y con los niños, dirigida por otra psicóloga del CbM, que inició un proceso diagnóstico con los dos pequeños para verificar el daño que les pudiera haber causado su convivencia con un padre que por largos períodos estaba encarcelado y una madre con problemas de drogadicción. Ana, inicialmente muy desconfiada, entendió el sentido de la iniciativa y confió a

sus hijos a nuestra colega, con una transferencia apropiada. Con todo esto, la hija mayor, Jessica, se mostró extremadamente cerrada y a la defensiva, muy atenta a no decir nada que pudiera poner en una mala situación a sus padres. Pero ésta es otra historia; ahora queremos centrarnos en la preparación de la convocatoria de la familia de origen de Ana, tema que ocupó buena parte de las siguientes dos sesiones individuales. No pudimos invitar al padre de Ana, uno de los hombres que abusó de ella, separado de la madre desde hacía muchos años, que todavía se masturbaba al teléfono cuando escuchaba a su hija. Un hermano y una hermana casados vivían en el sur, y había una más joven que vivía en el piso de abajo, y podría ser útil hablar con ella para tratar el tema que más angustiaba a Ana: «¿Por qué sólo yo fui víctima de abusos, y no mis dos hermanas? ¿Qué hice mal de pequeña?». La otra persona que decidimos invitar era una de las tías maternas de Ana, que la acogió de los 14 a los 18 años para que hiciera de niñera de sus dos hijos (la tía trabajaba de enfermera en un hospital). También con ella, que podía ocupar en la sesión el lugar de la madre recientemente fallecida, se podría trabajar sobre el tema del rol de oveja negra que Ana tuvo en la familia. De hecho, durante su adolescencia en casa de la tía inició una «historia equivocada», la primera de tantas, con un niño que le pegaba. Consiguió dejarlo el día en que cumplió sus 18 años y se fue de casa de su tía a vivir a la casa de la hermana de su ex novio, que era drogadicta, y salió con un chico que vendía estupefacientes. Empezó esporádicamente a consumir, no sólo cannabis, sino también heroína, y contrajeron inmediatamente el VIH. Frente a esta tragedia, convencida de estar condenada a muerte en un lapso de poco tiempo, se precipitó en un consumo masivo de droga.

Cuando llegamos a la sesión con las tres mujeres, Ana ya había dado algunos pasos: apenas llegó al centro dejó la metadona, rechazando un apoyo farmacológico, y se hizo apreciar por el personal gracias a una actitud de colaboración y su notable intuición en el campo de las relaciones y de las emociones. En el CbM empezó a afrontar en las reuniones individuales su dificultad de expresar hacia su padre abusador los mismos sentimientos de rabia que sentía hacia el abusador de su hija Jessica. Empezó a darse cuenta de que fue elegida como víctima porque era sensible, afectuosa, y estaba dispuesta a empatizar incluso con las razones del padre, que le parecía maltratado por la esposa. Esta mujer dura y violenta que le tiraba los platos a la cara y que lo traicionaba con una relación paralela, con un hombre casado por el que se llegó a prostituir durante un largo tiempo y que era el padre de sus dos hijos más jóvenes (entre ellos Carmela, que vino a la sesión), esta mujer era su madre.

Ana afrontó entonces el encuentro —al cual invitó ella a su tía y a su hermana—, y pudo entonces contar con una relación de confianza con el evaluador, por quien se sintió comprendida y que podía imaginar que la apoyaría.

La primera parte de la sesión fue literalmente escalofriante: la tía, mujer competente y formalmente colaboradora, pero muy temerosa de ser acusada de los problemas de su sobrina, que, de hecho, había vivido con ella en su casa durante cuatro años, con tono tranquilo proporcionó respuestas espantosas. A mi pregunta: «Señora, en estas reuniones, Ana se pregunta angustiosamente si lo que le sucedió fue su culpa, o si han sido otros quienes le causaron todos los problemas. ¿Usted qué cree?». Su respuesta fue: «¡No creo en absoluto que fueran otros quienes le crearan problemas!». «Pero, cuando usted la tuvo en su casa a los 14 años, lo hizo porque pensaba que había que protegerla de lo que le sucedía en su familia, ¿o no?». «No para protegerla, sino porque mi hermana tenía muchos hijos y ella era la más extrovertida, la más abierta; pensaba que en mi casa, con más afecto, se habría enderezado». Se puede imaginar cómo nos sonó esta elección de términos, pues todos conocíamos el tema de los abusos. Más adelante la tía se excusó: «¡Ah, pero usted se refería a aquello que le habían hecho de pequeña! No lo entendí... No, cierto. Aquello no fue culpa suya..., y tal vez entre ellas, las hermanas, no hayan hablado nunca, tal vez también a ellas les sucedió algo». Hay que aclarar que Ana reveló el abuso del abuelo materno, viudo, que vivía con ellos, y del padre, porque también abusaban de la tía más joven, deficiente mental. La madre no dio ninguna importancia a la cuestión, «ya se sabe cómo están hechos los hombres, hay que mantenerse alejada». Ana interrogó a su hermana: «Tú una vez me dijiste que también contigo papá en una ocasión había probado... (miró al psicólogo). «Pero era más fuerte que yo», y enseguida lo negó. Carmela dijo que no una, sino dos veces, el padre lo intentó y ella lo rechazó: «Yo soy de un carácter diferente que el de Ana. Sensible, pero decidida. No

como ella, que lo justifica todo: “Eh, pobre, al fin y al cabo es mi padre”. Me importa un p... que sea mi padre, “esa basura”... Pero, poco a poco, ahora se da cuenta también ella».

Hasta aquí el balance de la sesión fue más bien dudoso: el aspecto positivo, la ganancia para Ana, fue que la tía dijo —y sus palabras contaban infinitamente más que las nuestras— que no era culpa suya, sino de los abusadores, y que incluso podían haber intentado el abuso también con las otras hermanas. Y efectivamente, Carmela confirmó que así había sucedido. Entonces tenía que ver con los comportamientos culpablemente desviados de un padre, no con una niña precozmente corrompida (pensemos en las palabras iniciales de Ana: «Pero qué tenía yo, que hasta los perros...»). Siempre en la columna «ganancias» podemos incluir la capacidad —incipiente— de Ana de no asumir todas las culpas, de no verse como «asquerosa» ni como «débil»: «Me dijiste que una vez también te pasó a ti..., te defendiste, pero eras mayor que yo».

Los aspectos negativos son también importantes. La tía mantuvo la definición de Ana como la oveja negra («la más extrovertida, la más abierta»), y la hermana se puso a sentar cátedra: «Yo soy sensible, pero decidida. No como ella, que lo justifica todo... Pero, poco a poco, ahora se da cuenta también ella». No hubo mención a las diferencias entre ellas que le permitieron zafarse más fácilmente: ella no era hija natural de este hombre, no le era tan querida, tenía ya 14 años, él ya vivía fuera de casa, el avance lo intentó en la calle, estando ella acompañada por una prima...

El evaluador que condujo el encuentro fue quien debió asumir entonces el rol de *testimonio de la realidad*, ayudando a la paciente, aún prisionera de las categorías infantiles con las cuales descodificó el abuso —en otros casos, el maltrato o el descuido y abandono—. Al volver a verlo con los ojos de hoy, con los que miró el abuso padecido por su niña —a quien tampoco, ni por un momento, pensó en culpar por imprudencia u otra causa—, fue incomparablemente más eficaz proporcionar este testimonio delante de personas significativas en la vida de la paciente que en las reuniones individuales. La sesión prosiguió después con la revisión de los años transcurridos por Ana en casa de la tía, esclava de la dependencia del novio violento. Reiteré lo expresado por la tía, atenuando el tono dramático, exponiendo un relato que me hizo Ana en una reunión individual: «Cuando Ana fue a vivir a su casa, se sentía ya tan sucia que no podía permitirse una pareja que la tratara bien. Me contó que en el tercer año de la escuela media salió con el compañero de escuela más desgraciado que había, que se aprovechó de ella en un prado y la dejó ahí, y hoy se cuestiona: «¿por qué yo no podía tener un primer amor bello, normal?». Su tía comentó: «Se sentía tan sucia que a mí no me decía nada, yo no sabía nada». «Que Iván me pegaba, lo sabías —interviene Ana—, ¡una vez me agarró del pelo y me arrastró por el suelo delante del tío desde mi habitación hasta la puerta de entrada!». «Sí, pero nosotros te decíamos que lo dejaras, y tú no querías». «Pero, usted, señora, ¿no pensó nunca en hacer algo por esta chica que tenía tantos

problemas?». «Pero nosotros no sabíamos nada, veíamos sólo que ella quería hacer lo que le diera la gana, que no aceptaba las reglas...». «Pero cómo no sabían nada, si estando en su casa tuve dos abortos, uno a los 14 y otro a los 16 años, y me acompañó el tío a lo del juez tutelar... Ve, doctor, la tía no entiende una cosa, ella cree que mi problema principal es la droga». «Sí —la interrumpe la tía—, porque me siento llena de culpa, yo te he tenido en mi casa...».

«Pero no es cuestión de culpas: te acuerdas qué me decías: “¡Si estás con Iván es porque eres masoquista!” y a mí no me gustaba que me dijeren eso. Yo no soy masoquista. Pero para mí el problema principal no era la dependencia de la droga, no por subestimarla: mi problema principal es mi relación con los hombres». La tía, sin embargo, no se metió, permaneció cerrada y distante, con los brazos cruzados sobre el pecho, imagen reveladora de su principal necesidad de defenderse de cada posible acusación. Entonces vimos también que en este caso, como en el de Mónica, y a diferencia de cuanto sucedió con Fausto, la convocatoria de los familiares no logró el resultado de un acercamiento por parte de ellos a las necesidades de la paciente, que esperaba desde hacía años en vano que algunas de sus legítimas quejas fueran escuchadas: lo que se obtuvo fue que la paciente, gracias a la acción del evaluador, que desempeñó el rol que Meller (1996) llamó de *testimonio participativo*, empezó a percibir sus reclamaciones como justamente legítimas, y a resignarse a la realidad de que no serían nunca escuchadas por estos familiares. La paciente empezó a entenderlo y a asumirlo, al menos en parte, y a decírselo a ellos.

A diferencia de la elección que realizamos respecto del otro paciente con trastorno límite, el histriónico Fausto —de quien informamos antes—, a quien hicimos hablar explícitamente sobre su diagnóstico nosográfico, y obtuvimos el efecto de que se sintiera más aliviado por no estar ni loco ni endemoniado, sino afectado por una «verdadera» enfermedad de la que también otros sufren, hubo que admitir que con Ana sólo en sesión empezamos a hablar del hecho de que su trastorno consistía en inventarse la realidad, y ella acordó seguir trabajando sobre la cuestión con sus aportaciones. Así, en la siguiente sesión (individual) a la compartida con su tía y su hermana, Ana llevó una serie de reflexiones interesantes: «Me parece que también mi tía hace como yo y se inventa la realidad». Prosiguió después con una lista de sus tres problemas: el de relación con los hombres —cada vez que mantuvo una relación se produjeron en su vida las peores complicaciones, mientras que cuando había sabido distanciarse de ellos salió de la heroína, hacía una vida «sana», con compañías «sanas», y luego...—, la droga y la cleptomanía. Al cabo de estas reflexiones pidió una confirmación: «¿Se puede decir que soy cleptómana? ¿O sólo los ricos son cleptómanos?». Sí, se puede decir. Son cleptómanos quienes curan su depresión robando, en vez de bebiendo, por ejemplo.

«Entonces me parece que yo era cleptómana: robaba incluso cosas que no me servían..., y después las regalaba. Adopté esta fea costumbre de hacer regalos: una cosa horrible, porque no puedes poner en deuda a una persona con un regalo, si no sabe que no lo has comprado...». Y concluyó, indignada: «Pero ¡qué dice, la tía, que no sabía nada! Pero si una vez a los 17 años me hicieron cinco procesos en un solo día. ¡Me dieron la pena máxima! Yo me vestía, también, así...». ¿La tía dice que no lo sabía? «Pero sí que lo sabía (perdió la paciencia), me decía, además: “¡Qué bonita esta camiseta!”», como para decir: mientras no la lleve yo. Pero si la llevaba yo, era como si estuviera bien».

Dejemos por un momento a Ana, a quien hemos visto entrar en un proceso en el que no se criticaba sólo a sí misma, sino que logró ver con objetividad también las faltas de las figuras de paternidad —la tía era, de hecho, un sustituto—; volveremos a encontrarla más adelante.

Prosigamos ahora con el análisis de las situaciones en las que la convocatoria de los familiares puede dar, en cada ocasión, frutos diversos.

Lo que estamos viendo, a partir de esta última reflexión sobre la evolución de Ana, es el tema de la *desidealización*. Recordemos lo comentado en el capítulo 1 sobre la imposibilidad estructural del niño de descodificar como maltrato el comportamiento del padre. Dicho en otros términos, eso significa que un mecanismo de defensa infantil, para afrontar el peligro de ver caer la bondad de la figura de apego afectivo —el hada que se transforma en bruja, o la madre en madrastra, dualidad de todos los cuentos infantiles—, lo que hace es idealizarla, desdibujar cada límite o defecto, y recubrirla de un barniz rosa que la muestre perfecta. El precio de este mecanismo, sin embargo, es que las limitaciones, los defectos, la maldad, se tornan propiedades características del niño, cuya imagen de sí mismo se deteriora, y con ella su autoestima.

Cuando este mecanismo de defensa se hace rígido y perdura en el tiempo, pierde toda función adaptativa y se transforma en una condena. Ana, para salvar al padre abusador, se convirtió ella misma en una basura que no podía merecerse un buen muchacho por compañero. Podemos encaminar a nuestra paciente a emprender este camino para desidealizar las figuras de sus padres profundamente inadecuados también utilizando el hecho de que éstos rechazaran aceptar nuestra convocatoria. Este rechazo por su parte se volvió uno de aquellos hechos de los que hablábamos, que constituyen una información y generan otros hechos. Lo aprendí gracias a una joven madre que me proporcionó una lección sobre cómo funciona la idealización y cómo puede intentarse atacarla, que no olvidaré jamás y que siempre comparto.

Se trataba de una adolescente que tuvo a su niña de un policía que no se casó con ella ni reconoció a la hija, después de una breve convivencia. Su madre la echó de casa con el bebé, que fue puesto en tutela por el servicio social, a la espera de que la adolescente encontrara una ubicación, lo que efectivamente sucedió en pocos años: se casó con un joven que reconoció a la niña como suya, pero ella tenía otro hijo y no volvió nunca más a buscar a la pequeña. La hipótesis que formulamos cuando la niña nos fue enviada para evaluar si era posible que más adelante pudiera volver al hogar con su madre fue que, en realidad, la adolescente esperaba secretamente que su madre —es decir, la abuela de la niña— fuera quien se ofreciera a acogerla. Ella misma fue dejada en un orfanato por la madre poco después de su nacimiento, tras el fracaso del matrimonio; también un segundo niño, de otro hombre, sufrió su misma suerte, pero más tarde la madre vino a recuperarlo, mientras que ella permaneció en la institución. Dos veces retornó a casa, a los 8 y a los 12 años, y cada vez fue molestada por el concubino de turno de la madre, que la devolvió a la institución acusándola de provocar desavenencias en su unión. Fue dada de alta finalmente a los 14 años, resistió pocos meses en familia, se juntó con el policía que mencionamos antes, quedó embarazada, escapó y todavía hoy vivía en el llanto y en el rencor hacia la madre, sentimientos que eran la constante subterránea de su vida.

El marido no lograba entenderlo y estaba profundamente desilusionado: él —como Franco, el marido de

Lucía de quien hemos hablado anteriormente— se había ilusionado con ser el salvador de una niña sola, con una hija entre sus brazos. Tuvo el gesto valiente de casarse con ella y aceptar también a su hija, y ahora ella no lograba superar su pasado y se atormenta respecto de la frialdad de la madre.

Acuñamos para él esta metáfora: era como san Jorge, que encontró a la princesa amarrada a la roca con el dragón a punto de devorarla; mató al dragón, subió a la princesa sobre su caballo blanco y la llevó al castillo, para que fuera feliz con él. ¡Y cuál fue su estupor y su desazón cuando se dio cuenta de que la princesa estaba siempre triste porque llora al dragón!

Para librar a nuestra paciente del magnetismo de la madre-dragón, la convocamos a la siguiente sesión, pero nos dijo que su madre nunca aceptaría, y que ella no tenía ninguna intención de invitarla para escuchar una vez más que le dijeran que no. Acordamos entonces que lo haríamos nosotros; la asistente social que realizó la llamada telefónica para invitarla encontró, efectivamente, a una madre inamovible. Su hija le había dado muchos problemas y no quería saber nada más de ella. Lo lamentaba por su nieta, si la tenían que dar en adopción, porque era, de todos modos, de su misma sangre, pero a ella no le gustaban los niños; prefería los gatos...

Por lo tanto, no se presentaría a ninguna reunión. En sí mismo éste era un hecho sobre el que se podía trabajar. Mientras tanto, la hija se quedó embarazada por tercera vez, y me dijo una frase que nunca olvidaré: «No hay dos sin tres; esta vez mi madre vendrá al bautizo». «Pero, señora, usted ha dicho “no hay dos sin tres”; quiere decir que ya sabe que no vendrá». «No; a la primera niña la bautizamos en Brindisi; al segundo en Benevento, pero a éste lo bautizaré en Milán. Verá como ella vendrá». En este discurso se ve operar también el mecanismo de *idealización* («en el fondo mi madre es buena, me quiere; si no ha venido a los dos bautizos anteriores es porque era incómodo; esta vez vendrá») y el ataque de *desidealización* al mecanismo mismo, que empezó a mostrar alguna fisura («no hay dos sin tres»), ataque operado entre otras cosas también por el explícito rechazo a nuestra convocatoria: «No ha venido: ni aun después de que la invitó la asistente social; tal vez es que no me quiere; tal vez tampoco vendrá entonces al bautizo». Y de hecho, no fue, y la idealización finalmente se desmontó y la paciente dejó que la hija mayor pasara del acogimiento familiar a la adopción, renunciando a utilizarla como carnada, mediante la cual esperaba, tarde o temprano, lograr pescar a su propia madre.

Resultados posibles del trabajo con la familia de origen

Me parece oportuno resumir estas amplias y articuladas consideraciones sobre las convocatorias de la familia de origen de los padres que estamos evaluando presentando un esquema sintético que conecta el trabajo sobre la familia de origen con las repercusiones que puede tener sobre la parentalidad de nuestros pacientes. El postulado que plantea este trabajo es que los problemas irresueltos que cada uno lleva a sus espaldas de la propia vivencia como hijo y como hermano pesarán sobre la pareja, junto con los del cónyuge, que pesarán sobre los hijos de ambos. Para decirlo con palabras de Framo (1992), cada uno de nosotros dice al cónyuge y a sus hijos aquello que no ha conseguido decir a sus padres. Si los problemas no resueltos son tan dramáticos como los de los pacientes, los efectos sobre los hijos serán igualmente dramáticos: por ello urge buscar afrontarlos en la raíz. Veamos entonces los resultados posibles del trabajo con tres generaciones:

- Recuperación de una relación distinta con la familia de origen, que consigue:
 - a) Reanudar la relación conyugal.

b) Disolver el vínculo de la pareja nacida sobre premisas erróneas.

Ambas posibilidades son susceptibles de movilizar una nueva inversión sobre los hijos. El primero de los casos está representado por el ejemplo del drogadicto de fin de semana casado con la mujer escandinava. La renegociación por parte de él de una relación distinta con sus padres, en la que fueron reconocidas, verbalizadas y reparadas las carencias de cuidado durante su niñez, dio lugar a una reformulación de la relación de pareja. La esposa se liberó de la excesiva necesidad reparadora y compensatoria, en términos de cuidados, que el marido le demandaba; esto le permitió reinvertir fisiológicamente en su propia maternidad con sus hijos.

La segunda alternativa está representada por Fausto, que logró aceptar la separación de Renata, resignándose a concluir una relación que se fundaba en la ilusión de que él pudiese curar su homosexualidad. Este paso permitió al hombre expresar mejor sus propias competencias paternas, hasta entonces obstruidas por su actitud de instrumentalizar a los hijos para cumplir su deseo de retener a la mujer, o puestas en jaque por el emerger de su frustración y de su rabia.

La cultura de los profesionales psicosociales está impregnada del valor que en nuestra sociedad ha adquirido la dimensión de la autonomía; por ello muchos psicólogos son reticentes, más aún que los mismos pacientes, a aceptar la idea de la oportunidad de convocar a la familia de origen de un paciente adulto, que parece inducir a un movimiento regresivo en vez de a una emancipación en un sujeto ya de por sí enredado en hurgar y revolver sobre las «cuentas pendientes» con los padres y con los hermanos, que parecen impedirle empeñarse en las tareas evolutivas de la edad adulta. Por el contrario, el sentido de tal movimiento es el de ir atrás sólo para tomar el impulso necesario para cumplir dicho salto evolutivo. O bien, para decirlo con la bella metáfora empleada por Canevaro (1999) durante sus seminarios didácticos sobre este tema, de volver a casa para llenar la mochila y equiparse de lo indispensable para viajar por el mundo; cuando la mochila cuelga demasiado floja y vacía les toca a los familiares llenarla de provisiones. Sin embargo, no siempre las cosas son así; a veces, en las familias con múltiples problemáticas, en los núcleos desestructurados, en las familias que han sido disgregadas por las vicisitudes de la vida, el hijo adulto debe darse cuenta de que insistir en llamar a la puerta de casa para que los padres aprovisionen su mochila con algo de lo cual los pobres padres están totalmente carentes significa perder tiempo y consumir inútilmente la única vida que tenemos. Es necesario que el hijo se resigne a ir por el mundo con un equipaje muy liviano y austero y sea capaz de dirigirse a otras personas —a un maestro, un terapeuta, un empresario que le dé trabajo, un grupo de referencia, incluso su pareja, aunque naturalmente no sólo a la pareja— para poder completar lo que le falta.

La toma de conciencia de esta dolorosa realidad es el segundo resultado, alternativo al anterior, al que podemos apuntar con nuestra convocatoria:

- Luto hacia la familia de origen, lo cual consigue:
 - a) Involucración del cónyuge y los hijos, considerándolos ahora un ámbito de posible inversión afectiva.
 - b) Disolución de la pareja e inversión en los hijos.

No he encontrado ejemplos del primer tipo (nuevo empeño hacia cónyuge e hijos), tal vez porque en nuestra casuística es fácil que el hijo de una familia radicalmente imposible, como aquella que ni siquiera en el contexto obligado reconoce sus necesidades, desvíe sus expectativas reparadoras sobre el cónyuge de manera tan intensa que muy pronto la relación conyugal se derrumbe bajo su peso, o bien de un modo tan indiscriminado que la pareja elegida no tenga la más mínima disposición ni la mínima capacidad para satisfacerla. El éxito más favorable que podemos esperar es, entonces, el segundo, es decir, la renuncia a buscar en el cónyuge lo que no puede dar —o que no tiene— y al menos ocuparse de manera competente de los hijos nacidos de esta unión, como en los casos de Ana y de Mónica. La primera tuvo que metabolizar una serie espantosa de lutos: el brusco y contundentemente real de la muerte de la madre; el lacerante de entender que su propio padre no era de ningún modo diferente del abusador de su hija, y el relativo a la falta de disposición de la tía como sustituto materno. Con ello, tomó conciencia de que Gabriel, aun con sus lados positivos, estaba lleno de problemas como ella, y no era la persona adecuada para colmar sus carencias. Y esta toma de conciencia le dejó recursos libres, energías y deseo para hacerse cargo de sus hijos.

Mónica debió elaborar el luto de la ilusión de ser ella quien podía cambiar a su madre, de la esperanza de verla convertirse en un modelo femenino apreciado por su fuerza de ánimo y determinación: se percató de haberse precipitado a los brazos de Nicolás sin darse cuenta siquiera de que ese hombre no le gustaba en absoluto, y se esmeró para convertirse ella, para su hijo Nino, en la madre que ella misma no pudo tener.

Pero hay una tercera posibilidad que no podemos olvidar, que implica un resultado positivo aunque cargado de dolor y de sufrimiento:

- Abandono del hijo, instrumentalizado con objetivos erróneos.

Es el tipo de caso representado por la madre que dice: «No hay dos sin tres». Adolescente, trajo al mundo a su niña en una relación sin cimientos, que se reveló efímera. Privada de un modelo de referencia materna —crecida en un orfanato—, colocó

a la niña en un centro similar, pero no la dejó libre para que la acogiera una familia sustituta. Era el último cartucho que le quedaba para intentar que su madre se interesara por ella y su vida. La experiencia de fracaso que la podía llevar a renunciar a esta estrategia debía ser radical. De otro modo malgastaría su vida en perseguir a una mujer que no quería y no podía dejarse alcanzar, destruyendo —y es de lo que debemos ocuparnos para prevenirlo— incluso la evolución psíquica de su hija, que para ella no será nunca una persona en sí misma, sino que seguirá siendo sólo un instrumento.

Dejar finalmente libre a esta niña significó darle una posibilidad de vida: como decía Selvini, no se trataba de «abandonarla», sino de «darla» en adopción.

Tercera parte

LAS FASES FINALES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN: PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

5

Sexta fase.

El proceso pronóstico

Una pregunta habitual que me han dirigido cuando he presentado el recorrido evaluativo en un curso de formación es la siguiente: ¿Cuáles son los *indicadores* que permiten formular un pronóstico positivo o, por el contrario, orientan hacia un pronóstico negativo? Desafortunadamente no existe, a mi modo de ver, una lista de indicadores pronósticos sobre la recuperabilidad de los padres, análoga a la que puede ser redactada con los indicadores de maltrato, descuido o abandono y abuso sexual. Se han reunido algunos listados de indicios que pueden proporcionar una primera orientación, en líneas generales, a los profesionales. Por ejemplo, la guía compilada por Barudy (2001), que reagrupa algunos indicios que tener en cuenta, que prefiguran la mayor o la menor problemática de una situación. Sin embargo, deben ser leídos no como las redes sobre la *recuperabilidad*, sino más bien como las redes sobre las *competencias/incompetencias parentales*. Y, a mi juicio, no se trata de ninguna manera de la misma cuestión.

De hecho, quisiera concentrar la atención del lector sobre el carácter esencialmente distinto del indicador de maltrato respecto al indicador de recuperabilidad. El primero es una señal objetiva, que puede ser observada desde fuera, y que independientemente de quien haga la detección debería poderse captar e interpretar del mismo modo; por el contrario, el indicador pronóstico es el resultado de una interacción entre el que maltrata y el profesional. Como hemos comentado en la introducción, *el pronóstico nos incluye a nosotros mismos*. Esto quiere decir que, llevándolo a un extremo, una pareja de padres que maltrata a sus hijos puede resultar irrecuperable para un evaluador y recuperable para otro, no porque uno de los dos se haya equivocado al formular el diagnóstico sobre la familia, sino porque los dos se han vinculado a la familia en el proceso de asunción con preparación, instrumentos, estado de ánimo y competencias del todo diferentes. Pongamos un ejemplo (como profano) en el ámbito médico, campo que nos es familiar a todos al menos desde la condición de pacientes: una misma enfermedad, por ejemplo una pulmonía, puede tener un pronóstico infausto si el médico está obligado a curar al enfermo en condiciones higiénicas adversas, disponiendo de fármacos inadecuados, y tener un pronóstico más que favorable si el enfermo es internado en un hospital bien equipado y el médico dispone de antibióticos modernos. Así, una familia inmigrada de un

país extranjero, que habla mal nuestra lengua y está mal predispuesta hacia nuestros códigos de comportamiento, puede resultar irrecuperable a un evaluador que tiene prejuicios hacia esa etnia y que entra en coalición con la desconfianza de los pacientes y, en cambio, pueden ser tranquilamente recuperable para un evaluador que conoce y aprecia los modelos culturales de estos usuarios, o que se siente cómodo trabajando con técnicas de intervención no exclusivamente de tipo verbal como el colega anterior. Por eso no considero científicamente correcto hablar de indicadores pronósticos en abstracto; se trata de captar en el ámbito concreto de cada caso singular los indicadores que registren *cómo la familia responde a nuestra intervención*.²⁰ Para ser aún más claros, la pregunta del magistrado a la cual deberemos responder («¿Son recuperables estos padres? ¿Podemos pensar en devolverles al niño en una condición de suficiente seguridad?») debe ser traducida en nuestra mente del siguiente modo: «¿Somos capaces de recuperar a estos padres? ¿Podemos garantizar que nos comprometemos a restablecer las condiciones de seguridad suficientes para que el niño pueda volver a su casa?».

Veamos entonces cómo podemos esquematizar el proceso de pensamiento que subyace a la formulación de un pronóstico. Partamos del elemento más concreto: el *daño*. Obviamente, éste es el primer dato que debemos observar; es decir, si el daño persiste o no. Pero dado que pusimos en marcha una medida de protección para interrumpir el daño, sería un fracaso evidente de la intervención de tutela que el daño mismo prosiguiera, es decir, si el menor, durante el recorrido evaluativo, continuase siendo víctima de abusos o golpeado o sufriendo otra situación similar de maltrato. Pero algunas medidas de protección sobre algunos daños en particular pueden ser menos eficaces, por lo que la simple constatación de la permanencia o no del daño puede tener ya de por sí un valor pronóstico. Por ejemplo, si un niño se asigna a los servicios a causa de una relación distorsionada con la madre, a quien le cuesta muchísimo separarse de él, y una de las indicaciones dadas a la madre es la de mandarlo a la escuela con regularidad, el hecho de que al término de la evaluación la frecuencia escolar del niño se haya regularizado o no, puede ser un primer indicador. También en el caso de Nino, que no recibía normas por parte de su madre, el hecho de que la residencia —en la entrevista— registre que al final de las sesiones de evaluación Mónica lo contenga apropiadamente y el niño acepte con docilidad la autoridad de la madre, o bien que no se asista a algún cambio, constituirá un indicador directo sobre el daño.

Muchas veces la medida de protección impide esta observación: ¿cómo podemos saber si hay riesgo de una recaída en la violencia física o en el descuido o abandono si el niño es alejado de sus padres? Ana, cuya niña ha sufrido abusos dos veces, ¿seguirá siendo todavía tan desatenta y escasamente protectora hacia su hija?

El pensamiento pronóstico debe fundarse aquí sobre dos indicios indirectos: el *reconocimiento* y la *producción de hipótesis etiopatogénicas*. La idea de que el

decaimiento de la negación vuelva menos probable la repetición del comportamiento inadecuado está fundada sobre el efecto protector que atribuimos a la capacidad del progenitor de entrar en contacto con las necesidades del hijo, de ser empático con sus sufrimientos, y por tanto de dejar de negar su *responsabilidad* («Se lo merecía», «Se lo estaba buscando», «Yo no quería, no es mi culpa»), o el *impacto* («¿Qué tiene de malo? A todo el mundo le pasa», «Después de todo, no es tan grave»). La acción de maltrato se vuelve egodistónica y aflora el sentimiento de culpa, con un efecto evidente de disminuir el riesgo de reincidencia.

Volvamos a ocuparnos de Ana, a la que dejamos en la elaboración de la sesión con la hermana y la tía. En esa reunión individual pudimos constatar cuánto camino había hecho esta madre que empezó negando los *hechos*. Y me comunicó: «Quería también comentarle que me llegó al centro una carta del juez que decía que había sido archivado el hecho respecto a que yo habría llevado a Jessica y a su amiga a casa de aquel hombre» —sobre el episodio se abrió una investigación penal y ella fue interrogada—. «El abogado me dijo: “¿Ha visto que ha sido absuelta, que ha sido justificada?”. Yo no lo comparto. ¿Se acuerda de que yo entendí que había sido perjudicial para las niñas que me las hubiera llevado conmigo? Estoy de acuerdo en que la jueza diga: “La señora no ocultó los hechos... La versión de la niña es contradictoria... La madre tomó precauciones... Cerró la puerta; no se continúa el proceso”. Me parece bien. Pero se equivoca el abogado en decir: “¿Ha visto que era inocente?”. Antes yo también pensaba así y habría dicho: “¿Ha visto que tenía razón, que no hice nada?”. Ahora ya no pienso igual. He comprendido que me equivoqué llevándome conmigo a las niñas para hacer coincidir dos cosas imposibles de unir: a la vez que pretendía cuidarlas, hacer lo que me daba la gana..., una cosa sucia, en fin. Es cierto que el juez debe tener en cuenta los artículos, debe estar sobre los hechos, y no sobre los sentimientos: a éstos le prestará atención la persona, tal vez con su psicólogo. Pero se equivoca el abogado en decir que estoy justificada».

Más adelante en la misma reunión, en tono apesadumbrado, dijo: «Cuando vi que no me moría, entiende, después de algunos años de descubrir que soy seropositiva, decidí tener un niño para que me ayudase a apegarme a la vida. No es que después me hubiera desinteresado de él, después de que me apegaba a la vida: yo ya sabía que iba a quererlo, y además tenía a un hombre, tenía una casa, una situación bastante normal... Aunque si esto no era del todo verdad, digamos que me lo contaba así a mí misma y lo creía cierto... Pero al menos la casa estaba, donde estoy ahora, porque tener un niño para tirarlo por ahí nunca me lo habría permitido, y de hecho, ya me entiende, he hecho interrupciones de embarazo». «¿Y el miedo de que naciese seropositivo?». «Estaba también esa posibilidad. Pero ellos —se refiere a los médicos de la sala especializada— fueron muy buenos, se podía hacer, no era la primera... Y después, a medida que el tiempo pasaba, el miedo crecía: ¡Virgen Santa! y si mi niño nace enfermo... Después cuando Jessica nació, ellos enseguida dijeron que los valores se normalizarían, ellos saben si seguirá la enfermedad o no... Pero cuando yo la tuve en brazos, me parece que me sentía mal, en aquel tiempo, no era normal como estaba yo, ahora me río (lloró)... La niña me miró y me pareció que me estaba juzgando, parecía que me dijese “mírame como estoy de mal por tu culpa”, no por la enfermedad, sino porque no estaba limpia al cien por cien por dentro, una cosa extraña..., con todas las inyecciones y las extracciones que le debían hacer, y yo dije: “No la cojo más en brazos”. Y ahí por suerte estaba Gabriel: se portó muy bien entonces. La tenía en brazos y trataba de dármele, me decía: “No es verdad, mira, la niña te quiere...” (lloró)».

El pleno reconocimiento de la mujer —de hechos, conciencia, responsabilidad e impacto—, expresado con tanto nivel de participación y tanta fuerza emotiva, constituía un importante factor de pronóstico positivo, y debía de dar lugar a un *movimiento*

autocrítico y reparador.

El segundo elemento sobre el que se funda el pensamiento pronóstico cuando la medida de protección puede interrumpir el daño es el efecto que nuestra hipótesis etiopatogénica haya producido sobre la hipótesis *etiopatogénica del usuario*: formulamos una explicación que nos pareció convincente y sobre ella intentamos involucrar al paciente, dispuestos, obviamente, a modificar, descartar, integrar o atenuar nuestra hipótesis sobre la base de sus reacciones y de sus argumentaciones.

¿Este trabajo ha tenido buenos efectos sobre las construcciones del paciente y sus vivencias? El padre, abandonando las defensas de negación, ¿manifestó una expansión de su conciencia, un correlato emotivo coherente con las teorías etiopatogénicas propias que venía formulando? Sin embargo, no debemos imaginarnos un discurso técnico o abstracto; más bien frases simples, que muestren la adquisición, ya sea de un pensamiento o de una afectividad nueva.

Dijo Fausto: «Sí, es verdad, me equivoqué también esta vez al poner a los niños en medio de Renata y de mí..., y después sufrían, especialmente la mayor... Pero cuando la vi con él, me subió la sangre a la cabeza. Y después le dije a la niña: “¿Has visto a tu mamá cómo se maquilla cuando sale con Fernando? ¿Te acuerdas que cuando salía conmigo no se arreglaba para estar así de guapa?”, y ella me miraba y no sabía qué decir, pobrecita...».

Estos dos indicios, el reconocimiento y la «psicologización» —o sea, la adquisición de un pensamiento psicológico fundado en la introspección y sobre la competencia autobiográfica— contribuyen a que podamos formular nuestro pronóstico sobre cómo *tratar* a estos padres. Éste es uno de los dos pilares, junto con la interrupción del comportamiento inadecuado, que da cabida a la autocrítica y a la reparación, sobre la cual apoyamos el pronóstico de recuperabilidad. De hecho, debemos poder pronunciarnos sobre el hecho de que el usuario esté en situación de pasar de una fase de evaluación a una de tratamiento, es decir, que pueda pasar de una fase en la que se sitúa en el interior de un contexto puramente prescriptivo a una última fase en la que el contexto se enriquece de una componente de consenso, ya que el usuario ha encontrado en sí mismo una motivación, al menos parcial, para curarse. Naturalmente, para definir como «tratable» a un usuario, además de constatar la capacidad de reconocer el daño y de haber adquirido cierta «psicologización» —acorde con su dotación intelectual y su nivel de instrucción—, también nosotros mismos, que trabajamos con este paciente con empeño y con esfuerzo, debemos sentir que se ha creado una dependencia, que la fase de confrontación más intensa, de ataque, de protesta (contestación), dejó paso finalmente a una fase más tranquila, a una aceptación recíproca, a un entorno relativamente distendido y colaborativo. Ahora estaremos dispuestos a escribir al juez: «De acuerdo; lo estamos tratando con una psicoterapia y sentimos que podemos llegar a buen puerto». Es decir, que ha nacido entre el paciente y nosotros una *alianza terapéutica*. Pero

recordemos siempre que para pronunciarnos con cierta seguridad en relación con un pronóstico positivo, tenemos la absoluta necesidad de una referencia externa, de alguien que disponga de un *observatorio relativamente independiente* de lo que sucede en la estancia de la evaluación —relativamente, si estamos trabajando en red—, el cual nos confirme que no vemos solamente nosotros los cambios en la sesión, sino que pueden ser constatados en la evolución fáctica, concreta, de las relaciones entre el progenitor y el hijo que son constantemente monitorizadas. Y esto por dos razones: la primera, y la más fácil de intuir, es la relativa al engaño y al autoengaño. De hecho, es posible que el paciente se muestre complacido al reconocer el maltrato y asumir nuestras teorías psicológicas, y que nosotros lo estemos de haber obtenido estos resultados de nuestro trabajo. Sin embargo, que todo quede cerrado entre nosotros, evaluadores y usuario, como en una burbuja, en una realidad virtual como la de la habitación de evaluación, sin que en la realidad externa haya habido cambio alguno, es muy significativo. Cierto es que la presencia de otros dos profesionales detrás del espejo debería funcionar como control, impidiendo un deslizamiento solipsista, pero no podemos excluir que todo el equipo coincida inconscientemente en una visión construida en conjunto, tal vez por un efecto que subyuga la gestión hacia el evaluador más experto. Por eso la red es fundamental, con la presencia en ella de profesionales que estén en contacto fáctico con el niño —incluidos en ellos los contactos padres-niño— y por ese motivo es una buena norma ampliar, a modo de prueba, dentro de los límites permitidos por el decreto, el régimen de las relaciones entre padres e hijos, alentando el control de los contactos, sin llegar a abandonarlos del todo; de lo contrario, perderíamos el material de observación y prolongaríamos su duración.

Al leer el siguiente ejemplo podrá verse más claramente lo que he explicado hasta ahora, ya que ilustra cómo el trabajo psicológico conducido con el menor puede ser integrado eficazmente en el recorrido de la evaluación.

En el caso del pronóstico positivo formulado para Ana, en el interior de la red fueron reconfortantes tanto *las observaciones del centro* en el que estaban ingresados la madre y los niños como *las de la psicóloga del CbM que recibía a la niña* (y durante un primer período también al hermano) para una observación diagnóstica. Al continuar, por un lado, con nuestras sesiones con la madre, y por otro con el proceso comunitario, la reticencia de la niña en los encuentros con su psicóloga disminuyó notablemente, muestra de la disminución del mecanismo de justificación de los padres que primero la dominaba. Hija de un padre sometido a frecuentes encarcelamientos y de una mujer cuya fragilidad de fondo había advertido agudamente, Jessica se esforzaba en protegerlos del juicio de los otros y de las consecuencias de éste que confusamente intuía —el envío forzado al centro de la madre y de los dos niños; la prisión del padre—. Sin embargo, no estaba instalada en un rol parental hacia sus propios padres, ya que no hay que olvidar la capacidad de la niña de revelar inmediatamente a su madre el abuso sufrido. En cambio, se trataba más bien de un silencio cómplice dirigido hacia lo externo, que disminuyó en la medida en que Ana, la madre, se fortaleció y creció en su capacidad de abrirse y de fiarse, tanto de los profesionales del centro como de los del CbM. En paralelo, también la niña notó que podía confiar en su psicóloga. Un hecho muy significativo de la percepción de Jessica de que la madre se había fortalecido fue este episodio —en realidad, mucho después

— con la terapeuta de referencia del centro. Ana no pudo esconder a sus hijos que tomaba metadona y les dijo que se trataba de una medicina, pero una medicina mala y peligrosa. Un día Jessica le preguntó a bocajarro: «Mamá, ¿tú te drogabas?». «Sí». «Siempre lo he sabido, pero quería que tú me lo dijeras».

La segunda razón, menos obvia, por la cual tenemos una necesidad imprescindible de obtener una referencia externa a nuestro trabajo es que el paciente puede perfectamente reconocer el daño que infligió al hijo, unirse a nuestra teoría sobre las razones de su comportamiento, decidir cambiar e incluso lograr liberarse de los lazos que lo aprisionaban, pero eso no significa que esté dispuesto a actuar sobre el hijo y a llevárselo consigo en esta existencia nueva que pretende inaugurar. Puede suceder perfectamente incluso lo contrario: que resuelva dejarlo atrás, como un lastre de su vieja vida, de la que pretende liberarse junto con todo lo demás.

Con este propósito, comentaré un estrepitoso pronóstico que emitimos en su momento.

¿Recuerdan a Teresa, madre de Celeste, que la confiaba a una abuela indiferente y poco dotada, para «darle una última oportunidad»? Vimos que, a causa de la grave negligencia demostrada hacia la hija, ésta fue alejada de ella y acogida en nuestra comunidad. Pero teniendo en cuenta la temprana edad de la niña (4 años) y el estrecho vínculo que la madre (muy joven también ella, con 20 años) proclamaba tener con su hija, a pesar de la desidia, el juez permitió a Teresa hospedarse en el CbM con la niña. En el acto de acogida los educadores fueron impactados por las manifestaciones un poco adolescentes de este vínculo: por ejemplo, la madre encolaba sobre su diario íntimo las fotografías de la niña rodeándolas con corazoncitos, como haría una chiquilla con la foto de su primer amor —recordemos que el padre de Celeste, que no la reconoció, de más de 30 años, cumplía una larga condena por venta de drogas.

El trabajo evaluativo con Teresa se desarrolló en el lapso de algunos meses, articulándose sobre varios formatos: sola, con la niña, con la madre y la hermana, con el padre y la hermana, y sólo con la hermana. Los resultados fueron alentadores, tanto en el plano de la interrupción del daño —los educadores informaron de que en el centro la joven se ocupaba apropiadamente de la hija, siguiendo sus indicaciones, con creciente autonomía en las tareas que se le confiaban y por tiempos cada vez más largos— como en la perspectiva de tratamiento, y así pudo darse cuenta de la pasada incuria, y por lo tanto el reconocimiento de lo fundado de la disposición, y desarrolló una simple pero sensata explicación sobre las causas de su comportamiento: «No conocí nunca una familia, y por eso no fui capaz de construir una familia para mi niña».

Al concluir nuestra evaluación, formulamos un pronóstico de recuperabilidad, proponiendo —como medida de protección a medio plazo— la realización de dos tutelas familiares por separado: una para Celeste y otra para Teresa —esta última en una familia terapéutica—, para que cada una pudiera experimentar una vida familiar. La joven madre no sólo no objetó nada en contra, sino que estuvo plenamente de acuerdo con el fundamento del proyecto, que debería durar alrededor de dos años y acompañarse de la posterior asunción de ella por nuestra parte, esta vez en un contexto de terapia.

En la reunión siguiente, Teresa se presentó entusiasmada: «¡Encontré a la familia tutelar para mí!». «Calma, señora, que hacerse tutores no se improvisa». «Pero no, son perfectos, verá, se los presentaré; viven en el campo, con perros, gatos, cabras, hacen el voluntariado, le gustarán». «Está bien, preséntenlos». Antes de la siguiente entrevista, Teresa desapareció del centro, y dejó al asistente social una carta para su niña: «Querida Celeste: he descubierto que tengo cáncer; no quiero que tengas que pasar por el dolor de ver morir a tu mamá, prefiero confiarte a otra familia con la que podrás ser feliz. No olvides a mamá, que te quiere mucho». Nada de eso era verdad. Se escapó con el aspirante a tutela. Celeste fue dada en adopción.

Más allá del papelón que hicimos, ¿cómo podemos interpretar el resultado de nuestro trabajo? Teresa tomó conciencia del fracaso repetido de sus intentos anteriores por establecer vínculos sustitutivos a sus frustrantes relaciones originarias: pasó de las manos del padre a las de la madre como una pelota, fue olvidada en un sanatorio, a los 14 años se fue a vivir a la casa del novio, en una caótica familia dedicada al tráfico de heroína, que la atrajo por la turbulencia pasional de los vínculos, en contraste con el entorno frío de su casa. Tal vez esperaba que alguien viniera a rescatarla, pero no lo hicieron. Soñó entonces con crear su propia familia feliz, con un embarazo a los 15 años, pero el encarcelamiento de su hombre quebró la ilusión. Sola con la niña, frustrada en su proyecto de «dar una última posibilidad a la madre», fue aplastada por la enormidad de la tarea de parentalidad que debería llevar adelante sola. Celeste, más que su hija, se convirtió para ella en su mundo, la figura que representaba a la vez un padre y una pareja, cosa evidentemente imposible. Ahora, a los 20 años, se abrió camino en ella la conciencia de que no era ésta la vida que quería, que todavía era joven, que quería empezar de nuevo con otro hombre que había conocido, que la ponía por delante de sus otros vínculos, que postergaba por ella, ella, que nunca fue importante para nadie. Y se fue. Para Celeste era mejor pasar a una familia adoptiva hoy, con cuatro años de edad, que permanecer indefinidamente a la espera de una maduración real por parte de su madre, una chica que no deseaba aún transformarse en madre.

EL PRONÓSTICO NEGATIVO: HACIA LA ADOPCIÓN

Algunos profesionales con escasa familiaridad con el trabajo en la tutela y una serie de preclusiones ideológicas hacia las indicaciones judiciales, al escuchar el análisis final de este modelo de asunción quedan estupefactos cuando se alcanza este punto, en el que es necesario ilustrar cómo se llega a formular al juez un pronóstico de irrecuperabilidad y a sugerir la adopción de un niño cuyos padres están aún vivos y vegetativos: ¿es una broma? No, hablamos muy en serio.

Todo el edificio que construimos hasta aquí se desmoronaría si cayera una de las dos alternativas: *si* los padres son capaces de cambiar, recuperarán al hijo; *si* no lo hacen, se declarará la pérdida de la potestad, requisito para que el niño pueda ser adoptado. Si este dispositivo con un doble incentivo, positivo y negativo, en realidad fuese ficticio porque la posibilidad de la adopción no se contemplara nunca en los hechos, entonces sí se trataría de una broma, pero no es el caso. El proceso evaluativo puede funcionar justamente porque se retiene en conciencia que el bien primario de un niño es el de conservar el vínculo con sus padres, pero no «a toda costa», sino sólo con la condición de que el niño no deba pagar costes excesivos por ello. En este caso desafortunado, pensar en el bien del niño significa, en nuestra cultura jurídica y en nuestra praxis psicosocial, encaminarlo hacia una inserción estable en una familia adoptiva.

Obviamente, el evaluador no toma por sí mismo ninguna decisión, sino que se limita a indicar de modo inequívoco al sistema judicial la ausencia de cambio en los padres. Será el tribunal el que asumirá la decisión, después de verificar que la falta de respeto a las indicaciones que se proporcionaron se configure en términos de abandono y pueda, entonces, pronunciarse una «adoptabilidad» que no pueda enmendarse a la primera oposición. Pero lo que los profesionales deben, de todos modos, considerar profundamente es que la adopción no es *una punición* por un hecho o un delito (maltrato, abandono), sino una medida de tutela del menor, ya que nadie puede ocuparse adecuadamente. Y es precisamente porque estamos sinceramente convencidos de que podemos ilustrar serenamente a padres e hijos, como vimos en el apartado sobre la primera sesión, sobre los distintos caminos que podrá tomar el destino de los niños según cómo sepan o no modificar sus actitudes el padre y la madre.

Cuando en una reunión de red empieza a perfilarse un resultado negativo sobre la recuperabilidad de los padres, la identificación de los profesionales con los diferentes miembros de la familia tiende a polarizarse. Los educadores y los servicios de tutela del menor, e incluso los terapeutas del niño, si los hay, suspiran aliviados ante la idea de sustraer a su pequeño paciente a una condición cuyo deterioro han tocado con sus propias manos. En cambio, los profesionales que trabajan al lado de los adultos, tal vez en los servicios especializados o en el rol de evaluadores, se preocupan por cómo los padres podrán reaccionar frente a este pronunciamiento sobre su incapacidad de cambio. Es innegable que pocas cosas pueden ser tan dolorosas para un padre como la pérdida de un hijo; los profesionales conocen bien los casos dramáticos de madres, generalmente pacientes psiquiátricas, cuyos hijos han sido adoptados, que después de años van todavía con la fotografía de su hijito en las manos mostrándola a todo el mundo, o que llaman por teléfono al servicio puntualmente el día de su cumpleaños. También en el CbM se da alguna de estas situaciones. Sin embargo, afortunadamente, no representan la norma entre los padres de los que nos hemos ocupado y cuyos hijos debieron ser adoptados, lo que puede querer decir muchas cosas. Puede significar que en algunos casos supimos trabajar mejor que en otros, acompañando al padre a la toma de conciencia de que no sólo por su hijo, sino también por sí mismo, era mejor así; y puede significar, como en el caso de Teresa y de Celeste, que nos introdujo en este tema, que es el padre quien ha de llegar por sí mismo a esa conciencia, como hizo Teresa, cuya actitud nos cogió completamente por sorpresa.

Por regla general estos padres a los que diagnosticamos como irrecuperables, que llegaron a estar de acuerdo con el fundamento del pronóstico, no se empeñaron ni siquiera en una batalla legal para oponerse a la adopción de sus hijos. En otros casos se detuvieron en la primera fase, la oposición ante el Tribunal de Menores, sin llegar a la Cámara de Apelaciones. También la propia Teresa, que había decidido por sí sola dejar a

la hija, cuando cambió de idea y reapareció, pidió un recurso contra el decreto del juez de menores, pero perdió el juicio en esta instancia, abandonó y no se aventuró a la instancia siguiente. Fue como si la batalla no se hubiera llevado adelante sobre la base de una convicción real, sino por «deber social»; para mostrar a la sociedad que no se compartía el juicio de ser un padre inadecuado, pero se estaba obligado a ceder frente al poder extremo de la máquina judicial.

Considero que los profesionales deben moverse con suma cautela en este campo, expuesto más que cualquier otro al riesgo de un exceso de emotividad y, a la vez, de ideologización. Hoy ser un «buen padre» es un deber, prescrito por el código de valores de nuestro tiempo. Pero no siempre fue así. Rousseau no dejó de ser un ciudadano respetado y un pedagogo famoso por el «simple» hecho de haber abandonado —en la segunda mitad del 1700— no uno sino cinco hijos, considerados ilegítimos. En sus *Confesiones*, dijo: «No hice un misterio de mi conducta... Porque en realidad no veía ningún mal». Esta práctica estaba tan difundida que cuando se la replanteó y quiso recuperar a uno de los hijos abandonados, no pudo encontrarlo. Los documentos se perdieron, sepultados bajo montañas de papeles de los orfanatos. El hospicio de París acogía a más de 4.000 niños al año. Es cierto que tampoco él ayudó mucho, ya que no recordaba bien cuántos años hacía que había nacido. Para acercarnos a nuestros tiempos, leí casualmente hace poco una carta de 1887 del escritor italiano Luigi Capuana a un amigo. En ella hay un pasaje que cito de memoria, en el que se preguntaba por qué la joven ama de casa «hoy no canta más», y después respondía: «Será tal vez porque ayer llevó al torno²¹ a la criatura que parió», para concluir serenamente que el día de mañana la tristeza habrá pasado y su canto llenará de nuevo la casa de alegría. Distraídamente omitió el (¿irrelevante?) detalle de que el hijo era suyo y que muchos otros hijos de esa misma mujer fueron a incrementar el número de los huérfanos del pequeño pueblo de Mineo, del que Capuana era intendente.²² Como se puede ver en estos ejemplos, hasta el año 1800, en la Europa civilizada, reconocer la propia falta de capacidad o simplemente de deseo de hacer frente a las tareas y a las responsabilidades de la paternidad no era tan difícil.

Un historiador americano, Boswell, dedicó al tema un sorprendente e impactante trabajo, en el que reproducía una prédica de un padre de la Iglesia, Clemente Alessandrino, a los fieles romanos en el siglo II de la cristiandad, en la que se recomendaba a los hombres no frecuentar los burdeles, porque uniéndose a las prostitutas (o prostitutos) podrían cometer el pecado de incesto con las hijas (o los hijos) que hubieran abandonado.²³ La falta de una recomendación análoga de no abandonar a los hijos muestra que esta práctica se consideraba un medio normal para limitar las dimensiones de las familias —y no solo en relación con las mujeres, como en China hasta tiempos recientes.

Desplazándonos a los siglos XVIII y XIX, el mismo autor citó datos que impactan: en la ciudad francesa de Lyon, entre 1750 y 1789 la tasa de abandono de recién nacidos «registrados» —lo que significa que había no registrados— era del 30%, y en Florencia a principio del siglo XIX la cifra alcanzó el 43%. Sin retroceder tanto en el tiempo, cuando empecé a trabajar, a principios de la década de 1970, el organismo Obra Nacional para la Maternidad y la Infancia, que se ocupaba de los hijos nacidos en el matrimonio, y su análogo para los hijos ilegítimos, el Instituto Provincial para la Protección de la Infancia, gestionaban instituciones desbordadas de niños y beneméritos programas de crianza para asistir a los niños «temporalmente» dejados fuera de sus casas por los padres en dificultades, que muy a menudo iban a recogerlos cuando podían. Aunque ya entonces no faltaron voces que se levantaran para reprobar esta plaga, pasaron años antes de que viniese diezmada unánimemente por la conciencia colectiva.

Todos conocen hoy los desoladores efectos de la institucionalización sobre el psiquismo infantil, y el abandono irresponsable de los niños recibe una justa condena social. Sin embargo, no podemos ignorar una cara negativa de esa condena, como el hecho de que los padres frágiles e incapaces, las niñas que quedaron embarazadas sin desearlo —que no han dejado de existir sólo porque los tiempos hayan cambiado— no se atreven a afrontar el descrédito social en el que incurrirían si dejaran al hijo, que es mucho más intenso que en los tiempos de Rousseau. ¿Y qué hacen entonces? A veces cometen gestos atroces, como parir a escondidas, con el riesgo de la propia vida y de la del niño, y tiran al bebé en una caja o lo esconden en un armario dentro de una bolsa de plástico, o bien —en el mejor de los casos— lo abandonan en un prado o en la escalinata de una iglesia, no siempre lo suficientemente abrigado para que pueda sobrevivir. Algunos bien intencionados han llegado a proponer la reintroducción del torno de la inclusa, que por lo menos permitía al recién nacido recibir prontamente asistencia. La provincia de Milán preparó un proyecto, denominado *Madre Secreta* (editorial Guarnieri), que permitía a la mujer que quisiera ejercitar el derecho que la ley le concede de no reconocer al hijo al nacer, hacerlo protegida por el más riguroso anonimato, bajo la supervisión del Instituto Francés del Accouchement Sous X del parto cumplido, sin declarar la propia identidad. Estas indicaciones, absolutamente loables si lograran salvar la vida aunque fuera de un solo niño o preservar a una sola mujer del crimen del infanticidio, tropezaron sin embargo con el sentimiento profundo de vergüenza y de culpa que en nuestros días asalta a la persona que no se siente capaz de asumir el rol de paternidad. Habrá a quien le baste el pensamiento (infundado), al leer en los ojos de la obstetra su desaprobación, para que aumente su vergüenza en tal grado que le resulte imposible de tolerar y la lleve hasta el punto de preferir la solución del parto a escondidas y del abandono, por más que sea peligroso y un delito. Si bien éstos son gestos extremos que realizan algunas mujeres para evitar la condena social en el momento del parto, los padres incapaces de llevar

adelante su rol con un niño más grandecito pueden sentir aún más insostenible el gesto de la renuncia, porque se enfrenta de un modo todavía más marcado a la reprobación colectiva. De este modo, intentan prolongarse de forma desmesurada indicaciones concebidas como provisionales (institucionalizaciones, inserciones en un centro, tutelas) y se oponen a nuestros pronósticos de irrecuperabilidad, a menos que también nosotros, como se proponían los profesionales de Madre Secreta, logremos ayudarlos a que se perdonen por no ser capaces de ser padres, y a rescatar el gesto de dejar marchar al hijo poniéndolo a salvo, y tal vez lograr salvarse también a sí mismos, en lugar de hundirse con él.

Sin embargo, no debemos subestimar el hecho de que estas indicaciones —declarar irrecuperable a un padre, pronunciar un decreto de pérdida de la potestad, permitir la adopción de un menor— son tomadas por seres humanos, aunque colegiadamente. Esto significa que están inspiradas en juicios de valor, por las convicciones y las creencias de estas personas específicas, que las conducen a asumir, con conocimiento de causa y a conciencia, ciertas posiciones en lugar de otras, unas responsabilidades en lugar de otras, e interpretar las normas y las leyes de una forma en vez de otra.

En una conferencia sobre adopción que tuvo lugar en Génova en 1999, la presidenta del Tribunal de Menores de Turín, Julia de Marco, presentó algunos datos que inducían a reflexionar. Cito un fragmento: «El año pasado (1998) en Italia fueron declarados en adoptabilidad alrededor de 1.300 niños, de los que algo más de 900 tenían padres conocidos y en un poco más de 300 los padres eran desconocidos. Los porcentajes cambian mucho de un tribunal de menores a otro: el porcentaje más alto de menores declarados en situación de adoptabilidad con padres conocidos lo encontramos en Roma, y el más bajo, en Nápoles —cerca de la mitad, en Palermo y Catania—; Milán y Turín, en comparación, muestran cifras intermedias».

En los tribunales de las diferentes ciudades de Italia, políticas diferentes muestran actitudes distintas respecto a la oportunidad de interrumpir o no los vínculos de sangre. Unos años atrás, cuando el debate sobre estos temas tan delicados —adopción frente a tutela; la adopción que robaba a los hijos de los pobres para dárselos a los ricos...— estaba ampliamente impregnado de ideología más que centrado, como hoy, sobre la confrontación entre praxis y resultados, recuerdo haber escuchado a un magistrado del Tribunal de Menores comentar en un debate público que él en toda su carrera no había pronunciado nunca un decreto de suspensión de la potestad. Una posición de este tipo se fundamentaba sobre la idea de que la «paternidad residual», es decir, aquel mínimo aporte de paternidad que incluso un padre gravemente incompetente puede expresar, mantiene un valor significativo para el hijo, o al menos sobre la convicción de que la intervención de rescindir las raíces es demasiado cruenta para el niño, aun en casos extremos.

La experiencia en otros países europeos

Desde 1992, año de la traducción al francés de *Niños maltratados* a la cual siguieron la traducción al inglés, al español y al alemán, he tenido la satisfacción de recibir numerosas invitaciones a varios países de Europa para ilustrar el modelo que describí. Fueron, y continúan siendo, experiencias de grandísimo interés y enriquecimiento, tanto profesional como humano. Mi amigo Barudy, neuropsiquiatra infantil chileno, que vive desde hace años entre Bélgica y España, mantiene que las personas que se ocupan del maltrato a la infancia son lo mejor de un país; no sé si puedo demostrarlo, pero ciertamente he conocido gente verdaderamente simpática y de valor. Sin embargo, respecto a todos estos temas, el pronóstico de recuperabilidad, la suspensión de la potestad y la adopción de menores con padres conocidos, he recibido un fuerte e impactante *choque* cultural. En los países de lengua francesa, en cuyo conocimiento de las praxis asistenciales pude profundizar (Francia, Bélgica, Luxemburgo y cantones francófonos de Suiza), los profesionales quedan literalmente escandalizados ante mi posición. Algunos de los profesionales jóvenes y vehementes han llegado a mantener, con la frente alta, que en su orientación jurídica no son posibles cosas similares. En cambio, profesionales más veteranos y reflexivos los han corregido, y logran hacer emerger de las brumas del pasado tal vez un caso aislado en el que sucediera que un niño fuera adoptado después de una disposición de «*déchéance de l'autorité parentale*», que naturalmente existe en toda Europa; que después sea aplicada o no, es otro tema. Me ha sucedido innumerables veces enviar el título de mi seminario «La evaluación de la recuperabilidad de la parentalidad» y encontrármelo corregido como «...de la competencia de la parentalidad» por algún gentil colega que pensaba en un error de traducción al francés. De la aceptación de la existencia de un dispositivo de evaluación de la recuperabilidad, se derivaría que un padre podría ser considerado irrecuperable, lo que en aquel contexto cultural suena como un insulto. Aunque intente atenuar el tono escandaloso de mis palabras, que atentan contra el carácter sagrado de los derechos del progenitor, recordando que Italia es el país de la «*mamma*» y que si nosotros hemos conseguido hacer tambalear el mito de la sangre lo pueden lograr también ellos, siempre me encuentro con alguien que reacciona, como una amable señora belga, que me dijo: «*Monsieur Cirillo, vous sécouez les certitudes des Belges!*» («Usted pone en jaque las certezas de los belgas»). En cierta ocasión, durante un curso de formación en una ciudad de la parte francófona de Bélgica para los profesionales de un centro que se ocupaba de tutela familiar, me mostraron un gracioso librito realizado a base de ilustraciones para explicar la tutela a los niños. Los personajes eran una familia de osos: el osito abandonado se iba a vivir con un gran oso bueno; los papás osos, arrepentidos, vagaban llorando por el bosque; el osito, que los oyó, fue a abrazarlos, y después regresó a vivir

para siempre, feliz y contento, con el oso tutor. La filosofía que subyace en esta historia estaba muy alejada de mi idea de que los padres podían ser recuperados; el librito parecería decir: «no, nunca»; el osito permanece en tutela, y aunque fueran juzgados irrecuperables, igualmente el libro decía: «no, nunca», el osito no se da en adopción. Yo no sabía qué más decir.

Asimismo, en Francia, el principio fundamental del sistema asistencial está representado por el «*placement familial*», una forma de tutela familiar que se realiza en casa de una profesional llamada «*mère d'accueil*», con quien muchas veces el menor termina viviendo establemente, o cambiará de familia tutelar en caso de que ésta deje de estar disponible. Esta profesional es seleccionada, asumida y remunerada con el mismo sueldo que el de una educadora o que el de una asistente social. En ocasiones menos afortunadas, la adaptación se dirige a una institución, siempre con el mantenimiento de las relaciones entre el menor y los padres. Los casos en los que se suspende el regreso a casa durante los fines de semana son mucho más raros que en nuestro país. Tanto en las situaciones de tutela como en las de inserción en una institución, los profesionales reciben el mandato de mantener y de recuperar por todos los medios posibles la relación padre-hijo.

Ahora me imagino la objeción de un profesional italiano experto y desilusionado: estoy describiendo lo mismo que sucede en Italia. Puede ser, pero no es lo que teorizamos. También nosotros nos mostramos, tal vez, demasiado vacilantes a la hora de cortar los vínculos de sangre; también nosotros dejamos crecer a los menores en situaciones provisionales hasta la mayoría de edad; también en nuestro país existen las tutelas *sine die*. Pero somos conscientes de que no debería ser así, no es eso lo que dice la ley, y nunca la cartilla de un servicio de acogida debiera terminar de otro modo que con el regreso —utópico, tal vez, pero anhelado— del niño a la casa de sus padres.

Berger, neuropsiquiatra infantil de fama internacional por sus estudios sobre las consecuencias del maltrato en los niños (1992), en su último libro, de título provocativo, *L'échec de la protection de l'enfance* («El fracaso de la protección de la infancia») (2003), es todo menos tierno hacia su país. La última página de su libro reza así (la traducción es mía): «En Francia, la protección de la infancia es actualmente onerosa, poco eficaz, produce realmente demasiados niños retrasados mentales y/o violentos, que tienen poquísima capacidad para ser personas felices, poca autonomía, y que pesarán para toda su vida sobre la sociedad». Y concluye: «Hay de qué avergonzarse». El lector italiano se sentirá orgulloso y se sorprenderá al ver que Italia está incluida entre los tres sistemas legislativos y asistenciales que —según Berger— han sido inspirados por el respeto de los derechos del niño: el del Canadá francófono, el de Gran Bretaña y el de Italia.

Sin embargo, hay un punto débil en las constataciones de Berger, del que es

perfectamente consciente: que no se fundamentan sobre un estudio de catamnesis comparada entre los efectos de la tutela *sine die* y de la adopción consiguiente con la suspensión de la potestad, sino sobre una convicción clínica que sólo se basa en su experiencia de trabajo, por extensa y profunda que sea. Berger me ha propuesto reiteradamente efectuar una investigación retrospectiva que realice una confrontación del destino a largo plazo de los niños italianos alejados de los padres y puestos en situación de adoptabilidad, con el de los niños franceses salidos de familias en situaciones similares, pero que vivieron de manera estable en familias tutelares profesionales, manteniendo alguna forma de contacto con los padres. Se trataría de una empresa fascinante, pero tan enorme que hace temblar a cualquier investigador: pensemos sólo en los problemas de muestreo. Pero tal vez una institución científica más potente que el CbM la afronte algún día.

Algún dato

Mientras tanto, podemos encontrar algún dato que sustraiga este debate del ámbito de lo ideológico o del caso singular que impactó e impresionó al clínico que lo siguió en los estudios de catamnesis sobre las adopciones, por otra parte más bien escasos, dadas las dificultades de ubicar a menores que hayan sido adoptados en el lapso de algunos años, ya que la ley justamente protege de forma estricta su anonimato. Una primera investigación que merece mención, dirigida hace ya muchos años por Lanzi y colaboradores (1987) sobre los niños dados en adopción en el territorio paviano, proporcionó resultados que aún hoy son de gran interés. De estos datos citaré dos: se comprobó una mejoría de los niños desde el momento de la adopción hasta el de la investigación (alrededor de ocho años y nueve meses después); sin embargo, permaneció significativamente alto (38,2%) el porcentaje de niños que presentaban aún dificultades emotivas, lo que nos indica con claridad que la adopción influyó positivamente pero no fue la panacea.

El segundo dato puede ser susceptible de diversas interpretaciones: se realizaron entrecruzamientos con numerosas variables, para ver cuál se correlacionaba mejor con el bienestar del hijo adoptivo cuando se hacía mayor, y el factor que resultó por lo general correlativo fue el estado de salud del niño en el momento de la adopción. De nuevo, podríamos apoyarnos sobre este resultado para mantener que, contrariamente a lo que afirman los autores más convencidos de las potencialidades reparativas de la adopción, ésta no logra sanar los trastornos más graves y enraizados, o por lo menos no siempre y no del todo. Una lectura de signo opuesto diría que este dato debe inducir a prevenir el deterioro de los menores, encontrando una ubicación que responda de la mejor manera posible a las exigencias de los niños antes de que muestren daños difíciles de reparar.

Un libro que recoge investigaciones internacionales significativas en el tema de la

adopción (Brodzinsky y Squechter, 1990) mostró un segundo estudio que respondía con mayor aproximación a la investigación anhelada por Berger de una comparación entre una muestra de niños seguidos longitudinalmente. Se trata de un trabajo dirigido en Suiza por Bohman Sigvardsson (1990) sobre un grupo de recién nacidos cuyas madres renunciaron a reconocerlos en el momento del nacimiento. Una parte de estos niños fueron efectivamente adoptados; en otros casos la madre ejerció el derecho a cambiar de idea y querer recuperarlo. Encontramos así un segundo subgrupo que creció con la madre, y un tercero que, por diversas circunstancias posteriores, fue dado en tutela.

Los niños fueron examinados a los tres años de edad y los resultados fueron similares en los tres grupos, lo que mostró que todos los pequeños, hijos de madres con serias dificultades, presentaban daños, cuyos efectos no consiguió anular ninguna de las dos medidas de protección, tanto la tutela como la adopción. Sin embargo, con el paso del tiempo, una vez que se hicieron adultos, los resultados de los tres grupos se diferenciaron: el mayor éxito en términos de bienestar lo encontramos entre los niños adoptados y el peor entre los que permanecieron con las madres biológicas, mientras los niños que estuvieron bajo tutela se colocaron en una posición intermedia.

Adopción y pertenencia

Más allá de estos datos, muy sugestivos pero no todavía resolutivos, es necesario preguntarse sobre qué se fundan posiciones tan distantes y praxis operativas tan diversas como las que contraponen a quienes excluyen el recurso de adopción y a quienes lo recomiendan; qué pensamientos teóricos las inspiran.

Creo que la polarización de las dos posiciones depende de la primacía que cada una atribuye a la otra de estas dos dimensiones básicas de la identidad humana: la *pertenencia* y la *continuidad*. Estas dimensiones coexisten sin contraponerse en la existencia de un sujeto que no sea sometido a vivencias traumáticas, pero para los niños con un destino trágico debemos realizar a veces elecciones difíciles (como decíamos usando la metáfora del cirujano de guerra), que nos imponen anteponer a una en menoscabo de la otra.

Un autor francés, Neuburger (1997), llegó incluso a construir el «pertenenciómetro», instrumento para describir y medir el nivel de diferenciación personal de un sujeto en el interior de los vínculos que son significativos para él.

La pertenencia es una dimensión que durante muchos años la clínica ha explorado muy poco, confundiéndola con la dependencia. El pensamiento corriente era que el ser humano, que, como dijimos, nace totalmente dependiente, evoluciona gradualmente hacia la independencia y la autonomía. El modelo de hombre adulto tendía, por ello, a ser presentado como el de una persona autosuficiente.

Recuerdo a una paciente que seguí hace ya unos cuantos años, en un consultorio familiar, cuando trabajaba en un pequeño pueblo. Era una mujer anciana, soltera, sola en el mundo, que sufría de depresión; una mujer rara pero simpática, con quien me encariñé. Había vivido siempre con sus padres y una hermana, trabajando de asalariada. Ahora todos sus familiares habían muerto y estaba jubilada desde hacía ya bastante tiempo. No tenía a nadie más, salvo a un sobrino casado que vivía en Milán con un niño de pocos años. Este sobrinito se volvió la única razón de vivir de mi paciente, que cada día hacía una incursión en su casa, suscitando la impaciencia del sobrino y, más todavía, de su joven esposa. Por mi parte me esforcé en ayudarla a mantener un poco más de distancia, a encontrar algún interés alternativo, y en empujarla hacia una mayor autonomía. Pero lo cierto fue que no lo lograba. Un día, tal vez a causa de una identificación mía con su sobrino, aunque desconocido para mí, pero que tenía más o menos mi edad, le subrayé quizás un poco bruscamente que su sobrino en Milán tenía su propia familia, separada de ella. Recuerdo todavía el grito de angustia con que respondió a mi intervención: «Pero, entonces, ¿yo de quién soy?». Esta trágica pregunta estaba cargada de una verdad provocativa y dramática en aquellos años de feminismo en los que las mujeres gritaban: «¡Yo soy mía!».

Por el contrario, se puede ver el crecimiento de una persona como la evolución de una dependencia a otra, o, mejor dicho, de una *pertenencia* a otra (persona). Partiendo de la vida intrauterina y después del abrazo de la madre, el bebé tiene la experiencia de vivir en el seno de una familia, y luego de pertenecer también al grupo de iguales, cuya importancia relativa crecerá bruscamente en la adolescencia, hasta que la experiencia del enamoramiento lo conducirá a pertenecer a una pareja, y después de nuevo a una familia, esta vez una familia de procreación, sin borrar las pertenencias anteriores y sin dejar de añadir otras, como el grupo de colegas, las asociaciones y otras que no se excluirán mutuamente entre sí.

Los magistrados, los profesionales y los estudiosos del desarrollo infantil que abogan a favor de la adopción subrayan la importancia de permitir a algunos niños determinados (¡cuidado con las generalizaciones y con las recetas!), que nacieron en situaciones familiares concretas, vivir una pertenencia estable y segura, aquella que encuentran en una nueva familia, aunque se realice a costa de su sentimiento de continuidad. Esta realidad —ruptura de la continuidad para ganar una pertenencia— es simbolizada por el cambio de apellido: el niño perderá el apellido de los padres naturales, y se verá sometido a una pérdida brusca y traumática de su propia identidad, para asumir otra, la de los padres adoptivos, como si naciese por segunda vez. «Como si naciese» no quiere decir que nazca de nuevo en todo y para todo, y que, por lo tanto, su pasado será borrado, como se pensaba antaño. Por el contrario, ahora los profesionales insisten oportunamente a los padres adoptivos en la importancia de salvaguardar cierta continuidad en la vida del niño, con lo cual se observa una marcada atención al respeto por las raíces del niño adoptado.

En otro trabajo, Neuburger (1995) recomendó que no se debía exagerar, «cayendo al otro lado del caballo». El autor relató una anécdota personal: fue a visitar a un matrimonio amigo en Bélgica y encontró su casa completamente transformada, llena de alfombras multicolores y música andina. Recientemente habían adoptado a un niño

peruano, ¡y se esforzaban en poner en práctica el dictamen de respetar sus orígenes! Contó que sintió una gran desazón; subrayó que la primera necesidad del niño era, en primer lugar, convertirse en un miembro de la familia, un pequeño Dupont, y en segundo lugar, sentirse belga como sus padres y sus compañeros de escuela. Y sólo en una tercera instancia sería importante salvaguardar su derecho a permanecer en parte vinculado también a su pasado y a su propia historia de origen. Si decidimos trasplantar a un niño de una familia a otra, es necesario actuar para que el trasplante funcione. Es mejor no debilitar su capacidad de acogerlo y de convertirse en sus «verdaderos padres», insistiéndoles con mensajes sobre el respeto a los orígenes del niño.

En mi práctica profesional he podido ver a padres adoptivos cometer verdaderas y desastrosas torpezas a pesar de ser los más preparados, los más deseosos de poner por delante de todo el bien del hijo adoptado, los más respetuosos a la hora de seguir los consejos de los profesionales que los asistían.

Recuerdo el caso de una pareja sin hijos, él psicólogo y ella docente, que recibieron en adopción a un niño de ocho años que tenía claros recuerdos de su desastrosa familia natural con la que había vivido antes de ser ingresado en una comunidad. Los padres conservaron diligentemente en una carpetita todos los documentos y las cartas relativas al pasado del hijo, considerando que sería bueno para él poder leerlos, alguna vez, ya de adulto. Su respeto por el pasado del niño era tal que no quisieron «usurpar» el lugar de sus «verdaderos padres» haciéndose llamar «mamá» y «papá», sino por su nombre. Los gravísimos trastornos de conducta del niño en la adolescencia los condujeron a una consulta familiar, cuya línea fundamental fue la de legitimarlos en la «posesión» de este hijo, que gradualmente se fue relajando.

Fue también Neuburger quien subrayó —y yo estoy totalmente de acuerdo con él— que a pesar del énfasis con el que hoy se impone a los padres adoptivos contarle al niño la «verdad», no debe llegar a transmitírseles el mensaje «recordad que no es hijo vuestro». La principal verdad que se le debe transmitir para que el hijo esté bien es, por el contrario, que, aunque fruto de una distinta filiación, éste es *su* hijo.

En una época, el mito socialmente compartido era el de la necesidad de proteger al hijo adoptivo de este doloroso descubrimiento. La verdad solía ocultarse hasta el día del matrimonio, con todos los papeles de la partida de nacimiento. No significa esto que la operación de desconocimiento de la realidad sirviese sólo a los padres, que pretendían esconder a los demás la «vergüenza» de la propia esterilidad; en algunos casos es probable que efectivamente se buscara proteger al hijo de las insidias y del prejuicio relacionados con el estado de ilegítimo (como testimonia el término «bastardo» utilizado como insulto). En un estudio sobre sujetos adoptados que conocieron de adultos la realidad de sus orígenes (Selvini y Biffi, 2001), se evidenció cómo muchos parecían haber vivido esta revelación tardía como un trauma, del que pasaron factura a los padres, y lo conectaron con el retraso de la comunicación.

Sin embargo, otros no lo vivieron del mismo modo, sino como si hubiesen entendido

no sólo la buena fe de los padres, sino también la utilidad de haber tejido un vínculo con ellos en una condición de mayor «naturalidad». Por otra parte, no fueron pocos los pequeños que cuando la madre les dijo, ateniéndose a las instrucciones recibidas: «Tú no has nacido de mi barriga, sino de mi corazón», respondieron con decisión: «No; yo nací de tu barriga», y lloraron desesperados si se les contradecía.

Obviamente, mis consideraciones no apuntan a esconder la verdad a los niños, ya que todos estamos convencidos del daño que puede causar a un niño el hecho de crecer en el interior de un sistema familiar que le oculta todos los datos que le conciernen, como, por ejemplo, sus orígenes (Selvini, 1994). Lo que deseo es poner en guardia respecto al riesgo que implica debilitar la pertenencia del niño en la nueva familia. Y un modo ciertamente involuntario, mediante el cual creamos condiciones en las que se debilita esta pertenencia, es el redimensionamiento del rol y de la identidad del *verdadero padre* que compete al padre adoptivo. El hecho de que Italia se integrara en la convención de La Haya relativa al derecho del adoptado de conocer sus orígenes una vez alcanzada la mayoría de edad corre el riesgo de minar esa identidad y transformar a los padres adoptivos en un tipo de tutores, de padres a plazo, que el hijo adoptivo dejará a los 18 años para encontrar a sus «verdaderos padres».

La película *Secretos y mentiras* (1996), realizada con mucha agudeza y calidad, aborda este tema con el artificio de privar al espectador de la confrontación entre las dos familias, porque cuando la protagonista parte en busca de sus orígenes, sus padres adoptivos —sus verdaderos padres según mi modo de ver— ya están muertos, y de ese modo al espectador se le priva de la confrontación entre las dos familias; en cambio, se le induce a sentir una total empatía con la madre biológica —la única que ve— como si fuese la «verdadera» madre.

A propósito de la comunicación sobre los orígenes, Guidi y Tosi (1996) recuerdan que el niño puede «adaptarse» a una nueva pertenencia si es legitimado por el relato de los padres adoptivos, que confiere sentido y significado a la separación de la familia de origen. Las autoras añaden que lo que se puede contar de la verdad (la «verdad narrable») es moldeado según la edad del niño y construido sobre sus recuerdos.

Personalmente considero que una advertencia fundamental, tanto para los profesionales que preparan y siguen a las parejas que adoptan como para los padres mismos que entran en relación con el niño, es la de dar un lugar central en la experiencia de adopción al tercero, es decir, al juez. Es él quien decidió que quien trajo al mundo al niño (en francés existe para indicarlo la palabra *géniteur*, diferenciándolo de «*parent*», que significa padre) no era capaz de ser un padre, y por eso encontró para el niño una familia, y fue él quien la juzgó idónea: no fueron los padres adoptivos quienes construyeron su felicidad a costa de padres pobres e infelices. Este sentimiento tiende a hacer mella especialmente en los padres que adoptaron niños extranjeros provenientes de países en vías de desarrollo;

sin embargo, también allí hay jueces y padres que no son idóneos. No son «ladrones de niños» como a veces se dice y los padres corren el riesgo de oír.

Cyrulnik (1993) refirió una investigación desarrollada sobre un grupo de niños extranjeros adoptados por padres europeos que aceptaron encontrarse con los padres biológicos de los hijos y enviarles cartas y fotografías para que tuvieran noticias suyas. Este grupo se comparó con otro grupo de niños cuyos padres adoptivos rechazaron la propuesta de conocer a los padres biológicos. Se pudo observar que el vínculo de apego se estableció mejor en este segundo grupo, en el que los orígenes de los niños permanecieron desconocidos.

Guidi afirmó también que el duelo del niño por la ruptura de la pertenencia anterior, compartido con los padres adoptivos —«experimentados» por haber elaborado el propio duelo respecto de su esterilidad—, permitía la legitimación de la nueva pertenencia. La autora retomó un artículo mío (1992) en el que, analizando los roles de los protagonistas de esta experiencia, provocativamente atribuía «la culpa» de la adopción al padre natural, para sostener que fueron las ineptitudes de este último las que causaron la fractura de la pertenencia social y afectiva (perdura —hay que recordarlo— la pertenencia genética). El padre adoptivo tenía la responsabilidad de «ofrecer» una nueva pertenencia —que inscribía una nueva continuidad— en nombre del deseo de ser padre y de su propio duelo elaborado. Psicólogos y asistentes sociales proporcionan las bases evaluativas tanto sobre un padre como sobre el otro —biológico y adoptivo— y, en esta situación, el tribunal tomaba una decisión y la asumía.

Adopción y ruptura de la continuidad

Si quienes están a favor de la adopción respetan el derecho del niño a la *pertenencia*, sus detractores, por el contrario, tienden a subrayar generalmente la dimensión de la *continuidad* como elemento central para el sano desarrollo del ser humano. Por ello se muestran sumamente críticos hacia la ruptura de la continuidad que la adopción necesariamente comporta.

Si pensamos en la multitud de hilos que participan en el tejido de la construcción del Yo (*ego*) del individuo y en la sensación de desarraigo y de extrañamiento que el individuo experimenta cuando algunos de estos hilos se rompen (por ejemplo a raíz de la emigración o simplemente por una mudanza), nos daremos cuenta de cuán fundada es esa preocupación, y especialmente en la adolescencia, cuando el proceso fisiológico del sujeto prevé una fase tumultuosa en la que se advierten agudamente la pérdida de la identidad infantil y la fatiga de la construcción de la identidad adulta. La condición que conlleva ser adoptado suele comportar una carga de más, un trabajo mental y emotivo que se suma al que todos los adolescentes deben completar.

Además, en los casos de los menores extranjeros que estudió Dell'Antonio (1994), las

características somáticas pudieron hacer al niño notablemente distinto de sus coetáneos, en un período en el que el conformismo con el estilo del grupo es una actitud de defensa a menudo de gran importancia, que funciona como apoyo de la fragilidad identitaria. Tal vez, el joven adoptado era incluso portador (o portadora) de aspectos corporales (altura, peso, color de piel) que no correspondían con la imagen sexual considerada atractiva en nuestra cultura, lo cual agravó la vivencia de tener un defecto o de ser feo y desagradable con la que cada adolescente debe penosamente enfrentarse. Algunos hijos adoptivos al hacerse adultos no escatimaron, en sus testimonios, críticas en cuanto a la elección de los padres de arrancarlos de la realidad social, étnica y cultural de su país, para someterlos a la enorme fatiga de ese trasplante, a pesar de que, por lo general, su evaluación de la propia experiencia adoptiva era globalmente positiva (De Rienzo *et al.*, 1999).

No se pueden tomar estas argumentaciones críticas con superficialidad o, peor aún, con arrogancia; considero que hay que evaluarlas con atención cada vez que nos encontremos frente a la difícil elección que debemos hacer ante un menor, sopesando con realismo, humildad y sentido común los pros y los contras de la variedad de soluciones para cada *caso específico*, con la mente libre de orientaciones ideológicas.

En otro orden de cosas, una objeción absolutamente distinta que se formula respecto a aplicar la medida de adopción a hijos de padres conocidos concierne al mecanismo de la idealización. Se argumenta, no sin motivos fundados, que un niño que sea alejado de los padres de manera neta y no vuelva a verlos nunca más podría reaccionar a este desapego tajante, indudablemente uno de los traumas más duros que un sujeto puede sufrir, idealizando la figura del padre perdido, quitándole cada defecto y cada limitación, y cubriéndolo, en cambio, de virtudes, de características apreciables.

El aspecto no adaptativo de esta defensa está representado por el obstáculo que supone al trasplante adoptivo, porque ninguna familia real, por afectiva, equilibrada y acogedora que sea, podrá nunca soportar la confrontación con la familia idealizada, y en ese caso el nuevo vínculo entre el menor y sus padres adoptivos encontrará demasiadas dificultades para afianzarse, e incluso podría llegar a no establecerse en profundidad, condenando la adopción al fracaso.

Este mecanismo —como mantienen los que propugnan desapegar al niño de modo más atenuado— no se radicalizaría en la medida en que el niño crecería manteniendo la posibilidad de ver de vez en cuando a los padres biológicos, sometiendo sus fantasías idealizadas a la confrontación con la dura realidad. De esa manera, el desapego afectivo de los padres naturales podría tener lugar en una forma más gradual, pero más resolutiva. Una respuesta a esta objeción la encontraremos en el apartado dedicado al proceso del largo duelo en el que el niño debe ser acompañado para hacerlo psicológicamente adoptable: si el duelo se realiza, gracias también a la labor de apoyo del menor, la idealización no tendrá más razón de ser.

En esta corriente de pensamiento, el Tribunal de Menores de Bari y su presidente, Occhiogrosso (2003), propusieron la llamada «adopción mixta», una fórmula experimental que se aplicaría a los casos de padres que se oponían a la pérdida total y definitiva del hijo, pero podían mantener su desapego con la adaptación en otra familia idónea para la adopción, sabiendo que les será garantizada alguna forma de contacto con el niño en los años venideros. La Asociación Nacional de Familias Adoptivas y Tutelares (Santanera, 2004) objetó que se crearía de este modo un tipo de adopción de «serie B», que no garantizaría ni a los adoptados ni a los adoptivos los mismos derechos que la ley reconoce a estos sujetos, y especialmente que la propuesta de esta opción en fase de selección de las parejas desnaturalizaría el sentido mismo de la adopción, que fue instituida para los niños en estado de abandono. Por mi parte, creo que no deberíamos escandalizarnos. Si, frente a la complejidad y a la dificultad enorme de este mundo de niños dañados y de padres desgraciados, el abanico de instrumentos a disposición de los magistrados y profesionales psicosociales se enriquece con una posibilidad más, tanto mejor. Sin embargo, no estaría de acuerdo en absoluto con una reforma de la institución adoptiva que llegara a privarla de la connotación distintiva, es decir, hacer crecer al niño en el interior de una única pertenencia, ya que la volvería demasiado similar a una tutela.

Las alternativas a la adopción

No siempre el pronóstico de irrecuperabilidad respecto a las competencias de los padres a ejercer su paternidad por parte de los evaluadores puede acompañarse con una propuesta al juez de encaminar los procedimientos que podrán desembocar en la adopción del menor. En algunos casos este último es ya demasiado mayor, aunque respecto a la edad quisiera recomendar a los colegas que no pierdan nunca la esperanza de que también chicos crecidos o incluso adolescentes puedan encontrar a quien los acoja en adopción —si bien se hace necesario actuar personalmente—, contactando incluso con tribunales de otras regiones. Sin embargo, no es indispensable que los adoptantes residan en el territorio donde habitó el menor hasta el momento, y a menudo es incluso desaconsejable. En otros casos, la batalla legal se preanunció tan ruinoso para el niño que nos preguntamos, con realismo del que siempre debemos dar prueba, si no sería mejor pensar en una solución distinta que no nos llevara a enfrentarnos a los padres y familiares, arrastrando al niño a una experiencia judicial de resultado incierto y con tiempos tan dilatados que podría volverse catastrófica para su crecimiento. Hay aun otros casos en los que las dificultades del niño (discapacidad, deficiencia, enfermedad...) hacen muy improbable encontrar una familia adoptiva. También aquí, como respecto a la problemática por la edad, recordemos que «muy improbable» no significa imposible. Así pues, antes de darnos por vencidos, hagamos una llamada a la solidaridad humana, que suele ser mayor de lo que imaginamos. De todos modos, siempre que debemos rendirnos

al hecho de que los padres son irrecuperables pero su hijo no será adoptado, ¿qué alternativas nos quedan? Me parece que, además de la adopción «mixta» que apenas mencionamos y que debería permitir resolver algunos de estos casos, podemos considerar tres, que examinaremos ahora una por una.

Desacreditamos un poco la tutela *sine die* cuando hablamos de la praxis belga o francesa, y, en cambio, deberíamos revalorizarla. La posición adecuada, obviamente, está en recurrir a ella con prudencia, no como praxis generalizada, y continuar creyendo en la posibilidad de atribuir a la tutela familiar su principal característica de temporalidad, y entonces usarla, como veremos, en los casos de pronóstico positivo. Pero tratándose de un instrumento dúctil —en el capítulo sobre las medidas de protección hablamos de la posibilidad de utilizarlo incluso en casos excepcionales, como primera medida de emergencia—, puede dar óptimos resultados también como alternativa a la adopción.

Ciertamente debe reservarse en particular a adolescentes²⁴ que no resulten adoptables y que tal vez un día, cuando sean mayores de edad, podrán encontrar una pertenencia estable en la familia tutelar a través de la afiliación, o a niños gravemente enfermos o discapacitados, que más que una pertenencia necesitan urgentemente un cariñoso cuidado afectivo y un apoyo durante el período de tratamiento y de rehabilitación, que los sustraiga a un destino de institucionalización especializada de por vida.

En cuanto al *centro*, podemos encontrar casos en los que, por culpa de un retraso de la red en ocuparse de las situaciones crónicas, pero también por un evento dramático que se manifieste en una familia con hijos ya mayores, la irrecuperabilidad de los padres sea decidida cuando el adolescente haya establecido vínculos estrechos y significativos con el personal educativo de una comunidad. Pienso, por ejemplo, en niñas víctimas de abuso, que lentamente aprendieron a volver a confiar en los seres humanos durante el proceso de acogida, acompañamiento y curación por parte de una estructura especializada, o en sus hermanos varones, desorientados y confundidos, que encontraron referentes en una comunidad equivalente. O también en las prostitutas menores de edad, sustraídas del ámbito del crimen organizado, cuyos padres eran cómplices o no se interesaron. En estas situaciones, cortar los vínculos establecidos con las figuras educativas, muchas veces constituidas por personal religioso, pudiera no ser sensato. Además, estas comunidades generalmente se preparan para no cesar la acogida al término burocrático del cumplimiento de los 18 años. En estos casos, cada educador del centro y la estructura en su totalidad desempeñan una sustitución de las funciones de parentalidad, que comporta la disposición personal a crear vínculos que permanecerán estables en el tiempo.

Las comunidades de familias son, en cierto sentido, una solución intermedia entre las dos que hemos descrito, ya que están compuestas por un grupo de familias que eligen una fórmula de vida comunitaria con motivaciones ideológicas diferentes —religiosas, políticas, solidarias— con una apertura a la tutela familiar o a otras formas de acogida.

Niños con problemas específicos encuentran allí también una adaptación profesional que, según la característica del centro, puede ser agrícola, artesanal u otra.

Magistrados y asistentes sociales que conocen y aprecian el funcionamiento y los fundamentos que guían estas estructuras y otras similares desde hace años los inundan con solicitudes de asunción sumamente arduas y laboriosas para niños que difícilmente podrían inserirse en una familia aislada y nuclearizada, según fórmulas muchas veces a la medida de cada caso singular.

Sin embargo, para que pueda considerarse cada una de estas medidas una alternativa posible a la adopción, es necesario tener las ideas claras desde el inicio y establecer un contrato también claro con las partes interesadas. El presupuesto del que partimos es que se trata de situaciones en las que la relación padres-hijos es irrecuperable. En estas condiciones, la familia tutelar, el centro o las comunidades de familias deben ser informadas claramente de nuestro pronóstico y expresarse explícitamente sobre la propia disposición a ejercer una función sustitutiva del rol afectivo y educativo de los padres. Esta claridad es indispensable a la hora de sentar las bases porque evita que después se entorpezca y confunda mediante solicitudes contradictorias para ayudar al niño a restablecer una buena relación con los familiares. Por el contrario, su tarea —que en absoluto contrasta con lo que es una petición a un progenitor tutelar «normal»— será mantener al niño en un cabal distanciamiento de su familia de origen, acompañarlo en el consiguiente proceso de duelo, y responder con la propia disposición afectiva a adoptar las expectativas de parentalidad de los «hijos adoptivos», aunque jurídicamente no puedan llamarlos así. Si, por consideraciones de orden jurídico o de otro tipo, se estableciera que los contactos entre el niño y sus padres biológicos no debían ser interrumpidos del todo, de ser necesario, se reducirán al mínimo indispensable y serán controlados exhaustiva y cuidadosamente. De otro modo, el mensaje sumamente contradictorio que se le estaría enviando al niño sería: «Por desgracia los tuyos no pueden desarrollar respecto a ti una función parental, por lo que te alejamos definitivamente de ellos, pero los fines de semana alternos y en los días de fiesta debes volver a su lado». Esta actitud cargada de ambigüedad le quitaría completamente el sentido esencial a nuestro proyecto de ayudar al niño a encontrar una pertenencia alternativa a la de su familia biológica, que se ha revelado limitada.

El acompañamiento en el proceso de duelo

Ya en tres ocasiones hicimos referencia a la necesidad de ayudar a un menor a cumplir un proceso de duelo en relación con los padres biológicos cuando debía ir hacia la adopción o hacia una solución análoga, estable y sustitutiva. En el apartado «*Las alternativas a la adopción*» tratamos cómo prevenirla, y precisamos que será una tarea que deberán desempeñar quienes acogen al niño. Se trata de una función tan difícil como

importante, porque quien la desempeña será puesto en conflicto con sus propias imágenes internas de «buen» padre, de familia «buena», que son muy potentes y difíciles de relativizar. Generalmente, profesionales incluso expertos están tentados de salvar a toda costa, a los ojos del niño, a los padres que fueron ya valorados como irrecuperables, creando involuntariamente un nuevo obstáculo en el camino, ya arduo, que el niño debe recorrer para tomar distancia de ellos. Tal vez un modo de no vivir esta labor como demasiado difícil, de una dificultad insuperable, será que recordemos que nadie —y mucho menos el niño— nos pidió condenar al progenitor biológico. Se nos pidió, por el contrario, definir y mantener que lamentablemente este progenitor era incapaz de desempeñar su función parental, por una serie de motivos que no necesariamente tienen que ver con culpas o con responsabilidades, como tampoco es una culpa no ser capaz de correr la maratón de Nueva York.

Al niño debe llegarle sólo este mensaje, que quien lo trajo al mundo no fue capaz, o dejó de serlo, de hacer de padre, y que, ya que un niño necesita, para crecer, tener padres que lo cuiden y atiendan, el juez decidió que también él podrá tenerlos. Ya dijimos que sólo si lograba romper el vínculo con los padres biológicos, el niño podría establecer un vínculo nuevo con los padres adoptivos. Así pues, debía romper la lealtad, vencer los sentimientos de culpa, autorizarse a sentir el dolor y los sufrimientos que los padres le infligieron. Lo que se le pide no es un corte doloroso pero rápido, sino un largo recorrido en el que se mezclarán procesos cognitivos y afectivos. El rol del «testigo participativo», según la denominación de Miller (1996) a la cual ya hicimos referencia, consiste en mantener al niño en este camino, acompañándolo por un estrecho sendero. No debemos caer, como decíamos, en el precipicio que se abre a un lado, es decir, justificar a los padres, ni tampoco en el precipicio que nos amenaza de la parte opuesta: instigar al niño contra ellos, con el efecto probable de reforzar por reacción su vínculo mediante imágenes idealizadas, o bien empujarlo hacia una posición irreal de seudoadulto que juzga desde lo alto, autosuficiente y omnipotente.

Ser un «testigo participativo» significa hacer sentir al niño nuestra solidaridad hacia sus vivencias de sufrimiento de soledad, que son legítimas y justas, y que no tienen nada que ver con ser malo, no merecedor de amor o responsable de la soledad en la que cayó. Y otra vez la tarea es de la red: es tarea de los evaluadores, que proporcionan el marco cognitivo en el que se inscribe el trabajo de testigo participativo («lamentablemente los padres no han conseguido cambiar»); pero sobre todo es labor de los educadores, que representan las figuras afectivas reales que acompañarán al niño a lo largo de esta tragedia en la que corre el riesgo de precipitarse, ya que teme no tener nunca a alguien que de verdad lo quiera, y los educadores se esfuerzan en desmentir esta amenaza con su misma presencia, y es finalmente tarea del terapeuta del niño. Puede ser que el niño tenga ya un terapeuta durante la fase de evaluación, bien porque haya iniciado una

terapia antes del alejamiento —como Alejandro, de quien hablamos, cuya psicóloga lo ayudó a leer su rabia contra el CbM—, o porque se consideró oportuno hacerlo acompañar por uno en paralelo al proceso de evaluación de los padres, como en el caso de Jessica, que empezó a superar su reticencia hacia la psicóloga a medida que también Ana, su madre, venció su desconfianza hacia las instituciones. Pero si el niño no tenía a su propio terapeuta, es el momento de que el evaluador —que el niño conoció en las sesiones conjuntas con la familia—, después de haberle explicado la dolorosa conclusión de su recorrido diagnóstico y pronóstico con los padres, lo acompañe en un esfuerzo individual que integre el trabajo realizado por los educadores.

No hay que excluir —como en algún caso nos ha sucedido— que también el progenitor colabore en el proceso, despidiéndose del niño durante una sesión o una visita al centro, y le proporcione así su propio sufrido consenso hacia el desapego, un pasaporte para su viaje solitario hacia la adopción.

Román era un niño rumano de 10 años, proveniente de una institución que se nos describió como un campo de concentración, para ser adoptado por una pareja italiana algo avanzada en años. Las dificultades del año de tutela preadoptivo fueron tales y tantas, que los servicios prolongaron un año el período de prueba, al término del cual, incluso con mucha perplejidad por parte de los servicios y otros tantos temores de los padres, la adopción fue concedida. Pasó otro año y los padres, exhaustos y desesperados, declararon que no podían seguir adelante, por lo que el tribunal declaró la pérdida de potestad y asignó al niño a nuestra comunidad de rápida intervención. Inmediatamente después, llenos de remordimientos, los dos cónyuges se arrepintieron y pidieron recuperarlo, a lo que el juez resolvió enviarnoslos para una evaluación.

El trabajo aclaró muy bien la dolorosísima vivencia de la pareja, también por la fuerte motivación que los dos cónyuges manifestaron para entender su drama y hacerse entender por los terapeutas. Por desgracia, no había lugar para Román con ellos, y junto con nosotros también la pareja tomó conciencia de ello.

Les invitamos a una reunión, que aceptaron, para someterse a la dura prueba de explicárselo al chico, para evitar que este nuevo golpe que se abatía sobre él lo convenciera definitivamente de que para él no había esperanza, de que nadie lo querría nunca por ser tan malo y agresivo. La sesión fue, sin término medio, angustiante: para los cónyuges, que se sentían lacerados por el sentimiento de culpa; para el niño, que se colgaba de sus cuellos suplicándoles que no lo dejaran, y para nosotros, que debíamos callar nuestro sentimiento de piedad y aclarar que se trataba de un adiós, no de una interrupción temporal del vínculo, y que no se volverían a ver.

Haciendo un balance de esta experiencia puntual, el precio fue alto y Román añadió otro ladrillo más a la construcción de su identidad desviada. Unos meses después, Román fue dado de alta de nuestra comunidad, que tenía tiempos de permanencia medio-breves, el tiempo necesario para formular un pronóstico y un proyecto, y fue introducido en una casa-familia. De allí, unos meses después, mintiéndonos descaradamente, un día salió de la casa para visitar a los anteriores padres adoptivos, pero esta vez sin hacer escenas ni chantajes afectivos. Normalizó con los años su comportamiento, gracias también a una psicoterapia individual, y fue adoptado por los responsables de la casa-familia.

El tratamiento del niño

El caso de Román y la terapia individual de la que se benefició nos pone de nuevo frente al tema de los formatos y de las convocatorias del que ya hablamos a propósito de la fase de evaluación. Recomendamos la flexibilidad de los formatos y la reflexión atenta sobre

la elección de a quién debemos convocar en cada ocasión. En el próximo capítulo retomaremos este tema a propósito de la fase de terapia familiar específicamente en los casos de pronóstico positivo. Para un niño sin padres, un apoyo individual es indispensable; en el libro de Malacrea (1998), en el capítulo «Técnicas y formatos», se dedica a este argumento un apartado titulado justamente «Si el niño se queda solo», precedido de unas páginas sobre el duelo, al cual remito al lector que quiera profundizar en los objetivos y las técnicas de este formato. La ejemplificación clínica que encontrará concierne sólo a casos de abuso sexual, con el tratamiento del trauma consiguiente, pero los contenidos teóricos y metodológicos son por lo general extensivos también a otras situaciones, tanto de maltrato como de abandono o negligencia, en las que se haya comprobado un pronóstico de irrecuperabilidad.

Por mi parte, voy a subrayar cómo ayudar al niño a deshacer los nudos que lo tienen amarrado a su pasado, tanto a las imágenes de los padres y a la actitud que mantuvo hacia ellos como a la imagen de sí mismo que sobre esa actitud se haya modelado. Es esencial, si no queremos que el trasplante adoptivo fracase sin remedio. Es extremadamente penoso conocer a padres adoptivos que afrontaron con esperanza y coraje la empresa de crear lazos afectivos con un niño ya mayor, con un pasado necesariamente traumático, y ver que en el lapso de unos años se encuentran confundidos, angustiados, llenos de dudas sobre sí mismos y sobre sus propias capacidades de paternidad, en un inestable equilibrio entre culpabilización —de uno mismo o del cónyuge— y rechazo del hijo adoptivo. El mensaje que muchas veces se les transmitió fue que el niño habría mejorado gracias a su amor, que las huellas de las carencias pasadas se habrían disuelto. Pero nadie trabajó sobre los trastornos *en acto* que el trauma pasado comportó. Por eso, un trabajo que prepare al niño a la experiencia adoptiva puede prevenir —o al menos mitigar— serios problemas que podrían dañar de manera irreversible las relaciones en la nueva familia. Respecto del dramático tema de la llamada «devolución» de hijos adoptivos, asistimos a un reciente intercambio de estudios, entre los que señalo el libro *Fracasos adoptivos* (2001) a cargo de Piero Galli, de notable riqueza clínica demostrada a partir de casos esclarecedores.

A continuación expongo una situación extraída de nuestra casuística, que tomada a tiempo se pudo concluir positivamente.

Francisco era un niño de 10 años, adoptado desde hacía tres por una pareja sin hijos. cursaba quinto año de educación básica, con serios problemas de aprendizaje y de comportamiento. La madre pidió ayuda a la asistente social del servicio local de neuropsiquiatría infantil. Estaba agotada porque el hijo era extremadamente demandante hacia ella, pero a veces la rechazaba bruscamente y otras escapaba de casa (la familia vivía en el campo, junto a un lago), vagabundeando a la vista de la casa, pero se negaba a responder cuando lo llamaban. La colega escuchó al niño, que parecía cargado de rencor hacia los padres: «Si me adoptaron para darme golpes, podrían haberme dejado en el centro». La profesional exploró con cautela el tema de un posible exceso de severidad educativa por parte de los cónyuges y los dos estuvieron de acuerdo

en que ambos habían perdido varias veces la paciencia. El padre se declaró muy asustado: el niño amenazó a la madre con un cuchillo en la mano. Él iba a trabajar preocupado por dejar a la esposa sola con Francisco, telefoneaba y pasaba por casa continuamente por la tarde para controlar. Por la noche dormían con la puerta de su habitación cerrada con llave. La asistente social quedó perpleja y pidió una consulta al CbM. Tras analizar detenidamente el caso, acordamos hacernos cargo de él en un contexto espontáneo, con una advertencia clara a los padres de que el trabajo sería progresivamente compartido con la asistente social y que se recurriría al Tribunal de Menores de verificarse alguna situación extrema. En nuestro proyecto de trabajo interno decidimos empezar por una consulta familiar, postergando la observación individual del niño por un tiempo, puesto que el riesgo de que fuera visto como paciente era ya de su incumbencia. La actitud de colaboración por parte de la familia fue una bocanada de aire fresco para quienes, como nosotros, estamos habituados a chocar contra el muro de la negación. Emergió fácilmente la difícil historia de la madre: hija gravemente descuidada por sus padres, sometida desde muy joven a una histerectomía con la vivencia de que la cirugía podría haberse evitado si su madre la hubiese acompañado y cuidado. El marido estaba muy motivado respecto a las necesidades de la esposa, que él mismo se proponía reparar, pero también pretendía que los suegros se hicieran cargo. Desde hacía años realizaba un paciente trabajo de mediación con ellos.

Era justamente en la relación entre la esposa y sus padres en la que tenía su origen el maltrato hacia Francisco: la abuela era extremadamente crítica con el nieto, acogido más bien de mala gana en el círculo familiar, e instigaba a la hija contra el niño, empujándola a ser menos indulgente y menos permisiva. Ambos padres empezaron por ello a reaccionar con excesiva intolerancia a la desobediencia del niño y a su rechazo a hacer los deberes escolares: ella porque Francisco dificultaba la relación con sus padres, y el marido porque ponía en dificultad a la esposa y eso despertaba en él su rol de salvador de la mujer.

Sin embargo, el reconocimiento de los padres y una gradual puesta en evidencia de distintos comportamientos, no se correspondió con el simultáneo mejoramiento del niño que esperábamos. Es más, en el curso de las reuniones individuales de verificación y de balance que la asistente social acordó tener con él periódicamente, se lamentaba cada vez más de la violencia tanto del padre como de la madre. Incluso adquirió la costumbre de llamar por teléfono a la asistente para que corriera a casa a defenderlo. Acusar simplemente a Francisco de exagerar las cosas parecía imprudente, porque de esa forma podría llevarlo a incluir también a la asistente social en el grupo de los perseguidores.

Ella, en cambio, se convenció cada vez más (y nosotros con ella) de que efectivamente en las acusaciones del niño había una buena dosis de dramatización, atestiguada también por una estudiante que se introdujo en el hogar para ayudar a la madre con las tareas escolares de Francisco.

Ahora parecía el momento justo para encaminar a Francisco en las reuniones psicodiagnósticas individuales, ya que el reconocimiento de los padres de sus propios errores y el esfuerzo evidente para modificarlos atenuó en el chico los sentimientos de persecución del tipo «todos están contra mí, no me creen, me quieren hacer pasar por loco», sentimientos que inicialmente eran fundados, pero ya no lo eran. Los resultados fueron muy esclarecedores sobre dos aspectos: en primer lugar nos confirmaron una impresión, que el rechazo del niño a esmerarse en el estudio se debía a su escasa dotación intelectual y a dificultades instrumentales importantes (dislexia, disgrafía). El juicio de las maestras: «Podría hacer más, pero no se esfuerza» era, lamentablemente, erróneo. No se esforzaba porque veía que no lograba hacerlo bien, y se sustraía de ese modo a un sentimiento de frustración grave. El segundo aspecto que se aclaró fue que la severidad de los padres respecto al flojo trabajo escolar era (comprensiblemente) interpretada por el niño como un signo de la escasa empatía de sus padres adoptivos, de su falta de afecto, en síntesis: de su maltrato. Este complejo de sentimientos hizo emerger las pasadas experiencias de maltrato grave que Francisco vivió de muy pequeño en la familia biológica de la que por esa razón fue alejado. En las sesiones anteriores a la consulta individual, la evocación de aquellas lejanas vivencias no dio ningún fruto: retomarlas en el marco de este cuadro global, que les atribuía una actualidad ineludible, fue resolutivo. Lentamente, el trabajo con la familia se concluyó, después de haber apoyado a los padres frente a la caída de sus ilusiones de tener un hijo dotado, pero desganado, que dio lugar a la frustración ante la realidad objetiva de un niño

que tenía limitaciones. *El cierre del trabajo familiar dejó paso al tratamiento individual del niño*, que afrontó temas de su pasado que hasta ese momento habían quedado sepultados.

En esta situación, la terapia individual del chico, un preadolescente de 11 años, no se dirigió a un menor que se había quedado solo, con el fin de favorecer los procesos de elaboración del duelo. Por el contrario, fue una intervención de curación sobre los mecanismos de deformación de la personalidad consiguientes a los traumas sufridos, que tenía, entre otros, el objetivo de reforzar su proceso de afiliación. Veremos algún ejemplo de esta intervención centrada sobre el menor en el próximo capítulo, dedicado a la fase de la terapia.

EL PRONÓSTICO POSITIVO: HACIA EL REGRESO A CASA

He preferido tratar en primer lugar el pronóstico negativo, ya que representa la posibilidad más pesada para los evaluadores, que deben resignarse al hecho de que una parte de sus pacientes se revele irrecuperable.

Dediquémonos ahora a la situación más favorable, aquella en la que nuestro pronóstico resulte positivo, ya que podemos contar, como vimos en el primer párrafo de este capítulo, tanto con la interrupción del daño, con la aparición de nuevos comportamientos de parentalidad, observados incluso fuera de las sesiones por quien ejerce el control sobre los resultados de nuestro trabajo, como con la posibilidad de tratamiento de los padres, testimoniada por el reconocimiento del daño mismo y por el acceso a un pensamiento psicológico acerca del sentido del propio comportamiento. La sexta fase de nuestro recorrido concluye, pues, con un informe positivo al juez, que contiene, por un lado, el compromiso de seguir un tratamiento del que hablaremos en el próximo capítulo, y por otro, una propuesta relativa a la atenuación de la medida de protección.

La mayoría de los casos que nos llegan para evaluación lo hacen a partir de un régimen de alejamiento del menor —hacia el cual se impone ahora la decisión de si existen o no condiciones para un retorno a casa inmediato—, pero, como hemos dicho, no siempre es así: en otros casos la evaluación se desarrolla con los niños en casa, en presencia de una medida de tutela de los servicios sociales que se concreta con indicaciones que deben seguirse y que muchas veces se acompaña de una intervención educativa domiciliaria.

Generalmente, en estas situaciones la conclusión positiva de la evaluación no se traduce en una modificación sustancial de la medida de protección. Sin embargo, el significado de ésta cambia radicalmente, ya que la red no debe llevar a cabo observaciones cuyo resultado será un material sobre el cual se concretará el pronóstico, sino que está empeñada en una explícita función de apoyo a la parentalidad. Esto hace que, imperceptiblemente, la relación entre educadores domiciliarios y padres se relaje por ambas partes, ya que los educadores se sienten liberados del deber inevitablemente

estresante de controlar los comportamientos de los padres y las manifestaciones del daño en los niños, y los padres, por su parte, perciben que tienen a los educadores de su lado, como colaboradores, en lugar de tener que recibir en su casa a los colaboradores del servicio social. Es como si de ahora en adelante dispusieran de un personal que los sostiene y los representa, como las familias con más recursos económicos, que pueden contar con una niñera contratada o con docentes que acompañan a los niños para ayudarlos con sus tareas escolares. La diferencia con estos últimos es que el personal es proporcionado por el servicio público como forma de ayuda y de subsidio.

La familia Cattaneo nos fue enviada para una evaluación tras la emisión de un decreto que ponía fin a la ubicación en una institución de dos de los cuatro hijos de la pareja y que daba la tutela de todos los menores al servicio, con un apoyo terapéutico individual para los primeros tres y una masiva intervención educativa en el domicilio. La familia era conocida por los servicios sociales desde hacía muchos años. La madre cortó su relación con la familia de origen al casarse aún muy joven con un empleado de su padre, hijo de una familia multiproblemática, objeto de estigma social en el pequeño pueblo donde vivían. Esta mujer se hallaba superada por los numerosos y seguidos embarazos, y descontenta con las relaciones con el marido, a quien a veces pensaba abandonar. Pedía ayuda a la asistente social, pero después rápidamente se arrepentía.

En su difícil relación amorosa, ambos cónyuges habían intentado suicidarse, una vez él y varias ella —una cuando, al nacer el tercer hijo, la madre no logró en absoluto hacerse cargo del bebé—. Los niños alejados fueron los dos varones, el primero y el tercero, cuando tenían ocho y cuatro años, ambos muy inquietos, y el primero objeto de exclusión en la escuela por sus comportamientos perturbadores. Fueron elegidos por ser los más agotadores para la madre y, por tanto, los que generalmente rechazaba; pero los niños sacaron de ello una confirmación de la propia inadecuación y maldad, lo que indujo a los profesionales a volver sobre sus propios pasos. El trabajo evaluativo, que alternó formatos de pareja y de familia, tocó naturalmente los temas de las historias individuales de cada uno de los cónyuges, aunque no logramos obtener la presencia de ninguna de las dos familias ampliadas.

Aquí me limito a decir, para entrar en el tema de la intervención educativa a domicilio, que la conclusión positiva con un proyecto de continuación del tratamiento de toda la familia, que se había ligado mucho a nosotros, se acompañó de una redefinición del rol de los educadores, que hasta ese momento era vivido con sentimientos muy complejos y ambivalentes. Comencemos por los del padre. Éste, hijo de un hombre convicto y de una paciente psiquiátrica, fue criado por dos ancianas tías de su madre, que lo trataron con extrema severidad y con una fuerte presión sobre la adecuación formal (limpieza, ropa, conducta...) con el objetivo de hacer frente a la deshonra que se abatió sobre su familia a causa de las acciones de su desgraciada sobrina. Ahora, la dejadez que la esposa demostraba en la falta de cuidado de la casa y de los hijos lo obligaba a revivir una condición de «caso social», que esperaba haber superado definitivamente al casarse con una chica de buena familia. Eso lo frustró profundamente y lo llevó a vivir con extrema irritación la presencia de extraños en su casa, ya que demostraba inequívocamente a los vecinos su condición de familia asistida.

La señora, por su parte, herida por el desinterés del marido por la situación económica de la familia, viendo que el hombre pasaba tardes enteras jugando a marcianitos en vez de buscarse un segundo empleo con el que compensar sus ingresos insuficientes para sacar adelante con cierta holgura una familia tan numerosa —ella era ama de casa por necesidad—, subrayaba rabiosamente que sin la educadora de los niños no habría sabido qué hacer. De todos modos, eso no significaba que vivenciara positivamente tampoco esta circunstancia. La mujer era consciente de haber «perdido» su condición pequeñoburguesa, que abandonó impulsivamente por amor a un hombre que le prometió «cielo y tierra» —en términos afectivos, era una persona expansiva y sensible, probablemente muy distinta de sus padres fríos— y que ahora añoraba soterradamente, ante la desilusión conyugal.

La elaboración en común de estas vicisitudes, de las expectativas y de las frustraciones de ambos y del deseo aún presente en cada uno de reencontrar al otro, condujo el entorno familiar a cierta serenidad. La mayor dedicación de la pareja a los hijos —sobre todo del padre, con anterioridad más al margen y muy deseado— redujo considerablemente los comportamientos provocadores de éstos y sus demandas de atención expresadas de modo siempre inapropiado. En estas circunstancias, la ambivalencia hacia los educadores mermó lentamente. Por su parte, los esposos empezaron a apreciar la función de mediadores entre los hijos y la colectividad. El ingreso en el primer ciclo de la escuela primaria del tercer hijo —que había puesto en estado de alerta a todo el centro escolar por el temor a que se repitiese con el «segundo Cattaneo» la catastrófica experiencia que se vivió con el «primer Cattaneo», con la movilización de las familias de los otros alumnos— se reveló en cambio indoloro, gracias a la obra atenta y eficaz de la educadora, que acompañó a la madre a las reuniones y vigiló el desarrollo de tareas y la presencia de útiles y libros escolares. Además, favoreció la socialización en los actos extraescolares, de manera que la inserción del pequeño tuvo lugar sin problemas. Gradualmente, la situación se normalizó, aunque continuaron beneficiándose de un aporte tanto pedagógico como psicoterapéutico que integraba el rol afectivo y educativo de los padres.

Medidas de protección intermedias

Normalmente, las situaciones en las que es más delicado decidir qué sugerencia se va a dar al juez en relación con la forma de la nueva medida de protección que sustituirá a la anterior tomada con urgencia —es decir, si atenuarla, cuánto tiempo mantenerla, etcétera— son aquéllas en las que el menor ha sido alejado. En líneas generales, las alternativas en estos casos son tres: el retorno a casa, con alguna forma de control —además del representado por la terapia—, por ejemplo, una asistencia educativa domiciliaria; prolongar la ubicación en un centro o, finalmente, la tutela familiar.

El *regreso a casa* supone, evidentemente, que el riesgo de reincidencia sea muy bajo. La evaluación diagnóstica debe haber traído a la luz la presencia de buenas competencias parentales (paternas) de base, una base emocional del menor sustancialmente adecuada y un daño limitado que pueda adscribirse a una acción inadecuada, tal vez incluso sería, relativamente aislada, desencadenada por una sucesión de circunstancias (por ejemplo, la dificultad de los padres para enfrentarse con una nueva fase del ciclo de vida de la familia) que es improbable que se repita, dado el aumento de la concienciación de los padres y, tal vez, también de los hijos. Exponemos un caso en el que consideramos que era conveniente que los hijos pudieran volver a su casa directamente al término de la evaluación, sin excesivos riesgos.

Diana, de 15 años, y su hermano Tomás fueron alejados de los padres y derivados a un centro después de una denuncia por maltrato realizada por la chica. Acompañada por una amiga y por la madre de ésta, Diana se presentó en una comisaría de policía. De manera simultánea a la medida de alejamiento se abrió una investigación penal a los padres. Cuando llegó el momento de llevar a cabo la primera sesión para la evaluación en el CbM, la situación había cambiado radicalmente: Diana se encontraba muy mal en el centro, donde las normas eran mucho más estrictas que en su casa, y muchas veces era objeto de sanciones por parte de los educadores porque transgredía reiteradamente las reglas. Por ejemplo, volvía más tarde del horario establecido o fumaba porros en el baño, una vez incluso en compañía de un objetor de conciencia

que prestaba servicio en el centro.

Tomás estaba aún más descontento que ella: era un chico de 10 años tímido y sensible, que lloraba desconsolado porque echaba de menos a los padres, y que no vivió en absoluto la iniciativa de la hermana como una bendición, a diferencia de lo que Diana esperaba para ambos.

Entonces los padres adoptaron el enfoque correcto y mantuvieron que la disposición fue exagerada y además fue sobreseída la acusación penal. Dijeron que la culpa era de la hija, que en casa pretendía hacer lo que le daba la gana del mismo modo que ahora lo hacía en el centro, pero que ellos estaban más atentos y más correctos que los educadores, quienes le dejaron hacer lo que quería (refiriéndose al desgraciado caso del porro). Además explicaron que olvidaron que el niño era alérgico, por lo que se le desencadenó una grave crisis de asma. Obviamente, estaban muy resentidos con la madre de la amiga, que apoyó la iniciativa de Diana —que pasaba la noche en su casa con su permiso— sin haber hablado antes con ellos. Y también se sentían heridos por la modalidad de ejecución del decreto, con la policía que llegó con sirenas y uniformes a su casa, poniéndolos en evidencia delante de todo el vecindario, a ellos, que eran una familia respetada. Diana, que aparentaba tener más edad y era una chica guapa, inteligente y con carácter, a estas alturas de los acontecimientos era evidente que no sabía qué hacer. Si se alineaba con los padres contra el centro, de donde quisiera irse cuanto antes, debería tragarse todo lo que había dicho —sus motivos de resentimiento contra sus padres— y su palabra perdería valor. La otra alternativa era persistir en mantener la acusación de que se habían equivocado con su hermano y con ella, pero terminaría completamente aislada en el rol del chivo expiatorio. Su hermano Tomás no la apoyaría y se enemistaría aún más con sus padres, que se asesoraban con abogados, ya que pretendían impugnar el decreto para poder retirarla de la odiada comunidad.

Una primera intervención de redefinición logró calmar un poco los ánimos de todos. Nos encontrábamos seguramente en presencia de una familia globalmente competente: ambos chicos eran los primeros de la clase, Diana incluso era una de las primeras de la escuela superior, además de una buena deportista, y ambos chiquillos se veían bien educados y comunicativos. Incluso los dos padres eran personas de cierto nivel, que habían conseguido con su propio esfuerzo construir una familia sólida, que gozaba de un discreto bienestar, y alcanzar dos posiciones con satisfacción profesional (obrero especializado y enfermera), aun proveniendo ambos de una realidad social y familiar extremadamente limitada en su economía. Nuestra tarea consistió en entender por qué la crisis adolescente de Diana, absolutamente fisiológica, con crecientes reclamaciones de autonomía (moto, discoteca, volver a casa tarde por la noche, salir con chicos), había desencadenado una reacción del todo desproporcionada y violenta, que involucró también a Tomás y condujo a Diana a una rebelión injustificada.

En el curso de las sesiones, el trabajo se articuló sobre dos planos: por una parte, obtener la historia individual de cada uno de los padres. Estas historias nos ayudaron a explicar la intolerancia hacia las demandas de la hija, que era vista como una niña imposible de contentar desde la mirada de dos personas que vivieron una infancia y una adolescencia llena de privaciones y de duros sacrificios —reconstrucción de la vivencia del padre como niño inacabado—. Además, apareció el descontento de la madre porque el marido le dejaba siempre para ella el papel de mala, mostrándose dulce y permisivo con los hijos, para después ir a quejarse a ella si «su hija» dejaba la moto delante de la puerta del garaje donde estaba su automóvil —reconstrucción de la desilusión conyugal.

Por otra parte, realizar un trabajo de contraste a la negación nos condujo a una descripción cada vez más precisa de la acción violenta y el maltrato: no fue un episodio único, como los padres sostenían, sino dos. Tampoco era cierto que se hubieran desencadenado porque la hija golpeara a la madre, provocando la intervención del padre. En realidad Diana dio un empujón a su madre y le causó unos rasguños (además de burlarse de ella), cuando regresó a casa a altas horas de la madrugada, algo que angustió mucho a la madre. La razón de que Diana involucrara a Tomás derivaba del miedo del niño, que no quería quedarse solo en casa desde que entraron ladrones, y estaba sola con él, aunque ella dormía en el piso de arriba. El niño fue al baño, oyó un ruido, y escapó, dejándolo todo sucio y en desorden. Cuando la madre regresó a casa de un turno de trabajo especialmente agotador, encontró al padre, que había regresado también del trabajo y estaba

tranquilamente en el huerto con el hijo. Ni siquiera había despertado a Diana (eran las doce y media de un día de vacaciones), con lo cual no sólo no se encargó de que la hija preparara el almuerzo como habían acordado, sino que tampoco habían puesto la mesa y el baño estaba en el estado ya descrito. La pérdida de control condujo a la mujer al maltrato, esta vez sobre ambos hijos, a quienes el padre —que sintió remordimientos— se asoció.

El trabajo sobre estos dos aspectos permitió que Diana salir de la posición inicial insostenible, ayudó a los padres a llegar al reconocimiento sin perder el valor de su palabra, y permitió experimentar un retorno a prueba para la primera comunión de Tomás. La evaluación se concluyó con un pronóstico positivo y la indicación de un regreso a casa sin la propuesta de medidas intermedias.

La prolongación de la ubicación en un centro se considera una hipótesis válida cuando, por un lado, faltan las condiciones para un retorno inmediato a casa, ya que el cambio de los padres, aunque encaminado, no está aún tan avanzado como para garantizar con suficiente seguridad que el daño no se repetirá y, por otro lado, se juzga que una adaptación en otra familia es una medida que debe evitarse. Hemos ofrecido un ejemplo de esta posibilidad en el caso de Ivana, la hermana de Roberto, en interés de quien realizamos una investigación que concluyó con la sugerencia de una permanencia de algunos meses en la institución y el retorno a casa los fines de semana. Esta indicación se fundó sobre todo en la opinión de la terapeuta de la niña, que consideró que el vínculo entre Ivana y Luisa (su «segunda» madre) debía ser reforzado y no puesto en crisis por la sucesión de una nueva sustituta materna, ya que estábamos en presencia de una niña muy frágil y con experiencias de apego en el pasado un tanto desastrosas (una madre simbiótica que desapareció, una abuela que la sucedió y que abiertamente la rechazó). En segundo lugar, la buena relación de confianza y de apoyo que una pequeña tan reservada y distante había podido experimentar con una educadora especialmente afectiva e intuitiva pareció otro factor protector que se hacía necesario mantener.

Aparentemente distinta, pero respondiendo a idénticos criterios, fue la propuesta que se formuló para Jessica y Jason, los hijos de Ana, que al término de nuestra evaluación con pronóstico positivo se encontraban con ella en el centro para madres drogodependientes. Era ya principios de verano y la mujer, que había entrado en el centro en los primeros días de febrero (finales del invierno), presionó para poder volver pronto a casa, para que los hijos iniciaran el nuevo año escolar en la escuela de su barrio. Nuestra evaluación respecto a los tiempos se sometió a juicio del centro, que consideró demasiado breve e incompleto el proceso de rehabilitación cumplido por Ana, a pesar de los resultados indudablemente rápidos y satisfactorios que había obtenido, y sugirió que para ser dada de alta sería necesario esperar hasta febrero, y completar así un año de permanencia. Hacer salir a los niños del centro para una breve tutela familiar no parecía una intervención sensata, ya que el vínculo con la madre mejoraba cada vez más (recordemos la frase de Jessica: «yo siempre lo supe —que te drogabas—, pero quería que tú me lo dijeras»).

La *tutela familiar* debe tenerse en cuenta cuando se plantea la hipótesis de que el tiempo requerido para que el tratamiento del progenitor haga posible el retorno del niño a la familia será largo, y se pretenda entonces librar al menor de los daños provocados por la institucionalización.

Éste es el caso de Nino (el niño de Mónica, que regresó a la casa de sus padres para echar al padre violento). Nino aún no había cumplido cinco años y tendría que esperar mucho hasta que la madre pudiera ocuparse de él adecuadamente.

No informamos de la evaluación de Nicolás, su padre, que se concluyó con un pronóstico de irrecuperabilidad. A pesar de todos nuestros esfuerzos y de las diferentes articulaciones de formatos que se aplicaron, la convocatoria por parte de su madre y en otra ocasión de su hermana mayor, el hombre no logró desvincularse de su posición de partida. Tampoco podía imputársele nada, no había hecho nada malo, todo lo ocurrido era culpa de Mónica, y nosotros incluso le dispensamos un trato de favor, permitiéndole estar en un centro con el hijo. Sus visitas al centro estuvieron impregnadas de sentimientos de persecución y de desconfianza, por lo que no logró interactuar con Nino, ni jugando ni hablando con él. Estaba muy resentido a raíz de que Mónica tuviese permiso del servicio de tutela para que su novio, Eugenio («aquel drogadicto»), viniese también él a visitar a Nino, que lo quería mucho. Fracasó asimismo un intento de mediación conyugal: después de insistir mil veces, sólo logramos obtener la presencia en una única sesión de los dos ex cónyuges juntos, para trabajar sobre una de las preocupaciones del perito, la persistencia de un agudísimo conflicto casi tres años después de la separación, pero Nicolás rechazó incluso tomar asiento, ya que temió ponerse implícitamente al mismo nivel que su ex mujer.

También en este caso se podría aconsejar al perito que considerara como medida de protección, durante el tiempo necesario para el tratamiento de Mónica, el centro madre-niño, como en la situación de Ana. Pero Mónica, a pesar de ser más bien sensible al tema de las normas que había que «sufrir», rechazó con franqueza la propuesta; por otra parte, un acontecimiento sucedido en las últimas semanas que precedieron a su salida de la institución (se recordará que debía salir al cabo de seis meses porque era el tiempo que cubría su cuota, dejando al niño en el CbM) nos desaconsejó insistir. Ocurrió que a una educadora por quien Mónica sentía un apego particular, porque además de ser muy capaz y simpática usaba una vestimenta y un estilo un tanto alternativo mediante el cual ella pudo identificarse más fácilmente, le faltaron pequeñas sumas de dinero en repetidas ocasiones. En un momento dado resultó evidente que la responsable de los robos sólo podía ser Mónica, quien, al ser interrogada por la educadora con mucho tacto, pero con decisión, lo admitió. «¿Por qué lo hiciste, Mónica?», le preguntó la educadora. «Porque tú te ocupas más de Nino que de mí», fue la significativa respuesta. Las profundas y arraigadas carencias maternas de la chica la volvían celosa hasta de su propio hijo. Incluso si hubiese sido llevada, no a una comunidad para menores como la nuestra, sino a una para madres (si lo hubiese aceptado), probablemente el problema se hubiera vuelto a presentar.

Por este motivo, se propuso para Nino la tutela familiar de un año y medio de duración, hasta el inicio de la escuela primaria, con la previsión de un retorno a casa con la madre y una reglamentación de las relaciones con los padres diferenciada: visitas quincenales a la madre, que establecería con los tutores una relación de conocimiento y de colaboración; visitas mensuales protegidas y en lugar neutro para el padre, ya que la interrupción de las relaciones parecía irreal, en una condición logística como la de ellos, que vivían en el mismo barrio, ya que habría expuesto a Nino y a Mónica a un riesgo mayor de incursiones por parte de Nicolás. El perito apoyó la propuesta y el juez de separación dispuso en este sentido.

Tal vez se pueda pensar que hemos vuelto al punto de partida, después de todo este despilfarro de energías (y de dinero), recordando que el juez de separación ya decidió en su momento una acogida familiar para el niño, a la cual los servicios habían objetado. Sin embargo, se trató esta vez de una acogida a término, con una fecha de retorno a casa precisa, y no de una acogida *sine die* para un niño de cuatro años, cuando la alternativa de la adopción no podía aún descartarse.

La acogida (la tutela): continuidad y doble pertenencia

Recuerdo esta última observación sobre acogida y adopción como intervenciones alternativas para retomar la comparación sobre estas dos instituciones que hemos iniciado. De hecho, creo que es conveniente considerarlas como dos caras de una misma moneda, sin contraponerlas, sino sopesando cada vez cuál se corresponde a un niño concreto, hijo de dos padres concretos. Hemos dicho que la elección de una u otra implica anteponer, bien la dimensión de la pertenencia a costa de la continuidad, como se sucede en la adopción, bien viceversa, en el caso de la acogida. Si para un niño adoptado el cambio de apellido instituye la ruptura con el pasado y la rescisión de los viejos lazos, con lo cual se convierte en hijo de otros padres, para el niño en acogida (tutela) la conservación del apellido significa que sigue siendo la misma persona que antes; no se modifica su identidad y continúa siendo el hijo de sus padres, aunque haya sido confiado a otros que lo tratarán «como» a un hijo, aunque no lo sea ni lo será nunca. El detalle del apellido no es en absoluto trivial: son innumerables los niños en acogida que en un momento determinado manifiestan el deseo de asumir el apellido de sus tutores, borran el propio de sus cuadernos de escuela, dudan en invitar a casa a sus compañeros para que no descubran que las personas que les hacen de padres no tienen su mismo apellido...

Bárbara, en primer año de la escuela media, colocada en acogida familiar con la interrupción de las relaciones con los padres, rápidamente correspondió al deseo de los tutores, sin hijos, de convertirse en su hija. En la escuela soportaba sin problemas que se presentase la madre tutelar, que solía utilizar su apellido de soltera, pero no el padre, porque hubiera sido descubierta por sus amigos: el apellido de él habría dejado al descubierto su secreto de no ser su hija.

Hemos visto cuáles son las desventajas de la adopción, ya que implica la ruptura de la continuidad. ¿Cuáles son los riesgos de la acogida en el plano de la pertenencia? Uno es el de hacer crecer a un niño en una condición de «hijo de nadie», ya que no pertenece ni a la familia natural, de la que vive separado, ni a la acogedora, que no se convierte definitivamente en su familia a todos los efectos, o bien en una condición de «doble pertenencia», con los problemas de lealtad que ello comporta, cuando el niño percibe los dos vínculos en conflicto el uno con el otro.

Un reciente estudio sobre apegos múltiples (Cassibba, 2003) ha explorado las diferentes situaciones en las que un niño puede crecer en el seno de más de una familia. El caso más simple es el de dos familias que se generan a partir de una separación y las uniones siguientes de las dos ex parejas: el niño no necesariamente presenta daños de esta experiencia. El test «de la doble luna» (Greco, 1999) se ideó para recoger a través de una representación gráfica las vivencias de los menores que pertenecen a dos sistemas de relaciones diferentes, ambas significativas, como evidencia el hecho de que esta condición es cada vez más frecuente y requiere nuestra atención.

Por lo que concierne específicamente al niño en acogida, me parece que la garantía de que la condición en la que lo ponemos sea vivible para él es que su pertenencia principal sea *una*. Su familia natural, aquella en la que nació y a la cual retornará, son y seguirán siendo sus únicos padres, mientras que los tutores desempeñarán con relación a ellos un rol vicariante e integrativo, no sustitutivo. Naturalmente, no podemos esconder el hecho de que en este campo las certezas y las normas absolutas no existen, por lo que hay lugar también para las acogidas *sine die*, que deben reservarse a situaciones excepcionales, de las cuales hablamos en el apartado dedicado a la adopción. Mencionamos que somos conscientes de haber desnaturalizado la finalidad intrínseca de la acogida, que es su transitoriedad y el hecho de ser una familia «de más», llevándola a ser una familia estable «en lugar de», «en vez de» la biológica.

Los diversos tipos de acogida y la modalidad para proyectar y gestionar la acogida familiar en el interior del contexto de la tutela están descritos óptimamente en el capítulo de Ghezzi dedicado a este tema en el libro ya citado varias veces (Ghezzi y Vadilonga, 1996) y sería inoportuno retomarlos. Pero me interesa subrayar algo que me ha impactado a menudo en los modelos organizativos de los servicios sociosanitarios: sucede que los servicios de tutela para los menores y los servicios de acogida son gestionados de manera separada, como si se ocuparan de dos problemáticas distintas. A mi modo de ver, no pueden funcionar sino en estrecha conexión. En primer lugar, si se exceptúa una porción limitadísima de la ya limitada parte de las acogidas, que es sobre base consensual, las acogidas son medidas de protección destinadas a menores mal atendidos, maltratados y que han sufrido abusos. Por tanto, el servicio de acogidas debe considerarse un recurso que actúa para el servicio de tutela de menores.

En segundo lugar (y a la inversa), no puede procederse a una acogida si antes no hemos establecido la recuperabilidad o no de los padres, esto es, según establece la ley, si no hemos determinado que las dificultades que impiden a los padres ocuparse del hijo son «temporales» y no hemos definido los tiempos necesarios para que estos padres cambien, de manera que el hijo pueda volver a casa. El servicio de evaluación debe considerarse un recurso en cada proyecto de acogida. No he cambiado de idea respecto a lo que escribí en mi viejo libro (*Niños maltratados*) en cuanto a que la tutela del menor y la recuperación de su familia deben estar a cargo del servicio local, garantizando aquella continuidad de la que hablamos en varias ocasiones como una característica preciosa del sistema asistencial, mientras que el servicio de acogidas debe ocuparse de lo inherente a la familia acogedora, que se propone como un recurso en el ámbito de un contexto de tutela más amplio.

El informe al tribunal

Hemos llegado al momento en que nuestro trabajo pronóstico ha concluido. Se trata

ahora de referir el resultado al tribunal. Es un momento solemne, que produce en los presentes la aceleración de los latidos del corazón. Ellos esperan del equipo de evaluadores un tipo de sentencia que influirá ciertamente en el «veredicto» de la Cámara de Consejo, pero que no deja de suscitar cierta ansiedad también en el evaluador. En nuestra praxis, el informe es redactado por el psicólogo que dirigió directamente las sesiones, y después es sometido al tamiz de los dos colegas del equipo para posibles integraciones y correcciones. Entonces, el evaluador recoge todo el material, en particular las transcripciones de las sesiones efectuadas cada vez (en el CbM podemos contar con los psicólogos principiantes que asumen esta preciosa función de «recordar»), las actualizaciones de nuestra asistente social entre una sesión y otra, y las noticias del centro, del asistente social del ente acogedor, etcétera, así como los posibles informes de actualización provenientes de colegas de otros servicios. Con todo este fajo de papeles, el evaluador se encierra en casa durante un fin de semana, recoge las ideas, se arma de coraje y escribe.

En el momento de redactar el informe es necesario pensar en quién lo leerá: por un lado, el juez que nos lo encargó, generalmente a través del ASL, que es el destinatario oficial del informe y que se ocupará de transmitirlo al tribunal; por otro lado, el usuario, a quien le llegará una copia a través del ASL. Esta praxis responde al principio de transparencia y evita al usuario tener que recurrir a un abogado para tener acceso al documento, con lo que agiliza el trámite burocrático a favor de una relación más personal y directa entre los profesionales y la familia.

Tener presentes a dos lectores de nuestro escrito tan distintos plantea, obviamente, un problema de lenguaje. Por respeto al tribunal no podemos utilizar una forma verbal desprolija, ni siquiera demasiado coloquial; pero al mismo tiempo, para que el contenido sea entendido por el usuario, generalmente con un nivel cultural muy pobre, es necesario que la expresión sea simple y prescindida de tecnicismos. Considero que el esfuerzo de adecuar el lenguaje representa un ejercicio beneficioso para el profesional que está habituado a comunicar lo que piensa sin demasiados circunloquios, con cierto coraje respecto a las posiciones que asume, que deberá también saber mantener en el momento de comunicarlo cara a cara al usuario. De hecho, es nuestra costumbre, antes de enviar el informe al ASL, fijar una sesión de conclusión con la familia en la que damos lectura a nuestro escrito, dispuestos a ser interrumpidos en cada paso que requiera una explicación o una aclaración.

Esto hace que el informe que finalmente se envía al tribunal asuma también el carácter de un reforzamiento de la intervención clínica desarrollada hasta ese momento. Para personas que generalmente se ven como desoladamente anónimas, sin historia, el hecho de que sus vicisitudes personales y familiares hayan sido minuciosamente recogidas por el evaluador y relatadas detalladamente por éste a un juez asume muchas veces una gran

importancia. Digo siempre que nuestros informes se parecen a las tramas de una novela, o más bien a un guión de telenovelas —de las que los personajes han sido desclasados social y económicamente—, en las que la narrativa está llena de sorpresas y las emociones en juego son fuertes y cautivantes.

Sin embargo, la historia necesita un marco. Habrá que referir al juez cómo se han desarrollado nuestras operaciones. Debemos elaborar una lista de las visitas domiciliarias, las reuniones preliminares y las sesiones realizadas, explicitando quién participó y quién fue convocado pero no se presentó. Además, habrá que tener presente que el informe debe lograr armonizar en el relato dos historias: la historia de la familia, escrita para restituir un sentido más rico y complejo a la vicisitud de maltrato, y la historia de la relación entre la familia y el equipo, que motivó las conclusiones pronósticas a las cuales se habrá llegado. Desde este punto de vista, como ya hemos dicho, el informe que enviamos está lejos de ser objetivo y neutral; es más bien el balance del esfuerzo clínico de los profesionales y la comunicación a la magistratura de la disposición a tratar a los padres o de la resignación al fracaso.

Obviamente, los pasajes sobre los que se fundan las consideraciones de conclusión deben ser expresados de manera explícita, para que las conclusiones mismas puedan resultar convincentes para el juez. Como se verá en el capítulo 7, en el apartado dedicado a los resultados, en la inmensa mayoría de los casos nuestras argumentaciones resultaron efectivamente convincentes a la Cámara de Consejo, que emitió su decreto teniéndolas sustancialmente en cuenta.

Presentaré ahora un informe, a título de ejemplo. No he podido utilizar un caso ya relatado, puesto que habrían resultado reiterativas demasiadas cosas, ya que al exponer la historia de cada caso la he recorrido para el lector exactamente del mismo modo en que la habría resumido para el tribunal.

Se tratará entonces de una situación distinta a las anteriores. El informe, un poco vetusto en concepción y en forma, no me satisface del todo, pero para el lector tendrá el interés de ser una historia nueva.

La familia nos llegó directamente del tribunal, por indicación del Servicio de Salud Mental de la zona, que tenía a cargo a Simona. Transcribiré a continuación el informe médico que nos envió el servicio.

Paciente: Simona M., de 17 años y 10 meses. Obtuvo el título de estudios en la escuela media e inició la formación de peluquería, pero la interrumpió.

Núcleo familiar: Vito M., padre, de 44 años (en la actualidad detenido en la casa de detención de XY).

Juana R., madre, de 40 años, servicio doméstico.

Pino M., hermano, de 20 años, aprendiz de repostería.

Cyntia M., hermana, de 15 años, con título de estudios de escuela media.

La hija mayor murió a los dos años y medio de edad por una afección cardíaca.

Con la familia vivía también el padre de la señora R., jubilado, de 68 años.

Diagnóstico DSM-III: retraso mental leve.
Trastorno de la conducta.

Simona presentó un retraso del desarrollo intelectual y psicomotor, con dificultades en su trabajo escolar y comportamiento problemático en la escuela y en la familia desde la edad de seis años. En particular manifestó a menudo agresividad y celos hacia la hermana Cyntia, también afectada de retraso mental. Desde hacía muchos años el padre consumía bebidas alcohólicas en exceso y las condiciones socioeconómicas de la familia eran modestas.

Por estos problemas, Simona fue remitida desde el primer año de la escuela primaria a los servicios de medicina escolar y de psicología evolutiva, que desarrollaron intervenciones de apoyo psicológico hacia las niñas y de asesoramiento psicológico para las maestras.

Se proyectó más de una vez realizar un tratamiento psicomotor de grupo, pero nunca se concretó. La colaboración de la madre —única familiar con la que los servicios se relacionaron— fue juzgada por los profesionales con quienes entró en contacto como limitada e inconstante.

Desde los 12 años el comportamiento de Simona, si bien siempre problemático, se normalizó relativamente y cesaron los contactos entre ella y los servicios.

Dos años atrás, en enero, se verificó un suceso traumático. La madre de Simona decidió denunciar al marido por violencia sexual contra la hija y se dirigió después al servicio social del municipio.

La demanda de la madre al servicio social fue inicialmente una ayuda económica por no contar con el sueldo del marido, que después de ser denunciado fue encarcelado.

La asistente social, a quien se planteó el caso, procedió a profundizar en la situación. La madre explicó que desde el inicio del matrimonio, hacía más de veinte años, el marido manifestó comportamientos sexuales peculiares: se masturbaba frente a los hijos, espiaba a los vecinos por la ventana buscando encontrar situaciones íntimas, e incluso intentó tener relaciones sexuales con la suegra. Desde que Simona cumplió siete u ocho años empezó a tener conductas sexuales hacia ella. Según la madre, la niña, a diferencia de la hermana, lo «provocaba». La señora describió estos episodios de manera minuciosa y detallada, y dijo que había encubierto al marido durante años con la esperanza de que se produjera un cambio natural. Sin embargo, para proteger a las hijas ejerció una guardia continua, día y noche, cuando el marido estaba en casa.

En un momento dado, cansada de la situación y frente a la insistencia cada vez mayor del marido en los abusos sexuales hacia Simona, la madre decidió poner la denuncia. Por otra parte, ella siempre mantuvo no estar segura de que el marido hubiese tenido relaciones sexuales completas con la niña. Las investigaciones médicas realizadas a continuación de la denuncia excluyeron que hubiera habido relaciones sexuales completas.

La situación del padre de Simona, llevada ante el juez, concluyó tras un breve proceso con una condena de siete años de reclusión y cierta notoriedad en la prensa.

Mientras tanto, Simona fue derivada para recibir apoyo psicológico a la psicóloga del consultorio familiar, que inició una serie de reuniones individuales con ella.

A partir de marzo-abril, la actitud de la madre hacia el marido cambió rápidamente, sin que los motivos de este cambio fuesen claros para los servicios que seguían el caso. Pareció, de hecho, que la señora M., preocupada por las consecuencias penales de su gesto, decidió desistir de los proyectos de separación formulados y quiso perdonar al marido, con quien, desde el momento de la encarcelación, mantenía una intensa correspondencia y lo iba a ver cuando era posible.

En muchos de los encuentros en la cárcel participó también Simona.

En el mes de mayo del mismo año, Simona empezó a poner en marcha una serie de comportamientos escandalosos y destructivos que desde entonces se convirtieron en una característica constante de su modo de actuar.

Sin entrar en detalle de los numerosos episodios que en esos dos años se verificaron —que tuvieron además un carácter de marcada repetitividad—, indicaré las características esenciales:

- 1) Fugas repentinas con vagabundeos en los lugares más disparatados.
- 2) Amenazas con gestos de autolesionarse.
- 3) Agresiones físicas y verbales hacia las personas de su entorno o hacia extraños.
- 4) Comportamientos alterados en lugares públicos (por ejemplo, acostarse en medio de la calle o amenazar a los transeúntes frente a una comisaría de policía).
- 5) Episodios de intensa agitación psicomotriz.

La mayoría de estos episodios concluyeron con la intervención de la fuerza pública o de una ambulancia llamada por los transeúntes. Por lo general, la misma Simona se presentaba ante la policía o paraba a la gente contando historias de incierta verosimilitud (como haber sido agredida, drogada o violada). La madre puso entonces una denuncia, a fin de que también los extraños —y no sólo el marido— fueran arrestados. El proceso contra uno de estos individuos estaba en curso. Estos comportamientos causaron a menudo la intervención de varios organismos en Milán y en los alrededores y dirigieron a Simona a internamientos en el ámbito psiquiátrico. La situación se agravó tanto que durante todo el año pasado Simona permaneció gran parte del tiempo internada en Psiquiatría. Cada vez que se la daba de alta, al cabo de apenas días o incluso de horas, reaparecían anomalías de comportamiento que redirigían a Simona al hospital, muchas veces por voluntad propia.

También en el interior de la sala donde estaba internada, Simona muchas veces manifestaba actitudes violentas y destructivas; por ejemplo, con un empujón causó la caída de una anciana hospitalizada y le ocasionó una fractura de la pierna.

Naturalmente, entre el personal de asistencia se instauró una actitud de rechazo y de hostilidad hacia ella, con choques y tensiones recíprocas. Se puede decir que la chica se convirtió en una pesadilla para los profesionales que tendrían que haberla ayudado.

El Tribunal de Menores decidió entonces el alejamiento de Simona de su familia y los servicios sociales iniciaron la búsqueda de una comunidad en la que ingresarla.

En esta fase, el Servicio de Salud Mental fue involucrado en la gestión del caso, con escasísimos resultados, dada también la dificultad para entrar en contacto con Simona, que estaba en fuga o internada. Tres internamientos en un centro fracasaron, y el cuarto intento se preparó con enorme cuidado y esmero por parte del Servicio de Salud Mental y tuvo un resultado bastante positivo. Simona fue ingresada en el centro XY, donde consiguió permanecer hasta hace unas semanas, mostrando una atenuación de los aspectos más evidentemente perturbadores de su comportamiento. Pero hace unas semanas Simona regresó a casa, tras declarar que no quería estar más en el centro (el tribunal revocó por solicitud mía el decreto de alejamiento, dejando a los servicios libres para decidir si Simona podría estar en casa o no). Su comportamiento ha sido últimamente bastante adecuado. Desde hace un tiempo se le han suspendido los fármacos antipsicóticos prescritos durante los ingresos, cuya eficacia se había demostrado dudosa.

El psiquiatra, doctor XY

He aquí el informe que enviamos al Tribunal de Menores seis meses después. Simona, mientras tanto, alcanzó la mayoría de edad.

El informe fue dirigido a la familia y dado a conocer al colega del Servicio de Salud Mental, a la asistente social a la cual fue confiada la hermana menor, Cyntia, y a la psicóloga del Servicio para el Desarrollo Evolutivo que tenía a cargo a la propia Cyntia.

Distinguido señor juez:

En relación con el encargo que el Tribunal de Menores nos ha conferido de efectuar una evaluación de la situación familiar de las chicas Simona y Cyntia M., le informamos de nuestras conclusiones relativas a esta fase de nuestro trabajo.

Hemos efectuado diez encuentros: una visita domiciliaria de nuestra asistente social (con fecha 6/9), quien habló con la señora M., su padre y los hijos Pino y Cyntia (Simona se había alejado de casa); una visita de ésta en la cárcel al señor M. (en la misma fecha). Más adelante el señor M. fue beneficiado con permisos del juez de vigilancia que le permitieron estar presente en los encuentros en el CbM.

- En una primera sesión de evaluación (con fecha 11/9), con la presencia de todos los servicios, en el domicilio, en la que participaron los padres y las hijas, estaba Pino ausente por motivos de trabajo.
- Una segunda (con fecha 18/9) con toda la familia.
- Una tercera (con fecha 2/10) con la pareja de los padres (los tres hijos, invitados, no se presentaron).
- Una cuarta (con fecha 9/10) sólo con Simona.
- Una quinta (con fecha 30/10) con la pareja de padres y el abuelo.
- Una sexta (con fecha 21/11) con Pino y Cyntia (Simona se negó a participar).
- Una séptima (con fecha 27/11) con los padres y Simona (Pino y Cyntia no se presentaron).
- Una octava (con fecha 15/1) con los padres, Pino y Cyntia (Simona no quiso presentarse).

Entre tanto hubo también numerosos contactos telefónicos entre nuestra asistente social y la señora M.; entre ésta y Simona, y uno entre quien suscribe y Simona.

Los datos que hemos recogido pueden encuadrarse como sigue:

La vida de la familia M. está estrechamente entrelazada a la vida de la familia de la señora, y las vicisitudes de la una y de la otra han de comprenderse juntas.

La señora Juana pasó gran parte de la infancia sola en Palermo con la madre, ya que el padre trabajaba en el extranjero. Consideró una gran desgracia haber sido obligada a seguirlo a Milán con la madre, y al mudarse, haber perdido cierta libertad, así como haber experimentado dificultades de inserción escolar y social. Todavía reprocha amargamente al padre haberle impuesto el noviazgo con Vito cuando tenía sólo 14 años; hacía poco que se conocían. A su vez, el padre le reprocha haberse empeñado en casarse con él (antes de haber cumplido los 18 años) cuando ya habían surgido las primeras incomprensiones entre ambos.

De todos modos, parece que hasta la muerte de la propia madre (acaecida tres años atrás), durante las discusiones entre los padres, la señora Juana daba sustancialmente la razón al padre, y había empezado a darse cuenta de lo procaz que era a partir de la muerte de su madre, cuando empezó a dirigir hacia ella sus reproches.

La señora atribuyó a su padre la culpa de haber encaminado al yerno, Vito, a beber y por ello ser culpable del origen de las desgracias de la familia.

El alcoholismo del señor M. y la violencia en el seno familiar surgió enseguida después del matrimonio. En un momento muy dramático de los encuentros, la señora evocó un episodio en el que ella, que estaba amamantando a la primogénita, Lucía, intentó de manera insistente despertar al marido, borracho, que debía ir a trabajar, y él le dio un golpe que lastimó a la criatura.

Aunque la niña murió un tiempo después, a raíz de problemas cardíacos, la señora puso en relación este episodio con la muerte de la pequeña.

La infancia de los niños se ha desarrollado en una casa en la que la madre, ausente por trabajo durante gran parte de la jornada, estaba además permanentemente insatisfecha y enojada, tanto con el marido como con los propios padres.

Los abuelos han sido las figuras afectivas estables de la vida de los niños, como todavía recuerda Pino, y como queda demostrado por el hecho de que Simona pidiera ayuda a la abuela y no a la madre frente al primer episodio de molestia por parte del padre, acaecido cuando tenía siete años.

Durante años, la señora intentó por todos los medios hacer que el marido dejara de beber. Pidió ayuda a los familiares de él, pero fue inútil.

Ella consideraba que los comportamientos sexuales desviados que el marido comenzaba a tener eran motivados exclusivamente por el alcoholismo y luchaba contra eso, tratando de vigilar a las niñas y mantenerlas lejos del padre.

Pretendía mantener la familia unida a toda costa; parece que también su madre (ella misma objeto de violencia por parte del yerno, el año anterior a su muerte) la disuadió de la denuncia y del escándalo consiguiente.

Nos parece que en el comportamiento de la señora ha estado presente un aspecto vengativo contra el padre, como diciéndole: «Mira en qué tremendo lío me has metido, pero no te daré la satisfacción de liberarme separándome de ti, sino que me hundiré hasta el cuello».

Así, mientras Simona podía interpretar la decisión de la madre de permanecer con el marido como un signo de apego a él superior a cualquier otro sentimiento, a nosotros nos parecía que el sentimiento principal de la señora era la rabia, ya que el padre le había arruinado la vida.

El abuso sexual, por lo tanto, parecía haberse desarrollado en una familia en la que:

- 1) La relación marido/mujer era muy conflictiva. El alcoholismo del marido puede ser visto también como una reacción al desprecio del que se sentía objeto por parte de la mujer, absorbida por la guerra con sus padres.
- 2) La relación madre/hija era fría y distante. La madre recordaba los celos de Simona al nacer la hermana, y el hecho de que no le obedeciera cuando intentaba mantenerla lejos del padre. Simona recordaba que la madre la amenazaba y le prohibía hablar de abusos fuera de la familia (la muchacha refirió haberse dirigido a la línea telefónica de asistencia a la mujer víctima de abusos, que le aconsejó denunciar, y haberlo hablado con la madre).
- 3) En la relación con los hijos, el padre, al que censuraban por su alcoholismo, parecía probablemente más alegre y amable que la madre. Simona aceptaba bailar con él «como dos enamorados», aunque parece que acogiese favorablemente la intervención de la madre para separarlos. Tanto los golpes como las molestias sexuales no las atribuían entonces al padre, sino al alcohol, que lo transformaba.

En esta situación, nos parece que el estado de disgusto actual de Simona se podía interpretar como un conjunto confuso de sentimientos difícilmente reconciliables:

- 1) La rabia contra el padre, que fue violento con ella.
- 2) La rabia contra la madre, que no la defendió eficazmente porque su principal preocupación estuvo dirigida al marido.
- 3) La concienciación de que sin la madre no le quedaba nadie más, y por ello tenía la necesidad insistente de reconciliarse con ella.
- 4) La desesperación porque la madre, aunque ahora estaba cerca de ella, lo que le suponía un sacrificio personal, no reconocía su parte de responsabilidad por haberla dejado indefensa durante tantos años.
- 5) El intento de recuperar al padre, esperando que, ahora que no bebía, pudiera entenderla y ayudarla más que la madre, según la imagen más positiva que ella conservaba y cultivaba aún de él («Si tengo problemas con mi madre, mi padre me defenderá como siempre ha hecho», dijo una vez Simona en una sesión).
- 6) El sentimiento de culpa, como resultado de defender a los padres («Si no puedo aceptar que es culpa de ellos, porque si no los pierdo, entonces la culpa debe de ser mía, que debería haberme defendido antes»). Y desde aquí retornaba al punto de partida.

Para ayudar a Simona a salir de esta situación que preanunciaba un destino trágico, nos pareció que existían sólo dos soluciones:

a) Que los padres la ayudaran a expresar la rabia contra ellos, demostrándole que no tenía culpa alguna y que toda la responsabilidad de lo sucedido era de ellos. Ninguno de los dos cónyuges lograba tener esta actitud en ese momento. El padre, de hecho, pensaba que su culpa era sólo el vicio de beber, que ahora había abandonado. Se negó a ver el hecho de que el alcohol desencadenaba un tipo concreto de reacciones y no otras, y que había, por tanto, problemas de naturaleza sexual que debía examinar. La madre, por su parte, compartía la explicación del marido y consideraba que su propio comportamiento estaba justificado por el objetivo positivo de mantener unida a la familia. Aunque de vez en cuando declaraba que se había equivocado por no defender antes a la muchacha, con más frecuencia y con mayor participación emotiva culpabilizaba a Simona por haber llevado a la familia a esta ruptura y por ser ingrata y no ver sus sacrificios, y no llegaba a arrepentirse por la «locura» de haber denunciado al marido (a pesar de que éste le recordó que de allí nació su recuperación del alcoholismo).

Pino declaró que Simona había sido víctima del padre, pero estaba muy impactado por la incongruencia de la hermana. La entendería mejor si ésta rechazara ver al padre y mostrara dificultad en la relación con los hombres. Comportándose así (es decir, deseando las visitas al padre y buscando contactos con extraños), la muchacha reforzaba la opinión del hermano de que actualmente era ella la ruina de la familia y no podía pretender de los padres más de lo que entonces hacían por ella, que era más de lo que Pino pensaba que había recibido él, aunque había hecho mucho por la familia trabajando y contribuyendo a mantenerla en ausencia del padre.

Cyntia parecía expresar una silenciosa solidaridad con la hermana (la iba a visitar al hospital y la consideraba la más cercana afectivamente), a pesar de que, naturalmente, debía mantener su propio vínculo con la madre en buenas condiciones, ya que todavía le era indispensable, y por tanto se mantenía en una difícil posición de equilibrio entre las dos.

Como no pareció que esta solución podía concretarse, creemos que la siguiente alternativa era la única posible.

b) Una comunidad debería ayudar a Simona a expresar su rabia contra los padres, aceptando la trágica realidad de que no sólo ellos la habían dañado dramáticamente, sino que no lograron reconocerlo ni reparar su error. En una situación de estrecho apoyo emotivo, podría gradualmente tolerar reducir las relaciones con ellos, o al menos no ilusionarse más en obtener de ellos todo cuanto no podían darle. El apoyo (tanto educativo como psicoterapéutico) nos parecía indispensable para evitar que la muchacha quedara atrapada en la venganza: «Iré hasta el fondo (droga, prostitución, internamientos psiquiátricos) para hacerles pagar el mal que me han hecho». Impacta la analogía con la posición de su madre, que hacía pagar al padre la responsabilidad de éste a través de sus desgracias.

Por lo que respecta a Cyntia, no nos parece que debiera considerarse que en ese momento estuviera en peligro, ya que su relación con la madre se había desarrollado de un modo del todo diferente del que había tenido la hermana.

Existían dos posibles datos de riesgo, por lo que de todas formas aconsejamos mantener una supervisión sobre ella por parte de los servicios:

- 1) El hecho de que el padre no estuviera decidido a poner en marcha terapia alguna, ni siquiera para apoyar su sobriedad (Alcohólicos Anónimos o alguna similar) y que todavía bebiera, aunque moderadamente, en las comidas. Por ello, no se podía excluir una recaída en condiciones de estrés; así pues, ni su situación personal ni la de las relaciones familiares habían evolucionado significativamente.
- 2) El hecho de que la madre hubiera estado ciega a las necesidades de tutela de la hija mayor y que podría estarlo de nuevo a las necesidades de la otra hija (fueran de la naturaleza que fueran).

Quedamos, naturalmente, a disposición para posibles aclaraciones que pudieran ser requeridas.

Con nuestros más cordiales saludos.

El equipo del CbM
Doctor Stefano Cirillo

El informe fue discutido con la red de los servicios y, por lo tanto, leído, como es habitual, a toda la familia. Y éstos fueron los efectos: frente a la nueva evidencia de que los padres no mostraban disposición alguna para proseguir un proceso de cambio, Simona finalmente se resignó y aceptó emprender un camino autónomo en una comunidad terapéutica.

El tribunal confirmó el otorgamiento de la tutela de Cyntia al servicio.

En los meses siguientes, las noticias que recibimos fueron éstas: Simona fue acogida en una comunidad muy conocida y lejana del lugar de residencia de sus padres, donde parecía que realizaba progresos. El señor M. concluyó su pena en la cárcel y la esposa lo acogió en casa y echó a su propio padre. Pino, indignado, siguió al abuelo.

Tiempo después, la familia tuvo permiso para efectuar la primera visita a Simona al centro. Entonces Cyntia le confesó, cuando estuvieron a solas, que el padre la acosaba. En los días siguientes Simona huyó del centro y se dirigió a su casa, reveló lo acaecido a la madre, con un gran escándalo, y finalmente la mujer se separó verdaderamente del marido, que enseguida retornó a la cárcel. Cyntia fue asignada a un centro, mientras que Simona se alejó de nuevo. Cuando la encontraron, a cientos de kilómetros de distancia, nuestra asistente social fue a visitarla al hospital. La chica le dijo, desesperada, que ya no quería más ayuda, «dado que mi familia está destruida».

Algunos meses después se presentó espontáneamente en el CbM para presentarnos a su novio. Más adelante la madre intentó un acercamiento hacia ambas hijas, y se mostró arrepentida de su falta de protección hacia ellas.

Notas:

[20](#). Véanse las pautas guía del CISMAL.

[21](#). El torno era un dispositivo que había en los conventos para introducir en él los objetos y alimentos sin tener que mantener contacto con las monjas, y en el que las madres dejaban a sus criaturas para que las religiosas los recibieran y criaran, preservando, de este modo, su anonimato. (*N. del T.*)

[22](#). Una reconstrucción del vínculo entre este escritor y su criada Giuseppina Sansoni, llamada Beppa, que comenta las reiteradas maternidades de la mujer, puede consultarse en Drago (1964), *Los furiosos amores del Ochocientos*, Longanesi, Milán.

[23](#) Para bosquejar este sucinto panorama histórico, Cirillo se valió, gracias a Donatella Guidi, del texto de Boswell, J. *El abandono de los niños en Europa occidental*, publicado en 1988 y cuya traducción al italiano fue editada por Rizzoli, Milán, en 1991.

[24](#). Para las indicaciones a la tutela de los adolescentes y para las técnicas de gestión de las problemáticas específicas que comporta, véase Mazzucchelli (1993).

6

Séptima fase.

La terapia de la familia

La fase de la terapia en sí misma no exige una amplia ilustración ni teórica ni de teoría de la técnica, por dos razones.

En primer lugar, al lector le resultará evidente que en realidad la terapia ya se ha iniciado. Paradójicamente, cuando entramos en la fase de la terapia propiamente dicha, las principales intervenciones para inducir a un cambio ya se han llevado a cabo, y sus efectos beneficiosos han sido reconocidos en el pronóstico positivo que cerró el momento evaluativo. De hecho, el ataque a las defensas de negación con el consiguiente reconocimiento, la propuesta de una relectura que confiera un nuevo sentido a la vivencia personal y familiar del progenitor, en el interior de la que se encuadra el comportamiento de maltrato, son auténticas intervenciones terapéuticas, a pesar de que tengan lugar en el marco de la fase de evaluación de la recuperabilidad. Por otra parte, es un hecho intuitivo que el pronóstico de que el paciente es susceptible de tratamiento que formulamos se funda sobre una especie de «prueba de terapia», que tantea la capacidad del usuario de adherirse (o, más correctamente, nuestra capacidad de adherirlo) y, por lo tanto, la disposición de ambos —usuario y evaluador— a establecer una alianza y una colaboración terapéutica a partir del encuentro que se haya producido entre ellos.

En segundo lugar, en esta fase entramos en el contexto terapéutico con una serie de particularidades, ya que el comitente de la toma a cargo, el tribunal, permanece presente y el cliente sabe que continuaremos informándolo de la marcha del tratamiento: de una manera u otra hemos obtenido cierta adhesión de los usuarios al proyecto. Por tanto, la terapia se desarrollará según la metodología habitual y las técnicas propias del equipo terapéutico que la lleve adelante (aunque debe tenerse en cuenta alguna advertencia, como comentaremos más adelante).

Está claro que los pacientes serán especialmente difíciles. En líneas generales podemos afirmar que los padres que maltratan a sus hijos, así como los que son seriamente negligentes, se ubican entre el *cluster* dramático de los trastornos de personalidad. Como es sabido, el tratamiento de estos sujetos constituye un desafío arduo y agotador incluso para los psicoterapeutas más expertos. Las indicaciones de Smith Benjamin se revelan, a mi modo de ver, muy útiles, y son fácilmente integrables desde el punto de vista

conceptual con un abordaje sistémico-relacional.²⁵

Por motivos que se deducen fácilmente, los padres no protectores —o los cónyuges de los que maltratan— suelen situarse, por su parte, en el *cluster* ansioso con rasgos de personalidad dependiente y/o evitativa. Los terapeutas más inexpertos y temerosos tienden a dirigir los tratamientos sólo a estos cónyuges y excluyen perjudicialmente a los otros, con un apresurado pronóstico de irrecuperabilidad. Generalmente, una elección de este tipo deja la situación completamente inmutable, o bien, después de un ilusorio mejoramiento, sufre una recaída, con un rápido retorno al punto de partida.

Un punto que es necesario tener presente en la terapia es la diferencia significativa que existe entre maltratadores y negligentes, por un lado, y abusadores sexuales, por el otro. Estos últimos experimentan placer durante el abuso, lo que no sucede a los maltratadores, salvo en los casos de sadismo. El goce experimentado tiende a fijar el comportamiento de abuso, que termina por asumir un carácter compulsivo similar a una adicción. El terapeuta debe entonces afrontar la génesis y el significado del impulso perverso, así como la adicción que se generó, para evitar que el cambio se confíe exclusivamente a un aumento de la severidad de las instancias de control. Se trata de un tema delicado, que debe afrontarse sólo en una alianza terapéutica bien consolidada. Pero no tratarlo significa dejar el trabajo a la mitad, con el riesgo de exponer a las víctimas y a los abusadores a dramáticas recaídas.

De estas consideraciones resulta clara la necesidad de adoptar en el tratamiento un abordaje impregnado de la perspectiva de complejidad que supere los dos reduccionismos opuestos —sistémico frente a psicodinámico— y alcance un modelo relacional-individual. Coherentemente, también los formatos que deberán utilizarse serán tanto los ampliados como los reservados sólo al paciente.

Por lo que se refiere a un posible tratamiento individual del niño descuidado o maltratado, no me parece que sea especialmente indicado en esta fase. En líneas generales, de hecho, no hablamos de niños sintomáticos, sino de niños víctimas de los síntomas de otras personas: los padres.

Estos niños, al volverse conscientes durante las sesiones familiares de la fase de evaluación de su naturaleza de víctimas y del consiguiente derecho a la protección y a la reparación, quedan a la espera de recibirlas. Esto llega por parte de las figuras de los educadores de referencia, durante la fase del alejamiento o en el momento de la intervención domiciliaria, o de las de los tutores; todos cuantos desempeñan una función de parentalidad vicariante y un apoyo empático a las vivencias traumáticas de los niños. De esa manera se preserva en lo posible la vivencia profunda de una identidad «sana» y «buena» en los pequeños.

Los padres que resultan susceptibles de tratamiento al finalizar nuestro proceso de pronóstico deben ser los primeros destinatarios de la terapia, para reparar con el propio

cambio los daños infligidos al hijo y que consiguieron reconocer. Aquí hay que indicar una especificidad de los casos de abuso sexual, mencionando lo que recomienda Malacrea para la pequeña víctima del trauma, la cual, habiendo vivido una experiencia altamente confusa, debe ser ayudada también en un espacio individual que analice mejor la naturaleza al mismo tiempo traumática y excitante de esa experiencia, para poder curar los desajustes y las deformaciones notificadas. Por otra parte, hay que recordar que en los casos de abuso sexual no siempre están disponibles los recursos familiares en el tratamiento, con lo cual el terapeuta necesariamente llega a encarnar tareas de suplencia de paternidad, en paralelo a las desempeñadas por las figuras educadoras sustitutivas.

De esta manera, el niño puede ser acompañado a experimentar un espacio empático de diálogo, de modo que repare la función mental arruinada por lo impensable de la experiencia de abuso. Esa experiencia puede ser, de hecho, difícil de metabolizar también por parte de los educadores, preparados y expertos, pero privados de competencias psicoterapéuticas.

Naturalmente, no faltarán los casos de niños maltratados o descuidados con aspectos disfuncionales: problemas de aprendizaje, inhibición en las relaciones, alteraciones de la conducta, hiperadaptados. También en estas circunstancias nuestro equipo potencia los formatos familiares (como ya comentamos en el capítulo 4, en el apartado «*Las sesiones con el menor*»). Un reciente artículo de Sorrentino ilustra muy bien las razones por las que los terapeutas familiares prefieren tratar los síntomas de los pequeños pacientes a través de su vinculación junto a los padres en sesiones conjuntas. Hace años, los pioneros del abordaje sistémico alentaban, incluso para niños muy pequeños, un tratamiento hecho sólo a través de los padres, que los excluyese de las sesiones para evitarles el riesgo de la «pacientificación». Actualmente, con niños mayores, en vez de darles de alta rápidamente, los terapeutas familiares se preparan para ayudarlos — generalmente en las sesiones conjuntas— a reconstruir el sentido de sus sufrimientos y para orientarlos en la comprensión de las líneas terapéuticas que deberá seguir la intervención. Esta atención a la mente de los niños es más necesaria cuando las incompetencias de los padres vuelven discutible confiar sólo en ellos y en sus cambios la reparación de los daños que el hijo mostró en sus propios procesos de desarrollo. De hecho, para estos padres podría resultar más fácil cambiar «pasando página» antes que reconocer sus propias faltas, excluyendo entonces al hijo de la posibilidad de compartir un proceso de cambio.

Cuando el niño entra en la adolescencia, con el crecimiento de su madurez emotiva y cognitiva, y paralelamente de sus aspiraciones de autonomía, suele ser oportuno —si el joven lo solicita o si demuestra interés— prever para él momentos individuales en paralelo a los formatos ampliados. El ejemplo siguiente presenta un resultado imprevisto de este tipo de formato individual.

Una madre fue acogida en nuestra comunidad con sus dos hijos: Livia, una niña de 11 años, y Claudio, un niño de ocho años, después de descubrir el abuso sexual cometido por el padre sobre la hija. La inmediata denuncia por parte de la madre llevó al encarcelamiento del hombre, que se declaró inocente (se trataba del abusador que describimos anteriormente). Cuando el trabajo familiar se inició finalmente después de la condena penal definitiva, Livia tenía 14 años y el hermano, 11 años. Vivían con la madre, que se separó del marido y puso en duda su distancia afectiva de los hijos, que hizo que la niña no le pidiese ayuda: el abuso fue descubierto accidentalmente por el niño. El trabajo familiar, caracterizado por una gran variedad de formatos ampliados (toda la familia, madre e hijos, padre e hijos) e individuales (madre y padre por separado), produjo efectos notables. Por un lado, Livia logró hacer frente al padre. Obtuvo finalmente la caída de sus negaciones y la admisión de que sus palabras eran ciertas. Por otra parte, la niña se acercó a la madre, apreciando su fortaleza y determinación, y enfocó mejor los aspectos de la frialdad afectiva de su madre en su infancia. En estos momentos, Livia, ya con 15 años de edad, solicitó también ella sesiones individuales, de las cuales sacó buen provecho. El último resultado de este recorrido individual fue la toma de conciencia por parte de la niña de algunas de sus actitudes pasivas y condescendientes, que la ponían en riesgo de exponerse a nuevas experiencias de explotación y de servilismo, y que bloqueaban sus buenas potencialidades. El tratamiento se concluyó positivamente, aunque persistieron notables preocupaciones por el hermano encerrado en sí mismo y deprimido, imposible de encaminar hacia un trabajo individual con una terapeuta, tal como se le propuso.

Ocho años más tarde, Livia volvió a pedir ayuda: quería centrar los sucesos infantiles que atravesó y superar las secuelas actuales que el abuso había dejado. Fue para mí una experiencia emocionante retomar contacto con esta joven, que había tratado de adolescente, y acompañarla en un recorrido de consolidación de su personalidad adulta, florecida de manera verdaderamente considerable, hasta el matrimonio y la elección profesional.

Y cuando este recorrido se encaminaba a su conclusión, Livia dejó el lugar a su hermano Claudio, un joven que se debatía en problemas existenciales mucho más dramáticos que los de la hermana. El bloqueo global de su proyecto de vida, sin un título de estudio, trabajo ni afecto, su hundimiento cada vez mayor en un pozo depresivo, me plantearon serios interrogantes. ¿Qué era lo que hizo que la víctima de un tiempo hubiese podido emerger de la pesadilla que había padecido, y en cambio su hermano, que parecía haber sido apenas rozado por el drama, estuviese sucumbiendo a él? Volver a examinar las dinámicas del abuso llevó a una tremenda confesión por parte de Claudio: «Para aquel niño (el único modo con que el muchacho pudo hablar de los hechos de entonces fue describirlos como si le hubiesen sucedido a otro), el abuso era una fiesta a la cual él no estaba invitado». A partir de compartir esto en la terapia encontró lentamente su camino.

En un misterioso paralelismo, también Mercedes, la niña a la que la madre intentó obligar a perdonar al padre y que se lo contó en secreto al propio psicoterapeuta, me volvió a contactar ya de adulta. En este caso fue el padre quien la trajo. El hombre, tras interrumpirse lamentablemente, como he dicho, el intento de evaluación de recuperabilidad, años después solicitó mi ayuda en privado por propia iniciativa. Se separó de la esposa y se trató de manera un poco caótica durante algunos años, afrontando algunos aspectos importantes de su gravísima alteración antisocial. Mucho más tarde acompañó a Mercedes a mi consulta (adulta, en ruptura con la madre, e intentando convivir con un compañero), porque estaba preocupado por la bulimia de la joven. También el tratamiento de esta paciente obtuvo un resultado discreto. Pero el aspecto asombroso era que Mercedes tenía un hermano menor, y también él acudió a mi consulta, de nuevo empujado por el padre, en absoluto fracaso existencial y alcohólico, ¡desde hacía ocho años!

Nunca insistiremos lo suficiente en recomendar tanto a los colegas como a nosotros mismos que debe prestarse la máxima atención y cuidado a los hermanos varones de las niñas que han sufrido abusos. En estos dos casos los niños, excluidos tanto de la centralidad patológica que el padre concedía a la hermana con la elección como pareja

sexual, como de la atención reparadora de la madre, terminaron por ser igualmente periféricos también en la mirada de los profesionales terapéuticos y tutelares.

ADVERTENCIAS TÉCNICAS

La terapia de la familia «recuperable» se desarrollará según los recorridos de cada terapia, confiada a las orientaciones y las elecciones del equipo que la conduzca. Las advertencias que deben tenerse presentes son dos: la primera es que una vez que el Tribunal de Menores haya acogido nuestro pronóstico de recuperabilidad, suavizando en consecuencia según la propia discreción las medidas de protección, y haya dado su aval al proyecto de tratamiento, *toda la red comparta el paso de una óptica evaluativa a una óptica de apoyo*. Si decidimos ir hacia la recuperación de estos padres, no podemos con cada dificultad, con una recaída —que no podrán dejar de manifestar—, desanimarnos, cambiar de idea y decir: «¡Ah, ojalá hubiésemos dado el niño en adopción!». El proyecto debe llevarse adelante con convicción y entusiasmo, sin que nadie reme en dirección contraria. Esto no significa que debemos vendarnos los ojos frente a las recaídas, negar que sucedan o no trabajar sobre ellas. Y posiblemente debemos de darnos cuenta también de que el pronóstico pudo haber sido equivocado o de que nuevos acontecimientos nos imponen modificarlo, con un nuevo informe al tribunal. Pero hasta que no lleguemos a esta convicción, hay que asumir la fatiga de cada terapia, con las oscilaciones entre progresos y retrocesos que comporta.

La segunda advertencia, estrechamente conectada con la primera, es que cada sesión de terapia familiar o de los padres, como sucedía en los encuentros de evaluación, *continuará teniendo presente tanto el material aportado por los usuarios como el transmitido por quien ejerce la vigilancia* sobre el niño y observa el efecto de nuestro tratamiento (educadores, asistente social tutelar, psicoterapeuta infantil...). No podemos ilusionarnos con que un paciente gravemente perturbado, como es por definición quien ha llegado por un grave maltrato acompañado por una rígida negación, se haya vuelto tan genuinamente colaborador como para no escondernos nada y tan radicalmente competente como para indicarnos lo que es más significativo. Por otra parte, es justamente para pacientes de esta gravedad y de motivación vacilante para los que se ideó la terapia familiar; para pacientes con un funcionamiento neurótico y motivación no ambivalente, hubiera sido suficiente la terapia individual.

Dos ejemplos tomados de mi clientela privada del centro en el que desarrollo tratamientos familiares mostrarán que también en aquel contexto la norma no es siempre la de trabajar sólo sobre el material aportado por el paciente.

Laura era una bella muchacha afectada de anorexia bulímica: sus padres solicitaron un tratamiento familiar para ella y para un hermano, algo mayor, con problemas de consumo excesivo de bebidas alcohólicas. La

terapia familiar obtuvo buenos resultados, gracias a la colaboración y al empeño de todos: el síntoma del chico desapareció y el de la hermana se redujo claramente. Laura (de 25 años, licenciada, en busca del primer trabajo) pidió proseguir la terapia en un formato individual, en paralelo a un tratamiento que la madre pensó afrontar por su cuenta, en relación con algunos aspectos de su personalidad que surgieron en las sesiones familiares, de sacrificio y de escasa afirmación, que eran resultados conectados con la génesis de los trastornos de Laura. Dos miembros del equipo se hicieron responsables separadamente de madre e hija, en estrecha colaboración entre ellos. Después de algunas sesiones, la madre comunicó a su terapeuta que Laura había recaído intensamente en los atracones y en el vómito, evento sobre el que la muchacha callaba. ¿Qué hacer? Con alguna dificultad me decidí (yo era el terapeuta directo de Laura) a transferir esta información a mi paciente: evidentemente, el tono no fue el de reprenderla por su omisión, sino el de discutir con ella sobre lo que hasta ese momento no había funcionado entre nosotros, algo que no le había permitido confiar en mí, esto es, qué era lo que de mi parte tal vez había hecho, no intencionadamente, para no merecer su confianza. De esta manera la paciente, cuya fragilísima autoestima no habría tolerado nada que pudiera parecerse a una reprimenda, pudo llevar a cabo un paso significativo hacia una relación de mayor acercamiento y confianza, algo que en toda su vida había siempre rehuido.

Durante la terapia individual de otra paciente bulímica, de mayor gravedad y crónica, con un trastorno límite de la personalidad subyacente, recibí la llamada telefónica de un farmacéutico: se había presentado allí una joven con una receta de anfetaminas en un papel con un sello de la profesora Selvini: ¿era posible que hubiera sido falsificada? No sólo era posible: era seguro. Verifiqué la sustracción del sello y del recetario y después me convencí —aún sin poder tener la certeza— de que había sido precisamente esta paciente. Con una angustia todavía mayor que en el caso anterior, sabiendo que el riesgo de perderla era muy alto, puse en práctica la misma técnica: hice explícito mi temor de una interrupción del tratamiento por su parte si se sentía insultada, pero verbalicé mi deber profesional de ofrecerle la ocasión de pasar a una relación de confianza y de franqueza que podría tener sobre ella el beneficioso efecto de hacer que se relajara y abandonara las simulaciones, y le comuniqué mi convicción de que se había llevado del consultorio lo necesario para crear la receta falsa. Después esperé. Tras un tenso momento de silencio, la paciente lo admitió y agradeció mi ayuda.

Esta misma actitud de mantener la colaboración con la red en plena transparencia debe seguir también en las terapias que representan el resultado de un proceso evaluativo con pronóstico positivo.

El caso de Laura, seguido en paralelo con el colega que trataba a la madre, me permitió hacer una precisión técnica. También en nuestro trabajo en el CbM experimentamos varias veces la ventaja de un cambio de roles entre el terapeuta y el coterapeuta —en realidad entre evaluador y segundo evaluador—, con lo cual quien está en la sala como terapeuta directo con un miembro de la familia pasa detrás del espejo con el otro. Esta modalidad la utilizamos en particular con los dos miembros de una pareja separada, para evitar que cada uno pueda sentir con demasiada intensidad el temor de que el evaluador —o el terapeuta— esté de parte del «enemigo» (ya está del lado del tribunal; ¡esto ya es demasiado!). También la hemos usado en casos de cónyuges no separados y en buena relación para dar a cada uno un ámbito propio en el que afrontar libremente las vicisitudes personales que antecedieron a la boda.

Naturalmente, esta técnica no garantiza en absoluto que cada uno se sienta más confiado, y tiene notables desventajas, en particular el problema de quién trabajará con

los dos cónyuges (o ex cónyuges) juntos cuando sea necesario, y sobre todo quién trabajará con los hijos, en presencia de uno u otro progenitor, ya que sería insensato que los niños tuvieran que ser seguidos por terapeutas distintos. En ocasiones hemos probado la fórmula de un único terapeuta en cada formato, que tiene, sin embargo, las desventajas de sobrecargarlo, desresponsabilizando al colega; otras veces hemos tenido a un terapeuta para todos los formatos familiares (familia, padres, hijos) y para uno solo de los dos padres, y el segundo terapeuta exclusivamente para las sesiones individuales con el otro. Como se puede ver, no existen recetas: es indispensable una gran flexibilidad sostenida por largas y —si es posible— rigurosas discusiones, teniendo siempre en mente que, si el niño debe mantener el esfuerzo de querer tanto al padre como a la madre incluso si éstos se odian, también nosotros podremos tratar de empatizar con cada uno de ellos, si parece la mejor elección para los pacientes. Esto me lo explicó la niña de 10 años de mi difícil paciente Fausto, después de su tempestuosa separación, diciéndome con mucha simplicidad: «¡Tú tienes que querer un poco a cada uno de los dos!».

La única recomendación cierta es la de no renunciar, sino en tratamiento muy avanzado, a la supervisión directa del colega detrás del espejo; de otro modo, muy rápidamente nos podemos precipitar en coaliciones con el propio paciente contra el cónyuge y el colega.

CONTINUIDAD ENTRE EVALUACIÓN Y TERAPIA

Esta visión de una absoluta continuidad, ya sea desde el punto de vista de las construcciones utilizadas, ya sea desde el de las experiencias vividas entre la fase de evaluación y la fase de terapia, no es compartida por todos ni desde una perspectiva teórica ni desde el punto de vista de la organización del trabajo.

La objeción que se establece a este planteamiento desde el punto de vista teórico es que quien evalúa al paciente asume un rol de juicio y de control que le obliga a defenderse y a desconfiar de él; sería contradictorio con la actitud de absoluta confianza que un paciente debe poder sentir en relación con su terapeuta.

Esta crítica puede compartirse en un plano abstracto, pero en lo concreto ignora que hablamos de pacientes no motivados, que no han solicitado y nunca pedirían una terapia, y que el desafío al que el evaluador se enfrenta y a veces supera consiste justamente en hacer surgir en estos pacientes una motivación para querer recibir ayuda. Ahora bien, esta motivación no nace en el vacío, sino *en el interior de una relación*, una relación de alianza y de confianza entre personas, que no es en absoluto seguro que pueda ser transferida a la relación con un nuevo profesional que vendrá propuesto y se presentará con su mejor disposición de espíritu y con las garantías que podrá ofrecer al paciente por revestir un rol terapéutico y ya no evaluativo.

Dado que nuestro usuario es, por definición, un sujeto gravemente dañado a raíz de

carencias y de traumas que experimentó en sus relaciones de apego, además de desilusionado por la falta de compensación que aspiraba recibir en la relación conyugal, no podemos esperar que vaya al encuentro de un desconocido con un estado de ánimo abierto y confiado.

Así pues, enviarlo a otros para la fase de tratamiento significaría obligarlo a volver a iniciar la construcción de una relación de alianza, con una notable pérdida de tiempo que no podemos permitirnos hacerle vivir ni a él ni mucho menos y en particular a sus hijos, que necesitan recuperar a un padre suficientemente bueno en el más breve tiempo posible.

Hemos mencionado a Antonio, que, asustadísimo ante la idea de ser condenado y recluido, negaba categóricamente haber sido él quien había fracturado el cráneo (y en otra ocasión la tibia) a su hijito, para después atribuirlo a una crisis de sonambulismo y finalmente reconocerlo. El muchacho (de 22 años de edad) era una persona gravemente perturbada y sufriente. Último hijo de una familia numerosa en la que dos hermanos fueron adoptados y otro cedido a familiares, él fue alejado por los servicios sociales y derivado a una institución con dos hermanos mayores. Allí sufrió, como otros compañeros, un prolongado y violento abuso sexual por parte de un sacerdote, el cual, después de su denuncia al responsable del centro, fue distanciado (pero no procesado). Sus padres no estuvieron al corriente del hecho. Cuando lo averiguaron durante nuestro trabajo no tuvieron ninguna reacción protectora. El padre, un hombre fracasado y completamente sometido a la autoridad constituida, ¡llegó al punto de preguntarle qué faltas disciplinarias había cometido para merecerse ese castigo! Dos hermanos, de los cuales uno era drogodependiente, tenían antecedentes penales.

La situación era muy difícil, pero el joven pareció involucrarse sinceramente en la relación con los evaluadores y pidió la ayuda de la que inicialmente negaba tener necesidad. Los gravísimos episodios de maltrato se insertaron en una ardiente ilusión del muchacho (¡que prestaba servicios sociales en un parvulario!) por ser defensor de los niños y sobre todo un buen padre, que habría rescatado la genealogía de hombres áridos distantes de su familia: el llanto del niño de pocas semanas, que no se dejaba consolar por él cuando lo tomaba en brazos, sino sólo por la mamá, lo indujo —por la frustración de no ser reconocido y apreciado por el bebé— a lanzarlo con violencia lejos de sí.

En el interior de nuestro marco evaluativo pedimos a una colega experta someter a Antonio a un examen psicodiagnóstico. Sus conclusiones concordaron con las nuestras: la psicopatología era imponente, pero existía un margen de espacio para una intervención terapéutica.

En el informe que enviamos al magistrado recomendamos que el pequeño Loris permaneciera con la madre en el centro al que ya había sido asignado, y que se encaminara a Antonio hacia una asunción terapéutica, proyecto sobre el cual el interesado estaba de acuerdo. Nuestro encargo por parte del ASL concluyó aquí.

De hecho, Antonio se presentó sólo una vez al psiquiatra que el servicio puso a disposición. Presionó a la esposa para que volviera a casa con él, lo que la muchacha, totalmente identificada con el propio rol de única terapeuta suya, aceptó gustosa, dejando en un centro al hijo, que fue por ello dado en tutela a una tía materna. La pareja tuvo muy pronto una niña, que murió a las pocas semanas de vida por un traumatismo craneoencefálico. Actualmente Antonio está en la cárcel.

Naturalmente nadie puede decir que el trágico resultado de toda esta vicisitud —que apagó una vida y destruyó muchas otras— habría podido ser diferente sin la ruptura que sucedió en el proceso de asunción entre la fase de evaluación y la de terapia. Pero creo

sinceramente, esperando no pecar por falta de modestia, que en el CbM Antonio habría continuado asistiendo para participar de las sesiones. Tal vez no hubiésemos conseguido nada con él, y la historia hubiese concluido del mismo modo. Pero no creo que hubiese desaparecido después de una reunión. Habíamos vivido experiencias juntos: el alivio por el reconocimiento de su responsabilidad en los hechos; la victoria por haber vencido el miedo a la cárcel y haber confesado la verdad; la superación de la vergüenza que le permitió compartir el trauma del abuso, del cual hasta entonces Antonio no había hablado apenas, ni siquiera con la esposa; la desilusión por la falta de participación afectiva de la madre y del padre ante su secreto; el consuelo por la defensa de un hermano mayor. Estas experiencias crearon un vínculo. Ciertamente, no alcanzamos todavía la línea de la empatía con el hijo como persona; Antonio estaba aún centrado sólo en el niño que había en él, y por eso habría sido sumamente imprudente proponer el restablecimiento de la convivencia con el pequeño Loris, y quizá nunca hubiéramos superado este obstáculo. Pero el vínculo que se creó con el evaluador, a quien él pidió que fuese su terapeuta, no se habría quebrado de ninguna manera tras el primer encuentro de terapia.

Por otra parte, no debemos olvidar que también los terapeutas son seres humanos. Hay muchas probabilidades de que un terapeuta que atienda a un usuario derivado —o a una pareja de usuarios— desaliñado, desconfiado, a la defensiva, cuya petición explícita sea más o menos de esta guisa: «Me han dicho que venga aquí». «Bien, ¿pero para qué?, ¡Bah!», reaccioné diciendo: «¿Pero quién es el imbécil que dijo que este tipo estaba motivado para una psicoterapia?». Y volverá a empezar con entrevistas evaluativas hasta obtener una regresión del paciente a una posición de defensa, y serán necesarios varios meses para que la supere, meses que el niño, insisto, no puede permitirse esperar.

La segunda objeción que se plantea a esta modalidad de intervención —que prevé que el mismo equipo esté disponible para asumir la terapia de los padres que evaluó cuando el pronóstico se reveló positivo— no es de principio, sino que se refiere a la organización del trabajo. La perplejidad nace del hecho de que si un servicio que debe evaluar la recuperabilidad de los padres tomase a su cargo todas las situaciones que tienen necesidad de pasar a la fase de tratamiento, rápidamente se saturaría e impondría a los pacientes listas de espera excesivamente largas, que el tribunal no podría aceptar precisamente para no hacer esperar demasiado a los niños en un contexto provisional y de emergencia sin conocer su destino. Este argumento está más que fundado.

Se puede atenuar la potencia de tal argumento exhortando a los colegas a que empiecen a asumir al menos alguna situación en terapia hasta que la congestión esté superada, o recordándoles que las sesiones de terapia pueden ser distanciadas en el tiempo, y que entonces la sobresaturación sería relativa; se les puede invitar a distinguir entre casos, ya que existen situaciones particulares que podemos derivar a otros (a un servicio especializado o a un tratamiento de grupo, si el caso lo requiere), y pacientes más

estructurados y competentes que pueden soportar una ruptura y una derivación, pero la objeción queda. Para evitar resultados como el de Antonio, buscamos todos los recursos posibles.

En el caso de Mónica, cuyo hijo, Nino, fue derivado a acogida familiar, la disposición de la psicóloga del municipio que la tomó a su cargo en el territorio bajo la hipótesis de un pronóstico positivo fue tal, que la colega siguió detrás del espejo, como hemos dicho, el proceso evaluativo prácticamente completo, incluida una segunda etapa, centrada sobre Mónica y su novio, Eugenio, de quien hablaremos más adelante. No obstante, Mónica, después del alta del CbM, no se presentó *ni siquiera una vez* a las reuniones de psicoterapia con esta colega y se limitó a ir a los turnos fijados por la asistente social del mismo servicio.

Mayor éxito tuvimos con Ana, la madre de Jessica y Jason, que estaba en un centro; su colaboración con la psicóloga del centro —también ella presente detrás del espejo durante la evaluación— fue óptima también después, al finalizar nuestra evaluación, en los meses en los que la terapia propiamente dicha la realizó el centro mismo. Pero una vez que regresó a su casa con los niños, después de que su solicitud de volver al CbM para proseguir la terapia fuese rechazada por el ASL, encontró una psicóloga en un consultorio, con la que trabajó satisfactoriamente. Cuando ésta tuvo permiso por maternidad, se vinculó igualmente a su sustituto.

En los primeros años de nuestra actividad estos problemas burocráticos no existían, y los servicios que nos enviaban un caso para la evaluación estaban contentos de que nosotros prosiguiésemos con la terapia siempre y cuando se verificaran las condiciones. Ahora, sin embargo, las cuestiones económicas son apremiantes, y en cierta medida también ajustadas. Mi propuesta para que las exigencias compartidas por los servicios para los menores no choquen con las necesidades del usuario es que el paso del servicio de tutela al servicio para los adultos que podría y debería efectuar la terapia ocurra *antes*: no entre la evaluación y la terapia, sino entre la investigación y la evaluación. De hecho, es la forma en que se estuvo cumpliendo durante años, como decía, y en ocasiones aún se efectúa en relación con el CbM y con otros servicios privados especializados en el sector del maltrato, al cual las ASL, ahora también representadas por sus servicios específicamente encargados de la tutela, encaminan las situaciones para evaluarlas. Y es en este contexto donde se tiende a crear la motivación y la alianza.

El Servicio de Tutela de Menores podría llevar a cabo esta misma operación en el ámbito de los servicios públicos para adultos, a los que podría encargar no ya efectuar una terapia después de haber desarrollado ellos la evaluación —una vez creado el vínculo es muy arriesgado quebrarlo—, sino directamente solicitar que realizaran la misma evaluación y la misma terapia a partir de los datos recogidos por ellos en la investigación, con sus verificaciones.

En el capítulo 3, en el apartado sobre los modelos organizativos, ya comenté las ventajas que puede conseguir un servicio especializado para adultos con este tipo de derivaciones, que podrían permitirle estar a cargo de un potencial paciente —que hasta el momento se habría sustraído a las ofertas de tratamiento—, gracias a un tiempo de

encuentro prescrito por el contexto forzado.

Aquí quiero insistir en la oportunidad de este modelo también para evitar que los servicios de tutela se congestionen, orientando inmediatamente algunas evaluaciones de recuperabilidad a los servicios especializados más competentes (los padres drogodependientes a los centros de rehabilitación de drogadicción; los padres alcohólicos a los centros para alcohólicos; los padres con trastornos psiquiátricos a la psiquiatría local) y estar a cargo ellos mismos sólo de algunas, pero con la posibilidad de seguirlos tanto en la evaluación como en la terapia. Pero este modelo evitaría sobre todo someter a los pacientes al trauma de la ruptura de un vínculo de colaboración —profesional y personal— cuando la confianza y la alianza ya han sido establecidas positivamente.

LOS PADRES PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Como ya he dicho, entre los pacientes del CbM que nos han sido derivados en estos años son numerosos aquellos que eran seguidos, o que tenían derecho a ser seguidos, por los servicios para adultos. En líneas generales, nuestras experiencias con los servicios psiquiátricos han sido de buena colaboración.

En el caso de la madre de Alejandro, que estaba bien arraigada a una asunción sólida y diligente, la psiquiatra vio bien la inclusión de un servicio que interviniese sobre la relación madre-hijo, que despertaba también su preocupación.

Fausto, el paciente límite con dificultad para integrar la propia homosexualidad, hacia el final del tratamiento fue enviado al servicio psiquiátrico territorial para una asunción específica de las parálisis histéricas, que no se habían resuelto, y fue seguido con hipnosis, con óptimos resultados, por parte de un psiquiatra especializado en el síndrome postraumático, con el que nos entendimos perfectamente.

Quiero dedicar unas palabras a la situación de Fortunata ya comentada, y que conté detalladamente en un trabajo dedicado a la terapia familiar en los servicios psiquiátricos, para ilustrar el tema de la difícil conciliación entre tratamiento del padre y protección del hijo.²⁶ Esta problemática relativa a los hijos de madres psicóticas se ha estudiado poco en nuestro país, si se exceptúa el benemérito trabajo de Fava Vizziello y de sus colaboradores, que constituye una piedra angular sobre el tema;²⁷ el libro de Malagoli Togliatti (1988), que reúne las intervenciones de varios profesionales del sector en un congreso que ya cité, y la contribución de Vannotti (1996) en el libro de Ghezzi y Vadilonga al cual he hecho referencia en varias ocasiones.

Por ello, en una de las partes que componen el libro en cuestión —*La terapia familiar en los servicios psiquiátricos*— traté de recoger tres contribuciones sobre el tema, en un intento de sensibilizar a los profesionales de la psiquiatría sobre los riesgos que corren los hijos de sus pacientes, para que se actúen a fin de romper la cadena de sufrimientos y de enfermedad que se repite de una generación a otra. Las primeras dos contribuciones

refieren experiencias sustancialmente positivas en el tema de prevención: en la primera, del que es autor A. Covini (2002), la terapia familiar intervino como vicaria de las incompetencias de una madre psicótica antes que los desajustes adolescentes de la hija se estructuraran en una patología; la segunda, cuyo autor es Zamparutti (2002), relacionó una situación en la que el hijo de la paciente psicótica se volvió drogodependiente a pesar de la intervención familiar efectuada con anterioridad, pero una asunción adecuada del núcleo familiar que él constituía previno el contagio de este mal a la tercera generación.

La tercera contribución está dedicada al caso de Fortunata, que tuvo un resultado completamente diferente. Habíamos alejado a la paciente «milagrosamente» de ser excluida de las sesiones de evaluación, que, tras varios intentos fracasados, reservamos al conviviente solo, para afrontar su «enfermedad de indecisión». No sólo la señora acudió finalmente al servicio psiquiátrico con actitud colaboradora, sino que también reaccionó con entusiasmo a una audaz y creativa propuesta que le hizo la asistente social tutelar de los niños, de acuerdo con nosotros, de ir a pasar quince días a la playa con sus hijos, a una colonia protegida para madres con grandes dificultades, donde, en caso de emergencia, podría contar también con el apoyo del servicio psiquiátrico local. Mientras tanto, el marido se decidió a separarse y ella misma se resignó a lo inevitable de la cuestión; por primera vez llegó a decir que quizá también ella estará mejor así. La colonia le ofreció entonces su primera experiencia sin él y junto a los niños.

A pesar de la oposición del compañero y cierta ansiedad por parte de la hija menor —además de la nuestra—, Fortunata se dispuso a partir. Él, con su habitual ambivalencia, ya que se oponía al viaje, los llevó, no obstante, en coche. La mañana de la partida organizamos las sesiones para preparar a los niños ante la nueva experiencia. Primero los atendimos con el padre, para que recibieran su autorización a pasar las vacaciones con la madre —él les llegó a decir que si ella se curaba podrían estar con ella cuando él estuviera fuera de casa—. Después nos encontramos con ella. Fortunata estaba transformada; desanimada e inerte como estaba en las primeras sesiones con los hijos anteriores a nuestro trabajo por separado con el marido, ese día estaba vivaz, activa, competente. Proyectaba encontrar un trabajo y una casa mejor a su regreso.

Le informamos sobre nuestra idea de que el padre acogiera a los hijos, pues era entonces la única figura de referencia para ellos, y de nuestra intención de trabajar con ella y con los niños para que su relación pudiera construirse. La pequeña, tranquila por encontrarse finalmente frente a una madre más capaz de escuchar y de acoger, empezó a recordar la violencia a la que ella la sometía en el pasado, involucrando al hermano en el relato: «¿Te acuerdas?». La madre la encerraba en el baño, no preparaba la comida; un día los dos tenían tanta hambre que encontraron huevos en la nevera, y aunque se les cayeron al suelo se los comieron así, crudos, directamente del suelo. La niña se reía nerviosa. La madre se levantó, ¡y empezó a abofetearla delante nuestro! Reaccionando de mi parálisis, la detuve: no es así como se reconstruirá la relación entre ellos. Probé a conectar el miedo y la angustia de la pequeña frente a la madre enferma con los sentimientos que ella misma debía de haber experimentado de niña con su propia madre enferma. La discusión tras la sesión fue encendida. ¿Qué hacemos? ¿Lo suspendemos todo, o los dejamos viajar? Decidimos correr el riesgo, confiando en la protección de los educadores.

La experiencia resulta un éxito inesperado. Los recibimos el día del regreso.

Fortunata, bronceada y en buena forma, estaba radiante. La mujer abatida sobre la silla, apagada, decaída, había desaparecido. Los niños estaban exultantes: se habían divertido mucho, los compañeros eran simpáticos, dormían todas las noches cogidos de las manos con la madre, uno a la derecha de la madre y el otro a la izquierda. ¿Y la madre no se quedaba todo el día en la cama fumando? ¡No! (reían). Estuvo con ellos, les acompañó a la playa, les compró un helado. A veces ellos también querían estar solos con sus amigos. ¿Y cómo pudo suceder un cambio así? La respuesta del niño fue inmediata: «Vosotros y papá le habéis hecho entender que estaba a punto de perdernos, y como nos quiere, ha cambiado». Entonces fue el turno del padre de ir de vacaciones con ellos, junto con la familia de la hermana. Pero él, claro, había

cambiado de idea. Fortunata estaba guapa, estaba serena, y él ya no se quería separar. A pesar de nuestras apremiantes invitaciones a pensarlo bien, partieron de vacaciones los cuatro, y al regreso la situación rápidamente retrocedió al punto de partida: Fortunata se lamentaba de que había vuelto a criticarla, que ella no podía cambiar más, que él siempre le daba la razón a los niños y los ponía en su contra. A pesar de nuestras recomendaciones, abandonó los psicofármacos, tuvo una descompensación maniaca y tuvo que ser nuevamente internada. En una sesión impresionante con su padre y sus hermanas, que le suplicaron dejarse tratar si no quería perder a los hijos, la mujer, agitada pero lúcida, dijo: «No me importa; el respeto que me debo a mí misma es más fuerte que el amor que les debo a mis hijos».

Esta extrema estrategia defensiva del sujeto que se siente verdaderamente contra las cuerdas es la que Mugnier, en un libro sobre el maltrato a la infancia del que traduje un breve fragmento, llama «estrategia de la indiferencia»: el dolor es demasiado grande, pero no puede ser evitado, porque está en juego la supervivencia misma de la persona, física y/o psíquica; entonces el individuo se envuelve en una coraza de insensibilidad para anesthesiarse.

Fortunata era como la lagartija que, para no ser devorada por el gato —la locura que amenazaba con tragársela—, abandona la cola y escapa. Recuerdo de niño la sorpresa y el disgusto cuando no seguí los consejos de mi madre de no continuar espiando en un nido de jilgueros: la madre, asustada por mis continuas incursiones, abandonó a los pequeños, todavía implumes, que murieron. *Mors tua, vita mea.*

Pero aquí los niños de Fortunata no murieron.

La asistente social se puso de acuerdo con el centro diurno para que acogiera a los niños a tiempo completo. El padre, mortificado, se dio cuenta de que su presencia era realmente nociva para Fortunata y esta vez se separó de verdad. La acogió en casa el día en que la dieron de alta del internamiento, y él se mudó a un apartamento sin darle referencias de su paradero. Nosotros concluimos nuestra evaluación con la propuesta de una breve acogida de los niños con los tíos —que habíamos entrevistado en varias ocasiones— y, al finalizar el año escolar, el regreso de los niños a la casa del padre, que continuamos siguiendo, con visitas protegidas con la madre en un lugar neutro. El juez acordó con nosotros que en Navidad los niños dejaran el centro y fueran a casa de los tíos. Poco a poco Fortunata, liberada del chantaje continuo de su compañero, sus incesantes críticas y sus descalificaciones, y aliviada del peso de la cola (sus pobres hijos), renació. Al regreso del servicio psiquiátrico entró en una disposición de ánimo colaboradora, frecuentó el centro diurno, donde se integró fácilmente e incluso se inscribió en un programa educativo especial para obtener el título de nivel de enseñanza media. Veía a los niños una vez por semana, no fue nunca a molestar a la casa de la cuñada, como ésta temía, y asistió regularmente a nuestros encuentros de verificación sobre la evolución de la acogida de los niños, realizados generalmente con el formato padre-madre-tíos-niños, pero también en varios subgrupos. En marzo, en una de estas reuniones, la bomba: él había regresado a vivir con ella. Los tíos estaban escandalizados, los niños desorientados, y nosotros sin palabras. Después de algunos encuentros de reflexión y de balance comunicamos que nuestro pronóstico había cambiado: en pareja no podrán nunca ser padres suficientemente buenos para los hijos. El «pacto conyugal» en el origen de la relación era que él la salvase a ella, en particular de su difícil vicisitud familiar, y este pacto no había podido evolucionar. Pero cuando entre ellos estaban los hijos, él se desplazaba al rol de salvar a estos últimos de la incompetencia de ella, que no se sentía ya acogida y comprendida como una niña necesita; por el contrario, él la rechazaba y la reprobaba como causa de los sufrimientos de los niños. Sin hijos los dos podrán estar bien, y también los niños sin ellos. Fortunata se resignó sin dificultad —¿todavía la estrategia de la

indiferencia?—; él porfiaba, pero finalmente eligió también la relación de pareja y dejó ir a los niños. Los tíos se declararon disponibles a una acogida hasta que fueran mayores de edad para ayudar al hermano (y cuñado). Se les explicó la necesidad de que se tratase de una verdadera asunción de los niños, no de representar provisionalmente a los padres. Después de nuestro nuevo informe de actualización, el tribunal decretó la acogida con la vigilancia del servicio. El padre iba a visitar a los hijos cada tarde al regreso del trabajo, y la madre los veía el domingo en su propia casa. Pasaron cuatro años. Fortunata no debió ser internada nunca en todo este tiempo —antes tenía unos dos internamientos de promedio al año—. Su coeficiente intelectual cuando llegó al centro era de 49, y en el último control había ascendido a 75. El diagnóstico de esquizofrenia fue descartado.

Los niños hicieron sorprendentes progresos y establecieron un vínculo de identificación con los tíos que nos sorprendió: no sólo la niña superó radicalmente el rol de tontita que parecía casi abrazar para siempre, sino que incluso el varón se parecía físicamente al tío, con quien, sin embargo, no tenía ningún vínculo de sangre.

La madre, en estos años, no los llamó nunca por teléfono; un episodio ilustra el tipo de vínculo que tenía con ellos. La hija llegó un domingo con una bolsita para el maquillaje de las muñecas, que le había regalado la tía. La madre comentó: «¡Qué bonita! ¿Me la das?», y la hija lo hizo. Durante dos veranos se repitió la experiencia de la colonia protegida. Después los niños fueron dos semanas al mar con los padres. Al regreso la tía les preguntó si se habían divertido: «Sí, íbamos a la playa cada mañana los tres». «¿Cómo, tres?». «Sí, mamá se quedaba en casa durmiendo». Y la tía se mordió la lengua. Al comentar el hecho con Fortunata, ésta sonrió: «¡Estábamos en vacaciones!». La asistente social tutelar, en su informe que cerró el caso —¡un caso que se cierra es una rareza!—, subrayó, además de los progresos de los menores, que la imagen que tenían los niños de su madre había cambiado totalmente: si antes se avergonzaban y estaban cargados de hostilidad hacia ella, ahora parecían haberse reconciliado con ella y con sus limitaciones, tanto que la pequeña hablaba de la cuestión serenamente en la escuela.

El caso, en mi opinión, se presta a muchas reflexiones.

La *primera* es la renuncia a la maternidad cumplida por la paciente como mecanismo de aceptación del límite y, por lo tanto, de recuperación del propio bienestar. Nótese que no se trata de un límite intrínseco a la persona, que no puede de ningún modo expresar las competencias maternas; si está bajo control (como en la colonia de vacaciones), de hecho, ha sabido ser madre. Es un límite que la mujer vive en el interior de sus relaciones. Portadora de una experiencia infantil con gravísimas carencias, todavía hoy sin un apoyo de tipo materno a sus espaldas, en el dilema de si hacerse cuidar por el compañero —¡al cual hoy ya no pide matrimonio!— o cuidar ella misma por sí sola a los hijos, elige sus necesidades infantiles: tiene todo el derecho a hacerlo.

La *segunda* es que entonces la psiquiatría debería abandonar la defensa a ultranza de la paternidad de los pacientes; la asunción terapéutica de Fortunata se logró sólo gracias a un dispositivo que discutía radicalmente su adecuación, a pesar del pronóstico conclusivo de no recuperabilidad.

La *tercera* es que también el compañero de Fortunata realizó la misma elección: en vez de asumir la acogida de hijos él solo, según el primer proyecto, prefirió continuar fiel a su elección original de dar alivio a sus sentimientos de grave inadecuación personal —de los cuales no hemos descrito aquí las razones— a través de la cercanía de una compañera a la que sentía frágil y necesitada de él.

La *cuarta* es que la rigidez de las expectativas y de los roles entre los dos compañeros impedía la evolución fisiológica de la relación de pareja hacia una separación o hacia una confirmación del vínculo a un nivel adaptativo a las nuevas exigencias de cada uno, donde se incluyeran los roles de paternidad que aquí quedaban, en cambio, sin expresar. El paso que falta es el que Malagoli Togliatti y sus colaboradores —que analizan el necesario camino de la pareja, desde la ilusión conyugal inicial, a través de la fase inevitable de la desilusión, hacia una recontratación más realista y flexible— llaman la llegada a la «desilusión», una aceptación madura de los límites del otro, pero junto con la valoración de sus virtudes. Quiero además hacer una consideración de orden más general. El lector, siguiendo el desarrollo de la asunción de Fortunata, se habrá preguntado —y tal vez no es la primera vez, ya que otros casos relatados también fueron complejos y trabajosos—: «¿Pero valía la pena todo este trabajo? Se realizaron sesiones y sesiones, con los padres, sus familias de origen, los niños, y después con los tíos, y de nuevo los padres, y los hijos... Se escribieron muchos informes, se llevaron a cabo numerosas reuniones de red, se pusieron en juego tantas intervenciones, como el centro después de la escuela, y después aquél a tiempo completo, la acogida..., los jueces leyeron, escucharon, discutieron, emitieron indicaciones... Se gastó un montón de dinero, además de la cantidad formidable de esfuerzo. ¿Valía la pena?». Una vez, en un seminario para futuros terapeutas familiares —es importante precisar que no eran de nuestra escuela—, ilustré el modelo de asunción del CbM utilizando como ejemplo clínico el caso de Fausto, el padre homosexual, y sus hijos. Al terminar la presentación, acompañada por fragmentos en vídeo de las sesiones, un alumno levantó la mano para hacerme precisamente esta objeción: «Pero, ¿valía la pena?». Y añadió: «¡Una bala cuesta sólo unos unas liras!». Yo, tan orgulloso como estaba de los resultados que habíamos obtenido, me quedé con la boca abierta.

Pienso que el joven colega no sólo subestimó el derecho de Fausto a una vida mejor, antes de pensar en librarlo de sus sufrimientos con la eutanasia, sino también la fuerza del vínculo que le unía a sus hijos, y por tanto el derecho de los niños a que nosotros hiciésemos lo imposible para restituirles un padre lo suficientemente bueno.

Los niños de Fortunata no tuvieron una madre suficientemente buena, pero creo que lo que realizamos favoreció el trabajo de separación, de pertenencia a la familia sustitutiva y de reconciliación con una madre ya no sólo «loca», sino también para siempre inadecuada.

PADRES DROGODEPENDIENTES Y PADRES ALCOHÓLICOS

En las páginas anteriores hemos mencionado también a padres con problemas de dependencia, para quienes quisiera dedicar unas palabras.

La historia de Ana —la joven que sufrió abusos repetidas veces y que contó en la

primera sesión la muerte de su perrito— ejemplifica una evolución positiva. Considero que uno de los factores que más contribuyeron al éxito del caso fue un movimiento realizado en el planteamiento de la asunción, cuando decidimos no proceder a un segundo encuentro con la mujer, a pesar del encaminamiento hacia un proceso de reconocimiento, hasta que no hubiese entrado en un centro, a pesar de que a raíz de ello tuvimos que esperar ocho meses. Me parece evidente que el resultado favorable se obtuvo sólo gracias a la sinergia entre estas dos intervenciones: la realizada por el CbM en el contexto evaluativo, que tuvo un carácter eminentemente *interpretativo* y que fue enriquecida por la convocatoria de los familiares, y la realizada por el centro, en un primer momento de *rehabilitación* de la drogodependencia y *psicopedagógica* respecto a la relación de la mujer con los hijos, y en un segundo momento expresamente terapéutica.

En las situaciones en las que debimos (o pudimos) contar sólo con nuestras fuerzas, experimentamos fracasos dolorosos.

Acogimos en un centro a una niña de 10 meses, la tercera de una pareja de padres drogodependientes. Los dos hermanos mayores fueron dados en acogida estable al padre de la mujer y a la segunda esposa de él, que no tenía hijos, y vivían en otra ciudad. Los padres perdieron la potestad en relación con ellos.

Por esta tercera hija parecían seriamente dispuestos a cambiar, deseando ardientemente recuperarla. El padre, en la cárcel en el momento de su nacimiento, dejó el consumo de heroína, y la madre inició un programa con metadona. Pero la señora rechazó ser acogida en un centro con la hija. La evaluación de recuperabilidad nos tenía muy atareados. Como era de esperar, las vicisitudes individuales de los dos eran extremadamente dolorosas. Intentamos recorrerlas también gracias a la convocatoria de las respectivas familias de origen, que colaboraron con nosotros.

El material proporcionado por los educadores que supervisaron las visitas en un centro fue constantemente utilizado en las sesiones. El juego de pareja —extremadamente denso, con continuas traiciones por parte de la mujer a su compañero, que parecía no reaccionar, aceptando también la paternidad del segundo hijo que no era suyo— fue analizado y explorado. Los dos pacientes eran inteligentes y aparentemente colaboraban. Pero más allá de este contexto nada cambió: la mujer abandonó el programa de rehabilitación, y el marido postergaba continuamente los análisis de sangre por si era seropositivo para el VIH —lo que era relevante en la relación entre los dos—; ella declaró que entraría en un centro —entonces sin la niña, porque el juez quería precisamente estar seguro de su capacidad— pero no lo hizo. Quedó embarazada, e interrumpió el embarazo. Desapareció. Reapareció nuevamente embarazada. Pidió entrar en un centro con el hijo que estaba por nacer, para que después le siguiera la niña. Le fue concedido. Pero en el momento del parto se arrepintió: se inició un procedimiento para que el pequeño pudiera ser dado en adopción. Cuando finalmente los dos hermanos fueron dados en adopción, la niña ya había cumplido los tres años. Y cada uno de nosotros tuvo su parte de responsabilidad en este retraso.

Antes de dejar de lado la casuística de los padres toxicómanos, quisiera dedicar algunas palabras no a las madres, sino a los padres varones, de quienes hemos visto un solo ejemplo, además de este último en el que la droga era un problema de ambos. Como la literatura nos cuenta, y también confirma el trabajo que hice con mis colegas, el tratamiento del drogodependiente de heroína encuentra un enfoque interpretativo útil en

la hipótesis de que el paciente haya tenido una relación complicada con el progenitor del sexo opuesto (en el caso de Ana, incluso, un abuso) y fría y distante con el del propio. Una buena estrategia terapéutica consiste justamente en intentar acercar a la paciente a la madre (en el caso de Ana el intento se realizó con la tía) y al paciente varón, al padre.

He aquí lo que sucedió en el caso de Eugenio —el novio de Mónica, la muchacha que odiaba la autoridad, tanto sufrida como ejercida por ella— que dejamos cuando, de regreso a su casa, echó de ella al padre.

Concluido nuestro trabajo para el perito con el pronóstico negativo sobre Nicolás y positivo sobre Mónica, y la propuesta de acogida para Nino, se abrió un tipo de suplemento evaluativo sobre la nueva pareja, Mónica y Eugenio, con quien la muchacha quería que algún día viniera a vivir también su hijo. Mónica nos presentó a Eugenio muy satisfecha: el hombre, diez años mayor que ella, como Nicolás, colaboró con el evaluador en los límites de la complacencia. Adicto a la heroína desde hacía más de veinte años, sin empleo, con antecedentes penales por robo y venta de estupefacientes, estaba desde hacía años en un programa de metadona de mantenimiento y vivía aún con los padres. Declaré tranquilamente que la droga era todavía un problema para él. Mónica rebatió vivamente mis palabras, diciendo que la heroína respondía también a un fin autoterapéutico, y sostuvo que Eugenio no tenía ningún problema y que el psicólogo hablaba por lo que había leído en los libros y no por experiencia. Eugenio amablemente la contradijo, para darme la razón: era cierto que tenía problemas, ligados a un marcado rechazo que vivía desde hacía años por parte de su padre, tanto que se convenció, también por otros indicios, de ser fruto, él solo entre los numerosos hermanos y hermanas mayores y más pequeños que él, de una relación adúltera de su madre. El padre nunca lo visitó cuando estuvo en la cárcel o en el hospital; tampoco le dirigía la palabra, a pesar de que el hombre estaba enfermo, obeso y con una cardiopatía, confinado a una silla a ruedas. Arriesgué un comentario sobre la frecuencia con que los hombres que caían en la drogadicción sufrían una distancia del padre y una dificultad para construirse una identidad viril, que intentaban entonces afrontar entrando en el «mundo de los hombres» a través del mundo de la droga, entre traficantes, policías y «gente dura». Aquí Mónica me dio la razón: efectivamente Eugenio era un flojo, «le faltaban huevos», no reaccionaba ni siquiera a los *tejos* que le lanzaba un muchacho del edificio donde él vivía.

Antes de la siguiente reunión, la asistente social tutelar, que naturalmente recibió de Eugenio el permiso de contactar con el centro de rehabilitación de drogadicción en interés de Nino, de quien él quisiera ocuparse, nos comunicó que durante este intervalo el hombre tuvo dos recaídas en el consumo de heroína, a pesar de las altas dosis de metadona. Cuando abordamos el tema con los dos, Mónica nos declaró haberse enojado mucho. ¿Con quién? No con Eugenio, desde luego, sino con la asistente social que la puso en guardia («si las cosas continúan así, deberá elegir entre el novio y el hijo»), y a ella, como sabíamos, no le gustaban los chantajes... Eugenio, por el contrario, dio la razón a la profesional, que hacía su trabajo pensando en el niño. Entramos en un discurso un poco trivial sobre los riesgos para el pequeño, para Mónica y para él mismo. Él nos dijo que estaba atento a las enfermedades, que era seronegativo para el VIH. Antes del siguiente encuentro, los datos se hicieron más precisos: el colega que seguía a Eugenio en el centro de rehabilitación de drogadicción, a quien conocíamos bien, me aclaró que Eugenio, desde hacía años, ¡no tenía un solo resultado de análisis de orina negativo en relación con la presencia de morfina, y que era seropositivo desde hacía muchísimo tiempo! En la sesión, me dirigí a Mónica: ¿por qué apoyaba las mentiras de Eugenio?, ¿por qué no me decía: «Doctor, ayúdeme, el hombre con el que salgo continúa drogándose y corre el riesgo de hacer naufragar mi proyecto de familia?»». Eugenio se ofendió y se puso en pie: «En el centro de rehabilitación están contra mí». Me habían contado mentiras y debía llamar a su doctor (¡que era precisamente con quien le dije que había hablado!) y veríamos quién tenía razón, me traería los análisis, y que era seropositivo lo sabía sólo desde hacía seis meses —aunque lo hubiera negado quince días antes—, y salió de la habitación. Mónica lo siguió y rápidamente lo alcanzó, y él se sentó un poco apartado, aún

enojado. El encuentro prosiguió sobre el modelo materno que Mónica tenía interiorizado: se veía tan distinta a su madre, y en cambio era igual que ella, o peor, en la sumisión a un hombre. No creyó a su hermana Marina cuando le contó que su padre había abusado de ella, y ahora no tomó a Eugenio por la corbata diciéndole: «Más vale que dejes de decir mentiras o te dejo»: ¡una feminista declarada! Tal vez si lo obligara a una verdadera confrontación, en lugar de callar por miedo a quedarse sola —como ella misma sumisamente decía—, podría también serle de ayuda, como su madre si hubiese echado de casa a su padre antes de que cometiese incesto.

La sesión siguiente tuvo lugar después de las vacaciones del mes de agosto. Por primera vez en su vida Eugenio estuvo un mes sin inyectarse heroína, según nos dijeron en el centro de rehabilitación de drogadicción. Pero hacía tres días que Mónica lo había dejado, y él recayó inmediatamente.

Supusimos que ella vendría a la sesión sola, puesto que no estaban en pareja, pero se presentaron juntos. Mónica no podía explicar por qué lo dejó ni por qué lo trajo a la sesión. Dimos vueltas en el vacío, hasta que Eugenio nos lo dijo: «Creo que no le gustaba que yo le dijese siempre lo que debía hacer con Nino; por ejemplo, yo le decía: “Cuando vamos a visitarlo, vístete bien, no vestida así como “drogata” (*¡sic!*), sabes que al niño le gusta verte vestida de madre”... En agosto Nino fue a la playa con el CbM, y yo cada tarde le decía: “Mónica, son las siete, ¡telefonea a Nino!”. “Sí, ya lo sé; luego”. “Mónica, son las siete y media, telefonea a Nino”. “Sí, ya va. ¡Ya lo sé!”. “Mónica, ¡son las ocho, después no le pasan la llamada porque se va a dormir!”. Y ella se enojaba, y nos peleábamos». Mónica confirmó que le molestaba que pareciera que a él le importara más Nino que ella; si le hubiese dicho que le gustaba que ella se pusiera falda, de acuerdo, pero así ya estaba harta, se había cansado.

La relectura es fácil: Eugenio había elegido como pareja a una mujer con un niño y se ligó mucho a él para poder demostrar a su padre que se podía amar a un hijo, incluso al hijo de otro. Eugenio se conmovió y rogó a Mónica que saliera de la habitación, lo que ella hizo con desgana. El hombre lloró, y me dijo que pensaba siempre en el suicidio, que lo intentó muchas veces, pero su padre no se conmovió. Mi intervención fue drástica: ¿«Es tan tonto como para no darse cuenta de que si usted muriese su padre estaría aliviado? ¿Cree que entregándole su lápida le arruinaría la vida? Pero su padre, si pudiese, ¡bailaría sobre su tumba! Un hijo que no le ha dado más que problemas, dentro y fuera de la cárcel, que no trabaja, enfermo, siempre en el hospital por culpa de sus vicios». El paciente pareció entender.

Entonces continué: «¿Por qué en vez de usar su rabia contra usted y arruinar lo que tiene, su vida, su relación con Mónica, con Nino, para hacerle sentir a su padre remordimientos que nunca sentirá, no usa su rabia como carburante para su existencia, para salir adelante, para mostrar a su padre que no lo necesita, que también sin él usted puede vivir?». Eugenio asintió. La intervención se retomó en presencia de Mónica; en la sesión siguiente los dos se habían reconciliado, los resultados de los análisis estaban nuevamente libres de morfina, y Mónica lucía un anillo que él le había regalado —y que esperábamos no hubiera robado en algún piso.

La misma norma que enunciamos para nuestros pacientes drogadictos, de contar con la colaboración de los servicios especializados y sus probados recursos, vale también con los padres que abusan del alcohol. El último caso explicado en *Niños maltratados* nos permitió experimentar el óptimo efecto de un trabajo conjunto con Alcohólicos Anónimos.

Se trataba de un niño de 11 años de edad, hijo único de una pareja con alto nivel socioeconómico que lo había tenido avanzada en años, con una madre que conectaba su alcoholismo crónico con la humillación constante de su marido, que después de veinte años de matrimonio todavía iba cada mañana a tomar el desayuno a la casa de la madre anciana. Después de que la señora, desmotivada por el fracaso de una larga psicoterapia individual, rechazara responder a las peticiones del marido, que insistía desde hacía años en que participase de las reuniones de Alcohólicos Anónimos, le motivamos a él a dirigirse a los grupos de familiares

de alcohólicos, con excelentes resultados: a la señora, que hasta entonces había vivido las presiones del marido como un modo más de humillarla, llamándola borracha, le impactó la escrupulosa participación de él en las reuniones, que vio como una prueba de amor, y finalmente también ella decidió participar del programa, que en su caso obtuvo un rápido resultado. El hijo de la pareja, obviamente, se benefició de manera significativa.

Desde entonces hemos tenido varias maneras de trabajar con usuarios seguidos en tratamientos de grupos para alcohólicos, organizados por clínicas privadas, y con otros a cargo del Núcleo Operativo de Alcoholismo, en ambos casos con resultados satisfactorios. Nunca hay que ilusionarse en lograrlo solos, dentro de un servicio para menores, donde no se cuenta con la experiencia ni con los instrumentos necesarios.

Los señores Venezia fueron enviados a nuestro centro por los servicios sociales tutelares de sus dos niñas, en el marco de un procedimiento de separación judicial especialmente conflictivo. La disposición del juez colocó a las niñas con los abuelos paternos —con los que vivía también el padre—, pero bajo tutela de los servicios.

Éstos estaban extremadamente frustrados porque la colaboración de los pacientes —acomodados y despreciativos hacia los servicios públicos— era nula. En particular no lograban hacer funcionar las visitas protegidas madre-hijas. La señora estaba, de hecho, cargada de resentimiento contra los servicios, a los que años atrás se había dirigido pidiendo ayuda porque el marido, de quien no estaba todavía separada, la golpeaba. Se le ofreció en aquel momento la inserción junto con las hijas (la pequeña era bebé) en una comunidad para mujeres maltratadas, propuesta que juzgó ofensiva en relación con su nivel socioeconómico y su posición. Además, el hecho de ser extranjera le hizo pensar que la discriminaban del ambiente de la familia de él. Su origen nórdico le hacía decir, y con razón, que una mujer habría sido inmediatamente protegida en su país a través del alejamiento forzoso de su domicilio del marido, al que ella había denunciado reiteradamente. Y ahora las cosas se habían vuelto en contra de ella, ¡y las hijas habían sido entregadas al hombre violento! Lo que sucedió en todo ese tiempo fue que el marido se internó voluntariamente en una clínica especializada para desintoxicarse y después siguió una psicoterapia de grupo. Ofreció también a la esposa correr con los gastos del mismo programa, pero la señora abandonó después del primer día de internamiento. En la sesión de separación los peritos manifestaron cierto progreso por parte de él y el rechazo por parte de la mujer, tanto de admitir su propia dependencia como, y con mayor razón, de emprender un proceso terapéutico, y esto determinó la decisión del juez de no confiarle a ella la tutela de las hijas. Pero los servicios consideraron que la indiferencia de la esposa respecto a las visitas protegidas —las pocas veces que se presentó, la mujer se mostró arrogante con la educadora, porque tenía la mitad de edad que ella— se explicaba también por el hecho de que el ex marido, que quedó ligado por una intensa pasión y por una fortísima atracción sexual, le dejaba ver a las hijas escondidas, asegurándose así la prosecución de sus relaciones.

Llamadas telefónicas de recriminación de la madre en estado de embriaguez y declaraciones alusivas de los abuelos desanimados, hicieron intuir a los profesionales que los encuentros entre los dos degeneraban fácilmente en escenas de violencia delante de las hijas, con amenazas de ella, violencia de él, intentos de ella de entrar en la casa de él, etcétera. Al desencadenamiento de las escenas no era ajeno el alcohol, en cuyo consumo también él recaía durante las cenas y las salidas en compañía de la ex esposa, que empezaban bajo una luz romántica y después se deterioraban. Nuestro trabajo se reveló un completo fracaso hacia la madre en lo que respecta al seguimiento de las sesiones y a llevar a cabo un cambio personal. Es necesario decir que no tuvimos ninguna aportación a la que recurrir por parte de su familia de origen, que estaba lejos. La mujer permaneció distante, sarcástica, convencida de ser víctima de un complot. El único resultado al que conseguimos conducirla, hace muy poco, fue su completa desaparición de la vida de las hijas. Se dio cuenta

de que estaban realmente mal, y pudo convencerse de que habrían estado mucho mejor creciendo en paz con la odiada suegra y con el ex marido, con todos sus innegables defectos, que en la misma situación pero envenenada por las incursiones de ella. Su desaparición, que explicamos a las niñas como un acto de responsabilidad de ella hacia las pequeñas, las alivió, sobre todo a la mayor, de los sentimientos de culpa que las atormentaban. En cambio, funcionó bien el proceso con el padre, uno de los poquísimos hombres en nuestra casuística (otro fue el padre de Alejandro, que fue apoyado por la nueva esposa, mientras que el señor Venezia estaba solo), con lo cual nuestro pronóstico de recuperabilidad concluyó con la propuesta de un acogimiento de las niñas por parte de él.

Gradualmente también los abuelos reconocieron los progresos del hijo y, después de la sentencia del juez, dejaron marchar a las nietas sin chantajes afectivos. Terminado nuestro encargo, él pidió y obtuvo continuar el tratamiento en el CbM haciéndose cargo de los gastos, para alcanzar un mayor control de los impulsos — el inicio de las conductas desviadas se remontaba a veinte años antes, en la época del servicio militar— y ser apoyado en la propia tarea de único padre. Cuando dos años después estableció, con temor y cautela, una nueva relación sentimental, consiguió ver de nuevo la dinámica de la anterior, y llegar a entender el rol que había desempeñado también él en conducirla al fracaso, y por lo tanto reconciliarse internamente, al menos en parte, con la primera esposa.

Un resultado opuesto tuvo la historia de los Rossetti y de su hija Piera, alejada de la escuela urgentemente —según el Código Civil, que impone la inmediata protección de un menor en peligro— porque se le detectaron moratones y equimosis en el rostro, generados por la madre, que trató grotescamente de ocultarlos con maquillaje. La situación fue remitida por los servicios al juez, quien no había todavía tenido tiempo de emitir un decreto, por la involucración de Piera en el conflicto conyugal: el padre, que generalmente golpeaba a la esposa por su «vicio» de beber, recomendaba a Piera (con nueve años en el momento del alejamiento) vigilar a la madre y reprocharle si bebía, con lo que desencadenó la intolerancia de la mujer hacia la pequeña espía. El internamiento de la señora en una sala especializada de un conocido hospital no dio buenos resultados, porque la mujer fue dada de alta al cabo de un tiempo, ya que alteraba seriamente el funcionamiento de la sala. En cambio, fue bien la relación con el NOA, primero con el asistente social y después también con la psicóloga.

Nuestra evaluación fue más bien ardua. Como en el caso anterior, los dos iniciaron con sus respectivos abogados los procedimientos para el divorcio, diciendo en sesión cada uno cosas terribles contra el otro, y después la señora dio a entender a los educadores de Piera —que estaban siempre al corriente de todo— que ella «cedía» a las demandas sexuales del marido para hacerlo retroceder del propósito de separarse. Él, por su lado, explicó que aprovechaba las proposiciones amorosas de la mujer, pero afirmó que no tenía la más mínima intención de volver atrás. Respecto al daño de la hija, el padre se sentía completamente libre de culpa: no fue él quien la golpeó, y si le encargaba vigilar a la madre era por su propio bien. Era cierto que golpeaba a la esposa delante de ella, pero Piera entendió muy bien que ella se lo merecía. La niña presentaba un nivel de «adultización» seriamente preocupante, y el padre no dejaba de besarla en la boca y de llamarla «mi novia» incluso durante la sesión. La señora, aún con límites personales evidentes y grandes, muy poco a poco empezó a cambiar su actitud, gracias al trabajo combinado del CbM y del NOA. Se la acogió entonces con Piera en una comunidad madre-niño, en la que su evolución continuó, a pesar de hacerlo con una lentitud que ponía a prueba la paciencia de las educadoras, y mantenía la doble asunción: individual en el NOA y con la hija en el CbM. El padre, que se retiró indignado porque no se le asignó la hija (a él), había declarado recientemente su disposición a colaborar.

LOS HIJOS DE LA VIOLENCIA CONYUGAL

Estos últimos dos casos nos han introducido en otro mundo, en el que el maltrato emerge primariamente en la pareja, y el daño que los hijos reciben es el de la llamada «violencia asistida». El caso de Piera fue complicado porque la madre ejercía también un maltrato

físico directo sobre la niña; el de las niñas Venezia habría recibido probablemente una definición de este tipo al principio, cuando el Tribunal de Menores, inicialmente interrogado, cedió la gestión del caso al Tribunal de Separación, que lo encuadró de modo diferente. Hemos visto otros hasta aquí: en el contexto de la separación judicial, la vicisitud de Mónica y Nicolás, con su niño, Nino, contenía aspectos significativos de violencia del marido sobre la esposa, aunque el daño que recibía el pequeño no era puramente atribuible a la violencia asistida. Entraría de lleno en esta categoría el caso descrito del niño señalado por los vecinos por estar presente en el maltrato del padre sobre la joven concubina, del que hemos explicado la trágica sesión de red, con los maestros que se retractaban respecto a sus acusaciones, y la intimidación que ejerció el hombre sobre nuestra asistente social en una visita domiciliaria. Este caso permite ilustrar muy bien los nudos técnicos de la intervención sobre la violencia conyugal, otra plaga de la vida social, generalmente asociada a la violencia sobre los hijos en la elaboración de proyectos del tipo «Intervenciones sobre el maltrato a las mujeres y a los menores» o «Para enfrentar la violencia en familia», etcétera.

El CbM no se ocupa de la violencia contra la mujer cuando no involucra también a los menores. En estos casos envía la situación —la mujer que posiblemente solicita ayuda, tal vez acompañada de quien señala...— a estructuras especializadas en el sector, como son, en Milán, la Casa para las Mujeres Maltratadas, fundada en 1988, y la cooperativa Círculos de Agua, más reciente. Respecto a la dificultad de la asunción del maltrato, deseo subrayar una diferencia entre las dos situaciones: mujer maltratada sin hijos y mujer maltratada con hijos. Mi opinión es ya ampliamente compartida, salvo por aquellos centros que abrazan ideológicamente una posición extrema de tipo feminista de «perspectiva de género», que limita la intervención a la pura protección de la mujer sin involucrar también al marido violento y que muestra una serie de limitaciones.

El más evidente es que aunque el vínculo patológico se rompa, el hombre corre el riesgo de reproducir un vínculo análogo, en el que brutalizará a otra compañera, ya que no cambió su modo de relacionarse. La denuncia penal puede haberlo asustado y detenido de momento, pero puede también haberle hecho acumular aún más resentimiento y rencor por la pérdida de la esposa, por la derrota que padeció, y por el sentimiento de injusticia que pueda incubar y alimentar porque sus razones no fueron escuchadas.

El segundo límite, más insidioso, es que también la mujer, si no se trata la calidad de su relación con el cónyuge que maltrata, corre el riesgo de reproducirla, no sólo reconciliándose y siguiendo unida a él, como experimentaron con desilusión y estupor muchas profesionales que habían apoyado y alentado de buena fe a estas víctimas a la separación tanto física como legal de su agresor, sino también vinculándose nuevamente con compañeros igual de prepotentes y que pasan con gran facilidad a la acción violenta.

Como ya he dicho otras veces, me ayudaron mucho, para aclarar mis ideas, los trabajos de un grupo de terapeutas familiares estadounidenses, de orientación feminista (Goldner *et al.*, 1990), que ayudan a los profesionales a respetar *los dos diferentes contextos* en la asunción de estos casos: *en primer lugar, legal*, que es el lugar social de la atribución de la responsabilidad y de la condena de comportamientos inaceptables. En este contexto se procede a la denuncia del cónyuge violento, a la protección del cónyuge más débil, al posicionamiento inequívoco de los profesionales que pertenecen al sistema social y que comparten las normas básicas del comportamiento, del lado de la víctima, aliviándola de todo sentimiento de corresponsabilidad, de «habérselo merecido» o «habérselo buscado», que el envilecimiento y la humillación de la victimización suelen arrastrar consigo.

El segundo contexto, que *debe* seguir al primero, en el sentido de que no lo puede anticipar, pero tampoco puede prescindirse de él, es el *análisis psicológico* de los componentes de cada uno de los dos individuos que han dado origen a este esquema víctima-agresor y que le han permitido perdurar en el tiempo. Sólo la comprensión por parte de cada uno de las raíces y del significado del propio comportamiento impedirá al hombre repetir actitudes violentas y a la mujer ser victimizada nuevamente, aunque sea en relaciones diferentes de la conyugal.

Andrés era un joven paciente al que veía en el contexto privado en una serie de reuniones individuales en paralelo a una asunción familiar. Los padres solicitaron nuestra consulta preocupados porque este chico, primogénito de cuatro hijos, abandonó la universidad, no hacía nada, ni estudiaba ni trabajaba; pasaba el rato dando vueltas de noche hasta muy tarde, bebía, era extremadamente agresivo con la madre y con las dos hermanas, y llegó a amenazar con golpear incluso al padre, que intentaba llevarlo por el buen camino. El padre, entonces, lo expulsó de casa recurriendo a la policía, y lo mantenía en un piso cercano a la casa paterna. Durante un año Andrés rechazó participar de un tratamiento psicoterapéutico: nos llegó en un momento de gran desaliento, cuando lo dejó una muchacha con quien había establecido una turbulenta e intensa relación, que no se interrumpió después de la boda de ella. Estaba muy envilecido y lleno de vergüenza porque desde hacía varios meses, después de reunirse con los amigos a tomar algo, se iba solo todas las noches a encontrarse con prostitutas. Hubo, con el tiempo, discretas mejorías: hizo el servicio civil, retomó la universidad, volvió a casa, asistió de manera regular a la terapia, y siguió un tratamiento con fármacos antidepressivos. El trastorno límite de la personalidad, sin embargo, no se resolvió. Dos desilusiones sentimentales, en dos relaciones puramente unilaterales, lo condujeron a agredir a la madre —la primera vez sólo verbalmente— y a salir después de casa para ir a visitar a una tía. Meses después de haber vuelto a vivir con su familia de origen, se presentó la segunda agresión, esta vez también física: arrastró a su madre por los pelos. Después de este episodio confesó, sin autocritica, haber dado varias veces «un par de bofetadas» a su primera chica y haberse liado recientemente a puñetazos con un amigo.

La madre de Andrés no sufrió violencia sólo por parte de su hijo. Cuando los conocimos, el marido era pesadamente intimidatorio en relación con ella, y gritaba en mitad de la sesión para interrumpirla y contradecirla. Emergieron, poco a poco, cautelosas revelaciones también de violencias físicas (por ejemplo, una olla de sopa que le tiró a la cabeza delante de los hijos porque había sido cocinada sin amor y sin cuidado), respecto a las cuales faltó totalmente el reconocimiento por parte del hombre de lo inadmisibles de su comportamiento. En una terapia personal anterior la mujer llegó a la decisión de separarse, e incluso consultó con un abogado, pero renunció después de que el marido decidiese incluirla en la escritura de

propiedad del piso, y detuvo entonces la terapia. Más adelante, en una reunión individual, reveló un abuso sexual que sufrió en la primera infancia por parte del padre, del que nadie estaba al corriente. De una familia muy humilde, se casó muy joven con este hombre, profesor de letras en el instituto, del que esperaba que la rescatase de su condición de vergüenza y que la supiera entender sin que ella hablara.

Este caso muestra *la repetición de las experiencias de abuso* de Andrés —golpeó al padre, a la muchacha, a la madre y al amigo, y se avergonzaba de la explotación sexual de las prostitutas pero la mantenía compulsivamente— *y de víctima* de su madre (del padre, del marido, del hijo). Muestra también cómo una intervención llevada a cabo sólo con la mujer, y que no consiguió involucrar al marido, no pudo mantenerse en el tiempo. Lamentablemente, es lo que suele suceder en los programas con mujeres maltratadas sin hijos o cuyos hijos no son objeto de una intervención de protección. Nos falta el mandato institucional necesario para involucrar también al marido en el tratamiento, en caso de que se niegue a seguirlo, y nuestra asunción de la mujer puede revelarse efímera, ya que la paciente puede retroceder frente al dolor de los nudos personales que la terapia le induce a afrontar, y volver a repetir el propio rol al lado de su compañero violento en vez de cambiar.

Tal como subrayan Goldner y sus colaboradores, este rol no se mantiene por un impulso masoquista: la mujer que intenta separarse no vuelve atrás porque le guste ser golpeada. Todo lo contrario. Se trata de mujeres, como la madre de Andrés, con una bajísima autoestima, que encuentran en las súplicas del marido que les implora de rodillas que regresen porque está arrepentido y cambiará, una exultante confirmación de lo indispensables que son y, por tanto, del propio valor a los ojos de este hombre. La trampa que se cierra sobre ellas se dispara a partir de sus vivencias depresivas, por las que los ruegos y promesas del hombre funcionan como el Prozac, hasta el nuevo episodio de violencia, que las volverá a hundir en un abismo todavía más profundo y les provocará un mayor disgusto de sí mismas, dándoles la fuerza para escapar. Es sobre este fondo depresivo donde es necesario intervenir.

Paradójicamente, el padre de Andrés lo entendió muy bien. Él, que golpeó al hijo y lo echó de casa cuando le faltó el respeto a la madre, pero le dio el ejemplo de ser también prepotente, o peor; él, que cuando la esposa, con dificultad y muy dolorosamente, le reveló en sesión el abuso infantil sufrido, calló y cambió de tema —ni volvió a retomararlo al regresar a casa—, dijo reiteradamente: «Lo que tendría que hacer mi esposa es portarse como una reina, ¡no dejarse dominar!».

Para intentar efectuar este tipo de intervención, que conjuga la protección de la mujer y de los hijos con una asunción de la pareja e individualmente de cada uno de sus miembros —con la extensión a las respectivas familias de origen—, el mandato del tribunal que protege a los hijos de la violencia asistida y pide la evaluación de la recuperabilidad de los padres puede constituir un instrumento precioso.

Es emblemático el ejemplo del hombre que golpeó a la pareja delante del hijo y que presentamos anteriormente.

La pareja estaba formada por un hombre de 40 años de edad, Aldo Aguasdulces (el verdadero apellido es otro, pero también aquél parecía una broma, tratándose de un alcohólico), el cual, después del fracaso del bar que gestionaba, trabajaba en un depósito de agua mineral, y por su joven compañera, Valentina, que tenía un modesto trabajo en casa de entrevistas telefónicas. Los dos se conocieron en una discoteca y a la mañana siguiente la muchacha se escapó de la casa de los padres, gente modesta que vivía con el mito de la respetabilidad, que nunca habrían aceptado a un yerno meridional, sin instrucción, separado y con un hijo en brazos. La madre de Cristian, el hijo de este hombre, que entonces tenía 13 años, había regresado cinco años antes a Calabria, cansada de los golpes del marido, formó una nueva familia y nunca más volvió a ver a este hijo. En realidad los dos primeros veranos lo tuvo con ella, pero se dieron de nuevo enfrentamientos con el ex marido, y no quiso que la experiencia se repitiera. Cuando Valentina se estableció con Aldo, lo encontró convencido de recuperar a Cristian, que en aquel entonces tenía ocho años, a quien el padre, tras ser abandonado por la esposa, internó en un colegio privado que algunas clientes de su bar —prostitutas— le recomendaron, ya que era donde ellas tenían a sus hijos. La pareja constituida tenía un niño, Tulio, de cuatro años, que Valentina confió rápidamente a su madre para alejarlo de las peleas. También ella, como Daniela, otra madre golpeada por el conviviente, de quien hablamos en la primera parte de este libro, se refugiaba usualmente en la casa de sus padres. Aldo, en plena noche, borracho, se pegó al timbre del portero eléctrico para obligarla a volver con él. Los suegros le tenían mucho miedo, por lo que no siempre se atrevían a avisar a la policía. Sin embargo, después de algunos días, Valentina regresó regularmente a casa de Aldo, que se arrepintió y se disculpó, atribuyendo su pérdida de control a los celos que sentía hacia los suegros. De hecho, reprobó que la compañera fuera tan sumisa en el trato con su madre, según él «una sargento», y que nunca trajera a casa a Tulio, que prácticamente no conocía al padre. Es necesario añadir que Aldo había roto completamente las relaciones con sus padres y con sus hermanos, que vivían en el sur.

Una vez que se retiraron los docentes de la sesión de red, la cual corrió el riesgo de arruinarse por completo, se obtuvo sólo un epílogo de las preocupaciones de la asistente social: Valentina se disoció, en un clásico doble juego. De hecho, admitió la violencia del compañero ante el profesional y el consiguiente estrés en el que vivía constantemente Cristian, con quien ella decía estar muy encariñada, pero aclaró que nunca lo diría en presencia de Aldo, por miedo a sus represalias. Y, en efecto, en sesión conjunta negó decididamente la legitimidad de la intervención de los servicios. Afirmó que sus discusiones no eran distintas de las de otras parejas; el vecino (será éste quien espiaba...) había querido arruinarlos. La misma actitud tuvo la mujer durante la desgraciada visita domiciliaria de la asistente social: Aldo no estaba en casa a la hora acordada, y Valentina habló un poco confiadamente con nuestra colega, pero cuando el hombre regresó, suspicaz y alterado, Valentina acusó a la profesional de haber intentado sembrar cizaña entre ellos, instigándola en contra de él, por lo que él reaccionó con una catarata de insultos y de amenazas.

En la sesión siguiente, que los dos aplazaron un par de veces —la coacción no era muy fuerte, al no haber alejamiento de los menores—, decidimos utilizar este elemento que poseíamos: Aldo había asustado a la asistente social. Él naturalmente lo negó y minimizó, pero se le dijo que él no podía saber si la asistente social había tenido miedo o no, ya que sólo ella sabía lo que había sentido. Él entonces calló, y yo pude seguir diciéndole, por empatía, que no debía ser agradable estar rodeado de personas que estaban con él por miedo y no por afecto, como parecía ser tanto el caso de Valentina como de Cristian, taciturnos y bloqueados. Era necesario intentar entender por qué él no pensaba que podía ser amado, sino sólo temido. Aldo callaba todavía; conviviente e hijo levantaron sus miradas. Proseguí diciendo que tal vez sus estallidos de ira y de violencia eran desencadenados por el alcohol. Me interesaba obtener al menos el reconocimiento de los hechos. Si no obteníamos el reconocimiento de la conciencia, es decir, que él dijera que golpeaba, sí, pero sólo porque estaba borracho, pues paciencia, a este reconocimiento ya llegaríamos después. Sin embargo, provocando en mi gran estupor, él respondió que no, y confesó que perdía el control también sin haber bebido. Rápidamente a su reconocimiento le siguió la ruptura del pacto de silencio por parte de Valentina. Si

era posible decir que la asistente social se asustó por la actitud de Aldo, si él mismo admitía estallar y provocar miedo en la gente, entonces ella podía ponerse en la cola y reconocer que también le sucedía lo mismo. Ahora que los hechos habían sido aclarados, al menos en parte, y se había establecido un consenso alrededor de la oportunidad de proteger tanto a Cristian como a Tulio y, por lo tanto, alrededor de la necesidad de evaluar qué es lo que se podía hacer, estábamos un poco más confiados.

Luego convocamos sólo a la pareja, y aquí Valentina lo contó todo: salieron con amigos, y él pagó la bebida de todos, cuando su familia no tenía siquiera para comer, y ella se enojó, él le dio patadas en medio de la calle, pasó un coche patrulla de la policía que trató de calmarlo, y quiso saber si ella querría hacer la denuncia, pero ella no quiso arruinarlo. Valentina entonces volvería con sus padres, esta vez para siempre; ella lo había querido muchísimo, pero una mujer necesitaba una palabra dulce de vez en cuando, un cumplido. Él, en cambio, ni siquiera la hacía sentirse una mujer: la insultaba, le decía que era una «basura», la había echado de su casa, y ella quería saber del CbM si se podía separar, aunque no estuviera casada, y adoptar a Cristian. A esta provocación, él, hasta aquí en silencio, estalló: que olvidara a Cristian, que no tenía nada que ver; que tuviera a Tulio y que se quedara con su madre; él ya no quería verlos más, ni a ella ni al niño; de todos modos, se lo habían quitado cuando era pequeño. Cuando logramos interrumpir la discusión y el intercambio de acusaciones venenosas —en las cuales Valentina no se quedaba en absoluto a la zaga— logramos decirle a ella que entendíamos bien su preocupación por el niño, pero que éste, de todos modos, estaría un poco mejor cuando ella dejara la casa, ya que no presenciaría sus peleas. Ahora será necesario entender qué es lo que esta crisis debería tener de diferente respecto de las decenas de otras peleas que hicieron que se fuera, diciendo siempre que no regresaría más, pero regresando siempre. Ni siquiera aprovechó la presencia casual de la patrulla que asistió a la violencia para denunciarlo. Valentina se debatió en vano. Le dimos entonces el teléfono de la Casa de las Mujeres Maltratadas, donde podía ponerse al abrigo de las presiones de él y al mismo tiempo no atizar sus celos hacia sus padres. Dijo que se lo pensaría. Les dimos hora para dos entrevistas individuales por separado quince días después, con una hora y media de diferencia entre una y otra: si ella hubiera vuelto con él, los recibiríamos juntos. El día previsto llegaron juntos. No, no se habían reconciliado, pero ella no conducía y le había pedido a Aldo que la llevara. La recibimos primero a ella. Sería necio continuar trabajando sobre su ambivalencia, pero buscamos concentrar su atención sobre la goma elástica que regularmente la llevaba a la casa de los padres — ni siquiera había pensado en llamar a la Casa de las Mujeres Maltratadas— y después la devolvía a la casa de Aldo. ¿Qué había en su casa que nunca había estado bien? ¿Por qué se escapó con Aldo, metiendo sus vestidos en una bolsa?

Valentina aceptó sin demasiadas dificultades evocar con nosotros sus propias vicisitudes infantiles en su familia, a la que en presencia de Aldo había protegido de las críticas de él, con las más compactas de las idealizaciones: «En mi casa para mí y para mi hermana más pequeña, ¡siempre era Navidad!». Entonces la versión fue bien distinta. Ella se llevaba mejor con su padre, un hombre apacible y bueno, que con su madre, tal vez porque fue criada por la abuela paterna, en conflicto con la nuera, a la cual ella estaba muy ligada todavía; para ser exactos, cuando nos dijo que se refugiaba en casa de los padres, era en realidad en casa de la vieja abuela de noventa años donde pasaba la noche. Tenía un apartamento en el fondo de la casa, cruzando el patio, porque en la casa de sus padres no podía dormir. De hecho, ellos cambiaron el día por la noche: su padre, profesor de dibujo en un instituto profesional de arte, conoció allí a su esposa, que trabajaba de secretaria, y cuando Valentina era pequeña obtuvo el traslado al turno vespertino, con lo cual regresaba tarde a casa (vivían en las afueras de Milán, donde se encontraba la escuela), cenaban, se quedaban fumando y iban a la cama muy tarde. También su hermana, que a causa de un agotamiento dejó la universidad y obtuvo el puesto de secretaria que tantos años desempeñó la madre, jubilada desde hacía mucho tiempo, regresaba a casa con el padre tarde, ya de noche. Tulio estaba encariñado con el abuelo y la tía, por lo que la abuela no lo llevaba a dormir antes de que ellos regresaran. Él hacía mucho ruido, y a ella le molestaba, por eso prefería irse a casa de su abuela. Por eso después el niño al día siguiente tenía sueño, y los abuelos no lo inscribieron en el parvulario. Ella lo lamentaba, porque, ¿cómo hará para estar con otros niños, cuando vaya a la escuela primaria, él, que duerme todo el día y no va nunca al parque? Nos sentimos

mareados. Estábamos en una jaula de locos: sin dudar lo convocamos a Valentina con el padre y la hermana para la siguiente semana. A la hora prevista, madre, padre y hermana llegaron puntuales y sonrientes. ¿Y Valentina? ¡Cómo! ¿Tenía que venir ella también? ¡Pero ellos no lo sabían! Ella dijo que tenía que quedarse en casa con el niño. Decidimos mantener la sesión de todos modos; evidentemente, a diferencia del ejemplo de Ana, que estaba muy contenta de poder contar con el evaluador, que estaría de su parte delante de la hermana y de la tía, Valentina prefirió que este trabajo se hiciera en su ausencia, pues probablemente no confiaba en su capacidad de mantener su propio punto de vista, a pesar de contar con nuestra ayuda para hacerlo.

El encuentro fue fascinante: el profesor era un hombrecillo cándido y temeroso; la señora, una mujer grandota, muy maquillada e impetuosa; la hija menor, lánguida igual que la hermana mayor, estaba fuera de tono y era manipuladora. Se hizo necesario hacerlos callar con decisión cuando empezaron con la cantinela de la violencia del yerno. Será todo como dicen, todo cierto, pero de eso hablaremos con él. A ellos los invitamos para que nos ayudaran a entender a su hija y hermana; ¿por qué se escapaba de casa con un hombre evidentemente poco adecuado y cada vez que regresaba, poco después volvía a irse? La señora se rió: escapar de casa era un poco fuerte; se había enamorado, ya sabe como es el amor; pero no pudo negar que no había tenido noticias de ella durante seis meses. El padre culpó a Valentina —y entonces entendimos lo bien que había hecho ella en no venir—, que siempre fue una «cabecita loca»; ninguno de los tres tenía otras explicaciones. La suya había sido siempre una familia unida, todos se querían; la madre dejó el trabajo para estar al cuidado de las hijas, los padres se llevaban bien en su matrimonio todavía, después de más de treinta años de casados. Entonces saqué mi as de la manga: Valentina me dijo que hubo un problema con la abuela y por eso pensé que tal vez la señora podía haber sufrido al respecto. Ella se quedó un segundo sin palabras. ¡Ah!, Valentina habló también de esto, no creía... Hizo gestos en el aire, después infló su amplio pecho, dejó escapar un gran suspiro y se decidió finalmente a hablar. Ella se casó con su marido, que era hijo único de una madre viuda, y su madre era muy posesiva, y no quería dejarlo. Así él cometió un error («sí, sí, cometí un error», confirmó): mientras ellos estaban de luna de miel le dio a su madre las llaves del piso para que ella se lo arreglara, pero ella no las devolvió nunca. Todavía, después de más de treinta años. En treinta años de casados (estalló en llanto) ella no había tenido nunca la satisfacción de planchar una camisa o de lavar un par de calzoncillos de su marido; siempre la suegra lo hacía todo, mientras ellos dos estaban en la escuela. (El marido lo corroboró, sin intentar disculparse mínimamente.) Y cuando nació la niña todavía fue peor: la suegra se la quitaba de los brazos y no se la dejaba ni siquiera tocar, así que ella volvió a trabajar cuando Valentina tenía apenas cuarenta días porque sufría demasiado, y cuando volvía a casa en el intervalo del almuerzo corriendo para darle el biberón, la abuela quería dárselo ella, así que ella no volvió más, ése fue su error, dejarla a la abuela... «Pero, entiéndalo, doctor, yo era joven y estaba sola; mis padres estaban cerca de Turín, y mi marido no me defendía, nunca me dio la razón ni una sola vez, ¿es verdad o no?» Era verdad, según confirmó humilde el marido. «Y así perdí esta hija, y entonces pensé en tener otra, esta vez sólo para mí, y mi suegra se enojaba, y me decía, ¿pero entonces ésta me la das o no me la das?», porque quería llevarlas al parque a las dos...

«Y después vino el problema de la caca», intervino tímidamente el marido. «Ah, sí, estaba también aquello, que fue un gran problema, porque Valentina de pequeña no iba de vientre. Y eso mi suegra no lo hacía, yo debía encargarme». El marido: «Le debía poner una lavativa y estimularla, y eso le molestaba, y la niña lloraba...». «Sí, lloraba, así que cuando yo volvía a casa del trabajo y ella me oía llegar, me cerraba la puerta en la cara, me empujaba y se iba corriendo con la abuela; entonces yo después lloraba toda la noche. Por esto después me quedé en casa, pero era demasiado tarde, ya no la recuperé». Más adelante: «Y finalmente yo los tenía a todos en mi contra. Cuando cumplí 40 años me quedé embarazada otra vez, y yo lo quería tener, pero ellos no. Todos estuvieron en contra: mi marido, las hijas, también ella, y mi suegra, y tuve que abortar...».

El entorno se transformó. Esta familia que había venido sólo para hablar mal del yerno y después de Valentina —que nunca consiguió nada en los estudios y que siempre quería hacer lo que le daba la gana, que siempre había salido con hombres equivocados y no aceptaba consejos, y que se desentendía de Tulio y se

iba al piso de la abuela porque la abuela la dejaba hacer lo que quería— se transformó en una familia que parecía pedir auténticamente ayuda, que espontáneamente añadía detalles para que pudiéramos entender el drama en el que se habían consumido estos treinta años de su existencia.

Así, contrariamente a cuanto estábamos acostumbrados a llevar a cabo en el contexto de evaluación, nos animamos a dar una prescripción, o mejor una sugerencia de comportamiento, pero antes ayudamos a la madre a admitir que, aun después de treinta años, ella sufría todavía cuando veía que Valentina prefería a la abuela y se iba a dormir a su casa. La mujer confirmó que había puesto otra cama para que hubiera un lugar para todos, pero Valentina no aceptó quedarse. Le dijimos que se equivocó en decirle que debía quedarse para ocuparse de Tulio; debía abrirse sinceramente con la hija y decirle que era a ella a quien extrañaba, que se sentía triste cada noche porque ella se iba.

El esquema de las relaciones —obsérvese— no es aquél al que estamos acostumbrados, de dos mujeres, madre y Valentina, que se disputaban el niño, puesto ahí por Valentina para recuperar a su madre. No; la niña que se disputaba era todavía Valentina, ¡entre la madre y la abuela! Pero el verdadero cambio se lo pedimos al padre. Ya que reconocía que el error inicial fue suyo, porque le faltó coraje, le tocaba a él repararlo. Preguntamos a la madre si en el caso de que él hiciese este esfuerzo de volver atrás ella le diría que a estas alturas ya era demasiado tarde, que no le interesaba. Y ella respondió que no, que todavía le gustaría que él finalmente eligiese defenderla, pero temía precisamente que nunca lo haría. Me dirigí entonces a él: «Profesor, tiene todavía la oportunidad de retroceder en el tiempo, piense; aprovéchela, vaya a casa de su madre, explíquela que ha comprendido que se equivocó, hágase devolver las llaves y la hija». Él prometió que lo haría.

En la siguiente sesión estaban todos. Lamentablemente, Tulio, como habíamos temido, tenía evidentes núcleos psicóticos: era obeso, hipercinético, encoprético. Retenía las heces como su madre cuando era niña, para después ensuciarlo todo. Era un niño al que nadie había querido, ni la madre ni la abuela, a la cual estaba vanamente agarrado en una parodia de simbiosis, que ningún «tercero» había venido a separar. Pero pudimos intentar hacer algo, porque nuestra intervención dio sus frutos: el padre estaba orgulloso por su recuperado coraje, la madre estaba aplacada, y la abuela no lo tomó tan mal, después de todo. A estas alturas era vieja y estaba cansada. Valentina pareció haberlo entendido y aceptó volver a dormir en casa de sus padres. La convocamos sola, mientras que el niño fue confiado a una de nuestras profesionales.

Descuido por necesidad el trabajo paralelo llevado adelante con Aldo. Concluyo simplemente diciendo que Valentina no volvió nunca más a vivir con él, aunque no dejó de frecuentarlo, reconociendo con simplicidad que ella necesitaba aún de su cortejo. Inicialmente se vieron como padres de Tulio, cuando conseguimos motivar a Aldo a no abandonarlo, pero no era todavía posible que el padre viviese solo con el pequeño, considerando la ausencia casi completa de familiaridad entre ellos. Una vez que en estos encuentros Valentina constató la consolidación del cambio de Aldo, que abandonó el alcohol y no actuó más con violencia, aceptó gustosa salir también sola con él, dejando que en otras ocasiones él llevase consigo a Tulio, pero la convivencia no se volvió a reanudar nunca más.

En cuanto a Aldo, considero que el resorte para el cambio fue invocar su paternidad: todos sus hijos lo necesitaban. Cristian porque no había nadie más —la madre siempre rechazó nuestras convocatorias— y Tulio porque no podía salir de su grave patología sin encontrar en su existencia también a un padre. Este hombre, con su autoestima por el suelo —fracasado dos veces en el matrimonio, fracasado en el trabajo, denunciado al tribunal como padre violento—, se esperaba ciertamente que hubiéramos intentado excluirlo de la vida de sus hijos, no que combatiéramos contra su tendencia a retirarse.

LOS PADRES EXTRANJEROS

Inicialmente no tenía intención de dedicar un apartado a este tema, que tampoco suelo tratar en mis cursos de formación. Pero me he dado cuenta de que en el debate que sigue a mis conferencias no falta nunca la pregunta: «¿Y qué debemos hacer con los padres

extranjeros?». En efecto, en el CbM hemos tratado un cierto número de inmigrantes extracomunitarios, aunque para ser sinceros no son muchos. Recuerdo una familia filipina, alguna magrebí, un núcleo iraní, algunos casos de gitanos y una familia egipcia.

El aspecto que a menudo interesa a quien saca el tema en los debates es el conflicto cultural sobre la definición de maltrato. De hecho, es frecuente que las primeras frases del encuentro con un padre extranjero estén centradas en la contestación por parte de la legitimidad de la intervención: «Me acusan de haber cumplido una acción que para nosotros es absolutamente normal». ¿Qué debemos responder? No hay duda de que la objeción contiene su parte de verdad: el maltrato —como bien explica Ventimiglia— es un fenómeno construido socialmente, en el sentido de que —como ya hemos dicho a propósito del abandono, citando a Boswell— las distintas sociedades han definido de manera diferente qué castigos pueden ser infligidos a los hijos, qué comportamientos son lícitos y cuáles no lo son, en qué límite debe detenerse la acción violenta, etcétera, según sus concepciones. Asimismo, en las distintas clases sociales, las representaciones de qué castigos son o no correctos, cuándo y cuánto puede ser oportuno recurrir a castigos corporales, si es lícito o no utilizar insultos y palabras malsonantes con los hijos son cuestiones nada simples de delimitar. Más llamativo todavía es el hecho de que la imagen del trabajo infantil en el norte del mundo es considerada una plaga escandalosa, y en el sur del planeta se asume como un mal inevitable que suscita, por lo general, resignada indiferencia.

Así, sucede —y sobre todo sucedía hasta hace algunos años con cierta frecuencia— que la contestación «Pero vosotros me reprocháis cosas que en mi casa, cuando yo era pequeño, eran del todo normales» nos fuera planteada por un nativo proveniente del proletariado, básicamente del campo, de las zonas más atrasadas del país. Pero considero que detenerse en este primer nivel —tiene razón nuestro usuario, hay una conceptualización y definición del fenómeno diferente— implica el riesgo de que el profesional se paralice. Éste es consciente del peso de las injusticias sociales, económicas y culturales, y duda en aplicar a los más desafortunados de sus usuarios las mismas categorías de juicio y las mismas praxis de intervención que utiliza con otros. Pero esta actitud, que quisiera reparar una desigualdad, corre el riesgo de provocar mayor desigualdad todavía, y privar a los hijos del usuario más marginado y en dificultad de la misma tutela que recibirían sus coetáneos menos desfavorecidos.

En cuanto a los niños nómadas, por ejemplo, a menudo se toleran espectáculos penosos, como si nuestra mala conciencia frente a la marginación de la que esta minoría es víctima, nos empujara a «cerrar los ojos» sobre la suerte de niños obligados a mendigar o de bebés que viven en el frío de las estaciones del metro. Por eso exhorto siempre a los colegas más jóvenes a dejar de lado con decisión las diferencias culturales y a buscar en primer lugar entrar en contacto con las vivencias y los sufrimientos del niño,

y después acompañar al padre en la misma toma de contacto. Para ello, generalmente es útil partir de una invitación al padre a empatizar consigo mismo de niño: «De acuerdo; en su casa cuando usted era pequeño esto era normal, pero, ¿recuerda cómo se sentía?». «Entiendo, usted dice que en su país es habitual comportarse así; y cuando le sucedía de niño, ¿qué sentía?». En casos extremos, si la oposición es insuperable, se puede recurrir a un mediador cultural. Hemos oído contraponer por un mediador un fragmento del Corán a una afirmación perentoria de un padre sobre los mejores resultados de la educación severa de su país respecto a las laxitudes permisivas de nuestra casa. Mi elección, en síntesis, es la de privilegiar una interpretación clínica de estas posturas socioculturales, percibiéndolas como *resistencias*. Hemos visto cómo el reconocimiento del propio comportamiento inadecuado es difícil y doloroso para el padre, que tiende a negarlo, minimizarlo y justificarse. Aquí estamos en presencia simplemente de otro modo de construir una defensa contra el sentimiento de culpa, mediante el empleo de una clave de tipo cultural.

Quisiera añadir algo sobre otra configuración familiar que se nos ha presentado con frecuencia: la constituida por parejas mixtas, en las que estaba presente un evidente elemento de disparidad entre ambos. En líneas generales, se trata de situaciones en las que el cónyuge italiano, que sufre un sentimiento de inferioridad por varias razones, se une a una persona extranjera, y por eso percibida como más débil e indefensa, para reequilibrar la propia desventaja «contractual». Un ejemplo clásico es el hombre amenazado por profundas inseguridades sobre la propia calidad —muchas veces abandonado por una compañera, fracasado en el trabajo, alcohólico, con límites intelectuales, u otras— que busca una dócil esposa asiática, una *entraîneuse* de un país del Este, u otra desafortunada muchacha reducida al hambre. Los hijos de estas uniones están a menudo condenados a padecer graves sufrimientos, en los desajustes que se generan después del fracaso conyugal, con madres a la desbandada, sin redes de apoyo ni familias de origen disponibles, generalmente alejadísimas en lo psicológico de una posibilidad real de interesarse por el niño, y padres furibundos porque son traicionados una vez más en sus expectativas, ambos tendentes a la instrumentalización del hijo, al chantaje y a la amenaza.

El ejemplo especular nos ha impactado por la repetitividad de su guión: una mujer italiana psíquicamente frágil y perturbada, con un desierto afectivo a sus espaldas, que acepta que la corteje un joven extranjero que busca un lugar donde acomodarse y que no percibe (o subestima) los límites de la mujer. La cólera del hombre se desencadena frente a las incompetencias de la compañera cuando éstas se manifiestan en toda su amplitud, y más aún cuando se asoma en él la conciencia de haber sido elegido por una razón sutilmente racista, porque es considerado «inferior» —como las esposas indefensas y pasivas de la configuración que vimos antes— y porque se prestaba como provocación

contra familias pudientes y escandalizadas.

Veamos un caso especialmente estrepitoso.

El hombre era un tunecino con muy buena presencia, de modales fascinantes, que cuidaba su aspecto. La mujer italiana, sobre los treinta, desaliñada, con sobrepeso, cayó rendida a sus pies. Se casaron. Él tenía intención de abrir una misteriosa empresa de importación, pero por el momento sólo eran bellas palabras. Ella tenía un modestísimo empleo, que conservaba. No nacieron hijos. Él empezó a salir cada vez más por las noches; ella no logró oponerse. Un día el marido le dijo: «Si la policía te pregunta dónde estaba anoche, tienes que decir que estuve en casa». La policía llegó puntual; ella se asustó, se confundió y no confirmó la coartada. Él fue condenado por el homicidio de una de sus numerosas mujeres. Pasaron unos años y el marido se benefició con permisos por buena conducta, durante los que se hospedaba en la casa de la esposa con la condición de aceptar en ella a una «segunda esposa»: una muchacha joven y desafortunada; si la acogía, Alá sabría recompensarla y le daría un hijo. Ella cedió. Y el hijo efectivamente llegó. El premio también fue para la amante, que tuvo mellizos. La familia se construyó entonces así: un hombre lejano, en la cárcel, pero potente y dominante; una mujer que se deslomaba trabajando silenciosamente; una muchachita que había huido de casa y que él liberó de un grupo de marroquíes que la prostituían, y que ahora hacía de «niñera» del hijo de ella y de los dos propios, que en breve serían tres —hubo otros embarazos que ella interrumpió a escondidas de él—. Pero los niños estaban gravísimamente descuidados, lo cual notificaron el parvulario y la escuela maternal y se los llevaron con las respectivas madres a dos comunidades hasta que nos llegaron a nosotros.

En el curso del trabajo quedamos asombrados cuando —superados nuestros prejuicios— llegamos finalmente a captar ¡el profundo vínculo casi de madre e hija que se había creado entre las dos mujeres!

El resultado del caso fue desconcertante. Él se negó a reconocer haber contribuido a la creación de una dinámica de maltrato y se opuso con todas sus fuerzas a elegir entre una mujer y la otra. La esposa, con mayores recursos respecto a la segunda mujer, logró salir del centro con el niño e instalarse en un piso nuevo. Pronto acogió nuevamente al marido y le perdonó haber regalado sus modestas joyas de oro a la otra. La compañera más joven no logró «digerir» la traición —¡no de él, sino de ella! — de haber querido todo el hombre para sí. Interrumpió así un camino prometedor, de reacercamiento a la familia de origen, formación profesional y apoyo pedagógico, y abandonó a los tres hijos para irse con un marroquí que no quiso saber nada de los niños de ella.

Notas:

[25.](#) *Nomadelfia* es la experiencia más conocida y radical, a la cual se dirigen desde hace años operadores de toda Italia cuando ya no saben a quién recurrir. También es muy conocida *Aldea SOS*, que funciona con la misma organización de grupos de menores tutelados por una «madre». Existen grupos de familias «normales» (parejas con hijos propios), como los Volpi en Milán, cuya experiencia ha dado vida sucesivamente a otras comunidades análogas, bautizadas «Hogar solidario». De modo similar, en la Toscana las comunidades orientan a los jóvenes en el desempeño de actividades agrícolas.

[26.](#) Fabry, N. (1994). *C'est arrivé a Ben*, Pastel, L'école des Loisirs, París.

[27.](#) Puede ampliarse en la obra de Smith Benjamín, L. (1999). *Diagnóstico interpersonal y tratamiento de los trastornos de personalidad*, Las, Roma.

7

Conclusiones

CATAMNESIS Y RESULTADOS

El proceso de intervención que hemos examinado hasta aquí requiere, obviamente, de una verificación de su eficacia, ya sea en su conjunto o de manera particular de cada una de las últimas fases (quinta, sexta y séptima).

Nos referimos a la evaluación de la recuperabilidad, el pronóstico y la terapia consiguiente de los padres, que son las fases en las que generalmente se expresa la ambición transformativa de la intervención misma.

En estos últimos años, como es sabido, se han multiplicado las críticas a los modelos psicoterapéuticos que no someten las afirmaciones sobre su validez al control de los resultados. En nuestro país, los estudios de catamnesis están todavía poco difundidos, lo cual no contribuye a mantener la confianza de los pacientes y de la comunidad científica respecto a la psicoterapia. Lamentablemente, esto suele favorecer las intervenciones farmacológicas que parecen responder a los dictámenes de la medicina basada en pruebas.

Mara Selvini, más allá de algunas afirmaciones un poco maximalistas, no renegó del rigor de su formación de médico, y siempre se impuso a sí misma y a sus terapias el tamiz de una investigación de *seguimiento*, aunque efectuada de forma artesanal y alejada del respeto a los criterios de científicidad que hoy se recomiendan. Matteo, su hijo, ha llevado adelante esta tradición de respeto a la consideración de los datos catamnésicos, y nuestro grupo ha publicado los datos resumidos sobre la eficacia de las terapias familiares con las pacientes afectadas de trastornos de la conducta alimentaria, muy alentadores (Selvini Palazzoli, Cirillo *et al.*, 1998) y con los pacientes con trastornos del área de la psicosis, menos exitosa (Selvini y Pasin, en edición).

Del mismo modo, en el CbM nos hemos esforzado en investigar la eficacia de nuestro método, con todos los enormes problemas que este esfuerzo ha comportado. En el primer intento en este sentido estamos en deuda con Paola Covini, actual directora del centro, que en el ya lejano 1986 efectuó un primer estudio (inédito) sobre el tema, volviendo a contactar, a un año de la finalización de la asunción, una muestra constituida por doce familias y sus respectivos profesionales sociales. Un primer elemento reconfortante fue la satisfacción expresada por los pacientes con ocasión de la llamada

telefónica, como testimonio del buen recuerdo que tenían de la experiencia de trabajo con el centro.

Unos años más tarde, Camisasca y Di Blasio (2002) efectuaron una investigación análoga de seguimiento sobre 70 familias, elegidas entre las 201 tomas en cargo con intervenciones de evaluación de recuperabilidad y tratamiento en el período 1984-1993. Los criterios de elección respetaban la proporción entre abuso sexual (15,71%), maltrato físico (54,29%), negligencia (18,57 %) y maltrato psicológico (11,43%) presente en la totalidad de los 201 casos, e igualmente la proporción entre pronóstico de recuperabilidad y de no recuperabilidad. La verificación de seguimiento consistió en una entrevista con un miembro de la familia y otra con el servicio social tutelar en los casos de recuperabilidad, y sólo en una entrevista con la asistente social en los otros.

La entrevista indagó en varios aspectos cualitativos de las relaciones actuales en el núcleo, de la situación del menor, y de la relación con los servicios y las instituciones, pero aquí bastará referir los dos aspectos centrales, es decir, en primer lugar si hubo o no correspondencia entre las indicaciones sugeridas por los evaluadores y la intervención efectivamente realizada por el tribunal y los servicios, y en segundo lugar cuál fue el efecto de la intervención en el tiempo transcurrido entre el momento del alta y la entrevista (de uno a nueve años; media: seis años).

Analizaremos primero el primer punto.

Las indicaciones proporcionadas por el CbM recomendaron:

- regreso o permanencia en la familia, 17 casos - 24%
- con la madre, 9 casos - 13%
- con el padre, 7 casos - 10%
- tutela fuera de la familia a plazo, 4 casos - 16%

en total, con pronóstico de recuperabilidad, 37 casos - 53%

- tutela sine die, 4 casos - 16%
- comunidad, 19 casos - 27%
- adopción, 10 casos - 14%

en total, con pronóstico de no recuperabilidad, 33 casos - 47%

La decisión del juez y la intervención realizada por los servicios estuvieron de acuerdo con las indicaciones del CbM tanto en los 10 casos por los que se indicó la adopción como en los 37 casos de regreso, inmediato o al cabo de un período de tutela, con uno o con ambos de los padres —en uno de los casos en el que se sugirió la tutela al padre, el menor se quedó en la familia reconstituida de la madre—. Sin embargo, de los casos de

regreso, se realizaron en realidad 43, reduciendo en 10 unidades los alejamientos extrafamiliares, se tratara de acogida *sine die* o en un centro, sugeridos como sustitutos. Evidentemente, estas intervenciones se estimaron poco viables para adolescentes o chicos mayores de los enviados para adopción, por lo que se prefirió hacerlos regresar a la familia de origen a pesar de que nuestra opinión fuese diferente.

Y veamos el segundo aspecto, la eficacia de la intervención, evaluada como positiva, negativa o problemática. El dato no se observó en 5 casos. De los restantes, la intervención se estimó positiva en 46 casos, negativa en 10 y problemática en 9 casos. Examinemos separadamente cada una de las medidas de protección: las adopciones — que pasaron con el tiempo de 10 a 11, a raíz de una tutela *sine die* que se transformó en adopción— fueron todas evaluadas positivamente por los profesionales, como las 5 (tutelas) acogidas aún en curso. El centro dio resultado positivo en el 50% de los casos. El regreso con los padres dio resultado positivo en 21 casos sobre 36 (60% aproximadamente), problemático en 7 y negativo en 6 casos. De estos 6 casos, en dos se produjo una recidiva, y en los otros cuatro casos persistieron problemas sociales y relacionales que causaron todavía malestar en el niño, pero sin recidivas específicas.

¿Qué comentarios podemos hacer sobre estos datos? En primer lugar se puede observar con satisfacción la buena sintonía entre los evaluadores, el tribunal y los servicios tutelares. Evidentemente, el diálogo en la red y la capacidad de entenderse y de integrarse que este modelo de intervención favorece se demostró bueno, porque las indicaciones más netas que proporcionamos (regresos y adopciones) fueron todas compartidas por el Tribunal de Menores, mientras que las discrepancias surgieron con respecto a las propuestas intermedias, en las que el tribunal fue menos severo que los evaluadores. ¿Podemos considerar que la eficacia de la intervención habría sido mayor si hubiesen regresado a la familia menos niños, como los evaluadores del CbM proponían? Tal vez sí.

También hay que subrayar que el centro es la solución que dio los peores resultados; si más niños se hubiesen quedado en una comunidad de tipo sustitutivo (según nuestra sugerencia), quizás el resultado global de la intervención habría sido incluso peor.

Por otra parte, la evaluación positiva del resultado de las adopciones debe observarse con cierta cautela, ya que los servicios entrevistados suelen tener conocimiento de él sólo hasta concluir el primer año de acogida considerada preadoptiva.

Sobre un plano más general, quisiera subrayar un dato que siempre impacta a los grupos en formación cuando presento nuestro trabajo: el CbM expresa un pronóstico positivo sólo en poco más de la mitad de los casos (53%). El dato puede parecer muy bajo. Un dispositivo tan complejo y costoso en términos de tiempo y de energías puestas a disposición del cambio de los padres produce sólo la mitad de pronóstico de recuperabilidad. Pero recordemos la frase de Tomkiewicz que citábamos al principio del

libro: «Si apostáis a que son irrecuperables, ganaréis; debéis apostar contra la hipótesis cero, y algunas veces, sólo algunas veces, venceréis». ²⁸ Aquí nosotros creímos que en la mitad de los casos conseguiríamos vencer, y el seguimiento nos indicó que fuimos incluso demasiado optimistas, sobre todo a raíz de las dos situaciones álgidas de reincidencias específicas, pero también por los otros cuatro niños que malvivían.

Hay otro aspecto que es fundamental entender bien: la eficacia de la intervención, en la investigación de Camisasca y Di Blasio (2002), precisamente, no se mide sobre el porcentaje de pronósticos positivos, sino sobre el porcentaje de pronósticos *exactos*. Si un niño va a adopción, no es un fracaso. El fracaso aparece si no va y tiene un destino trágico, y obviamente también si va pero la adopción fracasa. Nuestra tarea es, por supuesto, aumentar, de ser posible, el porcentaje de padres que resultan recuperables, pero sobre todo llegar a elaborar pronóstico certeros que eviten al niño arrastrarse a lo largo de años de una medida temporal a otra, sin una decisión clara, o ser sometido a bruscos cambios de dirección en su vida cuando la decisión tomada se revela equivocada.

Ciertamente, cada dispositivo evaluativo puede ser perfeccionado. El nuestro quizá corra el riesgo de ser demasiado severo, formulando tal vez «falsos negativos», es decir, de emitir sentencias inapelables —pronóstico negativos sometidos a jueces que, como hemos visto, los tomarán en cuenta— y quizás al año siguiente de que el niño haya sido puesto en situación de adoptabilidad, la madre deje de drogarse, el padre se vaya y encuentre una nueva compañera, un deceso ponga en movimiento un proceso de luto positivo, y el pronóstico podría ser revisado, pero entonces ya será demasiado tarde. Por otra parte, ningún instrumento es perfecto, y otros dispositivos corren el riesgo de conducir a «falsos positivos», es decir, a previsiones optimistas de recuperación de la relación entre los padres y el niño, las cuales, si se revelan erradas, obligarán al niño a una separación definitiva que no sólo por tardía será más dolorosa, sino que pone en riesgo el resultado del necesario trasplante adoptivo —recordemos el dato de la investigación de Lanzi y colaboradores, ya citado, sobre el estado de salud del niño en el momento de la adopción como factor que más se correlaciona con el éxito de ésta—. Pienso, por ejemplo, en las comunidades que acogen a padres y niños —como las de la Asociación XXIII, cuya labor se merece mi máximo respeto—, que a veces corren el riesgo de prescindir de una fase evaluativa definida explícitamente, y por lo tanto de pasar enseguida al apoyo de la relación padre-hijo, sobre la base de una evaluación positiva implícita. En algunos casos, sin embargo, la relación de paternidad se sostiene sobre todo gracias al esfuerzo y al empeño del centro, y más tarde se plantean resultados dramáticos de padres que se alejan inesperadamente y abandonan al hijo, para el cual se vuelve más difícil encontrar una buena solución.

Hay que hacer otra consideración respecto a la imposibilidad de detener el tiempo, fijando nuestro seguimiento en una instantánea fotográfica. Como hemos dicho, el último caso presentado, el de Aldo y su

hijo Cristian, espectador de la violencia del padre sobre Valentina, su pareja, tuvo un resultado positivo. Pero tres años después, Aldo murió de un infarto, con menos de 50 años, y de Calabria llegó su primera esposa, que recuperó a su hijo, Cristian, aún menor de edad. ¿Fue equivocado el pronóstico? Considero que no. Aunque la noticia de este adolescente que siguió a la madre que lo abandonó durante años induce a reflexionar.

Y otro más: Eugenio, el novio drogadicto de Mónica, permaneció abstinentemente durante todo el período de la acogida de Nino, que se desarrolló de manera muy positiva, con una óptima colaboración entre la madre y los tutores. Cuando Nino estaba a punto de volver a vivir en familia, por un incidente contraceptivo, Mónica quedó embarazada y Eugenio recayó al instante en el uso de heroína. El proyecto de regreso de Nino se detuvo y el recién nacido fue puesto en manos del tribunal, pero no fue alejado. Este hombre podía ser padre sólo de un hijo que no era suyo. Ante esta circunstancia, ¿el pronóstico sobre Nino debía entonces considerarse erróneo?

El título de este apartado (catamnesis y resultados) no pretende ser redundante, acoplando dos sinónimos. Pienso que es interesante considerar que además de los resultados catamnésicos me refiero a los efectos que este modelo de intervención tiene sobre los pacientes en términos de eficacia, que ciertamente son los resultados más importantes, pero tampoco hay que olvidar otros resultados, como los efectos que tiene el modelo de intervención sobre los profesionales. Ya hemos comentado el resultado positivo que los datos de la investigación de Camisasca y Di Blasio (2002) demuestran acerca de la sintonía entre evaluadores, magistrados y servicios, resultado que no hay por qué dar por descontado en una materia tan delicada que, tocando las cuerdas más profundas de la sensibilidad individual, corre el riesgo de producir conflictos y provocar fracturas.

Considero que este encuadre permite a cada uno de los protagonistas de la red desempeñar del mejor modo posible su rol, sin consentirle delegaciones, pero sin arrastrarlo tampoco a desempeñar tareas que no le competen, lo que le hace sentir que puede interrelacionarse de manera clara y organizada jerárquicamente (*child first*) con los otros colegas. El modelo no apunta en absoluto a una «unanimidad» caprichosa, sino a una dialéctica de funciones, y también, por qué no, de identificaciones afectivas, que consienten explorar todos los recursos y todos los riesgos de cada una de las soluciones, permitiendo que quien deba decidir lo haga con el mayor conocimiento de causa posible. Un resultado positivo del modelo de intervención me parece entonces el de dignificar la intervención de los profesionales, sustrayéndolos al riesgo del *burnout* intrínseco a un campo de trabajo tan estresante y que causa gran ansiedad. Es fundamental respetar el organigrama claro que guía la operatividad, sistematizándola para evitar caer en la improvisación que conlleva una sobrecarga de fatiga, de ansiedad y de miedo.

LA VIVENCIA DEL TERAPEUTA

Las últimas consideraciones acerca de los resultados de nuestro modelo sobre el estado

de ánimo de los profesionales abren el camino a las reflexiones conclusivas de este trabajo sobre mi vivencia personal como evaluador y como terapeuta con los usuarios particulares que he intentado describir. No hay duda de que el primer sentimiento que me surge evocar cuando intento poner orden en la complejidad de mis sensaciones internas es el de pesadumbre. Se trata de una carga emocionalmente muy gravosa, por el dramatismo de las vicisitudes humanas con las cuales se está continuamente en contacto y con las que es prácticamente imposible «endurecerse». Imposible y también equivocado, porque no podemos nunca olvidar que nuestra capacidad de involucrarnos personalmente funciona como un censor que guía nuestra acomodación a usuarios que están también acorazados y con la carne viva expuesta, que demandan de nuestra parte verdaderos equilibrios para acercarnos y a la vez mantener las distancias sin cometer demasiados errores al respecto. Pero si para no sufrir excesivamente bloqueamos nuestro censor, ¿qué nos guiará entonces?

No se trata únicamente de involucrarnos para respetar aquella equidad en el contrato con el usuario aislado de la que hablaba Nelken (1989), sino también justamente para no perder la sensibilidad clínica que nos es indispensable.

Después de haber reflexionado sobre esto durante tantos años me he convencido de que lo que hace tan agotador y pesado tener que estar con estos casos de maltrato (en sentido amplio), respecto a lo que sucede en nuestra labor habitual con pacientes igualmente graves y sufrientes, es el brusco giro de la relación empática a la cual esta casuística nos obliga. Es lo que sucede, en cuanto a la percepción tangible, con las figuras ambiguas, que bajo nuestros propios ojos repentinamente se transforman en algo completamente distinto, generando en nosotros un efecto de extrañamiento.²⁹ Hace unos años, cuando me propuse recorrer la transformación cognitiva y emotiva que ha conllevado en mí ser terapeuta y trabajar con el maltrato (Cirillo, 1996), ilustré este concepto con un caso extremo.

Una joven psicóloga que trabajaba en un consultorio recibió una petición de asunción de una pareja por la grave depresión de la esposa. La mujer tenía todos los motivos para estar deprimida: se casó después de haber pasado años atendiendo, ella sola entre todos sus hermanos y hermanas, a la madre, igualmente deprimida. Dio a luz a una niña que murió a los tres meses de una «muerte súbita». Cedió a las presiones del marido y se quedó de nuevo embarazada enseguida. El niño nació prematuro y con malformaciones graves, y murió a las pocas horas de vida. El matrimonio se tambaleaba. La colega, obviamente, estaba impactada por esta serie de desgracias; se dedicó a la paciente con profesionalidad y esmero, de momento sin el marido, que no parecía una ayuda. Un día la paciente le dijo: «Doctora, usted ha sido tan auténtica conmigo, que también yo quiero ser sincera con usted. Le diré una cosa que no le he dicho nunca a nadie. No, no puedo decírsela; se la escribiré». Y escribió en un trozo de papel estas palabras: «Yo maté a mi niña Cristina». Cuando la colega llegó a supervisión, estaba en el *shock* por lo que se produjo cuando la dolorida víctima de tantas injusticias de la existencia se transformó bajo sus propios ojos en asesina, en alguien que había suprimido una vida inocente.

En otras ocasiones el trauma proviene de la revelación contraria, cuando el agresor que nos suscitó tanto horror revela súbitamente el rostro de víctima, y nos pone en la obligación de volver a contemplar la circunstancia con un sentimiento de piedad.

Es lo que nos sucedió con Antonio, que había fracturado el cráneo y la tibia a su niño recién nacido. La repulsión, la indignación por las mentiras que contaba, el desprecio que nos indujo, fueron barridos por un sople de piedad cuando nos habló, con frases entrecortadas, del cura que lo agarraba y le propinaba bofetadas si de noche se negaba a salir del dormitorio para seguirlo a su habitación.

No, no es cierto; estos sentimientos no son barridos, van y vienen, precisamente como las figuras ambiguas de las que una nunca reemplaza definitivamente a la otra. El peso y la fatiga están en este esfuerzo de permitir la coexistencia en nuestro interior de sentimientos tan contradictorios entre sí. Creo que sólo compartir este peso con nuestros compañeros de equipo nos permite llevarlo durante años sin caer enfermos, o por lo menos sin enfermar demasiado.

Es fuerte, creo que para todos —y ciertamente para mí lo es—, la tentación de descargarse de este fardo, al menos en parte, contando en casa lo que más nos turbó, como una válvula que se abre cuando el recipiente está demasiado lleno y deja correr el agua para que no desborde y se inunde. Después de algunos años, los amigos te preguntan quién te manda hacer un trabajo de este tipo, y rechazan escuchar tus crudas anécdotas, y también los familiares aprenden a defenderse y a echarse atrás ante detalles demasiado angustiantes. Y he aprendido a soportarlo, aunque de vez en cuando me enojo todavía si evitan este rol de prestar oídos. Incluso respecto a mis escritos se muestran también reticentes a leerlos, tanto que había amenazado con iniciar este libro con la dedicatoria siguiente: «Dedico este libro a mi gato, el único de la familia que ha leído las páginas (del dátilo) escritas». Pero después te das cuenta de que es injusto y de que gracias a Dios uno tiene a los colegas del equipo.

He hablado antes de otros dos sentimientos, dos caras de una misma moneda constituida por el acto del maltrato: el *dolor* y la *rabia*.

El dolor por los sufrimientos que el niño padece y la rabia hacia el padre que se los inflige. Son sentimientos que cada vez se renuevan, frente a cada situación que te presentan y en la que debes entrar. He notado, sin embargo, una cosa que no me parece nada banal: las manifestaciones de estos sentimientos tienen muchas más posibilidades de ser expresadas cuando se está detrás del espejo, en un rol menos directo, un poco más de espectador, que cuando estás implicado directamente dentro la habitación con los pacientes. En la habitación de observación es más fácil conmoverse y llorar, como lo es imprecisar o caminar adelante y atrás como un león en una jaula, sin saber con quién tomarla porque van mal las cosas en este mundo, tal vez con el Padre Eterno, o tal vez con el pecado original... En la habitación de evaluación y terapia no puedes permitirte el lujo de llorar o de enojarte. Sólo cuando el tratamiento ha avanzado podemos relajarnos un poco. Al principio estás tan empeñado en entender qué hacer y cómo moverte, estás

tan absorbido por el «cuerpo a cuerpo» con el paciente, que los sentimientos de rabia y de dolor quedan sofocados y reprimidos al menos en parte, y así dan lugar a la pesadez de la que apenas he hablado.

Generalmente otro sentimiento que es evocado al ser interrogado sobre esta experiencia es el *miedo*: «¿Pero no tiene miedo?», es una pregunta frecuente. Recuerdo, años atrás, en un congreso, el testimonio del responsable español de un servicio social para la infancia que admitía frente a una numerosa audiencia su propio miedo. También yo he sentido miedo, no muchísimas veces, pero en ocasiones ha sido muy intenso. Durante los años en que traté a Fausto en algunos momentos me sentí aterrorizado: daba vueltas en la cama pensando en mis hijos; recordando sus amenazas retiré mi nombre de la guía telefónica. También entonces, sin embargo, no era tan fuerte el miedo durante la sesión, cuando me decía que llevaba un cuchillo en el bolsillo de la chaqueta y que no se arrepentía. Yo había elegido esta profesión; si no quería encontrar a gente como él podría trabajar cultivando una huerta. Allí no había tiempo para tener miedo; debía decidir rápidamente qué hacer, qué decir, cómo responder.

Por otra parte, pienso que tenía razón. Toparse con un paciente peligroso es un riesgo de nuestro oficio, y tiene poco que ver con el trabajo en el campo de la tutela, sino más bien con la elección de trabajar (o no) con pacientes graves, en particular con personas con trastornos de la personalidad pertenecientes al *cluster* dramático. El único paciente que levantó una silla para rompérmela en la cabeza formaba parte de mi casuística privada, como el único que un día llamó a la puerta de mi casa y que me persiguió en mis sueños mucho más que Fausto, aunque era miembro de una respetabilísima familia. He conocido y apoyado a un asistente social abofeteado por un padre que maltrataba a sus hijos y, más recientemente, a un par de profesionales de un servicio tutelar de menores a quienes un paciente intentó prender fuego. Lamentablemente, la crónica negra está llena de psicólogos y psiquiatras agredidos —e incluso asesinados— por un paciente del servicio psiquiátrico o de su consultorio privado.

La única recomendación que creo poder hacer a mis colegas más jóvenes es no intentar esconder ni negar al paciente el propio miedo. Si se torna tan fuerte como para comprometer la capacidad de trabajar, hemos de comprender que el paciente pretende asustarnos, y si piensa no haberlo logrado, intensificará sus amenazas y sus agresiones para alcanzar su objetivo. Mejor, mucho mejor, es que honestamente sepan que lo han logrado, y cómo, y hacerlos razonar sobre los efectos indeseables que esto conlleva. En el caso de Aldo, usamos el miedo que suscitó en el asistente social para hacerlo entrar en contacto con su soledad, rodeado como estaba de gente aterrorizada en lugar de personas que sintieran cariño hacia él. En otros casos se puede plantear al paciente que si empuja a un estado de pánico a su propio terapeuta, éste no estará después en condiciones de ayudarlo.

Y aquí tenemos un ejemplo de otro tipo.

La discrepancia en la pareja era tal que ni siquiera se ponían de acuerdo sobre el abogado a quien querían confiar el recurso. Los niños fueron dados en adopción oportunamente. Meses después, una noche la mujer roció de alcohol al hombre, que dormitaba, y le prendió fuego. Ella fue a la cárcel; él se salvó y esperó tranquilamente el final de la condena.

Otro sentimiento que me siento en la obligación de indicar, aunque con un poco de incomodidad, es la *intensidad de la contratransferencia positiva*. Naturalmente me vinculo a mis pacientes, con mayor o menor fuerza y simpatía, y me suele suceder que pienso que también ellos, o algunos de ellos, están ligados a mí, pese a ser perfectamente conscientes de que las vivencias transferenciales están destinadas a disolverse rápidamente con la conclusión del tratamiento, después de una postal durante las vacaciones o incluso antes, y así debe ser. Pero nunca me ha sucedido con pacientes de mi consultorio privado llegar a involucrarme en un vínculo de transferencia tan fuerte que resultara casi ridículo y que suscitara obviamente en mí una respuesta contundente.

Al finalizar el tratamiento, una paciente dijo a la asistente social que, a pesar de que hubiera tenido tantas desilusiones con diferentes hombres con quienes había estado, había decidido volver a intentarlo, pero esta vez, para no correr riesgos, estaría sólo con un hombre que fuera igual, en todo y para todo, al doctor Cirillo.

Un paciente me comunicó al final de la evaluación que había pedido a los servicios sociales permitirle continuar la terapia conmigo, financiando también la fase del tratamiento. Era un hombre de 40 años de edad, con antecedentes penales, acorazado, cerrado, solo, desconfiado. Me dijo: «Doctor, yo tengo necesidad de continuar trabajando con usted, porque necesito una relación con una persona como usted, que me pueda hacer de amigo... No, no de amigo..., de padre... Mejor dicho, no de padre, un poco como Dios...».

¿De dónde proviene esta transferencia exagerada a la cual es necesario estar muy atentos para contener aunque sin rechazar (y de nuevo, agradezco a Dios que exista el equipo)? Durante un tiempo pensé que derivaba de la extrema carencia afectiva de estos pacientes: invertían afectivamente de manera tan intensa en el profesional porque habían tenido poquísimas experiencias de apego satisfactorio, muchas menos que las experimentadas por los pacientes del consultorio privado con los que me era habitual encontrarme. Sin embargo, esta respuesta me satisfacía hasta cierto punto. Luego, en un libro de Cyrulnik que ya cité (1997), encontré una descripción del síndrome de Estocolmo y me pareció que se podía considerar que lo que se dispara en estos casos entre paciente y evaluador es algo muy similar.

Dice Cyrulnik que cuando un secuestrado está a la merced del secuestrador con grave peligro para su vida, y el secuestrador no da signos de desequilibrio ni de excesiva imprevisibilidad, sino que proporciona instrucciones claras a su víctima sobre cómo evitar que un gesto desconsiderado suyo lo obligue a matarla, la víctima sufre una regresión a

una condición de dependencia absoluta, similar a la de un niño muy pequeño respecto a su figura de apego. La llegada de la policía se vuelve en este caso un peligro intensamente temido, porque podría desencadenar aquella violencia por parte del secuestrador que la víctima se esmeró en evitar con sumo cuidado, estudiando y adecuándose a cada pauta. El aspecto interesante —dice Cyrulnik— es que esta dependencia no termina cuando el secuestro llega a su fin: víctimas de sexo femenino pueden enamorarse de su secuestrador varón, testimoniar a su favor en el proceso, escribirles a la cárcel e ir a visitarlos. El autor cita el caso, grotesco, de una víctima que al licenciarse en Derecho dedicó su tesis de graduación con sublimes palabras ¡a su secuestrador! Y bien, me parece poder reconocer que los mismos indicios que desencadenan el síndrome de Estocolmo son los que actúan en la relación, profundamente asimétrica, entre evaluador y usuario: la supervivencia psíquica del paciente depende del evaluador, que tiene el poder de darle o quitarle su bien más precioso, sus hijos. El evaluador es razonable —espero no ser demasiado desequilibrado a simple vista— y proporciona instrucciones claras para salir de la situación, estresante al extremo, sin tragedias. El paciente se precipita entonces a una absoluta dependencia. Está en nuestras manos no aprovecharla para triunfar sobre él, para aplastarlo con nuestro poder, para satisfacer nuestras necesidades de omnipotencia y de reparación de nuestras miserias a su costa, sino dirigirla en dirección a su interés real.

Notas:

[28](#). Junto a las colegas Selvini y Sorrentino (2002). *La terapia familiar en los servicios psiquiátricos*, Raffaello Cortina, Milán.

[29](#). Sobre los «vaivenes afectivos» a los que está sometido el operador que trabaja con el maltrato, consúltese también Vassalli (2003), «Qué le sucede a quien interviene sobre los casos de abuso», en Foti, *La escucha del abuso y el abuso de la escucha*, Franco Angeli, Milán.

Siglas de organismos italianos de servicio asistencial social o psicológico

ASL

Asistencia Sociosanitaria Local.

CISMAI

Coordinadora Italiana del Servicio contra el Maltrato y el Abuso a la Infancia.

CbM

Centro para el Niño maltratado y la Atención de las Crisis Familiares.

CABMF

Centro de Ayuda al Niño Maltratado y a la Familia.

CTA

Centro de Terapia de la Adolescencia.

UTM

Unidad para la Tutela de los Menores.

NOM

Núcleo Operativo para Menores

Pautas indicadoras de recuperación de la competencia *de paternidad*

A partir de Pautas-Guía del CISMAI consideradas con valor reparador:

- a) Reducción de los mecanismos defensivos de negación.
- b) Comprensión y coparticipación del sufrimiento del hijo.
- c) Capacidad de comprensión del daño verificado al hijo a través de compartir la relectura de los significados individuales y relacionales de los comportamientos perjudiciales.
- d) Capacidad de asumir las propias responsabilidades y activar comportamientos reparadores en función del cambio.
- e) Capacidad inicial de compartir un proyecto de intervención reparadora.

Bibliografía

- Asen, K. et al. (1989), «A system approach to child abuse: management and treatment issues», en *Child Abuse and Neglect*, n.º 13, págs. 45-57.
- Baroncini, D. y Vicoli, L. (2004), «La prevenzione dell'abuso all'infanzia: il ruolo del pediatra», en Bianchi, D. (editor), *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Centro Nacional de Documentación y Análisis para la Infancia y la Adolescencia, Ministerio de Trabajo y de las Políticas Sociales, Instituto de los Inocentes de Florencia, Florencia, págs. 133-153.
- Barudy, J. (1997). *La douleur invisible de l'enfance*, Erès, Ginebra.
- (2001). *Guía de valoración de habilidades de paternidad*, Dáctilo escrito, IFTVF, Barcelona.
- Bentovim, A. (1988), «Working with the abusing parents», en *Libro de ponencias del VII Congreso Internacional sobre el abuso y el abandono en la infancia*, Río de Janeiro.
- Berger, M. (1992), *Les séparations à but thérapeutique*, Dunod, París.
- (2003), *L'échec de la protection de l'enfance*, Dunod, París.
- Bertotti, T. (1990), «Il burn-out degli operatori che si occupano di abuso all'infanzia», en *Il bambino incompiuto*, 2, págs. 171-176.
- Bohman, M. y Sigvardsson, S. (1990), «Outcome in adoption. Lessons from longitudinal studies», en Brodzinsky, D. y Schechter, M. *The Psychology of Adoption*, Oxford University Press, Nueva York.
- Boswell, J. (1988), *L'abbandono dei bambini in Europa occidentale* (traducción de 1991), Rizzoli, Milán.
- Brodzinsky, D. y Schechter, M. (compiladores) (1990), *The Psychology of Adoption*, Oxford University Press, Nueva York.
- Burroni, P. y Merlo, G. (1993), «La presa in carico della relazione madre-bambino nelle tossicomanie», en Malagoli Togliatti, M. y Mazzoni, S., *Maternità e tossicodipendenza*, Giuffrè, Milán.
- Camisasca, E. y Di Blasio, P. (2002), «Una ricerca di follow-up su famiglie maltrattanti e abusanti: fattori di rischio e di prevenzione», en *Età Evolutiva*, 72, págs. 89-96.
- Canevaro, A. (1999), «Nec sine te nec tecum vivere possum», en Andolfi, M. (director), *La crisi della coppia*, Raffaello Cortina, Milán.
- Carini, A., Pedrocco Biancardi, M.T. y Soavi, G. (2001), *L'abuso sessuale intrafamiliar*, Raffaello Cortina, Milán.
- Cassibba, R. (2003), *Attaccamenti multipli*, Unicopli, Milán.
- Cirillo, S. (1992), *Familias en crisis y entrega de niños a las familias de acogida: guía para los trabajadores sociales*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- (1988), «Tutela dei figli in presenza della malattia mentale dei genitori: esperienza in un centro contro il maltrattamento», en Malagoli Togliatti, M. (compilador), *Disagio mentale e validità genitoriale*, Bulzoni, Roma.

- (1993), *El cambio en los contextos no terapéuticos*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona.
- (1994), «Maltrattamento all'infanzia e crisi familiare», en Galluzzo, W. y Onnis, L. *La terapia familiare e i suoi contesti*, NIS, Roma.
- (1996), «Il trattamento della famiglia violenta e la trasformazione di un terapeuta sistemico», en Andolfi, M. et al. (directores), *Sentimenti e sistemi*, Raffaello Cortina, Milán.
- (1997a), «Tutela del figlio del tossicodipendente: dinamica familiare e presa in carico», en Fava Vizziello, G. y Stocco, P., *Tra genitori e figli: la tossicodipendenza*, Masson, Roma.
- (1997b), «L'allontanamento: una prospettiva relazionale», en Bouchard, M. (director), *Quando un bambino es allontanato: diritti del bambino, diritti degli altri*, Franco Angeli, Milán.
- (2004), «La tutela dei minori figli di tossicodipendenti», en Ghezzi, D. y Valdilonga, F. (compiladores), *La tutela del menor*, Raffaello Cortina, Milán.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999), *La familia del tóxicodependiente*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona.
- Cirillo, S., Cipolloni, M.V. (1994), *L'assistente sociale ruba i bambini*, Raffaello Cortina, Milán.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1989), *La famiglia maltrattante*. Raffaello Cortina, Milán.
- Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (directores) (2003), *La terapia familiar en los servicios psiquiátricos*, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona.
- Coleman, J. (2003), «L'affido familiare in Inghilterra», en *Actas del primer convenio internacional sobre la tutela familiar*, Asesorado a las Actividades Sociales, Palermo.
- Covini, A. (2002), «La figlia adolescente di una paziente psicotica: un caso di prevenzione primaria», en Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M., *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Raffaello Cortina, Milán.
- Covini, P. (1986), *La violenza in famiglia*, Tesis de especialización en psicología, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Milán.
- Cyrułnik, B. (1993). *Les nourritures affectives*, Odile Jacob, París.
- (1999), *Il dolore meraviglioso* (traducción de 2000), Frassinelli, Milán.
- (2005), *Bajo el signo del vínculo*, Gedisa, Barcelona.
- Dell'Antonio, A. (1994), *Bambini di colore in affido e adozione*, Raffaello Cortina, Milán.
- Di Blasio, P. (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.
- (compiladora) (2004), *Protocollo sui fattori di rischio e fattori protettivi nella evaluación psico-sociale dei minori e delle famiglie*, Centro de Investigaciones sobre las Tecnologías de la Instrucción, Universidad Católica, Milán.
- Di Blasio, P., Fischer, J.M. y Prata, G. (1986), «La cartella telefonica: pietra engolare della prima intervista con la famiglia», en *Terapia Familiar*, n.º 22, págs. 5-17.
- Doherty, W.J. (1997), *Scrutare nell'anima: Responsabilità morale e psicoterapia* (traducción al italiano de 1999), Raffaello Cortina, Milán.
- Fabry, N. (1994), *C'est arrivé a Ben*, Pastel, L'école des Loisirs, París.
- Fava Vizziello, G., Colucci, R. y Disnan, G. (1991), *Genitori psicotici*, Bollati Boringhieri, Turín.

- Ferroni, G. (1999), *Forme di cultura e salute psichica. Universo simbolico, ethos, areté eregole di relazione nel mondo del Forteto*, Il Mulino, Bologna.
- Framo, J. (1992), *Terapia intergenerazionale* (traducción de 1996), Raffaello Cortina Milán.
- Gabbana, L. (1989), *Può essere andata così*, Centro Bambini Maltrattati, Milán.
- Galli, J., Viero, F. (directores) (2001), *Fallimenti adottivi. Prevenzione e riparazione*, Armando, Roma.
- Lanzi, G., Borgatti Carpani, A., Rossi, G., Veggiotti, P. y Barbarito, G. (1987), «Riflessioni su uno studio epidemiologico-catamnesticò nel campo delle adozioni», en *El niño inacabado*, n.º 3, págs. 85-98.
- Malacrea, M. (1998), *Trauma e riparazione*, Raffaello Cortina, Milán.
- Malacrea, M. y Lorenzini, S. (2002), *Bambini abusati*, Raffaello Cortina, Milán.
- Malagoli Togliatti, M., Angrisani, P. y Barone, M. (2000), *La psicoterapia con la coppia*, Franco Angeli, Milán.
- Miller, A. (1996), *Il dramma del bambino dotato e la ricerca del vero Sé* (traducción de 2002), Bollati Boringhieri, Turín.
- Montecchi, F. (director) (2002), *L'abuso sui bambini: l'intervento a scuola*, Franco Angeli, Milán.
- Mugnier, J.P. (2004), «*Dieu seul pardonne-t-il?*», en Congreso *Don, Perdón, Reparación*, Palabras de Niños, Unesco, París.
- Nelken, D. (1989), «*Social work and social control*», en Matthews, R. (compilador), Sage, Londres.
- Neuburger, R. (1995), *Le mythe familial*, ESF, París, 1995.
- (1997), *Nouveaux couples*, Odile Jacob, París.
- Occhiogrosso, F. (2003), «*Adozioni aperte e conoscenza delle origini*», en *De menores y justicia*, n.º 1.
- Santanera, F. (2004), «L'adozione mite: como svalorizzare la vera adozione», en *Prospettive assistenziali*, n.º 147.
- Selvini, M. (1994), «Segreti familiari: quando il paziente non sa», en *Terapia familiare*, n.º 45.
- (2003), «Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente», en *Terapia Familiar*, n.º 73.
- (2004), *Reinventare la psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milán.
- Selvini, M. y Biffi, A. (2001), «Scoprire da adulti di essere adottati. Testimonianze sugli effetti del segreto e dell'improvvisa scoperta», en *Psicobiiettivo*, n.º 3, XXI.
- Selvini, M. y Pasin, E. (2005), «Il follow-up dei pazienti gravi trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalle sue équipe», En *Terapia Familiar*, n.º 79.
- Selvini Palazzoli, M. (1985), «Contesto e metacontesto nella psicoterapia della famiglia», en Selvini, M. (compilador), *Cronaca di una ricerca*, La Nuova Italia Científica, Roma.
- (1985), «Il problema dell'inviante: quando è un fratello a chiedere la terapia», en *Ecologia della mente*, n.º 3, págs. 84-103.
- (1989), Introduzione, en Cirillo, S. y Di Blasio, P., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina, Milán, págs. XI-XV.
- (2004), *Reinventar la psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milán.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1973), «Il trattamento dei bambini attraverso la terapia

- breve dei genitori», en *Neuropsichiatria infantile*, n.º 46, págs. 534-539.
- (1980a), «L'inviante prestigioso», en Selvini, M. (compilador), *Cronaca di una ricerca*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- (1980b), «Ipotizzazione, circolarità, neutralità», en *Terapia familiare*, n.º 7.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina, Milán.
- (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina, Milán.
- Serra, P. (1990), «Al di là del contratto terapeutico: como aiutare il paziente psichiatrico antisociale», en Cirillo, S. (supervisor), *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Raffaello Cortina, Milán.
- Soavi, G. y Vianello, S. (1990), «Il contesto di controllo como possibilità di cambiare una famiglia en crisi», en Cirillo, S. (director), *Il cambiamento nei contesti non terapeutici*, Raffaello Cortina, Milán.
- Tinbergen, N. y Tinbergen, E.A. (1984), *Bambini autistici: nuove speranze di cura* (traducción de 1989), Adelphi, Milán.
- Tonizzo, F. (2003), «L'affidamento familiare dal punto di vista delle famiglie affidatarie: riflessioni, esperienze e proposte operative», en *Actas del primer convenio internacional sobre la tutela familiar*, Asesorado a las Actividades Sociales, Palermo.
- Trepper, T.S. y Barret, M.J. (1989), *Systemic Treatment of Incest: A Therapeutic Handbook*, Brunner-March, Nueva York.
- Vadilonga, F. (1996), «Lo psicologo e la valutazione», en Ghezzi, D. y Vadilonga, F. (compiladores), *La tutela del minore*, Raffaello Cortina Editor, Milán.
- Vannotti, M. (1996), «La tutela dei minori figli di genitori malati mentali», en Ghezzi, D. y Vadilonga, F. (compiladores), *La tutela del minore*, Raffaello Cortina, Milán.
- Vassalli, A. (2003), «Cosa succede a chi ascolta l'abuso», en Foti, C., *L'ascolto dell'abuso e l'abuso dell'ascolto*, Franco Angeli, Milán.
- Ventimiglia, C. (1993), «Infanzia e violenza. Storia, definizione e rappresentazione sociale», en Campanini, A., *Maltrattamento all'infanzia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Verticale, A. (1999). *Allontanamento coatto del menor dalla famiglia. Modelli culturali e funzionali di esecuzione*, Franco Angeli, Milán.
- Zamparutti, G. (2002), «Scatole cinesi: la famiglia P», en Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (directores), *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Raffaello Cortina, Milán.

Índice

MALOS PADRES	2
MALOS PADRES-1	3
MALOS PADRES-2	4
MALOS PADRES-3	6
MALOS PADRES-4	7
MALOS PADRES-5	10
MALOS PADRES-6	11
MALOS PADRES-7	12
MALOS PADRES-8	14
MALOS PADRES-9	21
MALOS PADRES-10	26
MALOS PADRES-11	27
MALOS PADRES-12	51
MALOS PADRES-13	89
MALOS PADRES-14	90
MALOS PADRES-15	125
MALOS PADRES-16	168
MALOS PADRES-17	169
MALOS PADRES-18	213
MALOS PADRES-19	243
MALOS PADRES-20	253
MALOS PADRES-21	254
MALOS PADRES-22	255