

LAS TERAPIAS DE REUNIFICACIÓN FAMILIAR: UN ENFOQUE NARRATIVO

FAMILY REUNIFICATION THERAPY: A NARRATIVE APPROACH

Ricardo Ramos Gutiérrez

Unidad de Psicoterapia. Hospital de Sant Pau, Barcelona, España.
Psiquiatra, Terapeuta Familiar, Supervisor-Docent en Terapia Familiar.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Ramos Gutiérrez, R. (2017). Las Terapias de Reunificación Familiar: Un Enfoque Narrativo. *Revista de Psicoterapia*, 28(107), 51-64.

Resumen

Las Terapias de Reunificación Familiar son tratamientos familiares indicados de forma más o menos imperativa a las familias que buscan el retorno de menores que les han sido previamente retirados por sospecha o evidencia de maltrato. Habitualmente la relación de la familia con los servicios es problemática y esta relación alcanza al terapeuta que es visto como una prolongación de los Servicios de Protección. En este contexto el proceso terapéutico no puede limitarse a tratar la reacomodación de las relaciones de los padres y los hijos después de haber vivido separados por periodos de tiempo habitualmente largos. El terapeuta debe incluir en su foco la mejoría de las relaciones entre la familia y los profesionales, así como la de las relaciones interprofesionales, dado que la terapia es una condición necesaria, pero no suficiente para el retorno, por lo que algunos de esos profesionales van a seguir estando presentes en la vida de la familia. Basado en un Modelo denominado Narrativo y Temático, que se desglosa en el texto, se desarrolla una Guía para la intervención que trata de tener en cuenta la complejidad de estos casos problemáticos y multi-asistidos, y que se ilustra con un ejemplo clínico.

Palabras Clave: *Maltrato Infantil, Protección de Menores, Reunificación Familiar, Psicoterapia Narrativa y Temática.*

Abstract

Family Reunification Therapies are recommended families treatment indicates for those families that want their children to return after having been moved away because of abuse suspicion or evidence. Such therapies are more or less mandatory depending on the case. The relationship between the family and protection services is usually problematic and such relationship affects the therapist, who is seen as an extension of that services. In this context, and given the fact that therapy is a requirement, but not enough for a child return's because professionals will remain present in the family life, the therapeutic process cannot be limited to deal with the adjustment of parent-child relationships. Hence, the therapist must include in her/his focus the improvement of the relationship between the family and professional, as well as relationship between professionals. Based on the so called Narrative Thematic model analysed in this text, an intervention guide is developed. It tries to keep in mind the complexity of these problematic and multi-assisted cases, and it is illustrated with a clinical example.

Keywords: *Child Abuse, Child Protection, Family Reunification, Narrative and Thematic psychotherapy.*

Fecha de recepción: 5 de mayo de 2017. Fecha de aceptación: 10 de junio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: ramosgutierrez@gmail.com

Dirección postal: Ada. Mare de Deu de Montserrat 149, esc. A, 2ª1ª. 08041 Barcelona, España

© 2017 Revista de Psicoterapia



Por Terapia de Reunificación Familiar entendemos aquellas terapias que tienen como objetivo ayudar al retorno al seno de la familia de uno o mas miembros de la misma que han sido previamente separados de ella debido a la recomendación y/o la intervención imperativa de uno (o mas) servicios profesionales, en una situación en la que hay menores involucrados.

En estos casos se dan dos tipos de situaciones básicas. Una en la que la persona que ha sido separada y a cuyo retorno se pretende ayudar es el maltratador, normalmente un adulto, aunque puede tratarse también de un menor que ha abusado de alguno de sus hermanos; la segunda cuando quien se pretende retornar ha sido un menor al que se había retirado por los servicios de Protección al Menor con el objetivo de protegerlo. Excluimos, sin embargo, los menores retirados por abuso sexual de un progenitor, en tanto que en estos casos la terapia, tanto con el perpetrador como con la víctima y con la familia, ha comenzado antes de la propuesta de reunificación y el proceso global debe seguir una serie de etapas (Clarificación-Reconexión-Reunificación) mas articuladas (Tabachnick y Pollard, 2016).

El mandato de los Servicios de Protección es garantizar la seguridad de los niños en riesgo, evitar la retirada, reducir su duración y promover la reunificación de la familia. Sin embargo, es frecuente que se vuelquen en la investigación del riesgo y que, una vez decidida la retirada y supuestamente garantizada la seguridad del menor, los profesionales consideren que su trabajo se ha cumplido; tanto la ayuda a la familia para recuperarse como el trabajo para facilitar la reunificación quedan en un segundo plano. El resultado es que las retiradas se multiplican, las estancias se alargan y las reunificaciones resultan poco trabajadas.

En España, en el 70% de los casos de maltrato denunciados no sería necesaria medida administrativa alguna, y en el 44% bastarían medidas de apoyo a la familia. Los casos restantes, en los que se ve necesaria alguna medida, en el 20% se trataría de acogimiento familiar (en familia propia o ajena), en el 7% sería un acogimiento residencial y el 3% restante se trataría de una adopción. En el año 2011 había en nuestro país 32.285 menores tutelados por la administración, de los que 18.000 estaban en acogimiento familiar (el 80% en familia extensa) y 14.059 viviendo en hogares y residencias de protección. (Observatorio de la Infancia, 2012).

Entre los que se llegan a internar, la duración media de la medida residencial es de 16.5 meses. De ellos, el 70% vuelven a vivir con una familia, 1 de cada 5 con la propia y el resto bien con familias adoptivas, bien con familias de acogida que, aunque la acogida fue planteada como una medida temporal, acaban funcionando como una pseudoadopción (López y cols., 2010). Pero un 30% continúa ingresado durante largo tiempo, a veces hasta la mayoría de edad; la gran mayoría de niños que sobrepasan los dos años en acogida residencial ya no vuelven (Amorós, Palacios, Fuentes, León y Mesas, 2003).

La prolongación de la retirada lleva fácilmente a la pérdida de las conexiones familiares, afecta al sentido de la identidad, y dificulta la transición fuera del

Servicio de Protección; el paso por varios acogimientos origina dificultades en el apego que conlleva problemas emocionales y conductuales (Fernández y Jung-Sook, 2013).

La probabilidad de reunificación es menor en niños con incapacidades o problemas conductuales, en familias pobres o que viven en entornos conflictivos, familias con problemas de enfermedad mental, adicciones o violencia doméstica y en familias monoparentales, en las que es tres veces menor la posibilidad de retorno. Y la probabilidad aumenta cuando se mantiene el contacto del menor acogido con la familia y cuando se establece una relación de coparentalidad entre la familia biológica y la de acogida (Linares, Rodes y Montalto, 2010), o una implicación activa de la familia en el contexto residencial (Del Valle, 2009).

Y la reunificación se puede, además, saldar con un fracaso a veces bastante temprano. Alrededor de la tercera parte de las reunificaciones han fracasado en los 6 primeros meses, 3 de cada 5 niños han vuelto una o mas veces a los Servicios de protección y solo 1 de cada tres se ha mantenido en su casa con continuidad. Los factores que contribuyen a este fracaso son, por parte del menor, la persistencia de problemas de comportamiento y/o el retorno simultáneo de varios hijos que estaban acogidos; y por parte de la familia la insuficiencia y/o inestabilidad de la mejoría de la familia (sobre todo si el maltratador principal sigue viviendo en casa) y la falta de preparación y de servicios de apoyo a la reunificación (Wade, Biehal, Farrelly y Sinclair, 2010).

Se entiende, por tanto, el interés de la Terapia Familiar en esta situaciones.

Las dificultades del trabajo con Protección

Las familias que acuden a Terapia Familiar para un proceso de Reunificación, raramente lo hacen por iniciativa propia. Normalmente lo hacen por indicación, cuando no por prescripción imperativa, de los profesionales que llevan el caso, con los que la relación suele haber sido larga y conflictiva; no resulta extraño, pues, que reciban la indicación con distintos grados de renuencia. Lo que para los profesionales puede ser uno de los últimos requisitos, para la familia puede resultar un obstáculo mas en el camino de la recuperación de su hijo y, a veces, de su imagen.

Ello conlleva una serie de problemas para los terapeutas. El primero tiene que ver, justamente, con la posibilidad de hacer terapia en esas condiciones; frente a terapeutas que plantean la imposibilidad de una terapia sin libertad y sin motivación interna (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) hay otros que sostiene que personas tan carenciadas como suelen ser unos padres maltratadores nunca accederían voluntariamente a pedir ayuda y la imposición como requisito para recuperar a su hijo puede ser la única vía de acceso a su alcance (Cirillo, 2012).

El segundo es el uso de la presión terapéutica para mantenerlos en la terapia. De nuevo el deseo de recuperar a su hijo es la palanca para presionar a favor de la continuidad y el cambio, así como para ayudar a la familia a comprender la perspectiva de los profesionales y dar así los pasos necesarios para responder a las

preocupaciones de estos (Mackinnon, 1998), aún en casos que se mantienen en la negación del maltrato (a veces por consejo de sus abogados) (Turnell y Essex, 2006).

El tercero es como ayudar a la familia para que pase de la mera presencia a la cooperación en la terapia. En un principio el terapeuta es visto como una prolongación de los Servicios de Protección; para diferenciarse de ellos debe ganarse su confianza y evitar que se vuelvan a sentir traicionados. La construcción de una alianza terapéutica precoz y la transparencia en cuanto a la información que se tiene que compartir con otros servicios y la que se puede mantener confidencial son los instrumentos claves en este empeño.

Pero son justo los que abocan al terapeuta al cuarto problema, que es la relación con otros profesionales, frecuentemente acechada por la incomprensión y el conflicto. Para los profesionales de Protección los terapeutas solo quieren familias fáciles y motivadas y priorizan la relación con los padres antes que la seguridad de los menores; para los terapeutas los de Protección tratan de controlar la terapia, no tienen en cuenta sus opiniones y albergan expectativas irreales acerca de los resultados posibles, esperando que unos “malos padres” se transformen en ideales.

En estas condiciones la colaboración interprofesional es uno de los mayores obstáculos para la terapia, salvo que pase a ser considerada como una parte esencial de la misma.

El Sistema Determinado por el Problema

El primer paso para caminar desde las relaciones intrafamiliares como eje de la terapia a la relación profesionales-familia-terapeuta como foco de la misma viene dado por el concepto de Sistema Determinado por el Problema (SDP) (Anderson y Goolishian, 1988). Estos autores, partiendo de un Modelo Sistémico, postularon que en contra del planteamiento funcionalista de que el Problema era el resultado de la Disfunción de un Sistema, había que considerar que era el Sistema el que se constituía como resultado de la Difusión de un Problema.

En vez de ser un grupo con historia y con futuro, un Sistema era el resultado de una red conversacional autopropagante que se erigía a raíz de la extensión de una Alarma suscitada en un miembro de un Sistema Profesional, dotado de predicamento, ante una conducta observada en un miembro de un Sistema Natural (familia) que no podía sustraerse a ese predicamento. La alarma, y con ella la red conversacional que había generado y que incluía a cada vez mas miembros de los sistemas profesionales que se sentían incapaces de desactivarla, se mantenía con relativa independencia de la evolución la conducta que la justificó.

En este contexto explicativo la terapia no es sino una conversación mas en el marco y en el flujo de las conversaciones que se producen en todo el SDP, que está in-formada (afectada en sus temas y en las formas en que estos se plantean) por todas las conversaciones que la preceden y que puede in-formar al conjunto de conversaciones que la suceden (Ramos, 2008). El cambio terapéutico, para ser sostenible,

debe extenderse mas allá de del despacho del terapeuta y debe afectar no solo a las relaciones de la familia, sino también a su fama. Y debe anclarse en una narración terapéutica que haga transmisible el proceso de cambio.

Y ello resulta particularmente importante en el campo de Protección de Menores en el que el maltrato se puede suponer que ha cesado, al menos en su dimensión mas directa, en base a la retirada del menor, pero el riesgo (que no es un hecho sino una posibilidad) resulta mucho mas difícil de eliminar.

El Modelo Narrativo-Temático

El esquema del trabajo en los casos de reunificación que vamos a presentar en este artículo se basa en un modelo de intervención, el Modelo Narrativo-Temático que propone una síntesis y un desarrollo de la terapia Narrativa (Carey, Walther y Rusell, 2009; White y Epston, 1990) y la Dialógica (Anderson, 2012; Anderson y Goolishian, 1988). Sus principios son los siguientes (Ramos, 2001, 2008, 2015):

- a) las personas, las familias o los grupos no tiene una historia, sino un pasado. No hay mas historia que la contada (hablada o escrita), y la historia se cuenta en el presente, por el presente y para el presente.
- b) cada entrevista, y el conjunto de las mismas, puede concebirse como una narración conversacional en la que el paciente-familia ilustran una serie de temas que les afectan a través de anécdotas-episodios.
- c) la historia que nos cuenta el paciente-familia es el significante singular (de cada caso) de un significado pragmático universal (para todos los casos) que se puede parafrasear como: "...por todo lo que le he (hemos) contado es por lo que estoy (estamos) AQUÍ y ASÍ, y ahora que se lo hemos contado, a Vd. le toca hacer algo al respecto"; la función de la historia es delegar el cambio en el terapeuta.
- d) esta historia se nos cuenta en el contexto de SDP; el flujo de las conversaciones que en el se producen y la implicación de los distintos profesionales de las mismas incide en los acontecimientos que se han de considerar relevantes y los temas que se han de considerar prioritarios.
- e) se pueden distinguir tres dimensiones en la intervención, que no son sucesivas sino intercaladas, aunque con distinto peso en distintos momentos de la terapia: la dimensión Deconstructiva, la Conversacional y la Reconstructiva.
- f) En la Dimensión Deconstructiva el terapeuta trata de contrarrestar el efecto de delegación de la lógica narrativa (después de, luego a causa de) a dos niveles: a nivel de la sucesión de los acontecimientos contraponiendo a la Posición Enunciativa de Necesidad del paciente (pasó tal y tuve que hacer cual) la Posición Enunciativa de Contingencia del terapeuta (lo entiendo, pero que pena que una persona como Vd. no pudiera hacer otra cosa que esa); y a nivel del personaje complejificando su caracterización (no se acaba de entender que una persona como vamos viendo que Vd. es

- no pueda acabar de enfrentar la situación como la que a Vd. le inquieta).
- g) En la Dimensión Conversacional el terapeuta trata, a través de proponer los temas que considera adecuados en las sesiones, emplazar a los miembros de la familia a hablar de lo que el cree que tienen que hablar con quien tiene que hablarlo, en este momento de su vida y en este punto de su trayectoria asistencial.
 - h) En la Dimensión Reconstructiva el terapeuta trata de ir seleccionando, promoviendo, articulando y testimoniando, entre los acontecimientos significativos que van ocurriendo durante el propio transcurso de la terapia, aquellos con los que se pueda ir construyendo una nueva historia (la “historia no vivida todavía”) que pueda alcanzar el mejor final posible, dadas las circunstancias.

La historia terapéutica que se pretende construir con este modelo, y en el que se juega su eficacia, no tiene que ver con la reinterpretación y ampliación de la historia del pasado que la familia nos cuenta al comienzo de la terapia, ni con las “historias no contadas todavía” que los conflictos interpersonales han dejado en el limbo de “lo no dicho”, sino con la historia de los esfuerzos y avatares de la familia en la persecución de los objetivos que se marcaron al comenzar la terapia. Se trata, en suma, de la historia de la transformación de un Trayecto en un Proyecto (Ricoeur, 1986).

Los instrumentos del Modelo

Se han elaborado una serie de instrumentos terapéuticos que consideramos consistente con el modelo y que pasamos a enumerar:

- a) El Plan Temático de la Sesión. Consiste en una serie de temas que el terapeuta propone a la familia al comienzo de cada sesión, como temas que le preocupan y de los que le gustaría hablar. Son temas elegidos entre los que el terapeuta percibe como candentes en la red y/o en la familia, presentados de manera no arbitraria sino estratégicamente articulada en pos de una intención deconstructiva y de manera que apunten a capacidades y futuro siempre que sea posible; su número es de 3 a 5 para que puedan ser retenidos por la familia, y se plantean de forma preferencial, no imperativa, animando a la familia a que los trate en el orden y longitud que quieran y añadiendo los temas que ellos crean oportuno (Ramos, 2012).
- b) La Posición de Aliado Apreciativo. Es la posición que el terapeuta está tratando continuamente de alcanzar y mantener y que se concreta en mantenerse siempre que pueda al lado de la familia, reconociendo y testimoniando sus esfuerzos y logros. Se trata de conseguir una Conexión Compasiva utilizando como pilares la Conexión, el Respeto, la Esperanza y el Interés (Madsen, 2007).
- c) El uso de la Convocatoria. La elección de con quien se habla (y consecuentemente de qué) y a quien se excluye (y consecuentemente quien deberá

informarle o negarle el conocimiento de lo que se ha dicho) es un elemento terapéutico importante, bien aquilatado en las terapias del maltrato (Cirillo, 2012; Sheinberg y Fraenkel, 2001). Una variante es la Convocatoria Condicional que es una convocatoria abierta en la que le toca a la familia decidir quién vendrá en función de su evaluación del proceso y del cumplimiento, en su caso, de las tareas.

- d) La activación de los Foros Conversacionales. La conversación terapéutica, mas que cerrar los temas de los que trata, lo que tiene es que abrirlos, que dar que hablar de ellos. Los temas tratados en la sesión se deben redirigir para informar las conversaciones acerca de ellos con los miembros del SDP que los pueden tratar con mayor propiedad.
- e) El uso de la Comunicación Escrita. Las cartas a la familia y los informes a los otros profesionales acerca de la familia (y con conocimiento de esta) son un instrumento clásico de la Terapia Narrativa, una de cuyas preocupaciones es crear un público que sostenga la historia terapéutica. Una variante es la Carta de Presentación del Equipo (Ramos, 2015) que es una carta que el terapeuta escribe a la familia antes de la primera visita, con la petición de que la muestra a los profesionales que la están atendiendo y en la que se le pone al corriente del plan temático de la primera sesión y con la que hacemos pública nuestras preocupaciones y posicionamiento acerca de algunos de los temas candentes en el SDP.
- f) La búsqueda de los Motivos Inaugurales de la Historia Terapéutica. Se trata de buscar en las primeras sesiones un acontecimiento ubicable en el pasado reciente de la familia que sirva como punto de inflexión de la historia pasada y como punto de arranque de la Historia por vivir.

Una guía para la Terapia de Reunificación

Con la pretensión de agilizar la exposición presentaremos una serie de epígrafes a través de los cuales indicaremos algunos ejes que ayuden a orientar las intervenciones terapéuticas en estos casos. La numeración de los epígrafes es un mero artilugio expositivo, no implicando una sucesión temporal de los aspectos en ellos reseñados, aspectos que se entrecruzan y se complementan a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Los objetivos de la terapia

La recuperación de los hijos. Es el objetivo básico dado que la filosofía que subyace a la intervención es que el bienestar del menor maltratado no se consigue proporcionándole la mejor familia a nuestro alcance (lo que llevaría a abogar por la adopción) sino reintegrándolo a su familia y a su medio en unas condiciones de seguridad suficientes.

No obstante no es un objetivo siempre alcanzable, bien por no conseguir los cambios suficientes, bien porque la edad del menor no lo haga aconsejable (como

en adolescentes y/o hermanos mayores de una fratría numerosa de una familia en situación de precariedad). En casos así el objetivo alternativo es la elaboración del duelo por la pérdida de ese hijo.

La redefinición de la relación de pareja. La demanda habitual de los servicios es incrementar las habilidades de los padres; pero de acuerdo con la filosofía del modelo se apunta a cuantos miembros del SPD podamos llegar a convocar en consonancia con el proverbio africano que dice que “hace falta toda una tribu para cuidar a un niño”.

No obstante, la pareja, cuando existe, es el locus privilegiado de intervención; y la redefinición, cuando menos parcial, de su relación (quienes somos ahora, y quienes pretendemos ser en adelante, el uno para el otro después de todo lo que nos ha pasado) es un objetivo insoslayable.

La nueva parentalidad. La dimensión de futuro que entraña una nueva parentalidad es otro objetivo de la terapia; el fracaso actual en la misma no tiene porqué sellar un destino. El trabajo del terapeuta sobre ese tema tiene una doble dimensión: de fuente de progresión para los padres (¿qué errores reconocen haber cometido con sus hijos que están seguros que no volverían a cometer si tuvieran otro, y en que errores habría que seguir trabajando porque no lo están?), y de fuente de activación para los servicios (mas vale que les ayudemos a recuperar a los hijos retirados, porque no hay fuerza humana que les impida tener otro)

La Política de Alianzas

Alianza precoz con la familia. La desconfianza, cuando no animosidad, con que la familia accede a la terapia hace necesario un esfuerzo temprano para que nos sientan de su lado, aunque no a su servicio; es importante establecer que la alianza que se busca es con las personas, no con el abuso (Turnell y Edwards, 1999)

Medidas para ello pueden ser: a) requerir a la familia su versión de lo que ocurrió y otorgarle, en principio, tanta credibilidad como a cualquier otra (Mackinnon, 1998; Turnell y Essex, 2006); b) ofrecerles elecciones, como sobre que hablar en la sesión y que y cuando compartirlo con los miembros no presentes (Sheiberg y Fraenkel, 2001); c) considerar sus ideas y planes para mejorar la situación (Berg y Kelly, 2000), sumándolas a las que el terapeuta proponga; d) dejar claras desde el comienzo las reglas de confidencialidad y transparencia con las que el terapeuta se va a mover con otros profesionales (Mackinnon, 1998; Ramos, 2013); e) utilizar la Carta de Presentación del Equipo (Ramos, 2015).

Alianza preferencial con la Red. El trabajo interprofesional con familias multiasistidas proscribire dejarse arrastrar a la descalificación de los colegas incluidos en el caso, pero no prescribe comulgar con todo lo que estos siguen haciendo. El impacto que las situaciones familiares traumáticas dejan en los profesionales que las atienden es duradero y predictivo; tiende a buscar confirmación y a desestimar la nueva información que no la ratifica (Munro, 2005)

El terapeuta tiene que alimentar sus alianzas (evitando las coaliciones) con

aquellos profesionales involucrados (o involucrables en el futuro) mas salvaguardados de esa impresión inicial y con los que pueda establecer sinergias operativas

La Convocatoria

La convocatoria a los hijos. La inclusión de los hijos en las sesiones es uno de los ejes mayores de la terapia; no son seres imaginarios de los que hablar sino niños concretos con los que interactuar. Eso no quiere decir que su presencia sea constante, pero si que debe ser precoz. Su inclusión es un claro ejemplo de entrecruzamiento de los aspectos que estamos desarrollando en tanto que: a) permite visualizar el objetivo primero de la terapia, la reunificación; b) fortalece la alianza precoz con la familia (no deja de ser una especie de encuentro extra, mas allá de los protocolos de visitas); c) activa la red y sacude su inercia, ya que obliga a movilizarse para traer y recoger a los niños de la sesión y permite ser testigo del encuentro de la familia en un contexto diferente.

La Convocatoria Ampliada. Se refiere al uso de la facultad del terapeuta de extender la convocatoria mas allá de la demanda explícita de los servicios de trabajar con los padres y estableciendo así de forma concreta que los menores, mas que propiedad de los padres, son miembros de una familia que tiene algo que hacer y decir en la producción del cambio requerido.

La Convocatoria a la Red. Más que referirse a las inevitables, y no siempre productivas, reuniones de coordinación, nos referimos a la presencia continua de la red en la mente y en la acción del terapeuta. Este tiene que preguntarse continuamente quien además de el debería conocer lo que a el le están diciendo en la sesión, y quien igual o mejor que el podría hacer lo que el cree que habría que hacer en relación con lo tratado en la sesión; y dar el curso oportuna a estas respuestas.

Los temas

Como temas específicos de estas terapias, a añadir a los genéricos de la historia de la familia y la situación concreta incluiríamos.

La Separación de la pareja. Esta opción es una eventualidad en cualquier terapia de pareja. Pero en estos casos es necesario un planteamiento a dos niveles: con la pareja que nos referimos a una separación afectiva, de hecho, no de derecho, quedando a su criterio la forma de llevarlo a cabo, si así lo deciden, según sus posibilidades. Se trata de que, en su caso, redefinan la relación y las reglas recíprocas.

Con los servicios se trata de que tomen nota de que la posibilidad está sobre la mesa y se definan acerca de si eso cancelaría el proyecto de retorno. Hay que emplazar a los servicios a den el paso de pretender una “familia ideal” a reclamar una seguridad suficiente para los hijos, la proporcione quien la proporcione

Los Motivos de la Historia. Hayden White (1973) plantea que construir una historia es seleccionar e hilvanar una serie de acontecimientos de entre todos los que ocurren en un periodo histórico (o en un fragmento de vida). Para ello hay que

empezar por elegir uno o varios Motivos Inaugurales, acontecimientos en los que la historia puede arrancar; a continuación hay que ir eligiendo y articulando lo que llama Motivos de Transición, que son acontecimientos que se ve que son importantes, pero cuya importancia y significado final no se sabrá hasta que la historia concluya; y por último seleccionar un Motivo Terminal que sería un acontecimiento con el que se puede cerrar una serie de acontecimientos dotados de cierto sentido.

En nuestro caso el acontecimiento inaugural se debe buscar en el pasado reciente de la familia, los de transición pueden ser pasos en el proyecto de la reunificación (conseguir una vivienda, un trabajo y otros hitos entre los requerimientos que se le hace a la familia en el Plan de Mejora de protección), pero también otros pasos importantes en la terapia (como podría ser la reconciliación entre familiares enfrentados...); por último el motivo terminal puede ser la celebración del retorno de los hijos (o el momento de la renuncia a recuperarlos)

El Ritual de Bienvenida. Se trata de un tema que podría ser, a la vez, el Motivo Terminal. Se trata de hablar de la posibilidad ritualizar el regreso a través de una celebración de bienvenida que marque el comienzo de una nueva etapa.

La Explicación a los Hijos. El planteamiento de que los hijos agradecerán y necesitarán alguna explicación acerca de esta etapa de su vida es un tema reiterado en las sesiones. Se trata de ayudar a los padres a salir del papel de víctimas y ofrecer a los hijos no una imagen de un mundo donde te pueden perseguir impunemente, sino la de un mundo en el que hay gente que se preocupa por pedir a los padres que lleguen, en lo tocante al cuidado de sus hijos, a donde podían no haber llegado.

El Timing

Agilizar el estancamiento. La familia llega a terapia en una situación de tiempo congelado por el estancamiento conflictivo con los servicios. El terapeuta debe agilizar esta inercia aprovechando los eventos temporales que jalonan el tiempo cotidiano (por ejemplo, usar las vacaciones o las Navidades para ampliar el tiempo de estancia con la familia), o de los eventos familiares (enfermedades, nacimientos en la familia...) para pedir encuentros extra de la familia con los niños para que los pongan al corriente de estas situaciones.

La Activación de la Red. El estancamiento temporal focaliza las interacciones de la familia con unos servicios y pone en sordina sus interacciones con otros. El terapeuta debe hacer circular los eventos y la información que se genera en los servicios fuera de foco para diversificar la información y quebrantar el estancamiento (por ejemplo, interesándose por el desempeño escolar y preocupándose de que la información llegue a Protección)

La Interrupción como movilización de la red. Una vez fraguada la alianza terapéutica con la familia y conseguido algún progreso constatable, si el ritmo de la reunificación no se pone al paso del ritmo de la terapia el terapeuta puede amagar con interrumpir su trabajo hasta que el proceso se acelere alegando que se está

quemando la posibilidad de cambio, a fin de romper la inercia institucional.

Un ejemplo clínico

Finalizaremos con el resumen de un caso que ayude a ilustrar algunos de los conceptos propuestos en este artículo. Se trata de una pareja de cerca de 40 años con una hija mayor de 5 años, que en su solicitud de terapia pone como problema principal “Recuperar nuestra pareja”, y como segundo problema “recuperar a la niña”. Esta se encuentra acogida por los padres de él, debido al consumo de tóxicos por parte de ambos padres, a la problemática de pareja, que no preserva a la niña de sus peleas y a la problemática con las familias extensas, lo que dificulta su apoyo.

Después de la acogida, y a raíz de una septicemia que puso en peligro la vida de la madre, la pareja se separó durante casi un año, marchándose la madre con su familia que reside en otra ciudad. Desde la separación la madre se mantiene abstinentes, aunque los especialistas que la habían atendido se muestran escépticos por anteriores incumplimientos. Hace unos meses la pareja reanuda su relación con el objetivo de recuperar a su hija; la relación con los abuelos acogedores ha mejorado y la niña reclama volver con sus padres. Se les envía a terapia tras un cambio del referente del caso en Protección y la ampliación de la acogida familiar por 6 meses, “para que puedan tomar una decisión respecto a su futuro como pareja que permita valorar las opciones de retorno”. En el Plan de Mejora que han firmado se hace mención específica, entre otras cosas a “no consumir ningún tipo de tóxicos durante las visitas que mantienen con su hija”.

Previo a la primera visita se les envía la siguiente Carta de Presentación:

Apreciados Beltrán y Teresa:

Somos el Equipo de Terapia Familiar del Hospital X que os visitará el día tal para atender vuestra solicitud de ayudaros a recuperar vuestra pareja y, con ello a recuperar a vuestra hija.

Como el Plan de Mejora que habéis firmado se cumple (en cuatro meses), os escribimos esta carta para que sepáis los temas que queremos hablar con vosotros en la primera visita a fin de aprovechar el tiempo lo máximo posible, ya que no nos queda mucho margen para avanzar y conseguir que para esa fecha la recuperación pueda ser un éxito.

Por lo que sabemos, vuestra pareja ha sufrido altibajos. A finales de (hace año y medio) decidisteis separaros, aunque 1 año después volvisteis a intentar seguir juntos. Al menos parece que la separación ayudó a Teresa a dejar el consumo. Nos gustaría hablar de por qué eso no funcionó con Beltrán, qué ayudó a Teresa a conseguirlo y qué pensáis los dos que, ahora, puede ayudar a Beltrán.

En el Plan de Mejora queda muy claro que no se puede consumir estando con la niña. Queremos hablar con vosotros sobre qué podría hacer cada uno para proteger a la niña si, en el momento en que estéis más tiempo con ella, el otro tuviera un momento de debilidad.

Queremos pedirlos que preguntéis a los padres de Beltrán, que en este momento cuidan de la pequeña, qué esperan poder ver en cada uno de vosotros para aceptar un aumento substancial del tiempo que paséis con la niña. También queremos que sepan que la convocaremos pronto a las visitas, y que os digan si algún día podemos contar con verlos a ellos. Y queremos hablar con vosotros de qué os ha impedido llegar a ser la pareja que quisisteis ser y de qué creéis que podemos hacer para ayudaros a conseguirlo; también queremos pedirlos que os informéis, a fin de que nos lo podáis contar, de qué pasaría con la niña si acabarais separados porque uno de los dos consigue mejorar y el otro no lo consigue.

Comentaremos algunos aspectos de la carta que nos parecen ilustrativos de algunos aspectos desarrollados en este artículo.

La carta, que no es sino la presentación anticipada y por escrito del Plan Temático de la primera sesión, se empieza con una ligera reformulación (una simple articulación) de los motivos de la solicitud en los mismos términos en los que los formula la familia, para mantenernos en el lenguaje de la misma. Y en el párrafo siguiente nos ponemos de su lado en su objetivo, a la vez de que empezamos a establecer discontinuidades temporales (fecha del cumplimiento del plan) en la historia interminable de su implicación con los servicios.

El punto siguiente pretende resumir lo que ya sabemos de la historia de la pareja, pero tratando de apuntar a recursos y futuro; se subraya que la separación ayudó a Teresa a dejar el consumo y se plantea que, de esa experiencia, podría ayudar a Beltrán de ahora en adelante.

En el tercer párrafo tratamos de alinearlos con un objetivo de los servicios, buscando la sinergia, pero manteniendo a apuntar nuestra especificidad; Protección alude a no consumir durante los contactos mientras que nosotros apuntamos, no tanto a la supresión del consumo (que ningún profesional responsable podría certificar en menos de dos años, lo que alargaría significativamente el proceso de reunificación) sino al eventual uso responsable. La familia no tiene necesariamente que cambiar, dejando el consumo, sino garantizar la seguridad de la niña, consume o no.

En el siguiente párrafo planteamos las bases de la ampliación de la convocatoria a los abuelos acogedores, a la vez que imprimimos un ritmo mas vivo al *timing* anunciando la convocatoria de la hija. La hija va a venir pronto; si, sabiendo eso, los abuelos quieren venir que sepan que tendremos en cuenta sus ideas (que cambios querrían ver en la pareja para poder confiar en ellos); pero si no, que sepan que la niña va a venir de todas maneras y que el proceso no se detiene.

Y en el último párrafo aludimos al núcleo de cualquier terapia de pareja y de cualquier intervención de protección. La terapia de pareja no se hace para potenciar habilidades o aprender a poner mejor los límites (aunque es esperable que algo así ocurra si el proceso funciona), sino para redefinir su relación y sus expectativas; y eso entraña la posibilidad de separación, pero no como un riesgo indeseable sino

como una opción legítima.

Por ello se les pide que se lo planteen a los servicios para que se les reconozca el derecho, en su caso, de separarse porque uno de ellos ha mejorado y está en mejores condiciones de garantizar la seguridad de la niña, en tanto que es la seguridad (y no los problemas de los padres o sus estilos de crianza) el único motivo justificado para retirar o mantener la retirada de los menores.

Durante la visita nos enteramos de que Beltrán ya lleva también varios meses sin consumo y de la septicemia que había sufrido Teresa, que no constaba en el informe de derivación y que fue enfatizado en la terapia como una experiencia de vida o muerte, con potencial de erigirse como Motivo Inaugural de la historia del cambio.

Conclusión

A lo largo de este artículo nos hemos esforzado en mostrar que el mandato de los Servicios de Protección al Menor de preservar los vínculos de la familia (y/o restituirlos en cuanto sea posible) en casos de maltrato infantil, no se pueden quedar en mera palabrería sino que se tiene que traducir en un proyecto de intervención concreto y responsable. Y que la terapia familiar que extienda su foco más allá de las fronteras de la familia, fronteras diluidas, a veces precisamente, por la intervención poco cuidadosa de servicios bienintencionados pero alarmados, constituye un instrumento útil para ayudar en esta empresa.

Pero que solo es un instrumento entre otros, porque la reunificación y posterior viabilidad de estas familias no se debe al esfuerzo personal de un terapeuta heroico sino a la sinergia pragmática de múltiples profesionales.

Referencias bibliográficas

- Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E. y Mesas, A. (2003). *Familias Canguro: una experiencia de protección a la infancia*. Colección de Estudios Sociales nº 13. Barcelona, España: Fundación La Caixa.
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationship and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive practice. *Family Process*, 51(1), 8-24.
- Anderson, A. y Goolishian H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems. *Family Process*, 27, 371-393.
- Berg, I. K. y Kelly, S. (2000). *Building Solutions in Child Protective Services*. Nueva York: Norton y Company.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Milan Systemic Family Therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Carey, M., Walther, S. y Rusell, Sh. (2009). The absent but implicit: A map to support Therapeutic Enquiry. *Family Process*, 48(3), 319-331.
- Cirillo, S. (2012). *Malos Padres*. Barcelona, España: Gedisa.
- Del Valle, J. (2009). Como potenciar la reunificación familiar desde los centros y hogares de protección. En A. Bravo y F. Del Valle (coor): *Intervención Socioeducativa en acogimiento residencial* (pp. 115-132). Santander, España: Gobierno de Cantabria.
- Fernandez, E. y Jung-Sook L. (2013). Accomplishing family reunification for children in care: An Australian study. *Children and Youth Services Review*, 35, 1374-1384.
- Linares, L., Rhodes, J. y Montalto, D. (2010). Perceptions of Coparenting in Foster Care. *Family Process*, 4(49), 530-542.

- López, M., Del Valle J., Boada, C. y Bravo, A. (2010). *Niños que esperan. Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Mackinnon, L. (1998). *Trust and Betrayal in the treatment of child abuse*. Nueva York: Guilford Press.
- Madsen, W. (2007). *Collaborative Therapy with Multi-stressed Families*. Nueva York: Guilford Press.
- Munro, E. (2005). Improving practices: Child protection as a System Problem. *Children and Youths Services Review*, 27(4), 375-391.
- Observatorio de la Infancia (2012). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas*. Barcelona, España: Ed. Paidós.
- Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Ramos, R. (2012). El Plan temático de la sesión. Una guía para la planificación de la conversación terapéutica. *Redes*, 27, 73-90.
- Ramos, R. (2013). Entre el control i la teràpia: teràpies de reunificació familiar. *Revista de Treball Social*, 198, 86-91.
- Ramos, R. (2014). Terapias de Reunificación familiar: entre la espada de la familia y el muro de los servicios. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (coor.), *Pensamiento Sistémico* (pp. 383-406). México: Litteris.
- Ramos, R. (2015). *Terapia narrativa con familias multiproblemáticas*. Madrid, España: Morata.
- Ricoeur, P. (1986). *Du Texte à l'action*. Paris, Francia: Ed. du Seuil.
- Sheinberg, M. y Fraenkel, P. (2001). *The Relational Trauma of Incest*. Nueva York: The Guilford Press.
- Tabachnick, J. y Pollard, P. (2016): *Considering Families Reconnection and Reunification after Child Sexual Abuse: A road map for advocates and service providers*. NSVRC: US, Department of Justice.
- Turnell A. y Edwards S. (1999). *Sings of Safety: A Solution and Safety Oriented Approach to Child Protection Casework*. Nueva York: Norton Company.
- Turnell, A. y Essex S. (2006). *Working with denied child Abuse: The Resolution Approach*. Nueva York: Open University press.
- Wade, J., Biehal, N., Farrelly, N. y Sinclair, I. (2010). *Maltreated Children in The Looked After System: A Comparison of Outcomes for those who go home and those who do not*. Londres, Reino Unido: Research Brief, Department of Education.
- White, H. (1973). *Metahistory: The Historical Imagination in the Nineteenth-Century Europe.*, Baltimore-London: Jonh Hopkins University Press.
- White, M. y Epston D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nueva York: Norton.