

# *La Terapia de Familia y los niños: reflexiones desde una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la red pública andaluza*

*Carmen DE MANUEL VICENTE*  
*Servicio Andaluz de Salud. Cádiz*

## *Resumen*

El presente artículo invita a reflexionar sobre cómo hemos venido aplicando la terapia de familia con respecto a la infancia. Se contextualiza en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil pero es aplicable a cualquier otro contexto de intervención. Para ello, se parte del necesario respeto por los derechos del niño en general y en psicoterapia en particular. Veremos como estos derechos están mediatizados por la representación social de la infancia que se tenga. Finalmente se propone el reto de realizar cambios para mejorar la intervención con esta técnica.

*Palabras clave:* terapia de familia, infancia, derechos de los niños, representación social, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

## *Abstract*

The present study is an invitation to think over the way have been making use Family Therapy in relationship with childhood. It's developed in a Children Mental Unit, although it's applicable to whatever intervention context. First step is to considerer the children rights in generally speating and into psychotherapy particularlly. It will be analyzed those rights in order to how are limited to the childhood social image. Finally, a sort of changes are challenged to improve efficiency of this technique wich clearly has shown its effectiveness along years.

*Key words:* Family Therapy, Childhood, Children's Rights, Social Image, Children Mental Health Unit.

### **Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de Andalucía como un dispositivo más del Servicio Andaluz de Salud**

La atención en Andalucía a la población infanto-juvenil, en materia de salud mental, se encuentra distribuida en 3 niveles asistenciales. El primer nivel corresponde a la Atención Primaria, donde los niños son atendidos por su pediatra (hasta los 14 años) o el médico de familia (a partir de esa edad). El profesional aborda y resuelve la demanda o bien deriva al especialista, en este caso, al equipo de salud mental correspondiente. El Equipo de Salud Mental, situado en un segundo nivel de asistencia, atiende todo el ciclo vital del individuo. Aquí los niños son evaluados y reciben el tratamiento oportuno. Las situaciones más complejas o que no responden al tratamiento prescrito se derivan a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. En el tercer nivel está situada la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) que atiende a la población de referencia desde el nacimiento hasta los 18 años.

Una de las características más relevantes del trabajo en la USMIJ deriva justamente de esto, de estar ubicada en un 3<sup>er</sup> nivel de atención. Quiere decir que cuando un niño llega, ha pasado previamente por su centro de salud y por el equipo de salud mental. Es evidente que los pacientes vienen ya con experiencia de otras consultas previas y, con frecuencia, por el mismo motivo. Además, han podido recibir en su recorrido informaciones contradictorias entre los diversos profesionales que les han atendido y que además del sistema sanitario pueden haberse implicado otras instituciones como educación, servicios sociales o los servicios privados. Algunos, incluso, buscan en nosotros un desempate.

Fue lo sucedido con Antonio, un chico de 8 años, que el pediatra deriva al equipo de

salud mental por un trastorno de déficit de atención con hiperactividad. El equipo considera que no hay tal hiperactividad ya que es capaz de permanecer sentado, al menos en la consulta, aunque sí detecta el problema atencional. Por otra parte, los padres reciben quejas continuas del colegio al respecto. Cualquier posicionamiento de diagnóstico individual por nuestra parte suponía tomar partido por la tesis de unos compañeros en contra de otros. ¿A quién darle la razón?, ¿al pediatra?, ¿al psicólogo del equipo de salud mental?, ¿al orientador escolar? Si hubiéramos tomado partido, nosotros mismos hubiésemos quedado expuestos a la descalificación por parte de un nuevo profesional que entrara en el juego. Era, por tanto, fundamental introducir un cambio que cortara esta trayectoria relacional profesionales/familia. Afortunadamente en este caso no había una guerra marcada entre bandos, por lo que los padres aceptaron sin dificultad centrar todos los esfuerzos en buscar soluciones y mejorar la situación, aparcando la cuestión diagnóstica que tanto recelo les estaba creando con los profesionales. Es más, parecieron aliviados de salir de esa disyuntiva “hiperactividad sí, hiperactividad no” en la que llevaban meses. Poco después los padres verbalizaron haber descubierto cómo el contexto que rodeaba a su hijo provocaba en él la inquietud motora o no. Por ejemplo, el contexto “aula” le provocaba una imperiosa necesidad de movimiento. En cambio, el contexto “consulta” le relajaba aunque presentaba ligera hiperactividad en la motricidad fina. Este descubrimiento fue valioso justamente por haberlo alcanzado por sí mismos. Con esta observación, recuperaron la confianza en los profesionales al conciliar ambas posturas ya que nadie se había equivocado.

Por tanto, cuando los niños llegan a la USMIJ ya han realizado un peregrinaje por otros

servicios. Y esto no es nada intrascendente, por el contrario es una información a recoger y en la que detenernos porque el resultado de las consultas previas influirá en cierta medida en nuestros propios logros. Covini, Fiocchi, Pasquino y Selvini (1987, página 64) afirman que *“Es un hecho notorio el que la dificultad de una psicoterapia aumenta directamente proporcional a la duración y a la cantidad de intentos precedentes, sobre todo si son del mismo tipo”*. Por ello, es importante dedicarle unos minutos en la apertura de la historia clínica al apartado de tratamientos anteriores.

Cuando son derivados al tercer nivel tras intervenciones terapéuticas previas fracasadas o con experiencias negativas con otros profesionales, pueden mostrarse escépticos a nuestra intervención cuando no resistentes hasta la simetría, el abandono o el agravamiento de los síntomas. O “des-hinchados” y con una expresión facial de *“A ver qué nos dice éste”*. O como en el caso de Antonio, atrapados en el desacuerdo entre profesionales.

### **El niño como usuario de la terapia de familia**

Es imposible proceder en la comprensión del comportamiento de cualquier ser humano sin el conocimiento de su contexto relacional más próximo. Pero en el caso de los niños este supuesto es aún más básico ya que por el hecho de ser niños dependen de su familia no sólo para desarrollarse y crecer sino también para sobrevivir. De aquí que la intervención familiar desde las USMIS sea una intervención frecuente, convirtiéndose la terapia de familia en una técnica por excelencia, imprescindible en el campo de la salud mental infantil.

Por otra parte, en cualquier psicoterapia el tema de la motivación del usuario se nos

revela diariamente a los clínicos como un punto crucial que determina en gran medida el éxito de la intervención.

La motivación de los pacientes y sus familias por el tratamiento es una pieza clave en su resultado y un factor decisivo además en la aparición del *burnout* en el profesional. Los profesionales nos quemamos con los fracasos terapéuticos. Y cuándo analizamos qué falló encontramos con frecuencia que toda la motivación había estado en el lado del terapeuta y nada o poco en el de la familia. Por eso, siempre es una constante personal la inquietud por buscar respuesta a la pregunta *¿cómo crear motivación? ¿Qué motiva o no a los usuarios para una psicoterapia?*

Los que trabajamos con niños sabemos que éstos no vienen, los traen sus padres. Y nos vemos en la encrucijada de motivar desde luego a los adultos pero sin perder jamás de vista nuestro objetivo como servicio: la infancia. Entonces la pregunta se hace más específica: *¿cómo crear motivación también, y sobre todo, en los niños?*

Precisamos de su colaboración para obtener la información que necesitamos. Para que nos aporten espontáneamente aquello que no buscamos pero que es relevante. Para que cumplan las prescripciones. Para que vuelvan a la siguiente sesión... Y todo esto tan necesario *¿cómo se logra?*

Motivar a un niño empieza por lo más elemental: por respetar sus derechos como la persona que es. Y como persona tiene derecho a ser oído y a que sean tenidas en cuenta sus opiniones, a que se le considere como alguien que tiene cosas interesantes que decir. Y esto lo hacemos cuando buscamos activamente su opinión, durante las sesiones, sobre los temas que se tratan.

Sin embargo, ésta no es una práctica tan habitual como debiera. No sólo en las sesiones de familia, en su vida cotidiana los

niños no son tratados como interlocutores válidos o tan válidos como el adulto. ¡Quién no ha escuchado la frase o ha sido víctima de ella: “*Cuando los adultos hablan los niños se callan*”!

Invito a hacer la prueba a todo el que haya grabado las sesiones de familia para comprobar cuánto tiempo le dedica el terapeuta a los niños y cuánto a los adultos. En infinitas ocasiones dichas sesiones se han convertido en conversaciones entre los adultos y, con un poco de suerte, de vez en cuando nos dirigíamos al niño.

Y esto no es un pecado cometido sólo por la terapia de familia, igual ocurre -cada vez con menos frecuencia afortunadamente- por ejemplo en la consulta pediátrica donde la madre aporta toda la información y el niño es tratado como un objeto que se osculta, se explora la garganta, la barriga o los oídos y se va sin que nadie se haya dirigido a él. Se habla de él, se hacen cosas para él y por él pero sin él.

Cuando reflexiono en cómo hemos aplicado la terapia de familia en salud mental infantil, comprendo que había algo que no encajaba, que no se adaptaba a los niños, que no estaba pensado para ellos, que negaba su especificidad y sus necesidades evolutivas.

La terapia de familia ha invisibilizado a los niños al centrar toda la atención en el discurso de los padres. Ahora recuerdo que algunos niños mostraban deseos de irse ya o incluso alguno llegó a verbalizar que estaba aburrido.

Pero esto no queda aquí. Otro derecho de los niños que hemos ignorado con frecuencia es el derecho a recibir información de lo que les pasa y de qué vamos a hacer para ayudarles. La primera pregunta que les hago y que ya forma parte del protocolo de acogida es “*¿Sabes por qué estás aquí?*”. Con frecuencia llegan a una consulta para

ellos sin ninguna información o con informaciones contradictorias e incluso contraproducentes. Esto obedece al mito de que es peor explicarles las cosas a los niños. Y así les llevan a una analítica de sangre diciéndoles que van al médico para la madre o entran en quirófano sin preparación previa alguna o lo que es peor, engañados. Incluso están los defensores de que los niños no se enteran de lo que sucede a su alrededor, entonces para qué contarles nada.

Diego era un niño de 4 años, hijo único, por el que consultan los padres por presentar conductas disruptivas. En la recogida de información averiguo que hace 6 meses la madre dio a luz un feto muerto. “*¿Cómo reaccionó Diego?*” -pregunté-. “*No se enteró de nada y nosotros preferimos no decírselo*”. “*Y ¿desde cuándo presenta estas conductas?*” “*¡Desde hace 6 meses!*”. Incluso la madre refiere, pero casi por casualidad, que ha cogido la manía de cavar un hoyo en el jardín y esconder allí sus juguetes. La pregunta siguiente no se hizo esperar: “*Señora, ¿usted cree que los esconde o que los entierra?*”.

Por otra parte, las prisas del mundo adulto, la lucha contra el reloj, agudizada en los servicios públicos debido a la presión asistencial con el objetivo de acortar las listas de espera, nos dificulta respetar el tiempo del niño, su ritmo, que obviamente es diferente al del adulto. Así, como el niño tarde en contestar, inmediatamente pasamos el turno de palabra a otro.

Tampoco nos hemos esmerado por adaptar los procedimientos técnicos de la psicoterapia a su singularidad etaria e individual ni a su experiencia de vida.

Y estos hechos hunden sus raíces en la influencia de la sociedad adultista en que nos encontramos. Afirma Barudy y Dantagnan (2005, pág. 48) que “*El modelo dominante que determina mayoritariamente el conte-*

nido de las relaciones entre adultos y niños o jóvenes es lo que denominamos cultura adultista”.

### Representación social de la infancia

Es urgente reflexionar sobre la representación social de la infancia, es decir, sobre la creencia que una determinada sociedad como la nuestra tiene acerca de lo que es un niño (Martínez, 2006). Medimos y tratamos al niño desde la perspectiva del adulto y lo consideramos como un ser en miniatura, como un adulto en pequeño, como un proyecto de persona. ¡Pero ya es una persona! Como alguien inacabado. ¿Acaso alguien está acabado, completamente hecho, con todo aprendido y nada por mejorar? En nuestra creencia popular, ser niño está mal visto y cuanto más pequeño peor. Será por eso que a Manolo, un niño de 6 años con enuresis nocturna, su madre cuando ve la cama mojada por las mañanas le dice: “Eres un niño chico”. Y se lo dice en sentido despectivo, obviamente. Y lo hacemos igualmente con los adultos a los que les decimos “Te estás portando como un niño” y de nuevo en sentido descalificador. Decirle a alguien que es un niño nunca ha sido un halago.

Obligamos a los niños a crecer deprisa, a madurar rápido para incluirlos lo antes posible en este mundo de adultos donde ellos tienen poca cabida. Recuerdo que dos madres en la sala de espera mantenían una interesante conversación acerca de cuándo sus hijos habían hecho tal cosa al punto de estar en una escalada simétrica plena: “Mi hijo aprendió a leer con 5 años y además recién cumplidos”, decía una ante el fastidio de la otra que replicaba “Pues el mío caminó con 9 meses”. El tono, la postura corporal, esa barbilla levantada, la mirada altiva no dejaban lugar a dudas de que para ellas caminar

después de los 9 meses o leer después de los 5 años era una auténtica mediocridad.

¿Dónde ha quedado el niño y su derecho a un desarrollo evolutivo pleno sin quemar etapas? Esta representación social de la infancia afecta no sólo a las creencias populares, sino que además ha atravesado la barrera del saber. Por ejemplo, en Derecho se usa el término “menor” para denominar al niño. Pero menor ¿comparado con quién? De nuevo la medida es el adulto.

Y la terapia de familia también se ha visto influida por esta concepción adultocéntrica de la infancia al ignorar las necesidades de los niños. Pensemos en el hecho de que las sesiones de familia se han apoyado casi exclusivamente en el lenguaje verbal. Esta es una capacidad que los niños no tienen plenamente desarrollada. Sin embargo durante décadas las sesiones de familia han consistido en hablar. De acuerdo, no era cualquier conversación, era una conversación científica pero para científicos adultos. ¿Dónde estaba el respeto por los derechos del niño, entre ellos el respeto a su desarrollo evolutivo?

### A modo de propuesta

Ahora pensemos en una terapia de familia basada en otros medios de comunicación, por ejemplo, una terapia que descansa además en el lenguaje no verbal expresado mediante el juego, el dibujo o cualquier otra actividad. De entrada, muchos terapeutas se sentirían incómodos al perder la plataforma de la palabra en que tanto nos hemos entrenado. Además corremos el riesgo de que los padres y otros adultos de la familia, incluso nuestros propios compañeros, nos acusen de que ésa no es una terapia seria. Muchas usuarios nos dicen ya con cierto escepticismo respecto a las intervenciones clásicas basadas en el lenguaje: “Oiga, ¿y

*esto se va a curar hablando?*”. ¡Qué dirían si los pusiéramos a jugar, colorear o a hacer un mural familiar...!

En primer lugar, debemos rescatar el juego como algo importante en la vida cotidiana, especialmente para los niños, pero no sólo, también es una práctica aconsejable para todos los demás.

A mi parecer el que nuestros usuarios acepten una terapia basada en el juego y no sólo en la palabra depende en gran parte de nosotros, los terapeutas. Como con cualquier técnica o instrumento nuevo, cuando ofrecemos algo con inseguridad, dudas y temor es posible que sea rechazado. Recuerdo cuando empecé a trabajar grabando en video las sesiones familiares, allá por principios de los años 80, donde el video aún no estaba extendido en todos los hogares. Les preguntábamos si no les importaba que grabáramos las sesiones para nuestro posterior estudio... con la voz temblorosa y el miedo en el cuerpo porque aún no habíamos aceptado plenamente nosotros mismos que era una herramienta de trabajo por la que luchar. Gracias a aquellas primeras familias que nos dieron su conformidad y a que constatamos la utilidad del procedimiento, fuimos ganando seguridad y transmitiendo con mayor aplomo la necesidad de grabar las sesiones hasta que esta práctica se convirtió en rutina. De igual manera, podremos ir introduciendo otras formas de hacer terapia de familia, más adaptada a los niños. Es más, esta nueva modalidad logra que los padres conecten con el niño que un día fueron y llevan dentro y que está influyendo en el adulto que son hoy. El reencuentro con el niño que fueron ayuda al encuentro con el niño que su hijo es ahora. Sin olvidar que esta práctica facilita la expresión de emociones.

Fernando fue un padre reticente a jugar con las figuras (muñecos en miniaturas). Se

dio la consigna a la familia de representar mediante las figuras lo que preocupaba a cada uno. Fernando se resistía a representar nada con ellas. Mientras sostenía una en la mano (sin ningún otro significado que el ser la figura que tenía más cerca) seguía hablando de las cuestiones que le preocupaban de su hijo (no hace caso, no estudia, es un pasota, todo el día sin hacer nada, metido en la play o el ordenador, no piensa en el futuro) a pesar de haber dado la indicación clara de lo que íbamos a hacer a continuación. No era un problema de comprensión de la consigna de la sesión sino de cambio, de pasar de “hablar” a “hacer”. Finalmente, y animado por el ambiente lúdico que se creó, empezó a encontrarse cómodo y a participar. Al final de la sesión comentó: *“Uf, no jugaba así desde que era un niño. Mis hermanos pequeños siempre venían a molestarme, entonces yo chillaba y mi madre me daba un bofetón y me metía en el cuarto. Decía que la íbamos a matar de un disgusto. Poco después murió y yo tuve que encargarme de mis hermanos. No he vuelto a jugar desde entonces”*.

Es una experiencia interesante el comprobar cómo ven los niños a su familia y a ellos mismos dentro de ella sin que la exploración descansa exclusivamente en la palabra. Dejemos que los niños realicen el genograma pero con instrumentos apropiados a su edad. Para explicar la técnica nada mejor que hacerlo a través de una experiencia clínica.

### ***Alberto y el Genograma Familiar***

Alberto es un niño de 9 años por el que su madre consulta tras el relato que le hace su hijo de haber sufrido abusos sexuales por parte del padre. Es el 2º de tres hermanos, víctimas también de abuso. Hijo de padres separados, desde que tiene 2 años, vive con

la madre y los hermanos, manteniendo contacto regular con el padre. Alberto, cuando llegó, presentaba síntomas compatibles con un trastorno por estrés postraumático. A continuación se aportan datos sobre la familia extensa.

### ***Familia Extensa Materna***

La madre de Alberto, Marisa, de 35 años, es la mayor de tres hermanos. Cuenta que su abuela materna, Belén, siempre vivió con ellos. La define como una persona autoritaria y dominante; madre soltera que siempre se entremetió en el matrimonio de su única hija, Luisa, con Ricardo (abuelo materno de Alberto). Para Belén ni éste ni ninguno de los pretendientes de su hija fue de su agrado. Posiblemente por el temor de perderla y quedarse sola.

Marisa cuenta que su padre, Ricardo, jamás protestó; se callaba y aguantaba con todo lo que hacía su suegra y que su mujer, Luisa, consentía. Y que con el tiempo empezó a beber (hipotetizamos sobre el uso relacional del alcohol como ansiolítico o como anti-depresivo). Llegaba a casa borracho, tiraba las cosas aunque nunca fue violento con las personas. Esto exacerbó las críticas de Belén hacia él.

Marisa habla bien de su padre: “*Yo era más de mi padre y comprendía que todo lo que le pasaba era por mi abuela*”. En el conflicto conyugal estuvieron involucrados los hijos, unos a favor del padre, como Marisa, y otros a favor de la madre (los demás). Niega la existencia de maltrato intrafamiliar en ninguna de sus formas sin ver que sus padres involucraron a los hijos en el conflicto conyugal, invitándoles a tomar partido por uno u otro padre, o al menos no lo impidieron, asunto que no favorece nada el desarrollo infantil. Tampoco ve cómo la intromisión de

su abuela en la vida de su madre dañó a ésta en lo que hemos dado en denominar “robo de la biografía del hijo”. Sucede en madres o padres que viven a través de la vida de sus hijos, quienes se tienen que acomodar a las expectativas que los adultos forjaron sobre ellos y realizar en su persona los sueños que sus padres no lograron alcanzar, aunque esos no sean sus sueños.

### ***Familia Extensa Paterna***

Nota: los datos están proporcionados por Marisa ya que, debido a la existencia de causa penal en curso por los hechos relatados, existe una orden de alejamiento del padre hacia los hijos. Esta es la razón por la que el padre de Alberto, José, no participe en las sesiones.

José es el mayor de 4 hijos, guarda jurado de profesión, de 45 años. Su propio padre, Pedro, falleció hace muchos años. La madre, Alicia, vive sola y está bien de salud. Marisa habla de conductas violentas de Pedro hacia su mujer. También refiere que José fue víctima de tocamientos por parte de un profesor cuando era pequeño.

### ***Formación de la Pareja***

José y Marisa se conocen en el trabajo. Ella era cajera de un hipermercado en donde él era guarda jurado. José mostró gran interés por ella desde el principio pero a Marisa él no le gustó, le parecía un hombre mayor. Sin embargo, las atenciones que José le mostraba acabaron por cautivarla. Esto coincide con el malestar de Marisa en su casa por enfrentamientos frecuentes con su abuela, su madre y sus hermanos. Marisa refiere que su madre prefería a su hermana y que a ella siempre le criticaba todo, nada le parecía bien. Esto le hacía sentir una doble rabia contra su madre, por lo que le hacía a su padre (desvalorizarle)

y por lo que le hacía a ella (desvalorizarla también). Pero su padre jamás la protegió o defendió de las críticas de su mujer, nunca salió en su defensa, al contrario que Marisa quien siempre defendía a su padre cada vez que su madre hacía un comentario negativo de él.

Y en este contexto relacional aparece José y deciden vivir juntos. En mi experiencia, las personas que arrastran carencias afectivas desde su infancia, como es el caso de Marisa, hacen elecciones de pareja bajo determinados criterios de elección. No son criterios basados en la reflexión y el conocimiento del otro, sino basados en la urgencia imperiosa de calmar el hambre de afecto y reconocimiento que las experiencias traumáticas en la infancia dejaron. De tener por fin a

alguien que les quiera y les proteja, que les dé todo aquello que nunca recibieron. Y con José tuvo el espejismo de poderlo alcanzar.

Enseguida queda embarazada de su hijo Jose, que ahora tiene 14 años. Tras el nacimiento del niño, surgen las primeras conductas de violencia en el padre hacia Marisa que se reproducen alternando con periodos de calma hasta que él la amenaza con arma blanca y ella le deja definitivamente.

A continuación se muestra el genograma representado por figuras, tal y como Alberto ve a su familia (figura 1).

Representa a su madre mediante una figura clásica de cuento, Blancanieves. Dice que “*es una princesa porque mi madre es la más guapa y la mejor*”. Lo que está en consonancia con la relación que mantiene



Figura 1. Genograma representado por figuras, tal y como Alberto ve a su familia (explicación en el texto).



con su madre, una relación de fuerte apego hacia ella. Y a quien percibe como principal fuente de seguridad.

Me pregunta si puede representar a su padre con varias figuras. Cuenta que una es el enano Gruñón de Blancanieves porque su padre siempre estaba enfadado y riñendo y a Pinocho porque es un mentiroso “*Como mi padre, que dice que es mentira lo que yo he contado que me hacía*” (se refiere a los actos incestuosos).

Para su hermano mayor elige a Peter Pan “*porque es fuerte y si ve a mi padre le va a dar un puñetazo*”. Este hermano es para él como un segundo padre; siempre ha sido el encargado de cuidar de sus hermanos pequeños cuando su madre trabaja incluso sospechamos que en algún momento haya sido confidente de la madre. Todo ello compatible con la hipótesis de que Jose sea un hijo parentificado. De ahí la idea de Alberto de que su hermano esté a la altura de su padre o incluso sea superior ya que le percibe como alguien capaz de castigar a su progenitor y defenderle de él. No hay espacio en este artículo pero sería interesante reflexionar sobre los mecanismos por los que se transmiten las relaciones interpersonales. Basadas fundamentalmente en lo analógico ¿cómo llega a captar un niño la relación entre otros miembros de su familia?

Su hermana es Spiderman “*porque le gusta subirse por lo alto y porque es una valiente al contar lo que papá le hacía*”. Pero se lo piensa mejor, quita a Spiderman y lo cambia por un tigre “*porque corre mucho*”, dice. Esta hermana presenta, efectivamente, rasgos de hiperactividad como muy bien ha captado Alberto.

Y entonces elige la figura de Spiderman para representarse a sí mismo “*porque yo también soy un valiente por contar lo de papá*”. Se refiere al hecho de haber transgredido el terrible secreto que le impuso

su padre respecto a los episodios abusivos, como suele ocurrir en los niños abusados. Amenazado, además, de que si lo contaba mataría a su madre. Alberto cuando llega a la terapia presentaba importantes sentimientos de culpa por no haberlo contado antes (por lo tanto se sentía cómplice de lo ocurrido al consentir), porque al haberlo contado ponía en peligro la vida de su madre pero, además y sobre todo, por haber traicionado a su padre al desvelar el secreto. Decía de sí mismo que era un “chivato”. Por lo tanto, y como chivato, no se reconocía como víctima. El que elija una figura para él considerada “valiente” por contar el secreto representa para el terapeuta una evolución satisfactoria: de culpable ha pasado a valiente. Es un gran paso. Difícilmente Alberto hubiera sido capaz de llegar a semejante verbalización. Incluso hasta para un adulto hubiera sido difícil. Pero se puso a su alcance otros medios de expresión que en este caso facilitaron la palabra.

Su abuela materna es una figura que representa una virgen rezando y ello le recuerda a su abuela que “*reza mucho y tiene el cuarto lleno de santos*”. Esto nos da pie a centenares de preguntas relacionales: ¿a quién le reza tu abuela?, ¿qué le pide cuando reza? o ¿por quien pide cuando reza?, ¿qué piensan los demás de los rezos de la abuela?, ¿se trata de una familia religiosa?, ¿todos?, ¿hay alguien con tendencias ateas o de otra religión? Se trataría de la exploración de la religión desde el punto de vista relacional.

El abuelo materno, Ricardo, es una madrastra de cuento (de hecho la figura es la madrastra de Blancanieves) “*porque se enfadaba mucho conmigo cuando era malo*”. Yo estoy de acuerdo con Alberto: Ricardo, al igual que la madrastra de Blancanieves, “envenenó” relacionalmente a su hija al coaligarse con ella en contra de la abuela, Luisa. Esta puntuación lineal de la relación entre Ri-

cardo y su hija debemos contextualizarla en la relación de pareja de los padres de Marisa. Pero además nos habla de la relación entre nieto y abuelo, al parecer nada gratificante por lo que cuenta Alberto.

Vemos que en torno al cuento de Blancanieves giran tres personajes importantes, su abuelo materno, su padre y su madre. Esta circunstancia nos da pie a la modalidad triádica de exploración de las relaciones interpersonales (Selvini, Boscolo, Checchin y Prata, 1990) consistente en preguntar a un tercero cómo ve la relación entre otros dos miembros de la familia. Por ejemplo: “¿Qué hacías tu madre cuando tu abuelo se enfadaba tanto contigo?”, “¿y tu padre?”, “¿y cómo reaccionaba cada uno de los padres a la reacción del otro?”.

Para la abuela paterna no elige nada y en su lugar dibuja el símbolo del euro porque recuerda que le daba dinero. No la ve desde la denuncia y la recuerda con cariño. Este es uno de los efectos del descubrimiento del abuso sobre Alberto: ha perdido la relación con miembros de la familia paterna significativos para él. El abuelo paterno ya había muerto cuando nació por lo que no tiene representación.

### Un último comentario

Hace años reformamos el modelo sistémico al descubrir que había pecado, en sus primeros tiempos, de *reduccionismo* por haberse limitado a la terapia de familia, dando lugar a la ya conocida confusión entre modelo y técnica. Se le criticó también de *colonialismo* ya que se mantuvo la tendencia a aplicar el modelo sistémico a cualquier situación, llegando a confundir la explicación de la realidad (modelo) con la realidad misma. Después criticamos que el modelo sistémico no era del todo sistémico

ya que dejaba fuera del sistema a una parte crucial del mismo: el individuo. Justificado por el afán de superar el modelo intrapsíquico y distanciarnos del psicoanálisis para poder avanzar y madurar en el campo de lo relacional. Hoy ya somos capaces de articular en un todo los diferentes niveles sistémicos (individual, familiar y social) para comprender y explicar los fenómenos que observamos. Y en nuestras hipótesis de trabajo incluimos hoy los sentimientos, intenciones, motivaciones... de cada uno de los componentes de la familia. Además empezamos a trabajar en terapia individual sin dejar de ser sistémicos.

Históricamente los años 50 del siglo pasado fueron años de investigación sobre el contexto familiar del individuo. Y descubrimos a la familia. Por su parte, los años 60 fueron años de reflexión sobre el contexto social de la familia y descubrimos el aspecto macrosocial. Los años 70, fueron años donde recuperamos al individuo, pero desde el punto de vista sistémico.

Los sistémicos, investigadores incansables, flexibles y abiertos a cambios y novedades como se ha demostrado a lo largo de todos estos años, hemos ido aceptando los errores y aprendiendo de ellos. Por tanto, errores útiles que nos han permitido la evolución.

Pero ahora se nos impone un nuevo reto: corregir la invisibilización que la terapia de familia ha hecho con la infancia para encontrar respuestas más coherentes con cada contexto individual y situacional.

Y todo ello sin olvidar que la terapia de familia es una de las posibles intervenciones en salud mental infantil. No la única. La elección del tratamiento adecuado deriva del estudio pormenorizado de cada niño en cada situación biográfica y relacional. Y sin dejar de ser sistémicos y comprender el comportamiento humano desde esta óptica.

## Conclusiones

Cualquier acción sobre el ser humano debe tener como base el respeto a sus derechos, especialmente con los más vulnerables como son los niños. Deshacernos de mitos y leyendas se hace necesario así como reforzar nuestra consideración de que el niño es un interlocutor válido adoptando acciones tan sencillas como dirigirnos a él con frecuencia e interés por lo que tiene que contar y no centrarnos en un discurso adultomorfo. Pero proporcionándole herramientas adaptadas a su edad para que pueda expresarse. La Terapia de Familia tiene que ser un lugar donde los niños encuentren un espacio propio, donde se les informe de lo que acontece y, desde luego, se mantenga la confidencialidad.

Abogamos por una sociedad más justa y solidaria a la que los terapeutas como profesionales y como individuos podemos contribuir con una práctica de buen trato a todos los niños, incluso durante el ejercicio de nuestra profesión. Algunos de estos niños serán los terapeutas de familia del futuro y nosotros habremos sido sus maestros.

*“Poder asegurar el bienestar y el desarrollo de un niño o niña como resultado de un trabajo colectivo, equivale a producir una de las melodías más maravillosas que*

*los comportamientos sociales humanos son capaces de realizar.” (J. Barudy y M. Dantagnan, 2005, 118)*

## Referencias

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R y Selvini, M. (1987). *Hacia una nueva psiquiatría. Proceso de transformación sistémica de un centro*. Barcelona: Editorial Herder.
- Martínez, J. (2006). *Los Derechos de los Niños en Psicoterapia*. Comunicación presentada en el Master *Traumatismos Infantiles y Psicoterapia: Un modelo terapéutico basado en relaciones de buenos tratos y apoyo a los recursos resilientes de las niñas y los niños, de orientación sistémica*, organizado por el Instituto de Formación e Intervención-Acción sobre la violencia y sus consecuencias. Barcelona.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1990). La elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión. En Selvini, M. (Comp.), *Crónica de una investigación* (págs. 336-352). Barcelona: Paidós.