

El proceso familiar de la “adopción congelada”.

José Miguel Antón San Martín

RESUMEN

Se describen redundancias familiares halladas en los procesos terapéuticos (evaluación e intervención) de un número de familias que se encontraban en lo que se ha denominado proceso familiar de “adopción congelada”, es decir, procesos de adopción detenidos en el tiempo, y el efecto que esto provoca. Una vez analizadas se comentan algunas de las intervenciones terapéuticas realizadas, especialmente dos rituales, creados para dichas familias: el ritual de “cambio de apellidos” y el del “cuento de mi vida”.

Palabras clave: adopción congelada, género y síntomas, ser padres, niños sin historia previa, diseño de intervenciones.

ABSTRACT

Redundancies family pickups are described in the therapeutic processes (evaluation and intervention) of a number of families that you/they were in what has been denominated family process of “frozen adoption”, that is to say, detained adoption processes in the time, and the effect that this causes. Once analyzed some of the carried out therapeutics interventions are commented, especially two rituals, created for this families: the ritual of “change of last names” and that of the “I count of my life.”

Key words: frozen adoption, gender and symptoms, to be parents, children without previous history, design of interventions.

INTRODUCCIÓN

Artículo 17. “*La adopción podrá concederse solamente si el menor se ha confiado al cuidado y custodia de los adoptantes durante un período suficientemente largo como para que la autoridad competente pueda razonablemente apreciar las relaciones que se establecerían entre ellos si se concediese la adopción*” (Consejo de Europa, 1967).

Punto 4. “*Si se decide confiar el niño a padres adoptivos, los trámites necesarios deben desarrollarse lo más rápidamente posible, con el fin de que el niño (y la familia) sea preservado de los inconvenientes que entrañarían para él un*

retraso prolongado...” (OMS, 1953). (La negrita es añadida).

El proceso de adopción se puede describir (reduciéndolo) como una serie de fases o momentos, que aunque se superponen en su proceso, seguirían el siguiente orden:

1. Una primera fase de identidad familiar, en este caso de la pareja, carenciada. La etiqueta de “esterilidad” asignada, no solo desde lo médico, sino desde lo familiar-social provoca el sentido de incompletud. Las familias adoptantes parecen perseguir el mito de construirse en una “familia normal”, el mito social de prototípica de todas las familias. Se perciben desde la carencia, desde lo distinto, desde una diferencia que marca, que abre una barrera en-

Publicado en la Revista *Sistémica*, de la AATFSH; N° 6-70. 1999.

tre lo normal, lo sano, lo deseable, lo aceptable y lo distinto, lo raro, lo excepcional. Es la búsqueda de la “vulgaridad”. En palabras de Neuburger (1995) de no aceptar la diferencia, de no tener nada de particular.

Por otra parte, y desde un punto de vista de evolución familiar o desarrollo familiar (Falicov, 1988; McGoldrick y Carter, 1988) se produce un estancamiento y agotamiento en y de la fase de pareja de la que se sale con la adopción, permitiendo, aunque de una manera forzada, cambios evolutivos.

Esta visión de incompletud, de carenciada, de estancamiento es percibida de forma distinta por ambos miembros de la pareja, siendo en lo femenino donde comienza a construirse la posibilidad de la adopción. La entrada de lo masculino es posterior, así como el “permiso” de las respectivas familias de origen. Este “permiso” condicionará parte de la adaptación e integración del niño/a o niñas/os en esa nueva familia.

2. Una segunda fase se iniciaría una vez tomada la decisión, y con la información “sobre lo que hay que hacer”, con la solicitud de adopción. En esta fase comienza a fraguarse una nueva identidad familiar desde la posibilidad de la “vulgaridad”, a la vez que la duda con respecto a sí cumplen las condiciones necesarias para la adopción. Es decir, si son candidatos aceptables para la institución. Dudas amplificadas por los necesarios tiempos prolongados de espera.

3. Una tercera fase, después de la espera y la primera aceptación institucional-social de su “bondad” como padres, sería la entrada en el proceso mismo de la adopción, a través del acogimiento familiar.

4. La última fase, y una nueva primera, correspondería a la adopción concedida y la pertenencia jurídica a la familia.

Este artículo se centrará en lo que se ha denominado el proceso de adopción

congelada, entendido como un proceso de adopción parado, estancado en el tiempo y en la reiteración de determinados hechos, fenómenos o conductas, es decir, en las redundancias (Simon y colb. 1984), encontradas en la evaluación e intervención de un número de familias atendidas en un contexto público. El proceso de adopción congelado se situaría entre la tercera y la cuarta fase, es decir en un momento a medio camino entre la concesión del niño/a o niños/as y la adopción judicial, es decir la pertenencia legal de ese niño/a o niños/as a la familia. Se hipotetiza que el hecho de encontrarse en este impasse de una forma excesivamente prolongada junto con la intervención de múltiples sistemas en torno al niño que va a ser adoptado crea una situación de crisis familiar permanente (Pittman, 1987, 1988) con una problemática específica y distinguible en estas familias con respecto a otras. Que, sin intención de tipologizar, tendría las siguientes características que hemos denominado “redundancias familiares”:

1. Un proceso de adopción congelado en el tiempo.
2. Una demanda sintomática similar, diferenciada únicamente por el género del portador del síntoma o síntomas.
3. Una creencia familiar de ser vigilados y cuestionados como padres, por lo alargado del proceso, entre otras causas.
4. El situar la “causa” de los síntomas del niño/a en su pasado biológico, familiar e institucional.
5. “Niños sin historia previa” y el ocultamiento de la misma por parte de los miembros familiares adoptantes.

Todos estas características lo que vienen a demostrar es el entramado complejo en el cual se mueven estas familias. Entramado compuesto por: el niño y su pasado biológico y relacional; la familia adoptante y su historia; las instituciones de acogida y los Servicios de Atención al menor y su entorno judicial. Entramado

mucho más complejo que el planteado por otros autores (Bowlby, 1954; Minuchin y Fishman, 1981; Neuburger, 1995) para explicar el proceso de adopción y la disfuncionalidad que en algún momento y en algunas familias suele aparecer.

Breve descripción de las familias.

El total de familias que en un corto espacio de tiempo demandaron atención e intervención fueron nueve. La mayoría (6) estaban en proceso de adopción para un niño/a, mientras que el resto (3) era por dos niños-hermanos a la vez. El 50% (6) eran niños y el restante niñas. Todas las parejas entraron en el proceso de adopción por infertilidad de uno de los miembros solamente. En el total de casos por infertilidad femenina. Esta puede ser una de las razones por las cuales en las fases del proceso de adopción descritas al principio la decisión de la adopción se plantea desde lo femenino.

La edad de los padres en el momento de la demanda estaba comprendida entre los 35 a los 50 años.

El tiempo que las familias llevaban esperando la adopción era de 2 a 3 años de media, estando la edad de los niños comprendida entre los 7 y los 13 años en el momento de la demanda. La edad media de la cesión fue a los 6,4 años (los niños con una media de 6,6 años y las niñas, 6,1 años).

La demanda de atención e intervención, salvo en una familia, era por la presencia de psicopatología en los niños. En las familias de más de un niño, ésta estaba presente en ambos. Ésta consistía en trastornos fóbicos específicos, trastornos por ansiedad a la separación, trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar y trastornos disociales. (C.I.E. 10, 1992).

REDUNDANCIAS FAMILIARES

Adopción Congelada.

Todas las familias en la primera sesión/consulta percibían la situación como de impasse de un proceso, que a pesar de las continuas gestiones y visitas por parte de los Servicios de Adopción, no se movía. Continuamente se buscaba la razón, o bien en el proceso judicial, o en su actuación como padres, o ambos casos a la vez, siendo, como es lógico, el efecto bien distinto de acuerdo a donde se colocara la “culpa”. Pero lo que es más importante es “la congelación” del proceso de adaptación e integración mutua de dos sistemas: el del niño y sus futuros (presentes) padres. Al no verse el futuro, el presente era tan contradictorio como lo ejemplifica el uso de los nombres y apellidos, que en la mayoría de las familias eran dos: el antiguo y el nuevo. El cómo “nombrar” da pertenencia a lo antiguo o a lo nuevo. La acción para este paso no estaba en la familia, estaba en algo extrafamiliar que no se podía dirigir ni controlar. Son simples espectadores de un proceso que no les atañe. Es intentar reorganizarse y estructurarse con un niño/a que no saben si es “suyo”, si les “pertenece” o ni siquiera a quién “pertenece”.

Otro ejemplo de esta situación es el miedo a las familias de origen del menor por parte de los futuros padres adoptivos, disparado especialmente, por los retazos de historia que los niños cuentan en distintos momentos de la convivencia, sobre todo cuando existieron lazos afectivos y relacionales importantes con miembros de la fratria, y otras veces por la ausencia de información de los derechos de los miembros conocidos de la familia de origen. En uno de los casos, la sintomatología sufrió una intensificación importante cuando la niña comenzó a hacer intentos por ponerse en contacto con la hermana que la había “criado” en el hogar de acogida donde fue ingresada cuando la separaron de sus padres biológicos. “ Si el niño no es nuestro, en cualquier momento

pueden venir y llevárselo”, ejemplificaría esta situación. En una carta remitida por una de las niñas al terapeuta decía textualmente:

“La razón, por que se me haiga quitado un poco el susto, es por que cuando me intrevisto el juez desde aquel día estoy más tranquila, y ya no pienso en que vaya a venir ni mi abuela ni nadie, de la familia, porque ya casi soy... (aquí coloca su nombre con sus nuevos apellidos) y no (aquí el nombre y los antiguos), ya casi no miro debajo de las camas, que ya subo y, bajo a la planta de arriba sola, que me quedo sola en mi casa cuando mi madre y mi padre tienen que ir a algun sitio y me quedo tan tranquila, ya se cuando está un grifo abierto o cerrado, y que ya casi duermo sola en mi cama aunque, a veces llamo a mi madre”.

Según esto parece aceptable el planteamiento de McGoldrick y Gerson (1985) de considerar a las familias con uno o varios hijos adoptivos como familias reconstituidas al haber dos familias presentes: la adoptante y la biológica, estableciéndose múltiples triangulaciones, independientemente del tipo de información o conocimiento que se tenga de las familias de procedencia.

Demanda sintomática.

Como se ha señalado anteriormente la demanda sintomática se situaba, mayoritariamente, en los menores, centrándose en trastornos de ansiedad fóbica y disociales, junto con dificultades en el aprendizaje escolar. Simplificando se podía plantear que toda la psicopatología que presentaban los menores se movía en torno a dos áreas: la de la inhibición-ansiedad-miedo y la del descontrol y trastornos de conducta, siendo esta última la más representada (91,6%). Dato que coincide con estudios previos (Sardinero y otros, 1989). Si bien ambas estaban presentes, en mayor o menor intensidad y frecuencia, su presencia estaba determinada por el género. La inhibición-ansiedad-miedo en las niñas y el descontrol en los

niños. Estos miedos presentaban características de fobias, especialmente a la soledad, la oscuridad y al raptó (“*a que me lleven*”), con toda una serie de conductas evitativas, llegando a obsesivas, centradas en la presencia de la “madre acogiente”. Este miedo es, como se verá más adelante, extensible a toda la familia. Casi el 100% (5 de 6) de las niñas presentaban esta sintomatología, mientras que en los niños no aparecía en ninguno. En este número de niñas también aparecía sintomatología del descontrol y trastornos de conducta. En los niños, al contrario, el descontrol y los trastornos de conducta era la patología por la cual se demandaba atención, incluso cuando eran dos los adoptados, como psicopatología única.

Toda la psicopatología siempre se percibían como ya presentes en el momento de la cesión del niño/a o niños/as, aunque de creciente intensidad a medida que transcurría el tiempo. Era la historia biológica e institucional la responsable de dichas alteraciones, quedando los padres adoptantes fuera de dicha responsabilidad como causadores, aunque sí como actantes para eliminarlas. Los padres suponían que... los síntomas del niño/a eran producto de la experiencia previa al ingreso en la familia, o bien de una patología internalizada” (Minuchin, 1981, pag. 69).

Es importante señalar que todas las niñas/o presentaban una historia institucional amplia, en donde lo carencial y abandonico sobresalían como eje central de dicha historia. A pesar que los tiempos de institucionalización son extensos (más de tres años y en primera infancia) muchas facetas del desarrollo psicosocial de estas niñas/o estaban conservadas. El que durante los años de institucionalización tuvieran el soporte relacional y afectivo de algún miembro de su fratria (hermana/o mayor), por la institucionalización compartida, podría servir como hipótesis explicativa de este fenómeno, aunque aceptando los efectos yatrogénicos de la privación emocional y la ruptura del vínculo afectivo en el desarrollo de estos niños.

(Bowlby, 1954, 1969). Lo que no sabemos es las consecuencias que para esa figura sustituta (hermana/o mayor) ha tenido la privación y la institucionalización.

Todos los menores presentan importantes trastornos de aprendizaje que condicionaban su rendimiento escolar, a pesar que sus niveles intelectuales se podían considerar dentro de la normalidad según las clasificaciones actuales (C.I.E. 10, 1992). Este hecho coincide con trabajos previos que constataron el mismo hecho (Sardinero y colb. 1989, Hardy Brown y colb. 1986).

Valoración como padres

El sentimiento compartido de evaluación continua estaba siempre presente en los padres. Sin pretenderlo, las sesiones de seguimiento por parte de los Servicios de Atención al Menor y la indefinición judicial, junto con “llamadas de atención” por parte de instituciones escolares con respecto a lo inadecuado del comportamiento del menor provocaban pequeñas pero continuas crisis en los roles parentales, así como miedos a perder al menor. Sin pretenderlo se cuestionaba las funciones parentales. Funciones, que como es lógico se estaban aprendiendo y desarrollando en este momento. Es necesario no olvidar el modo como estos padres acceden a esta paternidad.

Por otra parte, y teniendo en cuenta el estancamiento en el desarrollo familiar provocado por la ausencia de hijos, continuamente buscaban elementos extra-familiares de guía, rigidificado, desde modelos sociológicos, sus pautas de actuación en cuanto a normas, reglas y funciones, a las cuales las niñas/o se plegaban, aunque con salidas de dichas actuaciones (descontrol). El padre roles ejecutivos y distancia emocional mientras que la madre, mucha proximidad emocional e implicación excesiva.

La causa es el pasado.

Estas familias sitúan con claridad y rotundidad, no sin razón ya que el 100%

de los niños presentaban ya “problemas” en el momento de la cesión, la causa de los síntomas en el niño, en cuanto a su legado genético, primeras relaciones familiares o/y su historia de institucionalización. Esto permite obviar un detalle importante de la evolución de dicha psicopatología, a saber, su intensificación a lo largo del tiempo de acogimiento. La rigidez y ausencia de flexibilidad en cuanto a reglas, normas y funciones, incluso en el plano afectivo, probablemente por la situación especial de estancamiento evolutivo, hace eludir la responsabilidad en cuanto a la conducta sintomática, así como no sentirse cuestionados como padres. Lo que a veces dificultaba la implicación necesaria en todo proceso terapéutico.

Niños sin historia.

Como era de esperar, dada la edad de inicio de la cesión todos los niños/as (media de edad=6,4 años) sabían que eran adoptados. La misma situación de salir del hogar de acogida para convivir con una familia definía la adopción casi en el 100% de los casos. Solamente e un caso la entrada en la familia no clarificaba la situación como explícita el siguiente fragmento del relato del niño: “...y dije yo no quiero irme porque siempre me traen(se refería a otras familias)”. El relato de este niño ejemplifica uno de los efectos perniciosos del paso por múltiples familias: la creación por parte del menor de narrativas personales negativas atribuyendo la causa de lo que ocurre a él.

Otra redundancia compartida por todas las familias son las lagunas existentes en la historia de los menores. No hay información narrada donde integrar toda una serie de vivencias de abandono. Lo poco que se cuentan es construido a partir de lo poco contado, no solamente por la “institución” sino por el hablar entre líneas y el ocultamiento por parte de la familia que acoge. Todo en pos de defender de una historia y de unos malos personajes. Las familias entraban en este discurso de secreto por mandato institucional y no

por criterio familiar. Esta pauta de seguimiento de mandatos extrafamiliares es otra de las características de estas familias. Buscan referentes externos para el cómo hacer de padres.

Solamente una familia había relatado, y por lo tanto ayudado a construir una narración que daba continuidad a una existencia, facilitando la integración en la nueva familia (ver el relato descrito más adelante).

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS.

La complejidad del proceso de adopción viene dado por la coparticipación de los distintos sistemas implicados: el niño y su pasado biológico y relacional; la familia adoptante y su historia; las instituciones de acogida, los Servicios de Atención al menor y su entorno judicial, la escuela con los servicios psicopedagógicos y los dispositivos sanitarios (Salud Mental). Esto supone un desarrollo estratégico de la intervención terapéutica en los múltiples niveles sistémicos implicados, que abarcaría desde estrategias para la desaparición/atenuación de la sintomatología del niño y su familia adoptante, pasando por la adecuación de funciones parentales mediante una acomodación mutua, hasta la reconstrucción de una historia narrada compartida y la coordinación con servicios escolares y judiciales, todo adaptado a las características propias de cada una de las familias así como a la demanda que presentan.

El proceso terapéutico se realizó a lo largo de 6 a 8 sesiones de media por familia.

De las múltiples intervenciones realizadas tanto en sesión como entre sesiones desarrollaremos dos por considerarlas importantes en cuanto a la hipótesis que inicialmente se planteó.

No obstante, antes de exponerlas es importante añadir otra intervención, ajena al proceso terapéutico, que consistió en el “desbloqueo” judicial de la adopción, con lo que la pertenencia jurídica del

menor a la familia fue una realidad. Este hecho, que curiosamente se produjo en el transcurso de las sesiones, facilitó enormemente la resolución de los casos (en consonancia con la hipótesis de partida) debido a que los padres focalizaban con mucha frecuencia la atención en la responsabilidad de “la justicia” de todo lo que ocurría distrayéndose continuamente de otros objetivos importantes, tales como creación de funciones parentales acordes con el niño, reconstrucción de su historia, manejo de particularidades sintomáticas del niño, integración en la familia de origen adoptante, etc.

Acorde con esta intervención anterior, que podríamos definir como ritual de pertenencia y de identidad familiar (Imber-Black, 1988; Imber-Black y otros (comps.), 1991; Ochoa de Alda, 1995) y previamente a ella, se crearon dos rituales terapéuticos con la misma función. Uno que denominaremos “el cambio de apellidos” y el otro como el relato de “el cuento de mi vida”.

El primer ritual: “el cambio de apellidos” consistió en modificar los apellidos en la historia clínica, sustituyendo los iniciales recogidos en los datos administrativos por los nuevos. Originalmente fue uno de los menores quién sugirió este cambio al inicio de una sesión cuando “se le nombró” para que entraran en el despacho: “*¿Porqué me llaman(nombre y apellidos originales)así si me llamo (nombre y apellidos de los padres adoptivos)?*”. Esto permitió un desarrollo de un ritual, que adaptado al proceso terapéutico y a las características de la familia, consistía en la apertura de una nueva historia, introducción de los datos en el ordenador e introducción de la carpeta anterior en la nueva; todo ello en presencia de los padres. Esto permitía que al inicio de las sesiones siempre se le nombrara con los nuevos apellidos.

A partir de aquí se fue introduciendo en alguna de las sesiones con el resto de las familias, coincidiendo con espa-

cios propiciatorios espontáneos o provocados por el terapeuta.

El segundo ritual: “el cuento de mi vida” fue creado con la intención de favorecer identidad, pertenencia e integración, utilizando medios narrativos (White y Epston, 1980; Epston, 1989; White, 1989). Consistía en la realización de un relato, en forma de cuento, por parte del menor con contenidos de su historia elegidos libremente que posteriormente era narrado a los padres adoptivos en una sesión. Ritual que permitía, inicialmente en la sesión y luego en espacios privados familiares, compartir una historia que a partir de ese momento se convertía en común, en una pertenencia familiar, ya que a la narración del menor los padres adoptivos añadían nuevos relatos.

Un ejemplo de uno de estos relatos es el que realizó una niña de 11 años que a continuación se transcribe algunos párrafos textualmente:

“UNA NIÑA MUY SUFRIDA.

Erase una vez una niña muy sufrida, nació del vientre de una mujer que tenía una enfermedad muy mala, muy mala, yo creo, asta la más mala de todas las enfermedades, esa enfermedad se llamaba el SIDA, por no decir esa palabra se le dice los anticuerpos.

Esa niña era de nombre (su nombre), su mama como estaba enferma no sabía lo que hacía y pegaba a su hija(su nombre), se acostaba con otros tios, porque no sabía lo que hacía, además que le pegaba, la dejaba tirada en los parques sola, claro que mi abuela no me recogía. Aquella vez que tiraron a la niña...al parque, que la dejaron sola me cojió un asistente social y me llevó a mi casa diciendo a mi madre que no lo hiciera más, porque si no se la quitaban, entonces, mi madre ya no hacía eso, pero le pegaba, le hacía unos moratones que no veas, me quemaba con cigarrros, osea, que maltrataban a la niña, claro la niña lloraba porque a lo mejor tenía hambre y la madre le quemaba más, eso significa que la niña le molestaba y cada vez que lloraba le hacía, cualquier cosa.

(nombre de la niña) tenía un padre que vivía en (nombre de una ciudad), su padre era bueno, bueno lo que se creía la niña, era muy malo dejó a su madre por que tenía una enfermedad y se casó con otra. La niña crecía y todo seguía igual la madre con la enfermedad todavía más fuerte, y la niña igual de moratones y todo eso una asistenta se enteró de lo que le pasaba la niña y de las condiciones de la madre, entonces vivieron los policías y me llevaron a una casa con muchos niños, pero luego mi abuela me llevó a un colegio de monjas internada solo podía salir el sábado y el domingo que venía mi abuela por mí.

Las monjas de allí eran muy buenas, bueno todas no, pero había una que era la más buena de todas ellas, ella sabía mi asunto y le daba tristeza, en aquel colegio si hablaba en la cama con otra porque no podía dormir te sacaban del pasillo y estabas un buen rato.

Me llevaron a una casa que le decían (nombre de un hogar de acogida) y allí estuve mucho tiempo, despues me llevaron a (nombre de otro hogar) una casa que a lo primero te trataban muy bien y despues eran muy malas, cuando te acostabas, (el nombre de una amiga) y yo no teníamos sueño y encendiamos la luz y hablbamos de algo, un día nos pillo y nos hecho al patio lloviendo, yo me dormí en dos sillas un ratillo, a pero antes de que me durmiera empezó a llorar y a decir que me dejaran entrar pero un tutor salió y me pegó una guanta en la cara y empecé a llorar y fue entonces cuando me dormí y despues nos llamaron y nos metimos para dentro elaitas de frio.

...

Mi madre estaba nada más de recuperación pero eso ya no selo quitaba nadie, antes de que yo entrara en (nombre del segundo hogar) mi madre y yo y vamos siempre juntas ella iba con otros hombres para que le dieran droga y se pinchará y mi madre me decía (nombre) no salgas del coche que ahora vuelvo, yo sali y solo me apoye encima del coche y se veian mu-

choas geringuillas para pincharse cosa que yo vi con mis ojos.

...

Mi madre y yo volvimos a la casa mi abuela y cada vez que mi madre se quedaba hasta muy tarde conmigo, porque yo no la quería dejar sola porque se quedaba como dormida, de la droga, y el cigarro le tenía que avisar yo que tenía colilla de esa que suelta, mi abuelo empezaba a gritar a mi madre, mi abuelo ha sido muy malo conmigo y con mi madre, una vez mi abuelo quería pegar a mi madre con un palo porque mi abuelo no que estuviese en esa casa y menos así como estaba, mi madre decía venga pegame cabrón y yo estaba con ella y estaba muerta de susto, porque si le pegaba a mi madre me pegaba a mi porque estaba pegada a ella....

...

Entonces mi abuela dijo que si pillara yo una familia buena que me adoptaran y me hicieran feliz que le habisaran la psicóloga y los otros abogados.

...

...cuando fui a ver a mi madre a (nombre de ciudad) resulta que tenía una niña y una que se le había muerto con ocho meses, un día de noche dijo mi padre quien se duerma antes es la más buena, entonces y me hice la dormida porque no tenía sueño y me dijo mi padre a ganado su otra niña y me dijo que me durmiera para el que darse con su mujer y vi en sus ojos mi padre no me quería para nada.

...

Me encontraron una familia muy buena y cariñosa...mi abuela no quería ...les pedía dinero a la familia.

Entonces estuvimos más tiempo y ya mi abuela ya no puede hacer nada, y la niña sufrida de antes se ha convertido en la NIÑA FELIZ con los padres que tiene que la niña los quiere mucho nada más le quedan un papel para que (nombre de la niña) sea adoptada por dos padres maravillosos que ella los quiere mucho y son muy felices y esa niña seguirá queriendo a su madre mucho pero en su corazón y le

pide a dios que su madre dure muchos muchos años.

FIN”.

BIBLIOGRAFÍA

- BOWLBY, L. (1954). *Los Cuidados Maternos y La Salud Mental*. Buenos Aires. Ed. Humanitas (1982).
- BOWLBY, L. (1969). *El Vínculo Afectivo*. Buenos Aires. Ed. Paidós. (1976).
- C.I.E. 10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Organización Mundial de la Salud. 1992.
- CONSEJO DE EUROPA. *Texto del Convenio Europeo en Materia de Adopción de Niños*. Estrasburgo. (1967).
- EPSTON, D. (1989). *Obras Escogidas*. Barcelona. Gedisa editorial. (1994).
- FALICOV, C.J. (comp.) (1988). *Transiciones de la Familia. Continuidad y Cambio en el Ciclo de la Vida*. Buenos Aires. Amorrortu editores. (1991).
- HARDY BROWN, K.; PLOMIN, R.; GREENHALGH, J.; JAX, K. (1986). Selective Placement of Adopted Children: Prevalence and Affects. *J. Child Psycho. Psychiat.* nº 21, 1986, pp.143-152.
- IMBER-BLACK, E. Idiosyncratic Life Cycle Transitions and Therapeutic Rituals, en MCGOLDRICK, M. y CARTER, B. *Family Life Cycle. A Framawork for Family Therapy*. New York. Gardner Press. (1988).
- IMBER-BLACK, E.; ROBERTS, J, y WHITING, R. *Rituales Terapéuticos y Ritos en la Familia*. Barcelona. Gedisa editorial. (1991).
- MCGOLDRICK, M. y GERSON, R. (1985). *Genogramas en la Evaluación Familiar*. Buenos Aires. Gedisa editorial. (1987).
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. Ch. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona. Ed. Paidós. (1985).

- NEUBURGER, R. (1995). *La Familia Dolorosa. Mitos y Terapias Familiares*. Barcelona. Ed. Herder. (1997).
- OCHOA DE ALDA, I. Rituales Sociales, Familiares y Terapéuticos, en NAVARRO GÓNGORA, J y BEYEBACH, M. (comp.) (1995) *Avances en Terapia Familiar*. Barcelona. Ed. Paidós. (1995).
- O.M.S. ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la SALUD. Reunión Mixta O.M.S./O.N.U. d'experts des Problèmes de Santé Mentale se Rattachant à l'adoption. *Serie Informes Técnicos n° 70*. Ginebra. (1953).
- PITTMAN, F. S. (1987). *Momentos Decisivos. Tratamiento de Familias en Situaciones de Crisis*. Barcelona. Ed. Paidós. (1990).
- PITTMAN, F. S. Crisis Familiares Previsibles e Imprevisibles, en FALICOV, F. (comp.) (1988). *Transiciones en la Familia. Continuidad y Cambio en el Ciclo de Vida*. Buenos Aires. Amorrortu editores. (1991).
- SARDINERO, E.; LOPEZ, F.; PEDREIRA, J. L. Aproximación Psico-dinámica y Social a la Adopción y otras Variantes (y II). *R.A.E.N. n° 30, 1989, pp. 411-435*.
- SIMON, F. B.; STIERLIN, H. y WYNNE, L. C. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Buenos Aires. Gedisa editorial. (1988).
- WHITE, M. y EPSTON, D. (1980). *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona. Ed. Paidós. (1993).
- WHITE, M. (1989). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona. Gedisa editorial. (1994).