

La construcción teórica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP) como base para cambios judiciales de custodia de menores. Análisis sobre su soporte científico y riesgos de su aplicación.

RESUMEN: El llamado “Síndrome de Alineación Parental” (SAP) está siendo aplicado en algunos juzgados de nuestro país. Esto se justifica sobre la base de que se trataría de un “síndrome médico” (y por tanto psiquiátrico). El sustento teórico de ello ha sido la equiparación por analogía, fundamentalmente con el Síndrome de Down y la neumonía de causa neumocócica. Sin embargo esta construcción teórica pertenece al campo de la argumentación. El uso de las analogías o el pensamiento circular como bases principales de la estructura del SAP, no corresponden a la metodología científica en medicina, sino al campo de las inferencias lógicas inválidas. Desde su construcción por Richard Gardner en 1985, al tiempo que se definía al SAP como síndrome “médico” y “psiquiátrico”, se asumía de igual forma una base científica sustentadora.

Siguiendo el modelo médico, Gardner atribuyó al SAP un “mecanismo de acción” que identificaba como agentes “etiológicos” a uno de los progenitores y al hijo que manifestaba rechazo hacia el otro progenitor. El reconocimiento científico para el SAP ha sido reclamado explícitamente para su uso en los litigios por la custodia de los menores. El concepto del SAP implica de forma inseparable tanto el diagnóstico como las medidas que se definen “terapéuticas”. Este tratamiento fue definido por Gardner como “terapia de la amenaza” y se basa en el cambio de la custodia (o la amenaza indefinida de hacerlo) y la restricción del contacto de los hijos con el progenitor diagnosticado.

El hecho de que pese a que el diagnóstico del SAP y el tratamiento asociado no hayan sido reconocidos por la comunidad científica, se esté aplicando de forma coactiva desde los juzgados de nuestro país, constituye un motivo de gran preocupación para esta asociación científica. Tanto más, cuando la medida conlleva rupturas traumáticas de la relación vincular entre los niños y los adultos diagnosticados. Es importante recalcar, que a lo que este documento alude es al concepto del “Síndrome de Alienación Parental”, no negando con ello la existencia de disfunciones familiares que precisen de abordajes que sí estén basados en el conocimiento científico y ético, actual y futuro, de las disciplinas que comprenden la salud mental.

Este documento analiza y explica el Síndrome de Alienación Parental, usando como referencia las fuentes originales en las que se apoya.

1. INTRODUCCIÓN

La definición del Síndrome de Alienación Parental, también conocido por su acrónimo «SAP»¹, fue publicada por primera vez por un psiquiatra norteamericano, Richard Gardner en un artículo de 1985², y salvo dos elementos añadidos que lo definen respectivamente como trastorno infantil e inaplicable en caso de maltrato/abuso sexual, su estructura ha permanecido inalterada:

*«El síndrome de alienación parental (SAP) es un trastorno infantil que surge casi exclusivamente en el contexto de disputas por la custodia de los niños. Su manifestación primaria es la campaña de denigración del niño contra un padre, una campaña que no tiene justificación. Ello resulta de la combinación de una programación (lavado de cerebro) de adoctrinamiento parental y de las propias contribuciones del niño para el vilipendio del padre objetivo. Cuando un «maltrato/abuso sexual» está presente, la animosidad puede estar justificada y así la explicación del síndrome de alienación parental para la hostilidad del niño no es aplicable»*³⁴⁵⁶⁷⁸⁹.

¹ Parental Alienation Syndrome o PAS.

² GARDNER, R., A., «Recent Trends in Divorce and Custody Litigation», *Academy Forum*, 1985, 29, 2, pp. 3-7.

³ GARDNER, R., A., «Legal and psychotherapeutic approaches to the three types of parental alienation syndrome families. When psychiatry and the law join forces», *Court Review*, 1991, 28, 1, p 14-21.

⁴ GARDNER, R., A., «Introductory Comments on the PAS: Excerpted from: Gardner, R.A. (1998). *The Parental Alienation Syndrome*, Second Edition. », Cresskill, NJ: Creative Therapeutics, Inc, 1998, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: http://www.rgardner.com/refs/pas_peerreviewarticles.html, hospedada en: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007). Disponible en: <http://associazioni.comune.firenze.it/crescereinsieme/articoli/gardner98inglese.htm>

Para Gardner un aspecto nuclear del concepto y necesario para definirlo como «trastorno infantil» era la doble *contribución* del progenitor y el niño. Gardner explicitaba este aspecto, anteponiéndolo a veces a la propia definición:

«En este trastorno no vemos sólo la programación (“lavando el cerebro”) del niño por un padre para denigrar al otro padre, sino contribuciones auto-creadas por el niño en apoyo de la campaña de denigración parental contra el padre alienado. A causa de la contribución del niño, yo no consideré suficientes los términos lavado de cerebro, programación, u otras palabras equivalentes. Además, yo observé un ‘cluster’¹⁰ de síntomas que típicamente aparecen juntos, un ‘cluster’ que garantizaba la designación de síndrome. En consecuencia introduje el término el síndrome de alienación parental para abarcar la combinación de estos dos factores que contribuían al desarrollo del síndrome (Gardner, 1985[1]). Conforme a este uso del término yo sugiero esta definición del síndrome de alienación parental:» [20] (definición anterior).

Gardner sigue siendo, aún después de su muerte en 2003, el principal referente teórico del término. La difusión¹¹ y defensa del SAP fue su principal actividad

⁵ GARDNER, R.,A., «Basic Facts About The Parental Alienation Syndrome», Richard A. Gardner, M.D. May 31, 2001⁵ [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.nscfc.com/Basic%20Facts%20About%20Parental%20Alienation.pdf> [ref. de 3 de julio de 2007]

⁶ GARDNER, R. A., «Should Courts Order PAS Children to Visit/Reside with the Alienated Parent? A Follow-up Study», *The American Journal of Forensic Psychology*, 2001, 19, 3, pp. 61-106.

⁷ GARDNER, R. A , «Denial of the Parental Alienation Syndrome also harms women», *The American Journal of Family Therapy*, 2002, 30, pp. 191–202.

⁸ GARDNER, R., A., «Does DSM-IV have equivalents for the Parental Alienation Syndrome (PAS) diagnosis? », *Unpublished manuscript, accepted for publication 2002*, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.fact.on.ca>. [ref. de 18 de Agosto de 2007]

⁹ GARDNER, R., A., «Parental Alienation Syndrome vs. Parental Alienation: which diagnosis should evaluators use in child-custody disputes? », *The American Journal of Family Therapy*, 2002, 30, 2, pp. 93-115.

¹⁰ Aunque traducible como ‘grupo’, hemos preferido mantener el término original por el significado médico atribuido por Gardner.

¹¹ Fundamentalmente a través de una editorial creada por él (Creative Therapeutics), y de su propia página WEB (www.rgardner.com). El mantenimiento de dicha página expiró con fecha de 26 de junio de 2007, aunque pudimos acceder a ella por última vez, al estar todavía operativa, el 7 de julio de 2007. Ahora, la misma dirección, remite a la página de otro autor, quien según refiere la mantiene a petición de la familia de

intelectual pública.

El «Síndrome de Alienación Parental» se convirtió pronto en un tema de controversia en su país de origen, EE.UU., y ahora cada vez más, al igual que en otros países, lo es en el nuestro. El origen de la controversia no es tanto una cuestión teórica o académica, sino derivada de su materialización como forma de tratamiento coactivo sobre un progenitor custodio considerado programador y sobre aquel hijo (o hijos) que argumenta y rechaza al progenitor no custodio:

«(...) antes de que el tratamiento principal pueda comenzar los niños deben ser retirados de la casa de la madre y situados en la casa del padre, el padre supuestamente odiado. Esto puede no ser logrado fácilmente, y el tribunal podría tener que amenazar con sanciones (como las multas o la pérdida permanente de la custodia) y aún la cárcel si la madre no accede. Después de este traslado debe haber un período de descompresión y 'debriefing'¹² en el cual la madre no tiene ningún contacto con los niños» [3]

Se han difundido en los medios de comunicación, y siempre con un carácter superficial, varias sentencias de cambios de custodia basadas en el SAP. De igual forma se han publicado algunos artículos divulgativos en revistas.

Para los profesionales que trabajan en los servicios de Salud Mental de nuestro país se trata con todo, de un término poco conocido (o mal conocido). De hecho, son los abogados -especialmente aquellos dedicados a conflictos de familia, y otros profesionales del ámbito legal: psicólogos y trabajadores sociales adscritos a juzgados, fiscales, jueces...- quienes tienen un mayor conocimiento del mismo. Y esto llama también la atención, pues el SAP fue formulado por Gardner como un cuadro «médico» (ante todo), y con derecho para incluirse entre los trastornos psiquiátricos.

Cuestiones de distinto orden podrían relacionarse con este contradictorio desconocimiento: nuevas leyes que actúan en el ámbito de las parejas, una confusión terminológica, una escasa presencia del SAP en las publicaciones especializadas, y una complejidad inherente a su propia definición.

1. *Desarrollo de nuevas leyes.* Tras la aparición y desarrollo de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se sumó la Ley 15/2005 que plantea la custodia compartida. El desarrollo de la primera ley, pasa por un proceso de desvelamiento de la violencia de género y el único medio oficial de conocer y proteger a la víctima es la denuncia por parte de ésta. La propuesta del SAP,

Gardner, pero donde el acceso electrónico directo a sus escritos no es ya posible.

¹² En este contexto podríamos entender este término como “desprogramación”.

sintonizaba perfectamente con la idea extendida en algunos sectores sociales sobre un gran auge de denuncias falsas de violencia a la sombra de dicha ley. Esto es coherente con el propio proceso histórico del SAP en su país de origen. De hecho, Gardner sugiere que los pleitos por la custodia se intensificaron aún más en EE.UU. cuando el concepto de custodia compartida “*entró en boga*”. Según este autor, «*en asociación con este florecimiento de los litigios por la custodia infantil, hemos atestiguado un aumento dramático de la frecuencia de un trastorno raras veces visto antes, un trastorno al que yo me refiero como el síndrome de alienación parental (SAP)*» [8]

2. *Confusión terminológica.* El concepto más amplio de «Alienación Parental», más conocido entre los profesionales de salud mental, contempla procesos de alienación familiar de forma mucho más compleja y donde se reconocen distintos factores etiológicos. Este concepto *cambia radicalmente* (y quizás inadvertidamente para muchos profesionales) con la anteposición del término «síndrome».

El propio Gardner se vio amenazado ante la posibilidad de que el SAP se diluyera dentro de este concepto. Como veremos después la máxima preocupación del autor fue que se reconociera el SAP como “síndrome puro”, con una *única «causa específica subyacente»* [3], incluido como tal dentro del DSM¹³, y que ese respaldo científico fundamental para su uso en los juicios [19], contribuyeran a legitimar las medidas precisas que postuló como “terapéuticas”.

Inversamente, no es menos problemática dicha asociación para los autores que trabajan con el concepto de «Alienación Parental», pues a partir del SAP, «*el término ‘alienación parental’ (PA) ha sido usado más ampliamente para incluir todo negativo, comportamiento alienador de los padres, sin tener en cuenta la respuesta del niño, y algunas veces como una explicación para el rechazo del niño a la visita, sin tener en cuenta el comportamiento parental*»¹⁴. Preguntarse por el papel del progenitor no custodio en la generación de rechazo suele formar parte del concepto de Alienación Parental, pero la bondad del *alienado* es una *premisa* dada (o previa) y necesaria en el SAP. Esta bondad no se justifica en los textos de Gardner pues es dada por hecho. Así, el diagnóstico de un alienador, *diagnostica* a su vez al alienado. Esta dicotomía extrema entre un progenitor y otro, es una premisa fundamental para el mantenimiento de la

¹³ DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, MASSON, 1995

¹⁴ Johnston, J., R., «Parental alignments and rejection: an empirical study of alienation in children of divorce», *J Am Acad Psychiatry Law*, 2003, 31, pp.158 -70.

teoría del SAP, y para su materialización final, que culmina, o permanece ya latente, con el cambio de custodia.

Otros autores en su propuesta de expandir o ampliar el “síndrome” hablan del “espectro del SAP”. Rand incluye en este espectro, al Síndrome de Munchausen por Proximidad o por Poderes y a «*dos de los síndromes del divorcio nombrados en la literatura (que) enfocan la atención en la rabia y la patología del alienante o progenitor acusado farsante*»¹⁵: el Síndrome de Medea de Jacobs y Wallerstein y el más reciente (1994) «*Divorce Related Malicious Mother Síndrome*» de Turkat. Sin embargo, la respuesta judicial final aplicada es la reproducción fiel de las medidas propugnadas por el SAP, independientemente de la amplitud de las barreras conceptuales de lo que por *él* se entienda.

3. *Escaso número de artículos en publicaciones científicas.* Pese a sus más de 25 años de divulgación, su mínima presencia tanto en las revistas especializadas como en las bases de datos científicas que las compilan, pudiera explicar también su escasa difusión entre los profesionales de salud mental¹⁶. Mucho más éxito ha tenido su divulgación a través de las páginas Web, sobre todo entre asociaciones de padres. Navegar por Internet habiendo introducido en cualquier buscador general, no así en

¹⁵ RAND, D., C., «The spectrum of parental alienation syndrome» (Part I y II), American Journal of Forensic Psychology, 15, 3, 1997. Disponible en: <http://www.robin.no/~dadwatch/pasdir/pasindex.html> [ref. de 17 de agosto de 2007]

¹⁶ Búsquedas realizadas en buscadores médicos introduciendo los términos “parental alienation”, que incluyen tanto búsquedas de AP como de SAP (sin límites de fechas): BMJ British Medical Journal, disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/search?fulltext=%22parental+alienation%22&x=9&y=9>, [consulta de 20 de septiembre de 2007: 0 resultados]

La Cochrane Library Plus, disponible en: <http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=es>, [consulta de 20 de septiembre de 2007: 0 resultados]

EMBASE (emez), disponible en: <http://gateway.tx.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi>, [consulta de 20 septiembre de 2007: 32 resultados]

Ovid MEDLINE, Ovid Technologies, Inc., version: rel10.5.2, 2000-2007, [consulta "1950 to September Week 2 2007" de 20 de septiembre de 2007: 10 resultados]

PROQUEST, disponible en: www.proquest.com [consulta de 20 septiembre de 2007: 42]

PubMed, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez> [consulta de 28 noviembre de 2007: 10]

SciELO, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100009&lng=en&nrm=iso, [consulta de 30 de septiembre de 2007: 1 resultado "alienación parental"; 0 resultados "parental alienation"]

buscadores especializados el concepto de SAP, ya sea desglosado o a través de sus siglas, es una experiencia sencilla que ayuda a entender el grado de controversia. Desde estos buscadores generales es factible acceder tanto a revisiones críticas en sus aspectos científicos (empíricos)¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹ y legales²⁰⁻²¹⁻²², como a revisiones favorables a los argumentos de Gardner²³⁻²⁴.

4. *Ausencia en las clasificaciones de trastornos mentales.* Tanto la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como la Asociación Psiquiátrica Americana, en sus ediciones coetáneas al SAP, DSM-III y DSM-IV, han rechazado su incorporación a estos sistemas. Tampoco la Asociación Médica Americana o la Asociación Psicológica Americana²⁵⁻²⁶ han reconocido al SAP como un síndrome válido. Y se empieza a prevenir sobre su uso en las propias instituciones del ámbito judicial de EE.UU., donde la controversia continúa. Así el *National Council of Juvenile and Family Court Judges* determinó en 2004 que «la teoría de Richard Gardner que

17 DALLAM, S.J., «The Parental Alienation Syndrome: Is It Scientific?», en: ST. CHARLES, E.; CROOK, L. (eds.), *Expose: The failure of family courts to protect children from abuse in custody disputes*, Los Gatos, CA: Our Children Our Children Charitable Foundation; 1999. Disponible en: <http://www.leadershipcouncil.org/1/res/dallam/3.html> [ref. de 16 de agosto de 2007]

18 FALLER, K., C., «The parental alienation syndrome: What is it and what data support it? » *Child Maltreatment*, 1998, 3, 2, pp. 100-115.

19 JOHNSTON, J., R., «Parental alignments and rejection: an empirical study of alienation in children of divorce», *J Am Acad Psychiatry Law*, 2003, 31, pp.158 -70.

20 BRUCH, C., S., «Parental Alienation Syndrome and Alienated Children – getting it wrong in child custody cases», *Child and Family Law Quarterly*, 2002, 14,4, pp. 381-400.

21 HOULT, J., «The Evidentiary Admissibility of Parental Alienation Syndrome: Science, Law, and Policy», *Children's Legal Rights Journal*, 2006, 26, 1, pp. 1-61.

22 BLANCO BAREA M.J. El síndrome inquisitorial estadounidense de alineación parental, segundo borrador, disponible en: <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/0/564713> [ref. de 30 de Septiembre de 2007]

23 WARSHAK, R., «Current controversies regarding parental alienation syndrome», *Am J Forensic Psychol*, 2001, 19, pp:1-31.

24 TURKAT, I., «Parental Alienation Syndrome: a review of critical issues», *Journal of the American Academy of Matrimonial Lawyers*, 2002, 18, pp.131-176, disponible en: www.aaml.org/files/public/Journal_vol_18-1-6_Parental_Alienation_Syndrome.pdf [ref. de 30 de Septiembre de 2007]

25 DALLAM, S., J., ob. cit. (ref 23)

26 FALLER, K., C., ob. cit. (ref 24)

postula la existencia del ‘síndrome de alienación parental’ o ‘SAP’ ha sido desacreditado por la comunidad científica. Testimonios de que una de las partes en un caso de custodia sufren del síndrome deberían por tanto ser considerados inadmisibles (...))»²⁷

5. *Complejidad del propio enunciado.* Un aspecto diferencial con otras entidades, y donde más se focaliza el presente trabajo, es que el SAP en su intento de justificar su “naturaleza sidrómica pura”, integra y relaciona en su definición elementos tan diversos como contexto, taxonomía, etiología, mecanismos de acción, diagnóstico y criterio de exclusión. Para ello utiliza deducciones lógicas y formulaciones *cuasi* empíricas que pueden desconcertar respectivamente a profesionales de la salud y profesionales del derecho.

2. OBJETIVO Y PROPUESTA DEL ESTUDIO

En la introducción hemos hecho referencia al desconocimiento por parte de los profesionales de Salud Mental y del Derecho de una entidad que ha irrumpido desde los juzgados. La pregunta de partida de nuestro trabajo es por qué el Síndrome de Alienación Parental está siendo aplicado como medida terapéutica pese a la ausencia de reconocimiento como entidad clínica y del rechazo desde diversas instancias científicas.

La atención se cuando se oye de primeras «síndrome de alienación parental» se concentra en las dos últimas palabras, más próximas a la experiencia propia habitual. Sólo cuando se hace hincapié en que la anteposición de la palabra «síndrome» puede significar la ejecución de un cambio de custodia inmediato, surgen las preguntas. Y las respuestas son difíciles, porque es difícil «explicar» el SAP. Esto nos hizo comprender que la mejor forma de mostrar el alcance real (y todavía más potencial) de este síndrome era, paradójicamente, exponerlo con la mayor claridad posible. Hacerlo como investigación cualitativa, no sólo permite, sino que sugiere, hacer explícitas las impresiones más subjetivas del investigador.

Los conceptos de “pureza” y “terapia de la amenaza” empleados en el título son dos de los principales elementos organizadores de todo el concepto de SAP, que se ha

²⁷ NATIONAL COUNCIL OF JUVENILE AND FAMILY COURT JUDGES, Navigating custody and visitation evaluations in cases with domestic violence: a judge’s guide, University of Nevada: 2004. pp. 21.

de entender como una unidad, *desde su definición como diagnóstico "puro"*^{28 29 30 31} [14,19,20] *hasta su materialización como "terapia de la amenaza"*^{32 33 34} [3,10,17,21].

El planteamiento del SAP como representación de una entidad clínica patológica tiene graves repercusiones prácticas, pues diversas medidas judiciales denominadas "terapia del SAP" son justificadas en base a dicha naturaleza médica.

Por todo ello, nuestro debate en torno al SAP podríamos decir, es radical, pues gira en torno a su existencia. La propuesta por tanto también lo es: *El Síndrome de Alienación Parental no es un argumento médico, sino un argumento retórico con apariencia médica.*

En este trabajo entendemos que muchos "conceptos" pueden ser tan "reales" como una lesión visible en la piel (médica pues). Tanto más si esos conceptos se "materializan" en forma de acciones o efectos sobre el "mundo". De igual forma, el SAP existe sin duda cuando se "materializa" (o "amenaza"³⁵ con materializarse) en algo tan "físico", como el cambio de custodia inmediato. Por ello, no negamos la existencia de un concepto llamado SAP, pero nos preguntamos: *¿dónde "existe" el SAP?* De otra forma expresado, si describe una *realidad clínica*, o es un constructo que "existe" y se

²⁸ GARDNER, R., A., «Family therapy of the moderate type of parental alienation syndrome», *The American Journal of Family Therapy*, 1999, 27, 195-212.

²⁹ GARDNER, R., A., «Misperceptions versus facts about Richard A. Gardner, M.D.», Cresskill, New Jersey, June 9, 1999 ²⁹, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.fact.on.ca/Info/pas/misperce.htm> [ref. de 7 de julio de 2007]]

³⁰ GARDNER, R., A., «Comments on Carol S. Bruch's Article "Parental Alienation Syndrome and Parental Alienation: Getting it Wrong in Child Custody Cases"», *Family Law Quarterly*, 2001, 35, 3, pp.527-552.

³¹ GARDNER, R., A., «The Role of the Judiciary in the Entrenchment of the Parental Alienation Syndrome (PAS)», 2002, disponible en: http://www.fact.on.ca/Info/info_pas.htm [acceso 23 de julio de 2007]

³² GARDNER, R., A., «Judges Interviewing Children in Custody/Visitation Litigation», *New Jersey Family Lawyer*, 1987, VII, 2, 1987, pp. 26ff

³³ GARDNER, R., A., *Parental Alienation Syndrome (2nd Edition)*, Cresskill, NJ, Creative Therapeutics, 2000, March 2000 Addendum, disponible en: http://www.fact.on.ca/Info/info_pas.htm [acceso 23 de julio de 2007]

³⁴ GARDNER, R., A., «Recommendations for dealing with parents who induce a parental alienation syndrome in their children», *Journal of Divorce & Remarriage, Volume*, 1998, 28(3/4), pp. 1-21.

³⁵ Término que en el SAP es definido como la "técnica" principal de tratamiento.

mantiene como una *red de fórmulas lógicas inválidas*.

Tras sucesivas revisiones definimos el SAP como un razonamiento que articula dos argumentos principales, los dos son básicamente pragmáticos. El argumento que atiende a los elementos conceptuales, además de dar soporte teórico a la materialización de sus medidas, es básicamente una argumentación diseñada para su uso en funciones periciales, tanto a nivel de la investigación, como de su exposición por un «experto del SAP». Por supuesto, este primer argumento es el que mejor debe sostener la definición del SAP como concepto médico.

Puede ser llamativo, que en un concepto donde dominan los elementos psíquicos no aludamos a la psicología. La razón obedece al propio concepto, para el cual es condición de existencia tener naturaleza médica (no ya sólo psiquiátrica). Cuestión distinta es quién puede diagnosticar y sobre todo quién puede ejercer como terapeuta del SAP.

3. METODOLOGIA DE ANALISIS Y RECOGIDA DE DATOS

El SAP tiene distintas proyecciones sobre distintos planos: médico, científico, psicológico, legal... Pero de cualquier manera, la “forma” sugiere una estructura médica, clínica y científica.

El análisis empleado en este trabajo se encuadraría dentro de las técnicas de análisis de datos secundarios³⁶, comprendiéndose como tales los documentos de Gardner. Entendemos como Navarro y Díaz³⁷, que cuando hablamos de análisis del contenido del texto, aludimos no tanto al texto en sí, objeto de análisis, sino a *«algo en relación con lo cual el texto funciona, en cierto modo como instrumento»*; es decir *«en un plano distinto en relación con el cual ese texto define y revela su sentido»*. Siguiendo a estos autores, nuestra estrategia de trabajo se incluiría dentro del llamado análisis *intensivo*, propio de aquellas investigaciones que *«suelen tener como objeto material corpus relativamente pequeños y/o fuertemente individualizados»*, características que coinciden con los textos redactados por Gardner.

Por otra parte, la orientación de nuestra metodología se corresponde con aquellas centradas en el nivel pragmático descritas por Navarro y Díaz, donde *«la comunicación*

³⁶ MUNÁRRIZ,, M., «Métodos cualitativos», en: VALLEJO, J y LEAL, C., (dir.), *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ars Medica, 2005, pp. 127

³⁷ NAVARRO, P., DÍAZ, C., «Análisis de contenido», en: DELGADO, J., M., y GUTIÉRREZ, J., *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Editorial Síntesis, 1994, p.179.

que se trasluce en el texto no manifiesta tanto los rasgos del sujeto comunicador como los de la circunstancia en la que tal comunicación tiene lugar, y en relación con la cual la misma cumple su función». Esta última aclaración, creemos, arroja luz sobre nuestro verdadero propósito, que no es el propio Gardner, sino el Síndrome de Alienación Parental. Distinguir al autor de la obra es en este caso francamente complicado. Principalmente porque Gardner construye los elementos del síndrome aludiendo siempre a sí mismo como autoridad en la materia (que es el propio síndrome), al cual defendió no sólo en escritos, sino en un gran número de litigios contratado por una de las partes como experto.

Los textos de Gardner “resuenan” de igual forma a inducción y a deducción. Los investigadores que trabajan con metodología cualitativa, aun cuando se asocia a esta última con la inducción, realmente se mueven entre ambas³⁸. Ello hace a esta metodología especialmente apta para analizar un concepto tan complejo como es el SAP.

Para la redacción final de este trabajo, hemos seguido las referencias de Silverman³⁹ sobre macroestructura y microestructura de una investigación cualitativa. La macroestructura será la que puede abarcar toda la complejidad propia del SAP, otorgando un sentido de continuidad entre los distintos apartados.

Centrar nuestra base documental en los textos de Gardner la justificamos en que son estos los que continúan aportando las bases teóricas fundamentales del «Síndrome de AP». De hecho, en ellos se mantienen inalterables, la definición, los síntomas del síndrome y los distintos grados de intensidad de tratamiento propuestos.

Así, a diferencia de las producciones científicas al uso, los trabajos de Gardner permanecen considerablemente cerrados a aportaciones externas. Si comparamos el pensamiento de Gardner desde su trabajo de 1985 hasta las últimas publicaciones de inicios de esta década, veremos que se mantiene prácticamente inalterado.

Su pensamiento es aún, no obstante, de fácil acceso, pues como dijimos al inicio, difícilmente se podría haber concebido el grado de divulgación de este término sin el papel que en ello ha jugado Internet.

De hecho, la página personal de Gardner (www.rgardner.com) fue, hasta junio

³⁸ STRAUSS, A., CORBIN, J., *Basics of qualitative research*, 2ª ed, Thousands Oaks, Ca, Sage Publications, 1998

³⁹ SILVERMAN, D., *Doing qualitative research. A practical handbook*, Londres, SAGE publications, 2000, pp. 239-249.

de este año, la página *Web oficial* del SAP. Al tiempo existen múltiples espacios que reproducen los contenidos que esta página tuvo. Dicha disponibilidad de las definiciones y aclaraciones “oficiales” de Gardner, permite a su vez al lector un análisis crítico sobre el correcto uso de los fragmentos reproducidos en este trabajo.

Todo ello nos ha permitido recopilar prácticamente toda la producción de Gardner en forma de artículos, tanto con formato de papel como exclusivamente digital (ANEXO) Nos ha sido de especial utilidad el uso de un programa informático diseñado para el análisis de lo que finalmente ha sido un volumen importante de documentos⁴⁰.

Como en todo trabajo cualitativo, reproducimos fragmentos textuales de Gardner sobre los que sustentamos, en parte, nuestras conclusiones. Los fragmentos son así accesibles al propio lector y a la crítica sobre las conclusiones alcanzadas. Según apunta Munárriz⁴¹, ello «permite también al lector un acceso directo a los datos y acaba confiriendo a las publicaciones su peculiar sabor de veracidad».

Pero la calidad de un *informe*, es decir, del resultado final de un trabajo cualitativo, radica en gran medida en la exposición y justificación de su análisis. Por ello la extensión de estos trabajos constituye sin embargo un inconveniente para su publicación. Dado que nuestro trabajo también es resultado de elecciones (¿por qué un fragmento y no otro?), y la explicitación de las mismas han de ser mostradas al lector, hemos recurrido al subrayado como forma (económica) de señalar nuestros focos de mayor interés en cada fragmento.

4. RESULTADOS DEL TRABAJO. INFORME

Realmente, la extensión del concepto de SAP es relativamente limitada. La producción de Gardner, básicamente recogida en este trabajo, comprende textos en los que se replican, muchas veces literalmente, los mismos fragmentos. En este sentido, el pensamiento de Gardner es redundante o reiterativo. Es decir, utilizando una acepción de la RAE⁴², presenta: «cierta repetición de la información contenida en un mensaje, que permite, a pesar de la pérdida de una parte de este, reconstruir su contenido». Esto

⁴⁰ATLAS.ti, Scientific Software Development, GmbH, Berlin (1993-2007). Versión 5.2.12

⁴¹MUNÁRRIZ,, M., «Métodos cualitativos», en: VALLEJO, J y LEAL, C., (dir.), *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ars Medica, 2005, pp. 118-133.

⁴²redundancia: DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 22 ed, Madrid, Real Academia Española, 2001.

favorece por un lado el proceso final de «saturación teórica»⁴³, que ocurre cuando el análisis de *más* datos no aporta ya más información relevante. Así la complejidad radica, no en esta redundancia, sino en las relaciones entre los distintos elementos (muchas veces no explicitados) que se condensan casi al máximo en la propia definición.

Delimitación de términos empleados en este trabajo. Es preciso, delimitar al lector, qué entendemos por cada concepto que empleamos para el análisis. Esto es especialmente necesario cuando utilizamos conceptos con mayor o menor grado de abstracción.

Para este trabajo, entendemos al igual que Fulford, Thornton y Graham⁴⁴ que el argumento «*es una forma de intentar alcanzar la verdad. Hay otras formas, tales como la cuidadosa observación y experimentación pero incluso éstas están usualmente combinadas con argumentos para establecer lo que ellas muestran y su impacto sobre nuestras otras creencias*».

Un argumento se compone de una o más premisas y una conclusión. Tanto las premisas como la conclusión son proposiciones. Es importante en la definición de proposición entender que, aunque su «*formulación precisa puede variar, [...] es habitualmente definida en lógica moderna, como 'lo que se afirma' cuando se usa una oración (indicativa o declarativa) para decir algo verdadero o falso, o como 'lo que se expresa' con tal oración*»⁴⁵. Es decir, diferentes oraciones pueden expresar la misma proposición.

Desde las premisas (usualmente en plural) se llega a una conclusión (usualmente singular) a través de un proceso llamado *inferencia*. La cuestión es entonces: «*¿Cómo justifica o establece la propuesta de sentencias la verdad en una sentencia más distante?*»⁴⁶ La «*codificación*» en un argumento sobre cómo se alcanza la verdad⁴⁷ de la conclusión a partir de las premisas, es lo que estos autores denominan *Lógica*.

⁴³ STRAUSS, A., CORBIN, J., *Basics of qualitative research*, 2ª ed, Thousands Oaks, Ca, Sage Publications, 1998

⁴⁴ FULFORD, K., W., M., THORNTON, T., GRAHAM, G., *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 2006. p.94

⁴⁵ WILLIAMSON, C., en: Enciclopedia Oxford de Filosofía. Honderich, T., (ed), Madrid, Editorial Tecnos, 2001.

⁴⁶ FULFORD, K., W., M., THORNTON, T., GRAHAM, G., ob.cit (ref 44) p.94

⁴⁷ En ocasiones se distingue entre *verdad* y *validez*, aludiendo la primera al contenido de las proposiciones y la segunda a los razonamientos deductivos.

Las argumentaciones basadas en los *contenidos*, tanto de las premisas como de la conclusión, lo harían sobre aspectos semánticos. Pero «reconocer que la verdad de la conclusión proviene de la verdad de las premisas parece requerir que nosotros sepamos tanto la verdad de las premisas como de la conclusión. Pero era el propósito del argumento establecer la verdad de la conclusión». Esto constituye un problema de difícil solución que se denomina pensamiento «circular».

Es necesario “romper” esta circularidad para avanzar en el conocimiento, pues, según apuntan Fulford *et al*, de lo contrario nunca saldríamos de este bucle en el que la conclusión corrobora a su vez a las premisas de las que partió. Existirían dos formas: una es la propia del método empírico a través de la verificación de los contenidos por medio de diseños fundamentalmente experimentales; la otra, perteneciente a la *Lógica*, lo haría por medio del análisis sobre la validez de las inferencias.

De esta forma, la validez de la conclusión no depende ya del contenido semántico de las premisas y su conclusión, sino del «aspecto sintáctico de la inferencia, o sea del conjunto ordenado de fórmulas (la última de las cuales es la conclusión) obtenidas por la aplicación de las reglas de un sistema formal»⁴⁸. En esta última forma, el razonamiento deductivo lógico, al igual que el diseño experimental debe seguir una metodología, a la que debe aplicar unas reglas propias estrictas, y que de no cumplirse, determinan que el argumento sea falaz, es decir inválido.

Intentar definir de forma general lo que es una «falacia» puede ser tan complejo como la distinción y relación entre sus distintos tipos. En todo caso, ello excede esta exposición y podemos aceptar que «una falacia, lo mismo que un sofisma, es una forma de argumento no válida»⁴⁹. Tres argumentos falaces nos incumben especialmente, pues afectan a la propia construcción del concepto de SAP: la *falsa analogía*, el *argumento circular* y la *apelación a la autoridad*⁵⁰.

Precisamente, una de las dificultades que encontramos para desarrollar de una forma más *lineal* (y teóricamente más comprensible) el concepto de «síndrome de alienación parental», radica en su continua circularidad, pues los distintos elementos (incluidos los de mayor tamaño tales como etiología, diagnóstico, etc) se sostienen

⁴⁸ Enciclopedia Garzanti de Filosofía, Barcelona, Ediciones B, 1ª ed, 1992, pp.214

⁴⁹FERRATER MORA, J., *Diccionario de Filosofía E-H*, Barcelona, RBA, 2005, p.1208.

⁵⁰ Las dos últimas, también llamadas: *Petitio principii* (*petición de principio*) y *Falacia ad verecundiam*

mutuamente. El «síndrome de alienación parental» constituye un sistema conceptual “cerrado”, en el sentido que esto tiene dentro de la teoría de los sistemas⁵¹. De hecho, Gardner, no remite, o siente la necesidad de hacerlo, a ningún otro autor que no sea él mismo. Todos los textos y las proposiciones teóricas están contruidos con base a su propia experiencia, o autoridad en la materia.

Una duda al redactar este texto fue cuál sería el uso más correcto que podríamos dar a conceptos como madre, padre, o progenitor, o *padre* como término genérico que incluyese a todos. La cuestión en relación con el SAP no es banal, aunque de hecho este dilema lo resolvió el propio Gardner en base a sus resultados (siendo esto un ejemplo de explicitación de la *elección* pragmática del autor):

« (...) Por simplicidad de presentación, entonces, a menudo he utilizado el término ‘madre’ para referirme al alienador, y el término ‘padre’ para referirme al padre alienado» [8,14,20]

Aunque abordaremos más en detalle esta cuestión, hemos optado por utilizar el concepto progenitor, siendo este más adecuado a un trabajo de esta índole. No obstante, debe tenerse en cuenta esta apreciación. Sin duda el propio contexto ayuda a discernir cuál es el género del progenitor custodio diagnosticado “médicamente” como alienador. Proponemos en este trabajo el siguiente esquema de exposición:

1. *La definición del SAP*
2. *El contexto y el observador*
3. *El argumento retórico del SAP: justificación como «síndrome»-«médico»-«puro».*
4. *La cláusula de exención de diagnósticos erróneos.*
5. *El SAP como medida judicial: el «diagnóstico diferencial» y «la terapia de la amenaza»*

A. LA DEFINICIÓN DEL SAP

La definición constituye el enunciado *teórico* principal:

«El síndrome de alienación parental (SAP) es un trastorno infantil que surge casi exclusivamente en el contexto de disputas por la custodia de los niños. Su manifestación primaria es la campaña de denigración del niño contra un padre, una campaña que no tiene justificación. Ello resulta de la combinación de una programación (lavado de cerebro) de adoctrinamiento parental y de las propias contribuciones del niño para el vilipendio del padre objetivo. Cuando un «maltrato/abuso sexual» está presente, la animosidad puede estar justificada y así la explicación del síndrome de alienación parental para la hostilidad del

⁵¹Sistema/Teoría de los sistemas: SIMON, F., B., STIERLIN, H., WYNNE, L., C., ob. cit. (referencia 42), pp. 336-349.

niño no es aplicable» [3,8,14,17,18,19,20]

Si observamos con detalle la formulación del concepto, vemos que en su enunciado se condensan:

- a. El contexto donde surge y donde se aplica: litigio por la custodia.
- b. Agentes causales y víctima. Parecen claros los dos agentes etiológicos y la víctima: progenitor y niño alienadores y progenitor alienado. Sin embargo según la definición como síndrome infantil, el hijo debería a la vez ser considerado agente causal y víctima.
- c. Síntomas: el más importante de los síntomas en el niño, la “campana de denigración”, es al mismo tiempo el resultado de la suma de un “adoctrinamiento” o “programación” del progenitor alienador sobre el niño, y de las aportaciones, propias, de éste.
- d. Aspectos de nomenclatura: definirlo como síndrome médico y como trastorno infantil. Ambos conceptos (síndrome e infantil) surgen de la concurrencia de ocho síntomas que se diagnostican en el niño:
 1. *Una campana de denigración.*
 2. *Racionalizaciones débiles, absurdas, o frívolas para la desaprobación.*
 3. *Ausencia de ambivalencia*
 4. *El fenómeno del “pensador-independiente”.*
 5. *Apoyo reflexivo al padre alienante en el conflicto parental.*
 6. *Ausencia de culpa sobre la crueldad y/o explotación hacia el padre alienado.*
 7. *La presencia de escenarios prestados.*
 8. *Extensión de la animosidad hacia los amigos y/o familia extendida del padre alienado.*

B. EL CONTEXTO Y SU OBSERVADOR

b.1 El contexto

La necesidad de contextualizar toda investigación o conjunto de investigaciones, debiera esta presente en todo proyecto. En este sentido, el hincapié de Gardner en explicitar previamente el contexto donde surge y se desarrolla el SAP, puede considerarse sin duda adecuada al formato de investigaciones médicas o sociales. Sin embargo ello puede obedecer a otra hipótesis: aislar este concepto en los campos del

litigio, de tal forma que el sistema legal se baste para la evaluación y aplicación de medidas.

«*El contexto de disputas por la custodia de los niños*», que se enuncia en la definición, es el origen y dominio del SAP. Es donde casi exclusivamente surge, pero es también dónde se aplica. Lejos de entenderse como un modelo teórico, se da por probada su existencia como entidad definida. Su uso pragmático en situaciones de conflicto entre “partes” es el que da sentido al SAP. A partir de ahí, surge entre otras, la “necesidad” de ser incluido como «trastorno»[20] en un sistema de clasificación de enfermedades consensuado (y oficializado) como es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* utilizado en Estados Unidos (DSM).

No podemos abordar aquí con su extensión correcta, lo que de forma simplificada nombramos como contexto de litigio entre progenitores, más aún si la violencia (incluimos cualquier tipo de abuso) está presente⁵².

Sí compete señalar dos aspectos correspondientes a este contexto, en primer lugar, el SAP es una estrategia legal, y en segundo, la introducción del SAP tiene capacidad, al introducir en él la *enfermedad* como nuevo elemento de comprensión, de *transformar* ese contexto de origen. Este trabajo, y cualquier otro que aborde el SAP, lo harán sobre este contexto posterior a la introducción del SAP. A partir de su aparición en un litigio, una de las partes será tratada “como sí” fuese enferma (pues también será sancionada como si no lo fuera), y su palabra, y la del niño, habrán cambiado su valor (propio) al ser resignificadas a partir de entonces como síntomas. En el mismo sentido, el expediente judicial, será tratado a partir de ahora, “como si” de un expediente clínico se tratase.

El SAP adquirirá forma, se materializará en los contextos de litigio, aunque afectará a espacios vinculados, como servicios sociales, de salud mental, educativos, etc. En los contextos legales lo hará de tres formas:

- a. Como parte de las argumentaciones entre las partes en los juicios orales.
- b. Como valoración de *expertos* convocados (como *testigos* o *peritos*) a los juicios.
- c. Como medio de contención del progenitor diagnosticado como “alienador”.

⁵² KASLOW, F., W., «Families experiencing divorce», en: NICHOLS, W., PACE-NICHOLS, M., A., BECVAR, D., NAPIER, A., *Handbook of family development and intervention*, New York: John Wiley & Sons, 200, pp. 341-368.

b.2 El punto de observación de Gardner

La actividad profesional más conocida de Gardner fue la de psiquiatra experto en casos de custodia y de abusos. Pertenece este ámbito al de la psiquiatría y psicología forenses, un contexto, donde, según Gutheil⁵³, «*la relación pertinente es la de 'examinador-examinado' o 'evaluador-evaluado'», no la de clínico-paciente.*

Gardner relata dónde obtuvo los conocimientos que le permitieron describir el SAP y aplicarlo:

*«Posteriormente, gané extensa experiencia con tales diferenciaciones (sobre falsedad o verdad) en acusaciones contra profesores, monitores de 'scouts', clérigos, niñeras, vecinos, y mujeres adultas con retraso que acusan a parientes ancianos de haber abusado sexualmente de ellas en la niñez. Las experiencias en estos otros dominios me permitieron agudizar los criterios que he usado para diferenciar entre acusaciones de abuso sexual verdaderas y falsas promulgadas por niños con SAP. Aunque muy pocos hoy agiten las banderas con "Creed en los Niños" y "los Niños Nunca Mienten", nosotros todavía vemos acusaciones falsas de abuso sexual, sobre todo en el contexto de las disputas por la custodia infantil.»*⁵⁴

Aunque sea siempre preciso preguntar sobre el *punto de vista* del descriptor, no puede serlo menos hacerlo por el otro *punto* de quien "se siente" en la *mira* de aquel. Es necesario no eludir la complejidad de una relación donde quien está siendo observado actúa en función de quien le observa, máxime, cuando están en juego cuestiones tales como la retirada de la custodia de un hijo. Aquí más que en cualquiera otra, la relación 'examinador-examinado' va más allá de lo que los etnógrafos denominaron «observación participante»⁵⁵(como metodología de investigación), pues el observador aquí interviene activamente. En los contextos del SAP, la "espontaneidad" está imposibilitada cuando, la parte examinada está en "alerta", pues desconoce las respuestas "correctas" para un evaluador dotado de gran poder (para Gardner, del poder delegado por los tribunales de la amenaza).

Al igual que cualquier otro contexto legal, no debiera ser el SAP un espacio impenetrable a la *Ética*; según Gutheil: «*para evitar el engaño –incluso*

⁵³ GUTHEIL, T., G., «Ética y psiquiatría forense», en: BLOCH, S., CHODOFF, P., GREEN, S., A. (eds), *La ética en psiquiatría*, Madrid, Editorial Triacastela, 2001, pp. 323-339.

⁵⁴ GARDNER, R. A., «Parental Alienation Syndrome (PAS): Sixteen Years Later», *Academy Forum*, 2001, 45, 1, pp.10-12.

⁵⁵ EMERSON, R., M., FRETZ, R., I., SHAW, L., L., «Participant observation and fieldnotes», en: ATKINSON, P., COFFEY, A., DELAMONT, S., LOFLAND, J., LOFLAND, L., (eds), *Handbook of ethnography*, London, SAGE, 352-368.

*inadvertidamente- de quien examina es crucial que el examinando sea plenamente informado –en realidad prevenido- sobre las implicaciones de esta relación diferente que tiene lugar con el evaluador forense»*⁵⁶. Desde el segundo tercio del siglo pasado ya había irrumpido en la ciencia la afirmación según la cual *la presencia del observador cambia la naturaleza de lo observado*^{57 58}. Esto es de fundamental relevancia en el SAP, tanto en el propio diagnóstico de los niños examinados, como en lo que se llama «diagnóstico diferencial», donde, las “reacciones” del entrevistado ante el entrevistador pueden llegar a redefinirse como “síntomas”.

C. EL ARGUMENTO RETÓRICO DEL SAP: JUSTIFICACIÓN COMO «SÍNDROME»-«MÉDICO»-«PURO»

El enunciado del SAP, su formulación y presentación son – exclusivamente- médicos. Para Gardner el SAP constituye un síndrome «según la mejor definición médica del término»[20].

Cabe preguntarnos, ¿por qué definir algo tan complejo como es la interacción social múltiple y compleja en distintos niveles que constituye el SAP como algo en esencia médico?

La calificación de *síndrome médico puro*, no es una mera adjetivación, la *pureza*, según Gardner, es el sustento o la base del síndrome y de su naturaleza médica. Pero, para Gardner algo *tan* puro debe tener una etiología concreta. Para Gardner es evidente cuál es y ello permite delimitar a los agentes causantes y a la víctima.

El mecanismo que entonces explica esta relación entre la sintomatología en el niño y la causa de la misma, debe ser (pues no plantea ninguna alternativa teórica) una «programación» mental.

Aquí pureza alude a lo evidente y a lo único, tanto a la sintomatología como a la causa. El SAP alcanza con ello el modelo perfecto en medicina al que *aspiran* la mayoría de las entidades médicas. Conseguir delimitar en una entidad patológica la

⁵⁶GUTHEIL, T., G., «Ética y psiquiatría forense», en: BLOCH, S., CHODOFF, P., GREEN, S., A. (eds), *La ética en psiquiatría*, Madrid, Editorial Triacastela, 2001, pp. 323-339.

⁵⁷ “Copenhagen Interpretation”: alude al vínculo entre la realidad y la observación que fue establecida por Heisenberg, Bohr, y otros físicos que investigaban sobre teoría cuántica en dicha ciudad.

⁵⁸ HODGSON, D., *The mind matters: consciousness and choice in a quantum world*, Oxford, Clarendon Press, 1991.

etiología y el mecanismo de acción supone la posibilidad de tratarla, no sólo sintomáticamente, sino en su origen, es decir, de forma curativa. Según el modelo médico ideal, esto se consigue, al menos conteniendo al factor etiológico, y si no erradicándolo.

Pero, ¿en qué descansa, en el decir de Gardner esta *pureza*? [12,15,16,17,18,19,20]⁵⁹

c.1.El enunciado sobre la pureza sindrómica

Hablar del diagnóstico es hacerlo sobre la naturaleza del niño (y como más adelante veremos, es también hacerlo sobre la del “adoctrinador”). En este enunciado Gardner justifica la inclusión del SAP dentro de los trastornos infantiles. Es a partir de la “similitud” entre los “niños con SAP”⁶⁰, descritos por los ocho síntomas que el mismo Gardner nombra, por la que el síndrome adquiriría su “pureza”.

«Un síndrome es más “puro” debido a que la mayoría (si no todos) los síntomas en el grupo (‘cluster’) predeciblemente se manifiestan juntos» [15,18]

«Esta consistencia es la que hace que los niños con SAP se parezcan unos a otros. Es debido a estas consideraciones que el SAP sea un diagnóstico relativamente “puro” que fácilmente puede ser hecho» [20]

«Existe una significativa superposición y a menudo fluidez en los diagnósticos del DSM. Ninguno es “puro,” pero algunos son más puros que otros, y el SAP es uno de los más puros». [19]

La idea de pureza sustentará a su vez tres propiedades del SAP: (1) la facilidad del *diagnóstico*, (2) la facilidad para la *detección* en la población de «síndromes de AP» y (3) la *posibilidad* de hacer estudios con fiabilidad interjueces.

«A causa de esta pureza, el SAP se presta bien para estudios de investigación porque la población a ser estudiada por lo general puede ser fácilmente identificada. Además, tengo confianza en que esta pureza será verificada por futuros estudios de fiabilidad interjueces» [20]

Con lo último se cumpliría una función, al menos casi, epidemiológica sobre el síndrome. Por otra parte, la capacidad que otorga por medio de la pureza para alcanzar una fiabilidad interjueces lo pone Gardner al servicio de la obtención del

⁵⁹ GARDNER, R., A., «The relationship between the Parental Alienation Syndrome (PAS) and the False Memory Syndrome (FMS) », 2004, The American Journal of Family Therapy, 32, pp. 79–99.

⁶⁰ Constituye ésta la forma en que Gardner nombra a los niños diagnosticados “de SAP”.

reconocimiento en el DSM:

«Los comités (DSM) están particularmente interesados en los estudios de fiabilidad interjueces que validen la “pureza” relativa de la enfermedad que está siendo descrita»[20]

Según Jablonski⁶¹, *«en su uso actual, el término [síndrome] se asemeja mucho a Proteo, dios de la mitología griega que poseía el don de adoptar varias formas, y, por tanto, es indefinido, probablemente indefinible, porque presenta un rostro diferente cuando lo enfrentamos y porque significa lo que se desee que signifique»*. Para Kendell y Jablensky⁶² *«desafortunadamente, una vez que un concepto diagnóstico como esquizofrenia o síndrome de la Guerra del Golfo adquieren un uso general, tienden a ser ‘reificados’. Esto es, las personas demasiado fácilmente asumen que se trata de una entidad de algún tipo que puede ser invocada para explicar los síntomas del paciente y cuya validez no necesita ser cuestionada»*.

Para Gardner, la inclusión del SAP dentro del DSM le otorgaría ese reconocimiento como entidad médica “real”. Y como tal se le supondría un garante científico, principal atributo a su vez de veracidad ante los litigios por custodia.

Que el SAP se incluya en un listado reconocido, es crucial para su uso en los juzgados. Por ello, la negación de reconocimiento por la Asociación de Psicología Americana, no importa tanto a Gardner como el rechazo de la Asociación Psiquiátrica:

«Uno de los argumentos dados en tribunales de justicia contra la admisibilidad del SAP es aquel ‘no ha sido reconocido por la Asociación Psicológica Americana.’ Primero, la Asociación Psicológica Americana no tiene una lista específica de entidades como enfermedades que esté formalmente reconocida. La Asociación Psicológica Americana es básicamente un gremio con muchas funciones, p. ej., establecer normas para el entrenamiento de psicólogos y el tratamiento psicológico de pacientes. Esto no constituye un cuerpo científico que investiga la validez científica de entidades clínicas. La Asociación Psiquiátrica Americana tiene funciones similares para los psiquiatras, pero publica un listado de trastornos psiquiátricos (DSM-IV) que reconoce como entidades clínicas.» [20]

Gardner usa como referencia para la consistencia conceptual del SAP la

⁶¹ JABLONSKI, S., «Syndrome: a changing concept », “*Bull Med Libr Assoc*”, 1992, 80, 4, pp. 323–327. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?iid=6981> [Acceso: 21–09-2007]

También traducido en: “*ACIMED*”, 1995, 3, 1, pp. 30-38. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol3_1_95/aci06195.htm [Acceso: 21–09-2007]

⁶² KENDELL, R., JABLENSKY, A., «Between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses», “*Am J Psychiatry*”, 2003, 160, pp. 4-12.

definición del *Diccionario Psiquiátrico de Campbell* ⁶³ por la cual un síndrome es:

«Una colección o agrupación de signos y síntomas disyuntivos, variables, cuya frecuencia para recurrir conjuntamente sugiere la existencia de un solo proceso o desorden patológico que la explique.»

Sobre esta base, para Gardner «el SAP es uno de los síndromes más puros en psiquiatría, especialmente los casos moderados y severos, en los cuales la mayoría si no todos los síntomas se manifiestan juntos».

Gardner sigue la definición del diccionario de Campbell según la cual:

«en general, tres niveles de categorización pueden ser diferenciados en medicina: (1) un signo o un síntoma aislado, sin referencia a las características o causa asociadas o a la causa, y con poco valor predictivo. ... (2) un agrupamiento clínico de signos o síntomas en un síndrome distintivo. ... (3) un cuadro clínico distintivo que es explicado por un proceso patofisiológico identificable o agente etiológico». [16]

Gardner señala a continuación lo siguiente:

«En mi libro de 1992 sobre el SAP, describí lo que consideraba ser los factores etiológicos que eran operativos y delineé los pasos por los cuales estos factores contribuían al desarrollo del desorden. Otros examinadores también han descrito los mismos factores etiológicos y mecanismos patógenos. Por consiguiente, considero a eso ser una buena justificación para mi conclusión que el nivel 3 se ha alcanzado».[16]

Las definiciones de síndrome, dadas por distintos diccionarios y glosarios de psiquiatría y psicología, lo describen como un «conjunto de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morboso determinado»⁶⁴, o de forma casi idéntica, como un «conjunto de síntomas característicos de una enfermedad cuya configuración constituye una condición identificable»⁶⁵.

Si bien la definición dada en la versión de 1995 del DSM-IV⁶⁶ se correspondería más con esta tercera categoría de Campbell, diez años después, en la “Guía de uso del

⁶³«A collection or grouping of disjunctive, variable signs and symptoms whose frequency of recurrence together suggests the existence of a single pathologic process or disorder that will explain them.” en: GARDNER, R. A., «Parental Alienation Syndrome (PAS): Sixteen Years Later». *Academy Forum*, 2001, 45, 1, pp.10-12. [16]

⁶⁴ LÓPEZ GALÁN, S., *Diccionario de psicología y psiquiatría*, Jaén, Rey Alí, 2006.

⁶⁵ SHAHROKH, N., C., HALES, R., E., *Glosario de psiquiatría*, 8ª ed., Madrid, Grupo Aula Médica, 2005.

⁶⁶ DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, MASSON, 1995.

DSM-IV-TR”⁶⁷, First, Frances y Pincus, refieren que «*no hay ningún nivel de abstracción único que caracterice a todos los trastornos del DSM*», situando de nuevo el concepto de síndrome en el nivel «descriptivo».

Realmente, el nivel 3 de Campbell sólo lo alcanzarían aquellos síndromes psico(pato)lógicos “biogénéticos”, tal como son definidos por Castilla del Pino, aplicables a enfermedades primaria o secundariamente cerebrales (ejs, síndromes confabulatorio amnésico o de Korsakoff, de Heller, del lóbulo temporal, etc.). De hecho, las bases etiológicas precisas para cuadros más eminentemente psiquiátricos y psicológicos (como ejemplos, los síndromes de Kaspar Hauser, Cotard, o Munchausen) no están aun precisadas. Para Vallejo⁶⁸ “*en psiquiatría [...] la clínica es proteiforme y cambiante, las fronteras con otras patologías difusas, el pronóstico variable, la condición genética y biológica del trastorno inexistente, y la respuesta terapéutica inespecífica y muchas veces impredecible.*”

La aspiración de síndrome va para Gardner más allá de constitui «*un juego de signos o una serie de sucesos que ocurren juntos, lo que a menudo apunta a una enfermedad sola o a una condición como causa*» (“*The CancerWEB Project*”⁶⁹).

Si entendemos que el método científico se constituye por un «*conjunto de procedimientos sistemáticos y organizados que conducen a encontrar respuestas a problemas planteados*»⁷⁰, una de las preguntas más pertinentes de este trabajo, y la mejor vía para entender la naturaleza del concepto “pureza” es:

¿Cuál es la naturaleza de la relación, empírica o lógica (inductiva o deductiva), utilizó Gardner para la conformación sintomática, el diagnóstico, y la etiología del SAP?

c2. La metodología empleada por Gardner para atribuir la naturaleza médica al

⁶⁷ FIRST, M., B., FRANCES, A., PINCUS, H., A., *DSM-IV-TR® Guía de uso, complemento del DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado)*, Barcelona, Masson, 2005, p.17.

⁶⁸ VALLEJO RUILOBA, J., «Definición y concepto de enfermedad mental. Normalidad y enfermedad psíquica», en Vallejo, J y Leal, C., (dir.), *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ars Medica, 2005, pp. 62-86.

⁶⁹ syndrome, en The CancerWEB Project, Online Medical Dictionary, Dept. of Medical Oncology, University of Newcastle upon Tyne, [último acceso el 28 de agosto de 2007], disponible en: <http://cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?query=&action=Home>

⁷⁰ G-PORTILLA, M., P., BOBES, G., Aproximación a la investigación clínica en psiquiatría, serie: nuevas fronteras en psiquiatría 1, Barcelona, DOYMA, 2001, p.5.

SAP

Gardner emplea el recurso argumental de la *analogía* con determinadas entidades médicas para explicar la naturaleza médica del SAP, el concepto de «síndrome médico», y la existencia de una etiología única y definida.

En el «razonamiento por analogía» se argumenta que dos conceptos (objetos o sucesos) son similares, de tal forma que la propiedad de uno sería también aplicable al otro. Según Ferrater⁷¹ por este razonamiento «*se deduce de la semejanza de unos objetos, en determinadas notas, su semejanza en otra nota*». Realmente, como refiere Ferrater⁷², «*junto a las semejanzas, hay que investigar diferencias y ver las relaciones entre ambas dentro de un conocimiento 'tolerablemente extenso', sólo cuando la semejanza es muy grande y la diferencia muy pequeña, sostiene J.S.Mill, puede aproximarse el razonamiento por analogía a una inducción válida*».

La analogía con el «Síndrome de Down»: La denominación de «síndrome médico» del SAP

En base a su experiencia, Gardner observó que las actitudes de rechazo de muchos niños hacia el progenitor no custodio eran similares, nombrando ocho *signos* de este rechazo como *síntomas*.

Gardner explicó que «*fue la contribución del niño la que me condujo a mi concepto de la etiología y patogénesis de este trastorno*»⁷³. Tanto la contribución («*campaña*») como la semejanza común de los «*niños del SAP*» quedan recogidas en los ocho síntomas (o una mayoría) que conforman el «*síndrome*» y que fueron enumerados más arriba, y abordados con más detalle en la próxima sección.

La analogía empleada con el Síndrome de Down es la siguiente: Dado que la “*aparente*” desconexión o ausencia de coherencia interna de los síntomas del Síndrome de Down indican la existencia de un síndrome, de igual forma, la “*disparidad*” de los ocho síntomas descritos por Gardner constituyen un síndrome. Gardner siempre, y sólo, utilizará este argumento[8,12,16,18,19,20,26].

«*El síndrome (SAP) tiene una pureza debido a que la mayoría de (si no todos) los síntomas en el conjunto se manifiestan previsiblemente juntos como un grupo. A*

⁷¹ «analogía», en FERRATER MORA, J., *Diccionario de Filosofía A-D*, Barcelona, RBA, 2005, pp.158-163.

⁷² FERRATER MORA, J., *Ibid.*

⁷³ GARDNER, R. A., *The Parental Alienation Syndrome*, Second Edition, Cresskill, NJ, Creative Therapeutics, Inc., 1998.

menudo, parecen no estar relacionados, pero lo están realmente porque tienen generalmente una etiología común. Un ejemplo podría ser el Síndrome de Down, el cual incluye una multitud síntomas aparentemente dispares que no parecen tener una vinculación común [...]. Los pacientes del Síndrome de Down parecen a menudo muy semejantes y la mayoría exhiben típicamente todos estos síntomas. La etiología común de estos síntomas dispares se relaciona con una anormalidad cromosómica específica. Es este factor genético el responsable de agrupar juntos estos síntomas aparentemente dispares. Hay entonces una causa primaria, causa básica del Síndrome de Down: una anormalidad genética.” [20]

Pero este razonamiento por analogía sólo podrá considerarse como una inducción válida (siguiendo la propuesta de Mill apoyada por Ferrater) *cuando la semejanza es muy grande y la diferencia muy pequeña.*

Gardner no se *encontró*, al contrario que Down, con la concurrencia de signos físicamente *evidentes* (epicanto, quinto dedo más corto...), sino que utilizó una serie de términos, que acotados y relacionados entre sí constituían “síntomas”. Fue él quien describió aquello que habría que entenderse por cruel. El denominador común de los diferentes comportamientos es la crueldad injustificada. Aunque es difícil concebir una crueldad *justificada*, Gardner sí apela a una línea de algún tipo que divide lo justificable de lo que no es. Pero aquí nos perderíamos.

Aunque para Gardner la equiparación de ambos conceptos es evidente, son precisas una serie de reflexiones en torno a ello.

-Gardner sitúa al mismo nivel lógico la *clinodactilia por hipoplasia de la falange media del 5º dedo*, un *surco palmar único*, o las *manchas de Brushfield en el iris*, que pueden darse conjuntamente en el Síndrome de Down, con una «*racionalización débil, absurda, o frívola para la desaprobación* de un niño a un progenitor», o la «*ausencia de culpa sobre su propia crueldad*» del SAP.

-Mientras los síntomas de Down están o no están *presentes*, independientemente del observador, los síntomas descritos del SAP, estarán *presentes si* el observador infiere que están presentes. Los síntomas «ausencia de culpa» y «crueldad» *son más propios* del observador que *lo pueda ser* el «*surco palmar único*». Lo interpretable en los signos del Síndrome de Down es su presencia *junto* a otros signos/síntomas y sus posibles consecuencias para la salud (anomalías cardíacas). Por el contrario, en el SAP se trata de deducir (interpretar) frivolidad o crueldad a partir de un acto de habla de la

persona observada, o de la descripción de dicho comportamiento en otros documentos. Adjudicar a un comportamiento (en este caso actos de habla) la cualidad de *frívolo* o *cruel* (síntomas) depende en gran medida del propio uso del lenguaje (su habla) que hace el examinador y de sus propios valores morales (¿qué es la crueldad y cuáles son sus límites que la definen?). Límites que para el examinador se presuponen distribuidos en una clasificación entre lo justificable y lo no justificable (recordemos que el SAP se define como campaña no justificada).

-Los síntomas, y el diagnóstico del síndrome de Down son independientes de la edad de la persona. En el SAP, en este caso de igual forma, lo que tendría que variar con la edad del niño parece estático, y así, queda sin plantear: *cuál* es la diferencia de *racionalización* entre un niño de cuatro años y otro de once; *qué* es la crueldad para un niño de tres años; cómo afecta en el rechazo *la angustia de separación* en un niño de dieciocho meses; a *qué* se alude por el concepto de *depresión enmascarada* en los adolescentes y su relación con el rechazo.

-Gardner parece obviar que al igual que todos los síndromes médicos reconocidos, el Síndrome de Down lo fue tras años de investigaciones científicas y controversias metodológicas y teóricas, hasta alcanzar un consenso y delimitación final. Por el contrario, Gardner no *propone* la existencia de un síndrome, sino que lo da por descubierto, y lo define como «puro» y por tanto conceptualmente inamovible,

-El autor no menciona que múltiples teorías, considerablemente dispares, fueron adjudicadas al Síndrome de Down tras la primera descripción que John Langdon Down hizo de aquél en 1862. Down describió entonces prácticamente todos los signos fenotípicos ahora reconocidos, pero no fue hasta 1961, en que varios científicos proponen sobre la base de las evidencias el nombre de «anomalía por trisomía 21», y que la OMS en 1965 determina oficialmente su nombre actual. Con esta última anotación histórica sólo se intenta evidenciar cómo la descripción de un síndrome no implica simultáneamente el conocimiento de su etiología.

La analogía con “las neumonías”: el síndrome con causa única. Para Gardner, es esencial en el concepto síndrome la existencia de una única causa que lo explique. Esto lo podemos ver mejor reflejado en otro símil propuesto por el autor que intenta diferenciar entre «síndrome» y «enfermedad». Según el define, la enfermedad sería un término más amplio, debido a que puede haber muchas causas para una enfermedad particular. Para explicar esto usará como referente la neumonía. Según la define, la neumonía sería una enfermedad que comprende a su vez muchos tipos de síndromes

diferenciales (neumocócica y bronconeumonía), causados cada uno de ellos por un agente etiológico específico. Para Gardner, cada uno de estos tipos de neumonía serían realmente síndromes (por tener causa) y no enfermedades.

«El término de síndrome es más específico que el término relacionado de enfermedad. Una enfermedad es por lo usual un término más general porque puede haber muchas causas para una enfermedad particular. Por ejemplo, la neumonía es una enfermedad, pero hay muchos tipos de neumonía, por ejemplo, la neumonía neumocócica y la bronconeumonía - cada una de las cual tiene síntomas más específicos, y cada una podría razonablemente considerada un síndrome (aunque el uso común puede no utilizar el término)». [20]

De nuevo, como en el Síndrome de Down, esta analogía con las neumonías se reitera y la más de las veces se reproduce literalmente a lo largo de su producción [8,12,14,18,19,20,26].

La analogía con el Síndrome de Gilles de la Tourette: el síndrome definido como trastorno según la nomenclatura del DSM:

A través de estas analogías, Gardner intenta mostrar que la inclusión DSM está muy próxima conceptualmente:

«La secuencia en psiquiatría ha sido cambiar el nombre del síndrome por el de trastorno después de que repetidos estudios confirmen su existencia, especialmente cuando el agente etiológico ha sido identificado. En ese momento el DSM cambia el nombre de síndrome por el de trastorno. Por ejemplo, el síndrome de Tourette se convirtió en Trastorno de Tourette cuando entró en el DSM-III en 1980.» [16]

Ante el rechazo que pueda suponer en los litigios por custodia, la no inclusión del SAP en el DSM, Gardner apela que ello se debe a una cuestión de tiempo, y probablemente dado que define al SAP como un trastorno infantil, pone como ejemplo de ello a los trastornos de Tourette y Asperger:

«No fue hasta 1980, 95 años más tarde, que el trastorno se introdujo en el DSM. Es importante notar que en aquel punto, el Síndrome de Tourette se convirtió en el Trastorno de Tourette. Asperger primero describió su síndrome en 1957. No fue hasta 1994, 37 años más tarde, que fue aceptado en el DSM-IV y el Síndrome de Asperger se convirtió en el Trastorno de Asperger»[20]

Sin embargo, Gardner desea aclarar que en ocasiones el concepto de síndrome está tan imbuido en el nombre que resulta complicado realizar el cambio: *«por ejemplo, el síndrome de Down, aunque bien reconocido, nunca llegó a ser Trastorno de Down. Asimismo el SIDA [...] es una enfermedad bien reconocida pero todavía conserva el término de síndrome»* [20]. Esta aclaración permite a Gardner no entrar en contradicción con la idea anterior sobre el reconocimiento y nueva nominación como

trastorno, de aquellos síndromes en los que especialmente se ha identificado el «agente etiológico».

Sin embargo las analogías médicas seleccionadas por Gardner, se diferencian de los modelos reales en medicina, y así, con respecto al propio síndrome de *Gilles de la Tourette*, Tolosa⁷⁴ señala que «*los estudios de segregación familiar han demostrado la enorme variedad del fenotipo. No debe extrañar, por tanto, que el marco clínico y los criterios diagnósticos estén en permanente cambio*». Teniendo presente esto, «*el diagnóstico se basa exclusivamente en los datos clínicos*», al mismo tiempo que «*ante la variabilidad de los síntomas y las oscilaciones de su intensidad, resulta particularmente difícil valorar cualquier programa terapéutico*».

En conclusión, Gardner selecciona los trastornos con los que intenta establecer una analogía, según distintos aspectos del SAP: definición, etiología o inclusión en el DSM. Las analogías por sí mismas se constituyen para Gardner en la demostración de su pureza sindrómica y con ella de la existencia del SAP.

Según Eemeren y Grootendorst⁷⁵, desde lo que denominan la perspectiva *pragma-dialéctica*, en el esfuerzo del hablante por transferir la aceptabilidad de las premisas a la conclusión de su argumento y lograr que el oyente acepte su punto de vista, «*le comunica, por así decirlo, que él conoce el camino que conduce desde lo que ya es aceptado hasta el punto de vista*». En este sentido distinguen tres tipos de argumentaciones, en las cuales el hablante intentará convencer a su interlocutor de que son: algo es *sintomático* de alguna cosa, algo es *similar* a alguna otra cosa, o algo es un *instrumento* para lograr alguna otra cosa. En este punto, el *esquema argumentativo* más próximo al fragmento anterior sería el segundo tipo, el que actúa por similitud. Según la definición de los autores, este argumento se basa «*en que la aceptabilidad de las premisas se transfiere a la conclusión haciendo que se comprenda que existe una relación de analogía entre lo que es afirmado en el argumento y lo que es afirmado en el punto de vista*». Añaden que «*la argumentación se presenta como si existiera un parecido, una concordancia, una semejanza, un paralelo, una correspondencia o algún*

⁷⁴ TOLOSA SARRÓ, E., «Enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento», en Rozman, C., (dir) *Medicina Interna*, 15 ed, Madrid, Elsevier España, 2005, pp 1465-1478.

⁷⁵EEMEREN, F., H., VAN y GROOTENDORST, R., *Argumentación, comunicación y falacias. Una perspectiva pragma-dialéctica*, Santiago, Chile, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2ª ed., 2002, pp. 116-117

otro tipo de similitud entre lo que se afirma en el argumento y lo que se afirma en el punto de vista»⁷⁶.

El siguiente texto, en el que concurren dos de los trastornos mencionados, junto a la expresión de “pureza”, puede ayudarnos a comprender el estilo argumentativo de Gardner.

« (...) que el SAP no sea realmente un síndrome (...) es visto sobre todo en tribunales de justicia en el contexto de disputas por la custodia infantil. Esto es un argumento a veces promulgado por los que demandan que el SAP incluso no existe. El SAP es un trastorno muy específico. Un síndrome, por definición médica, es un conjunto de síntomas (...). (...) agrupados juntos debido a una etiología común o causa básica subyacente. (...) en consecuencia hay una especie de pureza que un síndrome tiene y que no puede ser visto en otras enfermedades. Por ejemplo, una persona que sufre con la pulmonía neumocócica puede tener el dolor en el pecho, tos, esputo purulento, y fiebre. Sin embargo, el individuo todavía puede tener la enfermedad sin que se manifiesten todos estos síntomas. El síndrome es a menudo más “puro” porque (si) la mayor parte (si no todos) los síntomas en el conjunto se manifiestan de forma predecible. Uno podría ser el síndrome de Down (...) [8]

Pero en sentido estricto, este fragmento, antes que la descripción de algo perteneciente al campo médico, se trata de una argumentación dialéctica transportada a lo que intentaría ser un texto técnico. El fragmento, parece que va a ofrecer en su inicio algún argumento concluyente sobre la existencia del SAP. Sin embargo, recurre de nuevo a la definición del síndrome como puro (tanto desde la descripción como desde la etiología), y utiliza dos de las analogías ya expuestas, mientras se evade la respuesta a la cuestión fundamental.

Para Gardner, su argumento es tan evidente que muestra su incredulidad sobre las dudas para ser considerado un síndrome psiquiátrico:

«El SAP es un trastorno relativamente ‘puro’ cuando es comparado con otros desórdenes psiquiátricos» [17]

«De hecho, es ‘más puro’ que muchos de los síndromes descritos en el DSM-IV» [15]

«Los evaluadores pueden tener opiniones diferentes en cuanto a la etiología y el tratamiento de un particular trastorno psiquiátrico, pero hay por lo general algún acuerdo general sobre su existencia. Y esto debería ser especialmente el caso sobre un trastorno relativamente ‘puro’ como es el SAP, un trastorno que es fácilmente diagnosticable debido a la semejanza de los síntomas de los niños cuando uno compara una familia con otra. ¿Por qué, entonces, debería haber tal controversia sobre si realmente el SAP existe o no?» [20]

⁷⁶ Los autores proponen como ejemplo el siguiente argumento: “El método que propongo funcionó el año pasado (y este problema es similar al que tuvimos el año pasado), por lo tanto, funcionará de nuevo”.

Cabe preguntarnos, al hilo de la reclamación de Gardner del reconocimiento psiquiátrico, y por ello médico del SAP, ¿por qué sin embargo no recurrió a los trastornos psiquiátricos para establecer analogías? El que pudiera ser más próximo, y que ofrece como justificación para su inclusión en el manual clasificatorio norteamericano DSM, el trastorno de *la Tourette*, se encuentra muy próximo al campo de la neurología infantil. Sin duda, recurrir a los trastornos mentales como fuente de analogías, dificulta otorgarle al SAP lo que otros trastornos sí pueden dar: una etiología sobre la cual actuar⁷⁷. En este sentido, Berrios⁷⁸ afirma: « *La historia de las ideas etiológicas en psiquiatría nos enseña que todas las ideas sobre la causalidad (incluyendo las actuales) tienen un desarrollo histórico (...) No hay nada malo en la transitoriedad en tanto que todas las opiniones sean negociadas de forma adecuada entre los clínicos y sus pacientes o clientes; lo que es un error para los psiquiatras es tomarse demasiado en serio a sí mismos y presentarse diciendo que son científicos puros en la búsqueda de las causas reales del trastorno mental*».

c.3 Los ocho síntomas del SAP

Si por algo justifica Gardner al SAP como síndrome es por agrupar los ocho síntomas que él enumeró. Como hemos señalado anteriormente, tanto la contribución («campana») como la semejanza común de los «niños del SAP» quedan recogidas en estos síntomas (o una mayoría):

1. Una campaña de denigración.
2. Racionalizaciones débiles, absurdas, o frívolas para la desaprobación.
3. Ausencia de ambivalencia
4. El fenómeno del “pensador-independiente”.
5. Apoyo reflexivo al padre alienante en el conflicto parental.
6. Ausencia de culpa sobre la crueldad y/o explotación hacia el padre alienado.
7. La presencia de escenarios prestados.

⁷⁷ VALLEJO, J., BACA., LEAL., «Modelos conceptuales en la psiquiatría actual», en: VALLEJO, J y LEAL, C., (dir.), *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ars Medica, 2005, pp. 46-61.

⁷⁸ BERRIOS, G., «Etiología en psiquiatría», en: VALLEJO, J y LEAL, C., (dir.), *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ars Medica, 2005, p. 116.

8. Extensión de la animosidad hacia los amigos y/o familia extendida del padre alienado.

Haremos en primer lugar un análisis centrándonos en la particularidad de cada síntoma. Tras esto, expondremos una discusión global sobre la sintomatología descrita en el SAP.

Información contenida en los síntomas

En las siguientes líneas, si bien aludimos en primer lugar a la «campana de denigración», no consideramos necesario seguir el orden en la enumeración de los ocho síntomas.

El síntoma «campana de denigración» (1), definido por Gardner como “síntoma” principal, no tiene una descripción específica inseparable de los demás ítems. La condición de *injustificable* atribuida a las acciones del niño, es un elemento que se reitera en cada uno de los restantes síntomas. Por otra parte, la propia idea de «campana de denigración» es tan amplia que incluye a otros “síntomas” (2 y 5).

El síntoma 2 comprende el concepto *racionalización*, y las cualidades *débiles, absurdas y frívolas*.

«¿Por qué entonces no quieres visitar a tu padre? El niño puede dar razones muy vagas. Cuando se les pide dar motivos específicos estos niños pueden describir abusos horribles de una forma muy convincente. Además, ellos a menudo proporcionan exageraciones groseras de quejas banales. Ellos hacen “montañas de los montículos de los topos” y hablarán extensamente de motivos frívolos para no hacer la visita. A menudo ellos demandarán que ellos no quieren absolutamente ningún contacto en nada con el padre para el resto de sus vidas, o al menos no antes de que ellos sean adultos. Cuando se señala a estos niños que la enorme mayoría de otros niños no cortarían completamente con sus padres, sin embargo, ante tales “indignidades”: ellos insisten en que su total rechazo está justificado» [2]

Racionalizar implica la realización de operaciones complejas que varían en función de la adquisición de capacidades cognitivas según avanza la edad del niño⁷⁹. Si de por sí es difícil operativizar el concepto, más aun es adjetivarle y atribuirles una *función o intencionalidad* (campana de denigración). Son adjetivaciones que se apoyan en otras (“*indignidades*”) atribuyendo al supuesto sentido e intencionalidad categoría de

⁷⁹ GREENSPAN, S., I., CURRY, J., F., «Extending Jean Piaget’s approach to intellectual functioning», en Sadock, B., J., y Sadock, V., A., (eds) *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8 ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005, pp 528-540.

síntoma.

El síntoma 5, apoyo reflexivo al progenitor alienador, se explica como una “arma” en manos del niño, identificada por su naturaleza adjetivada: “ridícula”, “frívola” y “absurda”:

«Es importante apreciar que las armas que los niños usan para apoyar la posición de la madre son a menudo ingenuas y simplistas. Los niños carecen de la sofisticación adulta para proveerse ellos mismos de municiones creíbles y significativas. En consecuencia, al observador adulto los motivos dados para la alienación a menudo le parecerán ridículos. Lamentablemente, la madre que acoge las expresiones de tales resentimientos será crédula y aceptará con gusto las quejas más absurdas. La naturaleza frívola de las quejas y su absurdidad son los sellos de la contribución del niño al SAP»[2]

El síntoma 3, ausencia de ambivalencia, se basa según Gardner en que «*Todas las relaciones humanas son relaciones ambivalentes, y las infantoparentales no son ninguna excepción. El padre odiado es visto como “todo malo” y el padre amado es “todo bueno”*». in embargo, como veremos más adelante, el mismo Gardner utiliza un pensamiento dicotómico inverso, donde establece un vínculo con el objeto de generar daño por un lado y otro “amoroso” por otro (el del padre “alienado”), justificación esta última que permitiría como mejor opción el cambio de custodia.

En el síntoma 8, la ausencia de ambivalencia descrita en el síntoma 3 se extiende a la familia del progenitor alienado. Según Gardner:

«el odio del padre incluye a menudo a toda la familia extendida de ese padre. Primos, tías, tíos, y abuelos - con quién el niño previamente pudo haber tenido relaciones amorosas - son ahora vistos de forma similar como detestables.» [3]

Gardner incluye en casi todas sus publicaciones, a modo de cláusula la siguiente advertencia:

El SAP «incluye el componente de lavado de cerebro, pero es mucho más extenso. Esto incluye factores no sólo conscientes sino subconscientes e inconscientes dentro del padre que contribuyen a la enajenación del niño. Además (y esto es sumamente importante), esto incluye los factores que surgen dentro del niño - independiente de las contribuciones paternas - que contribuye al desarrollo del síndrome»[1,2,3,]⁸⁰

Atendiendo al texto, podríamos comprender, que según Gardner, el fenómeno del “pensador independiente” (síntoma 4), alude a la etiología del SAP, en cuanto que lo

⁸⁰ GARDNER, R. A., «The detrimental effects on women of the gender egalitarianism of child-custody dispute resolution guidelines», *Academy Forum*, 1994, 38, 1,2, (Spring/Summer 1994), pp 10-13

hace independiente del lavado de cerebro, así como de factores *subconscientes e inconscientes* (incluidos en el concepto de lavado de cerebro) que también irían dirigidos al adoctrinamiento del niño. Es difícil determinar cuál es el objetivo de esta aclaración, aunque sitúa también la causa en el niño sin mediación alguna del progenitor alienador. Cómo determinar qué parte corresponde al alienador y cuál al niño es una cuestión que queda sin precisar.

Expresado de otra forma, el «fenómeno del pensador independiente», es al mismo tiempo causa y síntoma.

Los hijos adquieren de esta forma un papel individual en la campaña conjunta, lo que les confiere muchas veces un diagnóstico adicional propio:

«Los niños con SAP actúan muchas veces como psicópatas y muchos de ellos son psicopáticos. Este es especialmente el caso con respecto a la ausencia de culpa hacia los sentimientos del padre objetivo. Un GAL⁸¹ que reconoce la depravación del niño con SAP puede sentir malestar, e incluso sufrir un conflicto interno para representar de forma entusiasta a un cliente que puede ser tan cruel con otro ser humano, en este caso un amante padre. »[20]

A su vez, por esta «ausencia de culpa», «depravación» y «crueldad» (síntoma 6), supone Gardner que el niño actuará como un “pensador independiente” (síntoma 4) contra el progenitor víctima.

Pero si algún síntoma va a generar importantes “problemas” conceptuales al «síndrome», este es el síntoma 7, la «presencia de escenarios prestados». Según Gardner este síntoma es *«probablemente la manifestación más convincente de programación»* [26] que se ve de forma “típica” en el SAP. Ello merece una mayor atención en otro apartado, pues son las denuncias de un progenitor contra otro sobre posibles abusos y malos tratos a los hijos, el principal desencadenante para investigar la presencia de un SAP, presuponiéndose que dichos abusos denunciados son falsos y que se corresponden entonces con los «escenarios prestados» del síntoma 7.

Terminología empleada para la descripción de los síntomas y orientación pragmática

Al entenderse el SAP como una entidad médica pura, necesita, o se le presupone, el uso de términos especializados. Estos términos especializados, y su especial representación escrita, tienen según García de Quesada⁸², una triple naturaleza:

⁸¹ GAL o Guardian Ad Litem: en 52

⁸² GARCÍA DE QUESADA, M., «Estructura definicional terminográfica en el

referencial, opositiva y contextual. La naturaleza contextual implica que los términos «son al mismo tiempo unidades lingüísticas que participan en la cadena de habla, principalmente en su forma escrita, de un determinado modo. Las restricciones y preferencias del término en el eje sintagmático son también parte de su significado y deben ser analizadas si queremos hacernos una idea completa de la información necesaria para comprender y poder utilizar un término cualquiera». La afirmación de Portolés⁸³, «la pragmática gravita sobre la idea de elección» da sentido a las restricciones y preferencias en la elección de los términos.

Los sustantivos, las sustantivaciones de verbos, las adjetivaciones o los adjetivos (*campaña, ambivalencia, culpa, racionalización, desaprobación, explotación, crueldad, animosidad, débil, absurdo, frívolo, prestado, alienante, alienado*), dan estructura al SAP. Pero también marcan la orientación pragmática del síndrome.

Según Portolés: «Los significados de los palabras condicionan las posibles continuaciones discursivas que esperamos a partir de ellas y, en nuestra opinión, también las inferencias».

El recurso lingüístico de modificación del sustantivo con un “adjetivo calificativo postpuesto” denominado orientación argumentativa, es utilizado profusamente en las descripciones del SAP. Según Portolés, «con este recurso sintáctico se puede aumentar la fuerza como argumento de un sustantivo, pero también se puede invertir esta fuerza, es decir, cambiar su orientación. En el caso de aumentar la fuerza, hablaremos de un adjetivo realizante, si la disminuye o la invierte, desrealizante». ⁸⁴ Así por ejemplo, la orientación argumentativa de expresiones como «*racionalizaciones débiles, absurdas o frívolas*» atribuidas al niño, contrastan con las «*experiencias positivas y amorosas*» con el padre alienado.

Según Metzeltin⁸⁵ «Para describir, clasificar e interpretar su objeto toda

subdominio de la oncología clínica», Tesis doctoral, Universidad de Granada (España), 2001, *Estudios de Lingüística Española*, 2001,14, Disponible en: <http://elies.rediris.es/elies14/>, Acceso 14 sept 2007.

⁸³ PORTOLÉS, J., *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación* 16, noviembre 2003. ISSN 1576-4737. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/circulo/no16/index.htm>

⁸⁴PORTOLÉS, J., *Ibíd.*.

⁸⁵ METZELTIN, M., *Semántica, pragmática y sintaxis del español*, Wilhelmsfeld: Egert, 1990, citado en: Jiménez Cano, J., M., «Las unidades lingüísticas: ¿una cuestión cerrada?», *Tonos Digital. Revista electrónica de estudios filológicos*, 2, 11, 2001. Disponible en:

ciencia precisa de un lenguaje objetivante o desambiguante, cuyos significantes tengan un significado y un uso unívocamente definidos, de manera que los científicos del ramo puedan controlar las descripciones, clasificaciones e interpretaciones propuestas». Si bien el SAP es formulado por Gardner al modo de las clasificaciones basadas en criterios operativos como los DSM y las CIE, nunca explicitó el significado otorgado por él a los términos que componen el síntoma.

En los síndromes médicos, cada síntoma o signo queda bien definido, como puede ser el *epicanto* del Síndrome de Down: repliegue cutáneo que recubre el ángulo interno de los ojos. Pero términos como “campana”, “denigración”, “justificable”, etc. son difíciles de operativizar. Se interrumpe con ello la posibilidad de comunicar el sentido de lo dicho, y el sistema de ideas creado queda cerrado al exterior y al acceso de otros científicos.

Para Fulford *et al.*⁸⁶, la «vaguedad semántica» señala que «*si existe una ausencia de claridad o precisión en el significado de los términos clave, entonces el mismo problema infectará cualquier conclusión a la que se llegue*».

Por otra parte, en los síndromes médicos, los síntomas son independientes conceptualmente entre sí, no se contienen unos a otros, ni se justifican entre ellos. Este es el caso de la clinodactilia que *no justifica* que haya un surco palmar único (Síndrome de Down), o el esputo purulento que *no justifica* la fiebre. En el SAP, cada síntoma parece explicar más que definir distintas partes del argumento.

Gardner no hizo referencia en ninguno de los textos a la pureza de los síntomas, sólo los define como dispares entre sí. Pero no son tan dispares como pretende Gardner cuando se incluyen unos en otros o se justifican entre sí. Es el síndrome el que es puro, y el que permite un *fácil* diagnóstico del SAP.

Por último en este apartado, señalemos que aunque la idea de campana de denigración nos remite a acciones activas, anticipadas y proyectadas “contra” alguien, los ocho síntomas nos evocan más, una actitud de rechazo “frente” a ese alguien, es decir de una actitud reactiva o defensiva. O bien cabe preguntarnos si los síntomas son respuestas ante el evaluador, mediatizadas por un contexto pericial.

La atribución de sentido a los comportamientos y expresiones de los niños

http://www.um.es/tonosdigital/znum2/relecturas/unidadeslingTonos2.htm#_ftn3
[Acceso: 5-10-2007]

⁸⁶ FULFORD, K., W., M., THORNTON, T., GRAHAM, G., ob.cit (ref 44). p.109

Básicamente, la definición de los mismos se entiende derivada de: su contenido semántico, la actitud del niño -por sí misma o a través de sus comentarios (*frivolous*)-, y de las atribuciones del observador sobre sus intenciones (*deprecación* o desaprobación).

Según Díez Patricio⁸⁷, interpretar una conducta siempre implica darle un sentido, «*es decir atribuirle motivos y/o intenciones*». Esto conlleva a que «*las inferencias acerca del sentido de la conducta son, por lo tanto, juicios de intención*». Es decir, no son hechos inequívocos, sino valoraciones y atribuciones que pertenecen en gran medida al observador.

La interpretación, según Díez, a diferencia de la afirmación del SAP, no es unívoca. Otros contextos pueden explicar la similitud que Gardner encuentra en los niños con SAP. Por ejemplo una situación constatable de malos tratos y abusos, es un contexto que puede reproducir las mismas reacciones en estos niños. Este contexto es admitido por el SAP, aunque con reservas como veremos.

Según Berrios⁸⁸, los síntomas, sobre todo los psíquicos, son «constructos» en los que abunda su carácter heterogéneo, y así «*las diferencias entre los síntomas no sólo tienen lugar en el nivel descriptivo, sino también en su origen, estructura y expresión*». En el SAP, se comprende que la descripción de los síntomas apunta al origen. Sin embargo, según expresa Berrios respecto a la generación de los síntomas, «*el producto final de dicho proceso es el resultado de una suerte de negociación pragmática entre el paciente y el clínico que le atiende*». Para hacer un análisis psicopatológico de los síntomas, no pueden ser olvidadas las *modificaciones* derivadas de «*las capacidad del paciente para expresar el concepto subyacente y por las construcciones del clínico y la pragmática de la entrevista*».

El contexto de litigio, que se define en el SAP de una forma muy generalizada, puede comprenderse mejor si lo delimitamos a contextos más restringidos que hablan, por ejemplo, de evaluaciones con consecuencias inciertas para el niño. ¿Podrían los síntomas ser también respuestas a una actitud defensiva frente al evaluador? La afirmación de Givón⁸⁹: «*el significado de una expresión no puede ser completamente*

⁸⁷ DÍEZ PATRICIO, A., «Aproximación a una teoría pragmática de la conducta psicótica», *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2005, 34, 94, pp. 29-41.

⁸⁸ BERRIOS, G., «Concepto de psicopatología descriptiva», en: Villagrán, J., Luque, R., (eds) *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*, Madrid, Editorial Trotta, 2000, pp .109-145

⁸⁹ GIVÓN, T., «Mind, code, and context: Essays in pragmatics», Hillsdale, NJ:

entendido sin entender el contexto en el cual se utiliza la expresión», es especialmente pertinente en el caso del SAP.

Evidentemente, la pragmática de una entrevista clínica es diferente a una evaluación cuyo objetivo es obtener la verdad o la falsedad de un testimonio. Dependiendo de la edad del niño, y las experiencias previas (buenas o malas para él/ella), las contestaciones ante el evaluador estarán muy mediatizadas por el hecho de saber, que de nuevo, sus respuestas pueden tener un resultado incierto para él/ella.

La sintomatología infantil y su relación con la adquisición progresiva de las distintas capacidades

El conjunto de ocho síntomas del SAP se considera válido en todas las edades. En ningún momento se contemplan en el SAP variables que han sido siempre consideradas básicas para la comprensión del desarrollo del niño y el adolescente: *la capacidad de representación, el desarrollo del lenguaje, el papel del juego, el desarrollo de la capacidad de pensamiento, la comprensión de la realidad y la fantasía, la construcción de teorías sobre la realidad, las relaciones con los otros, el desarrollo moral, o el progresivo conocimiento del mundo social*⁹⁰. El niño que se evalúa en el SAP es así, “el mismo” desde su nacimiento hasta la adolescencia (incluida ésta).

Pero esto elude lo investigado a lo largo de décadas, especialmente en el siglo pasado, sobre el desarrollo evolutivo del niño y la progresiva adquisición de nuevas capacidades. Kagan⁹¹ expresa en este sentido que *«el temor a la separación de la madre, la consciencia de las propias intenciones, la aparición del sentimiento de culpabilidad y del orgullo, la capacidad de compararse con los demás y el descubrimiento de incoherencia entre las propias ideas –además de otras muchas cualidades universales- se basan en capacidades cognitivas que dependen de la maduración del sistema nervioso central. Desde luego, tanto la maduración como sus consecuencias psicológicas necesitan para actualizarse, de encuentros con personas y objetos, pero su aparición debe esperar a los cambios biológicos».*

Lawrence Erlbaum Associates, 1989, p 1-2.

⁹⁰ Epígrafes de los capítulos de: DEVAL, J., *El desarrollo humano*, 7ª Ed., Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2006.

⁹¹ KAGAN, J., *El niño hoy. Desarrollo humano y familia*, Madrid, Espasa-Calpe, 1987, p.247.

c.4 La etiología y el mecanismo de acción del SAP

El mecanismo de acción como premisa para una deducción lógica. El equivalente al mecanismo de acción en las enfermedades, en el SAP lo constituye el adoctrinamiento y «lavado de cerebro»⁹²⁹³. Para definir el adoctrinamiento como mecanismo de acción que opera en el SAP, Gardner aludirá a su propia experiencia. No será por otra parte un apartado, en el que, aun siendo fundamental para la constitución del SAP, profundice este autor. La definición que ofrece es la siguiente.

«Uso el programa de palabra programación por ser aproximadamente un sinónimo de lo que familiarmente es llamado 'lavando el cerebro'. Uso la definición de diccionario: 'Para causar, absorber o incorporar respuestas automáticas o actitudes'»

Gardner utiliza la metáfora de la programación en ordenadores, que aplicada a humanos significaría la introducción en los circuitos cerebrales de respuestas y actitudes que pueden ser activadas según los deseos del programador. A partir de ello *«el material recuperado será verbalizado y actuado de una forma automática que burla los primeros deseos, creencias y juicios propios del individuo. [...] programa se refiere a la implantación de información que puede estar directamente en discrepancia con lo que el niño antes ha creído sobre y ha experimentado con el padre alienado»* [20]

En su definición del SAP, Gardner habla de la campaña de un progenitor contra otro, y que ello se ejerce por medio del adoctrinamiento en el niño. Pero pasa desapercibida en la definición que el mecanismo de adoctrinamiento funciona como una *premisas oculta* que alcanza deductivamente una conclusión (tampoco explicitada): dado que para ser adoctrinado se requiere un estrecho contacto en el tiempo y el espacio con el hijo programado, el progenitor custodio y el alienador ocupan una misma posición.

Normalmente esta posición de progenitor custodio la ocupa la madre. Por el contrario, las figuras de progenitor no custodio y alienado, suelen coincidir con la figura del padre.

La elección de la mujer como alienadora parece pues, casi inevitable, a partir de las premisas del propio diagnóstico. Como razonamiento lógico y formal, algunos hombres pueden ser incluidos, si en el momento en el que se formula la denuncia se

⁹² RODRÍGUEZ CARBALLEIRA, A., *El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva*, Barcelona, Editorial Boixareu Universitaria, 1992.

⁹³ LOEWENSTEIN, R.J. y PUTNAM, F.W., «Dissociative Disorders», en: Sadock, B.J.; Sadock, V.A., (ed.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkin, 2005. pp. 1895-1897.

encuentran en la posición de custodio.

Esta lógica es evidente para Gardner:

«Desde mediados de 1990, he notado de un incremento en el número de hombres que inducen SAP en sus hijos, hasta el punto de que ahora la proporción es de aproximadamente 50/50. [...] Creo que una de las razones de este cambio se relaciona con el hecho de que los hombres tienen ahora más probabilidades de ser cuidadores principales (custodios), tienen mayor acceso a los niños, y así disponen de más tiempo y oportunidades para el programarles. Además, con un mayor reconocimiento general de la SAP, más hombres están aprendiendo sobre las técnicas de programación. En consecuencia, los adoctrinadores del SAP ya no son específicos de un de género» [20]

La equidad deductiva que reparte el SAP en una proporción del «50/50» entre los géneros...

Gardner aportará en varios trabajos un dato tomado de su experiencia: la proporción de alienadores se repartirá (o ya lo habría hecho) en un «50/50» entre ambos géneros. Gardner acepta que ello no es fruto de ningún trabajo empírico: «*podría haber sido prematuro por mi parte llegar a conclusiones definitivas sobre si este cambio es un fenómeno general o simplemente una experiencia aislada propia*»⁹⁴ [13]. Pero pese a todo Gardner dará por buena, y válida, su apreciación del «50/50» como señal de que el SAP no tiene ninguna predominancia por un género [8,12,18]. Los puntos suspensivos de este párrafo se completarán unas líneas más abajo.

La mujer como causa principal del SAP: ¿hallazgo científico o deducción lógica inválida?

Los hallazgos de Gardner situaban a la mujer como agente causal adulto del SAP entre un 85 y un 95 por ciento. En base a este dato, Gardner justifica identificar al progenitor alienador con la figura de la madre, y el alienado con la del padre.

«Mis propias observaciones desde principios de los años 80, cuándo yo primero empecé a ver este desorden, han sido que en el 85-90 por ciento de todos los casos en los cuales he sido involucrado, la madre ha sido el padre alienador y el padre ha sido el padre alienado. (...) Por simplicidad de presentación, entonces, a menudo he utilizado el término 'madre' para referirme al alienador, y el término 'padre' para referirme al padre alienado» [8,14,20].

⁹⁴ GARDNER, R., A., «June 1999 Addendum», Parental Alienation Syndrome (2nd Edition) Creative Therapeutics, Inc., Cresskill, N.J. 07626, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.fact.on.ca/Info/pas/gard00b.htm>, hospedada en: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007)

Pero cabe preguntarnos si este porcentaje de la mujer como principal alienadora, es el resultado de un hallazgo científico, o la conclusión de un razonamiento lógico a partir de unas premisas que lo antecedan.

Según el sentido positivista empírico, el hallazgo científico (probado) requiere una metodología correspondiente. El método científico puede basarse en el método inductivo o en el deductivo. El primero, de naturaleza generalizadora, intenta alcanzar leyes o principios universales a partir de una serie de observaciones de carácter particulares. El método deductivo, en dirección inversa, partiendo de un principio o una proposición, busca extraer lo particular o concreto. Sin embargo, como señalan G-Portilla y Bobes⁹⁵ respecto al segundo, *«este método es sobretudo apto para aquellas ciencias en que las reglas se siguen de forma perfecta, lo que solemos llamar ciencias exactas: matemáticas o física. La uniformidad en la respuesta en estas ciencias es la norma. Por el contrario, en medicina no ocurre así, sino que el número de variables que concurren es tan extremadamente elevado que nunca podremos predecir con total exactitud el comportamiento en un caso particular. Desde este punto de vista el método deductivo no sería normalmente aplicable a la psiquiatría. No obstante, ambos procedimientos, inductivo y deductivo, se complementan [...]»* Si bien Gardner llega a sus conclusiones inductivamente a partir de su propia experiencia, *no continúa sin embargo con el método científico*, que pasa inevitablemente por cumplir unas reglas específicas para la probación de las hipótesis⁹⁶.

El SAP ve imposibilitada la vía empírica, pues no se pueden crear las condiciones necesarias para poner a prueba la validez de sus hipótesis. El SAP intentará entonces demostrar sus resultados como consecuencia de una deducción lógica. Es esta aplicación la que determina que progenitores custodios y alienadores coincidan, y que

⁹⁵ G-PORTILLA, M., P., y BOBES, J., «Aproximación a la investigación clínica en psiquiatría», en *Nuevas fronteras en psiquiatría*, Bobes, J., (dir.), Barcelona, DOYMA, 2001. p.5.

⁹⁶ Mario Bunge sintetizaba el método científico en la siguiente *«secuencia: inspección de un cuerpo de conocimiento → elección del problema en este cuerpo de conocimiento → formulación o reformulación del problema → aplicación o invención de un enfoque para afrontar el problema → solución tentativa (hipótesis, teoría, diseño experimental, instrumentos de medida, etc.) → examen de la solución tentativa → evaluación de la solución tentativa a la luz tanto de la prueba como del conocimiento del trasfondo → revisión o repetición de cualquiera de los pasos previos → evaluación final (hasta nuevos descubrimientos)»* BUNGE, M., *Diccionario de filosofía*, México, Siglo XXI editores, 3ª ed., 2005, p. 142

por tanto, en un porcentaje tan elevado, la mujer aparezca como la causa. Pero aunque esta deducción es aplicada por el SAP, existe una cláusula oculta añadida:

Para adoctrinar, el tiempo disponible, aun fundamental, está ponderado por la capacidad para realizar el adoctrinamiento (la cual no es proporcional al tiempo).

La equidad deductiva que reparte el SAP en una proporción del «50/50» entre los géneros : tiempo para adoctrinar / potencia para adoctrinar

Gardner no definió la *cantidad de tiempo* necesaria y ni *la intensidad del vínculo*. Esto es una cláusula añadida a la deducción, sin más medida que la apreciación del observador, de la misma forma por la que él justificó la proporción *equitativa* del «50/50» entre ambos géneros:

« [...] los padres están disfrutando cada vez más de la ampliación del tiempo de visita con sus hijos, posibilitando que los padres tengan una vinculación más profunda y más tiempo para programarles. Además, con el creciente reconocimiento del SAP, los padres han aprendido acerca de las maniobras de adoctrinamiento del SAP» [16]

Esta equidad parece *sólo* justificar que el SAP no tiene una predominancia por el género femenino, pero el fragmento porta con ella la siguiente afirmación: *quien más capacidad de adoctrinar posea será el alienador*. En este fragmento, el tiempo de las visitas es *suficiente* para adoctrinar. Esto justificará tras el cambio de custodia, como veremos más adelante en el «diagnóstico diferencial», que el tiempo de contacto con el progenitor diagnosticado, y considerando el poder del adoctrinador, se considerará la causa de la agudización de «síntomas de SAP» en el niño. El resultado consecuente en el caso de «exacerbación» de síntomas, pero aplicando ya la lógica del «diagnóstico diferencial», será restringir más el tiempo de contacto.

Las propiedades naturales de la mujer para alienar

Pero pese a que Gardner considere que en un futuro la proporción entre géneros se equilibre, y que por tanto que el SAP es independiente del género, el autor añadirá facultades específicas y de origen “natural” en la mujer, que la harían, casi inevitablemente, proclives a ocupar además del papel de primer progenitor custodio, el de alienadora.

Gardner sitúa el origen del SAP en el vínculo entre el niño y el “cuidador primario”. En uno de sus primeros trabajos, Gardner explica el origen del SAP sobre la

base de unos fundamentos genéticos producto de la selección natural que habrían diferenciado las características de cuidador entre ambos sexos. Esta selección habría favorecido en las mujeres la función de primera cuidadora y la selección por ellas de hombres con un mayor desarrollo en las habilidades de protección de la familia:

«Fue más probable que estas mujeres buscasen a hombres para los fines de la quedar embarazadas y más probable que fuesen buscadas por hombres que desearan progenie. De forma similar hubo una propagación selectiva preferente de hombres que fuesen hábiles proveedores de comida, ropa, refugio, y protección de mujeres y niños. Tales hombres fueron preferentemente buscados por mujeres con elevados instintos de crianza»⁹⁷.

Según Gardner, las circunstancias medioambientales pueden cambiar los impulsos instintivos, pero aún hoy las mujeres estarían más favorecidas (genéticamente) para la etapa de crianza del niño pequeño. Gardner distingue siempre entre crianza y periodo “formativo” del niño, pero no define con claridad el límite entre ambos periodos. El primero está para Gardner próximo -antes y después- al nacimiento, y se corresponde con funciones fundamentalmente nutricias. Mientras, las funciones correspondientes al hombre son: proveer de «comida, ropa, refugio, y protección de mujeres y niños». La custodia compartida implicaría además una pauta novedosa y muy compleja en la cual ambos progenitores cederían parte de lo que considerarían sus derechos en favor del desarrollo del niño.

En este sentido, la respuesta de la madre ante esta opción legal, sería según Gardner más instintiva y primitiva (y similar a la del niño). Gardner incluirá a las mujeres «en dos categorías:

Aquellas madres que programan activamente al niño contra el padre, quienes están obsesionadas con el odio por el ex marido, y que activamente instigan, animan, y ayudan a los sentimientos del niño de alienación, y 2) Aquellos madres que reconocen que dicha alienación no va con los mejores intereses del niño y está dispuesta a tomar un acercamiento más conciliador a las solicitudes del padre. Ellos continúan un compromiso de custodia compartida o permiten (aunque de mala gana) al padre tener la custodia exclusiva teniendo un programa de visita liberal»⁹⁸.

El niño tiene también un papel causal propio. Este fue abordado antes en la descripción y análisis de los ocho síntomas. El concepto del niño como agente cruel y

⁹⁷GARDNER, R., A., «Judges Interviewing Children in Custody/Visitation Litigation», *New Jersey Family Lawyer*, 1987, VII, 2, 1987, pp. 26ff

⁹⁸GARDNER, R., A., «Judges Interviewing Children in Custody/Visitation Litigation», *New Jersey Family Lawyer*, 1987, VII, 2, 1987, pp. 26ff

falso, se apoya en la ausencia *justificada* para su ambivalencia. La indefinición sobre qué porcentaje corresponde al niño o al progenitor alienador en el proceso llamado campaña de denigración, permite balancear el grado de participación entre ambos. Con ello, y en todo caso, la etiología queda probada. Es en el niño en el que se diagnostica el SAP, y es al niño al que se niega cualquier veracidad en su declaración. La carga semántica de los síntomas atribuidos constituyen la descripción del niño; y su animosidad, salvo que se entienda *justificada*, se da también por hecho.

¿Juega algún papel el padre en el rechazo del niño?

La respuesta que podemos inferir de los escritos de Gardner, es exclusivamente que dicho rechazo es injustificado.

Al igual que el *adoctrinamiento*, aparecerá aquí un mecanismo que se da por comprobado: la *amnesia* del niño.

La *amnesia* de experiencias «*positivas y amorosas*» con el progenitor alienado, aunque enunciado por Gardner [14,20,26], podría haber sido formulado como síntoma, pues al igual que los otros, explica el rechazo hacia el progenitor objeto del mismo y la reescritura de la historia, de forma similar a como actúa el *Síndrome de la Falsa Memoria* (SFM) [26]:

«Los niños con SAP no tienen un período de amnesia entre el tiempo de cese de los abusos y su recuperación del recuerdo en el tratamiento. Los niños con SAP, sin embargo, exhiben lo que parece ser amnesia. Especialmente, pueden negar cualquier experiencia agradable con el padre alienado a lo largo de toda su vida y demandan que todo placer ostensible con el padre objetivo (víctima), como escenas de momentos felices en Disney World, fueron sólo encubrimientos de la miseria y la pena que ellos estuvieron sufriendo durante aquel viaje. La "reescritura de la historia" típicamente vista en niños con SAP, es análoga al hiato sin memoria visto en pacientes con FMS»[26]

El fragmento es confuso, pues no se sabe si la reescritura de la historia es intencionada, o se realiza sobre un periodo amnésico. Sea como sea, este mecanismo o síntoma similar a los anteriores, refuerza que no haya justificación, pues el progenitor alienado, entonces, siempre fue un buen padre. Esta condición, la bondad presupuesta del padre, es *necesaria* para la adopción de la medida de cambio de custodia.

Como se señaló en la introducción, el papel del padre en el rechazo fue para Gardner uno, si no el principal motivo de discrepancia con el concepto de «alienación

parental». El concepto de alienación parental, entendida como dinámica familiar⁹⁹, y no como síndrome médico “puro”, al introducir el papel del padre, da una explicación alternativa al SAP sobre la dinámica del rechazo.

Con ello, rompe el argumento dicotómico radical del SAP, y a su vez: el papel causal de un único progenitor, y la justificación de cambio de custodia inmediata basada en supuestos argumentos científicos y médicos (que en parte se apoyaban también en la misma dicotomía).

Una vez diagnosticado el SAP en el niño, efecto de un adoctrinamiento por definición, el agente etiológico adulto es identificado (habitualmente, por deducción, el progenitor tutor). Esta fase tiene una dimensión pragmática que se desarrolla fundamentalmente en los juicios, pues aporta la justificación teórica para: la identificación del SAP, la aplicación de las medidas propuestas, y para realizar un “seguimiento” del niño y de ambos progenitores cuando las medidas forman parte de la sentencia. Esto da paso a la siguiente fase de acciones y medidas definidas «terapéuticas».

En conclusión, el adoctrinamiento como mecanismo de acción es una *premisa* necesaria en el SAP, pues tras diagnosticar al niño, es:

1. El que orienta el diagnóstico de alienador hacia el progenitor que tiene la custodia
2. El que justifica el tratamiento basado en la erradicación de su acción mediante la separación del agente considerado causal.

No obstante, y esto acompaña al argumento, aun siendo la premisa necesaria *no será suficiente* hasta que no aplique como fórmula la relación entre el tiempo para adoctrinar y la potencia para hacerlo. Esta fórmula permite reorientar, si el evaluador lo considera, el diagnóstico hacia el progenitor no custodio o, *reafirmar* el diagnóstico sobre el progenitor que lo fue hasta el cambio de custodia.

D. LA CLÁUSULA DE EXENCIÓN SOBRE DIAGNÓSTICOS ERRÓNEOS

Por ella el SAP se autoexime de diagnósticos equivocados sobre la existencia de abusos y malos tratos a los hijos. La imposibilidad para discriminar entre abusos y maltratos verdaderos (y las reacciones diagnosticadas en los niños) fue para Gardner y

⁹⁹ JOHNSTON, J., R., «Parental alignments and rejection: an empirical study of alienation in children of divorce, *J Am Acad Psychiatry Law*, 2003, 31, pp.158 -70.

es, la “piedra de toque” del SAP.

Las situaciones contadas por el niño sobre su relación con un progenitor, y denunciadas o advertidas por el otro progenitor como «maltrato / abuso sexual / negligencia», conforman para Gardner los *escenarios inexistentes* del SAP. La difusión de los temas sobre abusos sexuales, será para Gardner también causa de la extensión del SAP por incorporarlos en la imaginaria popular. Las denuncias falsas sobre lo que se denominan escenarios prestados (síntoma 7), se convierten según Gardner en una “arma” principal de la campaña de denigración (síntoma 1).

«Nosotros estamos ahora observando otro fenómeno que contribuye al desarrollo del síndrome de alienación parental: la atención extendida que está siendo dada al abuso sexual de los niños por los padres. Antes, el acuerdo general entre los que trabajaban con niños sexualmente abusados consistía en que era sumamente raro que un niño fabricara el abuso sexual. Esto ya no es el caso. La acusación por el niño del abuso sexual de un padre puede ser ahora un arma poderosa en la campaña de alienación. Un padre vengativo puede exagerar un contacto no existente o sexual inconsecuente y construir un caso de abuso sexual - aún al punto de informar sobre el presunto abusador infantil a autoridades investigadoras y entablar un pleito» [1]

Gardner establece que los escenarios creíbles de los niños *genuinamente abusados*, están «en contraste con los niños programados, cuyos escenarios son algunas veces increíbles» [9]

Los criterios que utiliza Gardner para distinguir lo creíble de lo que no es, son bastante particulares:

«Creer a estos niños es creer que un padre, en su 30 o sus 40, cambió su orientación sexual de la recta heterosexualidad a la pedofilia. En lugar de negar esta realidad, tenemos que desarrollar criterios para diferenciar entre afirmaciones verdaderas y falsas acusaciones, sobre todo porque las personas inocentes están siendo encarceladas».[16]

En este sentido, para evitar el error, Gardner propone usar *conjuntamente* los criterios del trastorno por estrés postraumático. Según el autor, la descripción en el DSM-IV de este trastorno, se aproximaría a la reacción propia de un niño abusado[9]. En un artículo de 2004, de forma parecida, Gardner propuso apoyarse en los criterios que se describían en el «Síndrome de la Falsa Memoria» 26] (SFM) para ayudar (al SAP) a distinguir el testimonio veraz del falso.

Pero la mejor forma, según Gardner, para distinguir la sintomatología que diferencia el abuso verdadero de falso, será seguir detalladamente las indicaciones de su libro[16] y sus artículos [9].

«Los evaluadores que sigan cuidadosamente estas directrices deberían tener poca dificultad para hacer esta importante diferenciación, aunque existen algunos casos en los que el SAP y el abuso pueden coexistir. Cuando el factor abuso es claramente el predominante, entonces el diagnóstico de SAP no está justificado» [16]

Gardner admitió incluso la posibilidad de que muchos padres abusadores, aleguen en su defensa la existencia de un SAP como explicación de la alienación:

«Con el creciente reconocimiento del SAP, [...] padres que son verdaderamente abusadores han estado alegando que la animosidad de los niños hacia ellos no tiene nada que ver con su abuso sino el resultado de una programación de SAP por el otro progenitor. Esto se ha convertido en una racionalización común y una maniobra de distracción por padres abusivos. Algunos de estos padres han tenido éxito en convencer a los tribunales de que no eran abusadores y que el SAP es el responsable de la alienación» [16]

Gardner, en una actitud defensiva, planteará que el error en el diagnóstico de SAP no corresponde al «síndrome», sino al evaluador:

«Los críticos, entonces, demandan que soy de algún modo responsable de esta situación desafortunada. Esto es equivale a culpar a Tourette y a Down cuando alguien maldiagnostican los trastornos que ellos primero describieron» [6]

En todo caso el SAP no ha mostrado capacidad para discriminar la *falsedad* de las denuncias de abusos. Finalmente, sólo pudo establecer como cláusula en su definición que “*Cuando un «maltrato/abuso sexual/negligencia» está presente, la animosidad puede estar justificada y así la explicación del síndrome de alienación parental para la hostilidad del niño no es aplicable*”[20]. Esta cláusula, que busca eximir de toda aplicación errónea del SAP, introduce de nuevo el término «justificación». Y persiste la duda sobre qué era justificable o no para Gardner.

E. EL SAP COMO MEDIDA JUDICIAL: EL «DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL», «LA TERAPIA DE LA AMENAZA» Y «EL TERAPEUTA DEL SAP»

El diagnóstico diferencial, la terapia de la amenaza y el terapeuta especializado en el SAP, están íntimamente vinculados. El diagnóstico diferencial es dinámico, actúa a través del tiempo. Puede aumentar o disminuir en intensidad, aunque Gardner apoya más bien la primera posibilidad. Sobre él gravita la terapia de la amenaza, como forma de coacción, tanto sobre el progenitor alienado como sobre el niño. Dependiente uno de otro, la terapia se intensifica o decrece al mismo ritmo que lo hace el diagnóstico diferencial. El terapeuta especializado en SAP, es el nuevo profesional designado por el

juzgado con capacidad para valorarlo y dotado de poder para sugerir su ejecución.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El elemento del SAP que mejor representa y materializa un argumento circular lo constituye el «diagnóstico diferencial» [10,23,24,25].

Entendido de forma diferente a como se hace en medicina¹⁰⁰, en el SAP se entiende como diagnóstico diferencial al sistema empleado para clasificar los distintos grados o niveles del síndrome. Como veremos después esta clasificación afectara al tipo de medidas que se emprenderán judicialmente.

Existen pues dos tipos de diagnóstico: El *primer* diagnóstico, a la vez que detecta el «adoctrinamiento» en el niño, diagnostica al progenitor «alienador» de forma prácticamente *automática*, pues esto es su conclusión lógica. Como comentamos en el apartado *c.4*, el *adoctrinamiento* actuaba como una premisa a partir de la cual, el diagnóstico de alienador se orientaba deductivamente hacia el progenitor que en ese momento tenía la custodia.

El *segundo* diagnóstico se basa en dos fuentes de información:

1. El propio *expediente judicial* (que ahora tendrá prácticamente un tratamiento de *expediente clínico*).

2. Y sobre todo en base a las reacciones *a posteriori* del progenitor y del niño ya diagnosticados, y que tienen lugar conforme se van ejecutando las acciones judiciales reflejadas en la sentencia. De esta forma, toda reacción entendida como *no razonable* será diagnosticada (dentro del paradigma que los considera ya “*progenitor y niño SAP*”) como *síntoma* adicional del SAP y sobre todo, señal de *agravamiento sintomático*.

El contexto cambia cuando se diagnostica SAP, todo cobra un nuevo sentido. El propio SAP es el nuevo contexto del diagnóstico diferencial.

Como diagnósticos diferenciales se definen tres niveles de SAP: leve, moderado y severo. El diagnóstico que se realiza aquí es también doble, sobre «*el nivel de los síntomas en el niño*» y sobre «*el nivel de los síntomas del alienador*». No se definen criterios operativos para determinar cada nivel: *mínimo*, *moderado*, o *formidable* en que se clasifica la «*campana*», y *medio*, *moderado* y *severo*, para evaluar el grado de los

¹⁰⁰ Diagnóstico diferencial: distinción entre dos o más enfermedades con síntomas similares, mediante la comparación sistemática de sus signos y síntomas. En: LÓPEZ GALÁN, S., *Diccionario de psicología y psiquiatría*, Jaén, Rey Alí, 2006, p.117.

síntomas en el niño y en progenitor alienador.

Como ejemplo, dos de los síntomas (6 y 7) en el niño, son clasificados según los siguientes criterios[24]:

«Ausencia de culpa: culpa normal (medio); de mínima a ausente (moderado); sin culpa (severo)».

«Escenarios prestados: mínimo (medio); presente (moderado); presente (severo)».

Especial atención requieren los cuatro ítems añadidos a la calificación de los ocho síntomas, basados en las conductas de los niños (no se distingue en ningún momento la edad):

«Dificultades transicionales en el momento de las visitas: usualmente ausentes (medio); moderadas (moderado); formidables o visita no posible (severo).

Comportamiento durante la visita: bueno (medio); intermitentemente antagonista y provocativo (moderado); sin visita, o comportamiento destructivo y continuamente provocativo a lo largo de la visita (severo).

Vinculación con el alienador: fuerte (medio), saludable; fuerte, mediano a moderadamente patológico (moderado); severamente patológico, a menudo vinculación paranoide (severo).

Vinculación con el padre alienado: en los tres niveles, «fuerte, saludable o mínimamente patológico».

El diagnóstico *leve, moderado o severo* de los «síntomas» del alienador se basa en la frecuencia de la ocurrencia de una serie de factores. Enumerados, estos son [23]: *«presencia de severa psicopatología previa a la separación»; «frecuencia de pensamientos de programación»; «frecuencia de verbalizaciones de programación»; «frecuencia de maniobras de exclusión» («Por ejemplo, obstrucción a las visitas, bloqueo del acceso al teléfono, falta de provisión de información relacionado con el colegio, la atención médica, y el tratamiento psicológico»); «Frecuencia de denuncias a la Policía y a los Servicios de Protección de la Infancia»; «litigaciones»; «Episodios de histeria» (definidos estos como «explosiones emocionales, hiperreacción, asunción de peligro cuando ello no existe, dramatización, comportamiento para atraer la atención, capacidad de juicio disminuido, liberación de la angustia con búsqueda de un chivo expiatorio, capacidad de propagación, e intensificación de síntomas en el contexto de litigios»); «frecuencia de violaciones de las ordenes de la corte»; «éxito en la*

manipulación del Sistema Legal para intensificar la Programación (esto alude a los retrasos de la justicia para intervenir o adoptar medidas contra el alienador y riesgos de intensificación de la Programación si se mantiene la custodia primera»).

Si atendemos al tipo de cada alienador, esta clasificación se basa en: *medio, moderado y severo*. Reproducimos «*el nivel de los síntomas en el alienador*» en dos ítems:

«Frecuencia de pensamientos adoctrinadores: ocasional, frecuente y persistente», (para alienador: *medio, moderado y severo* respectivamente).

«Frecuencia de denuncias a la policía y los servicios de protección de menores: ocasional, frecuente, repetidamente», (para alienador: *medio, moderado y severo* respectivamente).

El primero de ellos representa la capacidad para diagnosticar, no sabemos si expresiones verbales o gestuales, o la inferencia de pensamientos internos. Esto no puede ser capturado psicopatológicamente por la psiquiatría ni la psicología clínica. Realmente se tratarían más bien de proyecciones del propio evaluador; es decir, son conclusiones que pertenecerían más al evaluador que al observado.

El segundo ítem, es la sintomatización de lo que entendemos que es un derecho de la persona. ¿Cuál es su objetivo pragmático? No sabemos si lo siguiente es una respuesta, pero sin duda esta interpretación como síntoma disuade de apelar a los servicios *destinados* para este fin. Este punto entra en contradicción, por ejemplo, con las medidas de visibilización de la violencia de género que promueven las leyes actuales en este país, y para las cuales, la «denuncia» es el elemento clave para la intervención de la justicia.

Una vez realizados los dos diagnósticos, las medidas y tratamientos se adoptarían en función de una relación establecida entre cada uno de los tres niveles diagnosticados en el alienador y los niveles correspondientes diagnosticados en el niño. El ojo del observador, o evaluador, se considera que no afecta a la secuencia de acciones.

Como dijimos al principio, el diagnóstico diferencial es mantenido en el tiempo, nunca se plantea el cese de un periodo de aplicación. La alienación es tratada como un proceso mental crónico:

«El proceso de alienación se ha hecho un modus vivendi y ha llegado a estar tan profundamente integrado en la estructura psíquica del alienador que es improbable que los procesos de programación se paren cuando el pleito haya terminado. La compulsión a alienar ha quedado cerrada dentro del circuito

cerebral y tiene una vida propia» [17]

Es aquí donde la premisa de Gardner: «*La Negación del SAP es la Defensa Primaria del Alienador*» [19], cobrará una importancia especial. Dicha premisa constituye una falacia argumentativa denominada *desplazar el peso de la prueba*¹⁰¹. Esto fuerza al interpelado (definido ya en la premisa como alienador) a una paradoja (falacia): demostrar la inexistencia del SAP, o de *su* SAP. Pero en virtud del pensamiento circular, en cuyo «*círculo vicioso la conclusión ya ha aparecido tempranamente en el argumento*»¹⁰², cualquier intento del progenitor diagnosticado de actuar legalmente o de probar la inexistencia de *su* SAP habla de su condición de *alienador*¹⁰³.

Además, dado que el diagnóstico diferencial es dinámico, pudiendo cambiar el nivel, disminuyendo o aumentando las medidas, se arriesga a la consumación del cambio de custodio, o al aumento de restricciones para ver a su hijo/a. Esto último constituye el siguiente apartado.

LA TERAPIA DE LA AMENAZA

El Síndrome de Alienación Parental es la «Terapia de la amenaza» como concepto acuñado por Gardner. La amenaza, permite manipular a la gente que no coopera:

¹⁰¹ «*Consiste en hacer un intento por lograr que sea el retador quien comience por probar por qué el punto de vista que él ha puesto en duda es incorrecto. En una disputa no mixta, sólo una parte ha presentado un punto de vista y sólo esa parte puede tener el rol de protagonista. En consecuencia, esta parte es también la única que puede tener obligación de defender el punto de vista. Si trata de desplazar el peso de la prueba hacia la parte que se considera que cumple el rol de antagonista, comete una falacia.*» En: VAN EMEREN, F., H., GROOTENDORST, R., *Argumentación, comunicación y falacias. Una perspectiva pragma-dialéctica*, 2ª Ed., Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2002, pp. 138-139.

¹⁰² «*Petito principii*», en FULFORD, K., W., M., THORNTON, T., GRAHAM, G., ob.cit (ref 44) p.108

¹⁰³ «falacia definitoria»: «*táctica de definir, en el contexto de la argumentación, un término de modo tal que refuerce la propia posición en una disputa y debilite la del oponente, sin dejar lugar para cuestionar la definición o considerar otras alternativas*» . WALTON, D., en: Enciclopedia Oxford de Filosofía. Honderich T (de.) Madrid: Editorial Tecnos; 2001. p.238

«el enfoque terapéutico primero debe implicar un grado significativo de manipulación de la gente (por lo general por orden judicial) y estructura antes de que uno pueda sentarse y hablar de modo significativo con las partes afectadas»[3]. La propia amenaza gravita fundamentalmente sobre el cambio permanente de custodia: *«La amenaza de la custodia principal puede también ayudar a tales madres a “recordarles cooperar”»* [3]

Pero puede basarse también, habiéndose producido ya el cambio de custodia, en que se amplíe o reduzca el tiempo y forma de contacto entre el hijo/a y el progenitor alienador.

Gardner aludirá en sus textos a esta amenaza como necesidad. La amenaza deriva del poder ejecutorio de los jueces. Sin ello, la propia amenaza y el tratamiento de desprogramación no podría realizarse: *«es crucial que el terapeuta sea designado por el juzgado y tenga directo acceso (“input”) al juez»* [3]

El argumento aquí no está oculto bajo términos especializados. Básicamente, se apoya en que sólo una justicia eficaz en cumplir sus amenazas, puede llevar a cabo las medidas del SAP:

«En todo el reino animal las madres lucharán literalmente hasta la muerte para salvaguardar su descendientes, y las mujeres todavía están bajo la influencia de la misma programación genética. Bajo estas circunstancias, el juego limpio es visto como una sutileza que puede ser reservada para conflictos menos importantes, pero esto no ha lugar en una batalla por los niños de uno. Coacciones judiciales y amenazas son ignoradas (a menudo con impunidad), y el nombre del juego es dejarlo pasar tanto como uno pueda» [4]

En muchas ocasiones, recomendará periodos de prisión u hospitalización tanto para la madre como para el niño, a modo de recordatorio de la capacidad ejecutoria del juzgado.

«Aunque las penas económicas no son generalmente impuestas bajo tales circunstancias, periodos breves de prisión (especialmente los fines de semana), tanto en la casa como en la prisión han mostrado ser completamente efectivos» [6]

«Yo no estoy recomendando que estas mujeres sean puestas en prisiones con duros criminales. Yo sólo sugiero cortos periodos en una cárcel local» [6]

«Las amenazas de multa y encarcelamiento puede ayudar a la mayor parte de tales mujeres "a cooperar". Otro aspecto relevante aquí está el poder del tribunal de hospitalizar a los niños» [6]

En el sentido del anterior fragmento, aplicado desde la lógica de la participación activa del hijo en la campaña, el niño debe ser también según Gardner objeto de amenazas:

«Otra consideración, sobre todo para niños más jóvenes, sería la residencia temporal en una casa de acogida o en un refugio para niños abusados. Esto es

obviamente punitivo y podría ayudar a tales niños a replantear su decisión de no visitar» (al padre no custodio) [13]

Gardner sugiere el uso de “manipulaciones” o “maniobras”, en alusión a realizar tratos dirigidos por el terapeuta del SAP, con ambos progenitores:

«Tal exigencia puede ser dictada por el terapeuta designado por el tribunal y aún por el tribunal. La orden judicial también puede dar unas "excusas" a los niños para la visita. A veces me refiero a esto como un programa de "intercambio de prisioneros» [10]

Este terapeuta designado por el juzgado juega un papel crucial, es el terapeuta del SAP.

EL TERAPEUTA ESPECIALIZADO EN SAP

El terapeuta del SAP constituye una nueva figura profesional. Gardner no determina qué capacitación debe tener. Su poder viene derivado por los juzgados. Evalúa a lo largo del tiempo y propone medidas. Y sobre todo, actúa con el poder de la amenaza “terapéutica”.

«Tales terapeutas deben saber exactamente qué amenazas pueden utilizar para dar apoyo a sus sugerencias, instrucciones, e incluso manipulaciones, yo no vacilo en usar la palabra amenazas. La vida está llena de amenazas» [20]

La figura de estos profesionales es esencial, pues son el garante de que no haya *recidivas*. Lo que son, lo define mejor Gardner por aquello que este terapeuta no es:

«Los terapeutas que trabajan con los niños del SAP deben sentirse cómodos con métodos alternativos de terapia, la terapia que implica un enfoque autoritario al tratamiento. Deben ser capaces de decir a un progenitor alienador: ‘Si los niños no son dejados en la casa de su ex-esposo/a a las 5:00 de la tarde este viernes, yo informaré al juzgado y recomendaré las sanciones ya descritas en la orden judicial’. Ellos deben sentirse cómodos trabajando sin la confidencialidad tradicional tan necesaria al tratamiento estándar. Ellos deben sentirse cómodos amenazando a padres alienadores así como a los niños de que habrá consecuencias si ellos violan el programa de visitas ordenado por el juzgado. Tales terapeutas deben sentirse cómodos con enfoques de confrontación, el propósito de los cuales es desprogramar a niños con SAP. Ellos deben reconocer que hacer lo que los niños manifiestan puede no ser sus mejores intereses. Lo que es el mejor interés en los casos de SAP es que los niños sean forzados a visitar al padre alienado. Los terapeutas que no se sientan cómodos con lo que yo llamo "terapia de la amenaza" no debe trabajar con las familias de SAP». [17]

Gardner establece una jerarquía en el grado de amenazas (en los SAP de grado moderado) que pasa desde las sanciones económicas, por «la amenaza del permanente cambio de custodia de los niños a la custodia con el padre victimizado (con el

alienador entonces teniendo visitas)», hasta «el más alto nivel (que) es la cárcel». [10]

Gardner justificará la acción de la medida como terapéutica al actuar sobre el mecanismo de adoctrinamiento:

«ellas son “terapéuticas” en el sentido de que previsiblemente reducirán el adoctrinamiento del SAP en la gran mayoría de los casos. De hecho, uno puede referirse a un breve periodo de tiempo de encarcelamiento como “terapia breve”». [13]

Las amenazas van dirigidas, tanto al progenitor considerado alienador, como al propio niño que:

«puede ser emplazado en un centro de detención de jóvenes por unos pocos días para reconsiderar su decisión» [13] (de rebeldía ante el juzgado).

Al terapeuta del SAP se le dará también entre otras capacidades, el seguimiento o evolución de la medida. Con frecuencia, si no siempre, este seguimiento (y sus informes) lo hará el mismo profesional que diagnosticó y propuso la medida de cambio de custodia.

Si hay algún modelo de lo que debe ser el profesional del SAP, éste es el propio Gardner. Este autor realizó, lo que fue quizás su estudio más alejado de la argumentación y más próximo a un modelo médico: el seguimiento de sus casos y el resultado de las medidas propuestas [17]. Los siguientes fragmentos pertenecen a dicho trabajo.

Gardner recopiló datos de seguimiento tras su recomendación de cambio de custodia o restricción del acceso al niño por parte del padre considerado alienador. En el mismo buscó seguir una metodología propia (en el sentido de habitual) de la psiquiatría y la psicología. Sus criterios de selección y exclusión, nos muestra la perspectiva y la pragmática en la cual Gardner se desenvuelve.

«Los pacientes seleccionados para este estudio fueron casos en los cuales estuve personalmente implicado. No había ningún caso en este estudio en el cual yo no hubiera tenido alguna participación directa. En muchos casos yo tuve la oportunidad de conducir las evaluaciones completas de ambos padres y los niños, tanto individualmente como en varias combinaciones. En algunos yo había intentado alcanzar el objetivo de hacer entrevistas de familia enteras, pero era frustrado por un padre y/o el proceso legal. En algunos, serví como un consultor. En aquellos casos en los que mi conclusión de que un SAP estaba presente, fue alcanzada sólo después de la revisión de bastante material (a menudo voluminoso) como para permitirme llegar a una conclusión de que el SAP estaba presente y que la transferencia de la custodia o la restricción de acceso al padre alienador estaban justificadas».[17]

Las personas de las cuales se recopiló la información, fueron:

«en todos los casos [...] el padre alienado». [...] «Estas eran las personas que habían sido victimizadas por los adoctrinamientos, que habían sufrido más, y quienes, yo sospeché, serían los más receptivos a una conversación conmigo sobre sus experiencias». [...] «No llamé a padres que alienaban porque sospeché (y creo que con justificación) que ellos no serían totalmente cooperativos conmigo con respeto al suministro de la información exacta. Tampoco creí que ellos fueran receptivos a gastar el tiempo conmigo por teléfono para conseguir datos apropiados».[17]

Las conclusiones, o resultados de las medidas recomendadas por Gardner fueron:

«El tribunal decidió restringir el acceso de niños al alienador o el cambio de custodia en 22 de los niños. Hubo una reducción significativa o la eliminación de la sintomatología del SAP en todos los 22 casos. Esto representa un porcentaje de éxito del 100 por 100. El tribunal decidió no transferir la custodia o reducir el acceso al alienador en 77 casos. En estos casos hubo un aumento de la sintomatología del SAP en 70 (el 90.9 por ciento). En sólo 7 casos (el 9.1 por ciento) de los no transferidos hubo una mejora espontánea». [17]

Los sesgos son evidentes, tanto en la selección de la muestra (exclusivamente aquellos progenitores beneficiados de su criterio de experto), la propia obtención de información como en los criterios de mejoría para la obtención de conclusiones.

Esto conecta, con el apartado B donde abordamos el contexto y su observador. Gardner, “ve” aquello que se puede observar desde una sola perspectiva, comprende que el contexto pericial es un contexto “natural” o neutro, y que su mirada (arropada con el papel de experto con poder), no modifica lo observado. Pero aún más, selecciona como fuentes de información, usando sus palabras, justificadamente, a los progenitores alienados, aquellas personas que veían lo mismo que él.

Pero quizás, el texto, que aunque extenso, mejor reproduce el modelo de un terapeuta del SAP, sea la siguiente transcripción que realiza Gardner de una intervención con Sally, *«una niña con SAP de 6 años de edad»*:

«El intercambio siguiente ocurrió en el contexto de una discusión que yo tuve con Sally, una niña SAP de 6 años que rehusó visitar a su padre durante un fin de semana entero (como fue ordenado por el juzgado), aunque accedía a verle por una hora o dos. Esta decisión, desde luego, representaba un compromiso entre los requerimientos de los dos padres sobre ella.

- Gardner: ¿Qué harías si el juez dijera que si tú no ves a tu padre durante todo un fin de semana, él no pasará dinero a tu madre durante esa semana?

- Sally: Yo no le vería. Yo conseguiría un trabajo y le daría a ella todo el dinero que tuviera.

- Gardner: Suponte que él dice que si no le ves, él no pasará dinero a tu madre nunca. Ella no tendría ningún dinero. ¿Qué harías tú?

- Sally: Todos nosotros (Sally y sus dos hermanos) conseguiríamos trabajos.

- Gardner: ¿Suponte que el juez dice que si tú no ves a tu padre durante todo un fin de semana, él meterá a tu madre en la cárcel durante ese fin de semana?
- Sally: Mi madre dijo que ella iría a la cárcel por mí si yo estaba a disgusto con él y no quisiera ir.
- Gardner: Suponte que al juez dice, “yo la mantendré en la cárcel a menos que vayas y la mantendré en la cárcel hasta que tú vayas.”
- Sally: Yo supongo que yo iría.

Esto es un clásico intercambio de SAP. La niña está sólo "incómoda" y tiene sólo una vaga sensación de que no quiere ir a visitar a su padre. Sin cualquier motivo en concreto, ella está dispuesta a sufrir por ella misma y su madre estas draconianas restricciones. Sin embargo, en lo esencial, cuando se le dijo que su madre permanecería en la cárcel mientras ella rehusase visitar a su padre, Sally en seguida se sometió. A menudo los niños con SAP necesitan esta excusa. Ellos necesitan ser capaces de decir a sus programadores que ellos odian al padre victimizado y que están de acuerdo con visitarlo sólo para proteger al adoctrinador de las sanciones del tribunal. Los niños tienen que ser conscientes de estas amenazas de sanciones del tribunal e incluso el conocimiento de sanciones que ya han sido puestas en práctica. A menudo, las amenazas no son bastante, y una sanción puesta en práctica puede conseguir que el alienador y los niños aprecien el hecho de que el tribunal habla en serio. Si el tribunal no está dispuesto a ordenar tales sanciones, y si el tribunal no está dispuesto a imponerlas si las advertencias del tribunal no son cumplidas, entonces la posición del terapeuta está considerablemente debilitada, y todo el programa de tratamiento probablemente sea en vano» [10]

Es destacable, la interpretación que hace Gardner sobre los *auténticos* deseos de la niña de estar con el progenitor rechazado, que se cumplirían gracias a la *excusa* que le ofrecería la amenaza. Este argumento, es usado con frecuencia por Gardner: «*Cuando las amenazas son reales, entonces el niño puede decir: “Yo realmente le (la) odio; yo sólo voy a las visitas para protegerte de ir a la cárcel»* 13]. La justificación que pueden dar estos niños a los alienadores, puede ser también que serán los propios niños quienes sean encarcelados: «*De nuevo, una amenaza, si es real, puede dar a los niños con SAP una excusa para el alienador: “Yo realmente le (la) odio; yo sólo voy porque es mejor que ir a la cárcel”*».

El papel de los otros profesionales

Sobre los demás profesionales, Gardner les atribuirá distintas cualidades. A los abogados del progenitor alienador se les asigna fundamentalmente el papel de falsos:

«Y si el supuestamente dudoso abogado puede demostrar que el SAP no está catalogado en el DSM-IV, entonces sus posición es considerada ‘probada’ (digo ‘supuestamente’ porque el abogado bien puede reconocer el SAP pero sólo sirve

a su cliente en su falsedad¹⁰⁴)» [20]

Los jueces que no actúan de acuerdo al SAP y los profesionales de salud mental, serán considerados como ingenuos, o, bajo la influencia del progenitor alienador. Según Gardner dilatan con sus dudas y trabajos meticulosos un tiempo precioso para el disfrute del niño con el verdadero vínculo amoroso, el padre alienado:

«Los profesionales de salud mental generalmente han tomado la posición que es antiterapéutica de forzar a los niños a hacer cosas que ellos manifiestan que no quieren hacer y que pueden ser dar como resultado varias formas de psicopatología derivadas de tal coacción. El acercamiento general ha sido: la evolución más bien que la revolución, p. ej., lenta y meticulosamente "trabajar sobre" los problemas que están inhibiendo a los niños de disfrutar otra vez de una relación amorosa con el padre alienado» [17]

El anterior fragmento podría parecer confuso, pero por líneas anteriores ya sabemos que Gardner suele interpretar que, íntimamente, los niños desean estar con el padre alienado pese al rechazo que le expresan, por temor al conflicto con el padre alienador con quien están vinculados (adoctrinados).

El argumento del SAP, acorde con el contexto, pero habiendo (supuestamente) tomado las bases científicas de la medicina, pretende ser autosuficiente. E intenta desconectar con la red de salud mental, a la cual considera en todo caso de apoyo.

5. CONCLUSIONES

El presente trabajo se centra exclusivamente en la construcción del «síndrome de alienación parental» de Gardner o SAP. No alude, salvo por las alusiones del propio SAP, al concepto de «alienación parental».

Lo novedoso del SAP, lo que lo hace especialmente distinto, y lo que quizás desconocen muchos profesionales, es que el término antepuesto «síndrome» implica, de forma muy simplificada, la identificación de *un único* progenitor y un niño como *patológicos*, y la justificación judicial del cambio de custodia como «*terapia*».

Nuestro trabajo tiene sin duda similitudes con cualquier otro que atienda a los contenidos argumentales del SAP. Hemos intentado aportar una explicación del «síndrome» como mejor forma de discusión mostrando los elementos constitutivos del SAP y planteando una crítica y una reinterpretación pragmática de las proposiciones de

¹⁰⁴ Falacia “ad hominen”: «atacar la reputación personal de un oponente en el debate (...)», en FULFORD, K., W., M., THORNTON, T., GRAHAM, G., ob. cit. (ref. 44), p. 108.

Gardner.

La dificultad para entender el sentido *profundo* del SAP radica en su comprensión como conjunto *inseparable* desde su definición como síndrome «puro» hasta la «terapia de la amenaza».

Respecto a la existencia en la «realidad» del SAP, consideramos que éste no constituye una entidad médica, ni clínica, pudiendo sólo entenderse como *modelo teórico* sobre una disfunción familiar en un contexto legal.

En este sentido nuestro estudio conserva similitudes con los trabajos de Dallam¹⁰⁵, Faller¹⁰⁶ y Bruch¹⁰⁷, que creemos que han mostrado con gran claridad la falta de evidencia científica en las propuestas de Gardner y la presencia de secuencias lógicas inválidas en los argumentos (especialmente la circularidad).

La existencia del síndrome de alineación parental (SAP) sólo puede entenderse como un constructo de naturaleza argumental elaborado a través de argumentos inválidos (falacias) como son la aplicación de analogías, el pensamiento circular y la apelación constante a la autoridad, entendiéndose como tal al propio creador del concepto.

El señalamiento persistente sobre la *pureza* del SAP intenta significar que el SAP es el «síndrome» perfecto que alcanza, lo que la mayoría de las entidades médicas no consigue, y (probablemente) ninguna psiquiátrica: un mecanismo de acción y unos agentes etiológicos definidos. El adoctrinamiento, como mecanismo de acción, es una premisa fundamental pues: justifica el cambio de custodia, señala a qué adulto y a qué menor se aplicará la «terapia de la amenaza», y regulará los cambios en las medidas de actuación a través del «diagnóstico diferencial» con el que se evalúan permanentemente las reacciones de las personas diagnosticadas.

Los distintos argumentos en el intento de encuadrar médicamente al síndrome como puro se construyen con una finalidad pragmática:

-hacer un diagnóstico etiológico (niño y progenitor) con un mecanismo de acción determinado (adoctrinamiento) daría la base para disponer de ventajas de partida en el litigio para conseguir el cambio de custodia inmediato.

¹⁰⁵ DALLAM, S., J., ob. cit. (ref 23)

¹⁰⁶ FALLER, K., C., ob. cit. (ref 24)

¹⁰⁷ BRUCH, C., S., ob. cit. (ref 26)

-tener la capacidad de variar el nivel dentro del «diagnóstico diferencial», lo que constituye en sí la «terapia de la amenaza». Esto permite «controlar» al progenitor y al niño diagnosticados con un argumento circular que corrobora *cualquier* reacción (más aún la legal) como síntoma.

La naturaleza «*terapéutica*» de la «*terapia de la amenaza*», es argumentada por su creador, apelando explícitamente a su autoridad y experiencia.

El encuadre del SAP dentro del sistema legal tiene importantes repercusiones en nuestro país:

-El SAP no ha mostrado *ninguna capacidad discriminatoria* entre los abusos y malos tratos verdaderos y los falsos.

-El riesgo de cambio de custodia ante un posible diagnóstico de SAP, especialmente en mujeres víctimas de violencia de género, constituye una potencial medida disuasoria para la denuncia de sospechas o evidencias de malos tratos y abusos en los hijos, o la separación del maltratador.

-La estructura del SAP nos permite predecir daños psicológicos en adultos y niños. Entre estos: la permanente observación entre el niño y el progenitor diagnosticados quiebra la espontaneidad del vínculo. Esto es consecuente con el SAP que considera que el vínculo «patológico». La confianza de los niños en los adultos para protegerles queda quebrada. En madres que hemos entrevistado, vemos los efectos anímicos que generan la ruptura de la lógica, fundamentalmente por la acción del diagnóstico diferencial, que determina que, todo lo que se diga, hable o actúe, se considere síntoma, y confirmación constante del propio diagnóstico.

-Con el SAP, se borran las contribuciones de: Piaget, Vigotski, Spitz, Mahler, Klein, Freud (Anna), Ainsworth, Winnicott, Bowlby, Lebovici, Ajuriaguerra, Diatkine, Anzieu, Erikson,... la lista de los autores que han elaborado mucho de lo que sabemos de nosotros a través de la mente de los niños, sería, inmensa. Toda la complejidad de la psique humana, la que permite o ayuda a explicar los comportamientos y ayudar desde la clínica, ha sido simplificada a un nivel máximo por Gardner. Esto permite, como era objetivo suyo, un diagnóstico fácil del SAP.

Cerrado al exterior, y simplificado sobremanera, el SAP pretende ser autosuficiente para diagnosticar y tratar. Los informes de los profesionales de salud mental, de pediatras, de médicos generales, de trabajadores sociales, de educadores sociales, etc, que desempeñan su trabajo en dispositivos pertenecientes a los gobiernos

(autónomos o nacionales), se consideran así mismo «de parte», es decir parciales. Son los informes que se dirimen, muchas veces, según la lógica interna del SAP, aquellos que se consideran independientes y objetivos. El sistema se cierra incluso ante la ética, y así, la aplicación que se está realizando en nuestro país, de forma similar a cómo ocurrió en su país de origen, de unas medidas terapéuticas derivadas del SAP, sin ninguna consistencia científica previa, constituye una *excepción* bioéticamente inadmisibles¹⁰⁸.

La mayor paradoja del SAP, es que ayuda a generar las condiciones de un segundo SAP, ahora inverso, contra el progenitor diagnosticado como alienador y sobre el niño, pero esta vez legalizado y tutelado por un especialista del SAP.

Finalmente, éste trabajo, no desvela, una pregunta inicial: ¿Por qué mientras la ausencia de verificación empírica podría haber concluido el debate sobre la existencia o no del SAP (al menos haber paralizado el uso de las medidas hasta el aporte de evidencias), el mismo continúa y con él –algo impensable en clínica- su materialización como terapia? Quizás, como respuesta parcial, hayamos apuntado que el SAP parece sostenido por una (supuesta) evidencia “lógica”. Expresado de otra forma, sostenido por las palabras, y quizás por las trampas del lenguaje.

ANEXO: FUENTES ANALIZADAS. Todos los fragmentos tienen un número entre corchetes que se corresponde con la enumeración por fecha de estas fuentes. La primera vez que aparece una referencia de Gardner en un fragmento es enumerada junto a las demás citas bibliográficas.

Para citar los documentos electrónicos de Gardner publicados en su página WEB (extinguida), hemos seguido las recomendaciones basadas en la Norma ISO 690-2, seguidas por la Biblioteca Dulce Chacón (Universidad Europea de Madrid), disponible en:

http://www.uem.es/web/buem/web2006/tb_te_interesa/citar_documentos/docs_electronicos.htm [ref. de 28 de octubre de 2007].

Con el ánimo de facilitar el acceso a estos documentos, añadimos enlaces en los que se pueden consultar los mismos en la fecha de finalización de este artículo.

1. GARDNER, R., A., «Recent Trends in Divorce and Custody Litigation», *Academy Forum*, 1985, 29, 2, pp. 3-7.

¹⁰⁸ “Una investigación que no se lleva a cabo de acuerdo con los cánones de la ciencia no es ética. Los proyectos de investigación deben ser aprobados por un comité ético debidamente constituido. Los psiquiatras deben cumplir las normas nacionales e internacionales para llevar a cabo investigaciones (...)”. Asociación Mundial de Psiquiatría. *Declaración de Madrid*. Asamblea General de la AMP, Madrid, 25 de agosto de 1996.

2. GARDNER, R. A., «Judges Interviewing Children in Custody/Visitation Litigation», *New Jersey Family Lawyer*, 1987, VII, 2, 1987, pp. 26ff
3. GARDNER, R., A., «Legal and psychotherapeutic approaches to the three types of parental alienation syndrome families. When psychiatry and the law join forces», *Court Review*, 1991, 28, 1, p 14-21.
4. GARDNER, R. A., «The detrimental effects on women of the gender egalitarianism of child-custody dispute resolution guidelines», *Academy Forum*, 1994, 38, 1,2, (Spring/Summer 1994), pp. 10-13.
5. GARDNER, R. A., «The burgess decision and the Wallerstein brief», *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1998, 26(3), pp.425-431.
6. GARDNER, R., A., «Recommendations for dealing with parents who induce a parental alienation syndrome in their children», *Journal of Divorce & Remarriage, Volume*, 1998, 28(3/4), pp. 1-21.
7. GARDNER, R. A., «Guidelines for assessing parental preference in child-custody disputes», *Journal of Divorce & Remarriage*, 1999, 30(1/2), pp. 1-9.
8. GARDNER, R., A., «Introductory Comments on the PAS: Excerpted from: Gardner, R.A. (1998). *The Parental Alienation Syndrome*, Second Edition. », Cresskill, NJ: Creative Therapeutics, Inc, 1998, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: http://www.rgardner.com/refs/pas_peerreviewarticles.html, hospedada en: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007).
Disponible en:
<http://associazioni.comune.firenze.it/crescereinsieme/articoli/gardner98inglese.htm>
9. GARDNER, R., A., «Differentiating between parental alienation syndrome and bona fide abuse-neglect», *The American Journal of Family Therapy*, 1999, 27, 2, pp. 97-107.
10. GARDNER, R., A., «Family therapy of the moderate type of parental alienation syndrome», *The American Journal of Family Therapy*, 1999, 27, 195-212.
11. GARDNER, R., A., «June 1999 Addendum», *Parental Alienation Syndrome (2nd Edition)* Creative Therapeutics, Inc., Cresskill, N.J. 07626, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.fact.on.ca/Info/pas/gard00b.htm>, hospedada en: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007)
12. GARDNER, R., A., «Misperceptions versus facts about Richard A. Gardner, M.D.», Cresskill, New Jersey, June 9, 1999 ¹⁰⁹, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.fact.on.ca/Info/pas/misperce.htm> [ref. de 7 de julio de 2007]
13. GARDNER, R., A., «March 2000 Addendum», *Parental Alienation Syndrome (2nd Edition)* Creative Therapeutics, Inc., Cresskill, N.J. 07626, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.fact.on.ca/Info/pas/gard00b.htm>, hospedada en: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), existe una versión de este *Addendum*, que sólo difiere en la inclusión de un nueva dirección Web.
14. GARDNER, R.,A., «Basic Facts About The Parental Alienation Syndrome», Richard A. Gardner, M.D. May 31, 2001¹ [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en:

¹⁰⁹ Son cartas con el carácter de oficialidad derivada de la autoría del autor.

<http://www.nscfc.com/Basic%20Facts%20About%20Parental%20Alienation.pdf> [ref. de 3 de julio de 2007]

15. GARDNER, R., A., «Comments on Carol S. Bruch's article "Parental Alienation Syndrome and Parental Alienation: Getting it wrong in child custody cases" », *Family Law Quarterly*, 2001, 35(3), pp.527-552.
16. GARDNER, R. A., «Parental Alienation Syndrome (PAS): Sixteen Years Later», *Academy Forum*, 2001, 45, 1, pp.10-12.
17. GARDNER, R. A., «Should Courts Order PAS Children to Visit/Reside with the Alienated Parent? A Follow-up Study», *The American Journal of Forensic Psychology*, 2001, 19, 3, pp. 61-106.
18. GARDNER, R. A., «Denial of the Parental Alienation Syndrome also harms women», *The American Journal of Family Therapy*, 2002, 30, pp. 191–202.
19. GARDNER, R., A., «Does DSM-IV have equivalents for the Parental Alienation Syndrome (PAS) diagnosis? », *Unpublished manuscript, accepted for publication 2002*, [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.fact.on.ca>. [ref. de 18 de Agosto de 2007]
20. GARDNER, R., A., «Parental Alienation Syndrome vs. Parental Alienation: which diagnosis should evaluators use in child-custody disputes? », *The American Journal of Family Therapy*, 2002, 30, 2, pp. 93-115.
21. Gardner, R. A., «The Role of the Judiciary in the Entrenchment of the Parental Alienation Syndrome (PAS)», 2002, disponible en: http://www.fact.on.ca/Info/info_pas.htm [acceso 23 de julio de 2007]
22. GARDNER, R., A., «Differential diagnosis of the three levels of parental alienation syndrome (pas) children», 2003, rev.4.2 (1/13/03), disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.ampfsmexico.com/textos/DIFFERENTIAL%20DIAGNOSIS%20OF%20THE%20THREE%20LEVELS%20OF%20PAS.pdf> [ref. de 28 de octubre de 2007]
23. GARDNER, R., A., «Differential diagnosis of the three levels of Parental Alienation Syndrome (PAS) alienators», 2003, rev.4.2 (1/13/03), disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.ampfsmexico.com/textos/DIFFERENTIAL%20DIAGNOSIS%20OF%20THE%20THREE%20LEVELS%20OF%20PAS.pdf> [ref. de 28 de octubre de 2007]
24. GARDNER, R., A., «Differential management and treatment of the three levels of Parental Alienation Syndrome (PAS) for each of the child's symptom levels», 2003, rev.4.2 (1/13/03), disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.ampfsmexico.com/textos/DIFFERENTIAL%20DIAGNOSIS%20OF%20THE%20THREE%20LEVELS%20OF%20PAS.pdf> [ref. de 28 de octubre de 2007]
25. GARDNER, R., A., «Differential diagnosis of the three types of Parental Alienation Syndrome», [ref. de 9 de noviembre de 2006], disponible en Web: <http://www.rgardner.com> (página oficial de Gardner hasta: 26 de junio de 2007), igualmente disponible en: <http://www.fact.on.ca/Info/pas/gard99k.htm> [ref. de 28 de octubre de 2007]
26. GARDNER, R., A., «The relationship between the Parental Alienation Syndrome (PAS) and the False Memory Syndrome (FMS) », 2004, *The American Journal of Family Therapy*, 32, pp. 79–99.

Este documento ha sido desarrollado para la Asociación Española de Neuropsiquiatría por:

Antonio Escudero Nafs. Psiquiatra. Centro de Salud Mental del Distrito de Majadahonda. Madrid.

Lola Aguilar Redorta. Médica Pediatra. Directora del Centro de Atención, Recuperación y Reinserción de Mujeres y Niños/as Víctimas de Violencia de Género (C.A.R.R.M.M.)
En excedencia SESCAM

Julia de la Cruz Leiva. Cirujana general. Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid