

## **Pediatría práctica**

# **La tarea grupal con padres de niños maltratados**

Lics. CRISTINA CAPRARULO\* y ANA M. PUENTES\*

Arch. argent. pediatr 1999; 97(2): 127

### **INTRODUCCION**

Iniciamos esta coordinación en setiembre de 1991, manteniéndose hasta la actualidad, con interrupción de 1 mes por año, período de vacaciones, por lo general en verano. Este estudio cualitativo y cuantitativo corresponde a la población asistida en el año 1995, si bien lo elaborado es el resultado de un proceso, del cual hemos presentado trabajos anteriores.

El propósito de esta presentación es comunicar nuestra experiencia clínica y algunas conclusiones de nuestra tarea como coordinadoras de un grupo de padres de niños maltratados.

La población de este grupo está conformada por integrantes de las familias que han concluido la etapa denominada "diagnóstico situacional" en la unidad de violencia familiar.

Pensar el maltrato infantil como un fenómeno multicausal y multifactorial hace necesaria la conformación de un equipo interdisciplinario, por lo cual dicha unidad está integrada por el aporte diagnóstico de distintas disciplinas: psicológica, médica, jurídica y social. La etapa siguiente se denomina "estrategia terapéutica"; en ella se abre la posibilidad de un tratamiento para estas familias. Una de estas alternativas es sobre la que se basa el presente trabajo: "Grupo de padres de niños maltratados". Es condición para el ingreso no presentar cuadros psicopatológicos severos (psicopatías y psicosis) y el reconocimiento del maltrato.

Lo esperable acerca del reconocimiento del maltrato no es sólo la búsqueda de la explicitación, que puede no aparecer durante la etapa diagnóstica. Evaluamos la asistencia regular a las entrevistas (esto habla del compromiso familiar y del intento de reelaborar situaciones de crisis) y la aceptación de la convocatoria a interrogarse acerca de la situación de riesgo por la que ha pasado su hijo.

No está dentro de nuestros objetivos encontrar el "ejecutor" del maltrato, sino pensar el episodio como el epílogo de un proceso en el que está

involucrado todo el grupo familiar, ya que la situación de riesgo se produjo en el hogar y bajo la responsabilidad de sus padres.

Nuestra primera intervención en estas familias es el abordaje de la crisis y está dada en el encuadre del diagnóstico situacional, que tiene como objetivo el resguardo de los niños. Puede ser pensada como un inicio de otra reorganización familiar, la cual suele ser indicada por los profesionales que intervienen. En algunos casos tiene que ver con la separación del niño —en ese momento se le resguarda ofreciéndole una cama en el hospital— o con la salida del adulto de la casa o con una apertura a la comunidad en la que la familia habita.

Estas indicaciones no son fácilmente aceptadas; en los casos en que el nivel de riesgo es alto, el resguardo del niño se implementará más allá del consentimiento familiar, recurriendo a otros aportes que faciliten su protección, como es el caso de la intervención judicial en la instancia civil u otras (caso clásico la escuela) que nutren el diagnóstico situacional, ya que interactúan habitualmente con esta familia.

Se organizan distintas posibilidades que conforman esta red de contención para el funcionamiento violento. Es necesario entonces recurrir a distintos tipos de recursos.

#### *Intrainstitucionales:*

a) desde la unidad, tratamientos psicoterapéuticos (individuales, familiares y grupales para niños) y tratamientos grupales con coordinación interdisciplinaria;

b) desde el hospital sede de la unidad, las distintas especialidades que ofrece un hospital de pediatría.

#### *Interinstitucionales:*

Solicitando los recursos que esta familia requiera, así como manteniendo el intercambio con aquellas instituciones que convocamos inicialmente.

### **DESARROLLO DE LA TAREA**

El conjunto de variables que quedan fijadas de antemano constituye lo que se llama encuadre. Este es entonces el marco que alberga un contenido, que es el proceso de tratamiento.

\* Hospital de Niños "Pedro de Elizalde".

Correspondencia: Lic. Cristina Caprarulo. Querandíes 4451, PB "E". (1183) Buenos Aires.

Pensamos para el funcionamiento de este grupo:

Frecuencia: semanal.

Duración: 90 minutos.

Integrantes: mínimo dos, máximo ocho.

Espacio físico estable.

Tiempo de concurrencia: períodos de doce encuentros, con máximo de dos ausencias. Una vez finalizado este proceso se plantea repensar cuál ha sido el recorrido de cada integrante. El límite temporal facilita que las ansiedades depositadas en la duración del tratamiento disminuyan, teniendo en cuenta que el reclamo por conocerlo es una característica recurrente en estas familias.

Este repensar fue implementado como un instrumento de revisión de la situación de riesgo actual del niño y de las posibilidades de recuperación de estos padres.

En los inicios, este grupo fue denominado como de autoayuda, si bien lo conocido con esa denominación funciona sin una coordinación profesional y este grupo siempre la tuvo. Pensamos cómo podrían nuclearse estos padres que no demandan ayuda, ya que su llegada a la consulta está relacionada con la inquietud de otros.

Las definiciones tradicionales no incluían a este tipo de grupo, ya que la situación en que los miembros llegan a él nos pone frente a una forma de inclusión impuesta. Según Slavson<sup>1</sup> "es aquél que se forma obligadamente para un determinado fin, (...) es heterogéneo o con un buen margen de ello; su estabilidad se mantiene por estricto control normativo dado por una institución (...)"

Consideramos que este es un grupo homogéneo por la temática que nos convoca, pero heterogéneo en cuanto a las características individuales de sus integrantes.

Nuestra coordinación es planteada desde un lugar convocante y sostenedor del espacio; la aceptación de la realidad que nos traen o que nos ocultan forma parte de nuestro primer ofrecimiento.

Una de las características de estas familias es la "falta de demanda de ayuda", pues ésta no aparece en forma explícita, aunque muchas veces irrumpen compulsivamente en una guardia de hospital.

También nosotras, de alguna manera, irrumpimos en estas familias, en tanto proponemos otro orden distinto al de su historia actual y pasada.

El conocimiento de los factores de riesgo, si bien es un instrumento que tiene sus limitaciones, es una apoyatura teórica válida y facilitadora de una intervención adecuada.

Consideramos no sólo aquellos factores que actúan como favorecedores de una situación de crisis sino también aquéllos que tienen aspectos positivos, que ayudan a la recuperación familiar.

También proponemos una alternativa innovadora en el abordaje terapéutico de madres y padres involucrados en el maltrato a sus hijos.<sup>2</sup> Kempe dice: "Los padres que maltratan a sus hijos han sufrido tanta privación afectiva y tantos traumas en sus vidas que algún tratamiento que persiga alguna vaga finalidad... dejará disgustados y frustrados al terapeuta y al paciente,(...) el tratamiento debe ser emprendido pensando en finalidades muy específicas(...) deben plantearse metas concretas y limitadas(...)"

Si bien estos padres llegan al tratamiento con una aproximación a la situación de riesgo por la que han pasado sus hijos, el reconocerse como implicados en esa dinámica familiar es el primer logro que debe consolidarse, para permitir una apertura a interrogarse sobre cómo se ha construido esa modalidad relacional patológica que no sólo tiene implicancias en lo privado sino también en lo público.

Acerca del aislamiento, que aparece como un factor recurrente en estas familias, el pertenecer a un grupo aporta un entrenamiento para encontrar un primer espacio de interacción con otros, que les facilitará modelos de interacción en su medio social. Llegar a elaborar que a todos les pasa lo mismo, renunciando a la minimización de lo sucedido, es parte del proceso y progreso del tratamiento, como también así el encuentro con profesionales que no se posicionan desde un lugar punitivo. Para estos padres resulta difícil encontrar el límite entre ser responsable o culpable.

En la tarea grupal se observa la persistencia del aislamiento, en tanto se suele dar al inicio un nivel de comunicación sectorizado, de forma radial.

Nuestras intervenciones tienden a alentar la participación de todos. Muchas veces las dificultades para poner palabras a los hechos pueden ser de orden intelectual (nivel de escolaridad precario o inexistente) pero la fuerte asociación con lo afectivo y emocional, al inicio, puede interferir el funcionamiento grupal, debido a que las vivencias que se exponen son dolorosas. Creemos que "lo que se habla" tiene un fuerte impacto emocional. La baja autoestima, muchas veces, los encierra en un círculo sin salida; piensan que sus "problemas" no van a interesar a otros y por eso callan. Dice Kempe<sup>2,3</sup> "no tienen una base sólida de autoestima o de conocimiento de ser amados y valorados, necesitan reasegurar la confianza".

Otro factor que complejiza la toma de conciencia y el sentirse implicado es el de la violencia conyugal.

La población del grupo que presentamos tiene un alto porcentaje de víctimas de violencia conyugal. Gran número de mujeres maltratadas presenta graves consecuencias físicas y psíquicas. Sin llegar al cuadro de la depresión, los "signos depresivos" pueden incluir:

*Aspectos emocionales:* desgano, apatía, abatimiento, etc.

*Aspectos cognitivos:* perspectivas futuras aterradoras.

*Aspectos conductuales:* astenia, alteraciones del sueño, rechazo a la sexualidad, etc. (Breck y Greenberg, 1974).<sup>3</sup>

Estos aspectos aparecen como un obstáculo para que las madres puedan anticiparse y organizar conductas protectoras que favorezcan un desarrollo integral adecuado para los niños.

Asimismo, en nuestra muestra aparecen otros factores con porcentajes significativos: familia numerosa, embarazos no planeados, antecedentes de maltrato en los padres.

En relación a datos numéricos, el lugar de residencia de los pacientes que asistieron durante el año 1995, era para el 46,1% la Capital Federal y para el 53,9% el conurbano bonaerense.

Otros datos investigados tienen que ver con esa característica del maltrato infantil mencionada anteriormente, el fenómeno multicausal y multifactorial. Distintos factores de riesgo aparecen asociados a estas situaciones; tomamos de la muestra aquéllos que observamos con más frecuencia.

- Edad del niño (menor de tres años).
- Familia numerosa (tres hijos o más).
- Violencia conyugal.

*Edad del niño:* el total de niños que motivó la consulta y que luego derivó a sus padres a esta intervención terapéutica fue de 13 (100%). De ellos, 6 (46%) eran niñas y 7 (54%) varones.

En el rango de edad de 0-2 años: 3 niñas; en el rango 6-8 años: 5 varones y 2 niñas; en el rango 12-14 años: 2 varones y 1 niña.

*Familia numerosa:* también esta característica fue observada en un alto porcentaje (64%). El desarrollo evolutivo de un niño requiere del aporte psíquico propio y del sostén de una organización familiar y social. En estas familias en las que esos aspectos no están fortalecidos, la crianza de un grupo de hijos numerosos opera como generador de mayor tensión y predispone a episodios de maltrato.

*Violencia conyugal:* de las mujeres que asistieron al tratamiento, un alto porcentaje (71%) vivie-

ron la experiencia de ser golpeadas.

Además aparecen cuantificadas otras características que están relacionadas con nuestra metodología de abordaje, en relación al nivel de riesgo y al resguardo del niño.

- Intervención judicial: 79%.
- Internación en el hospital a modo de resguardo: 43%.
- Separación del niño del hogar: 50%.

Para finalizar, abrimos algunos de los interrogantes que se nos plantearon en estos años de tarea con estas familias. Uno de ellos remite al sistema de creencias, que por generaciones nos viene atravesando y que es el pensar a la familia biológica como único lugar posible de crianza.

Esta creencia idealizada socialmente, en muchos casos cierra posibilidades en la búsqueda de alternativas protectoras para el crecimiento del niño. Pensamos que lo reparatorio del vínculo no siempre se da en una revinculación padres-hijos, sino que estos aspectos positivos pueden aparecer desde otro lugar, que puede ser el lugar de las coordinadoras; proponiendo otro modo de organización, como puede ser el desvincularse de ese niño. Llegamos a esta propuesta como un modo de formalizar algo que la familia ya actuó.

Esta explicitación genera en el grupo rechazo y diferenciación, siendo ésta la primera muestra de sanción social hacia una madre que "abandona", no teniendo el mismo registro para con el maltrato, que aparece muchas veces "aceptado".<sup>4-7</sup>

"En la relación del hijo con el padre está socialmente prescripto tenerle cariño y está prohibido odiarlo. Una solución para tornar compatibles la existencia de las actitudes es ubicar, en el plano manifiesto, las actitudes permitidas y que las actitudes prohibidas pasen a tener una existencia inconciente..."<sup>8</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. Anzieu DJ, Ives M. Dinámica de Grupos Pequeños, Buenos Aires: Kapelusz, 1971.
2. Kempe H. Niños maltratados. Madrid: Morata, 1985.
3. Kempe H. The battered child and his family. Chicago, 1980.
4. Berestein I. Familia y enfermedad mental. Buenos Aires: Paidós, 1980.
5. Ander Egg E. Técnicas de investigación social. Buenos Aires: Humanitas, 1983.
6. Echevoyen E. El proceso analítico. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
7. Puente AM, Caprarulo C. Grupo de padres de niños maltratados, publicación XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupos, tomo II, Buenos Aires: FLAPAG, 1994.
8. Hyde JS, Rosemberg. Half the human experience. Toronto, 1980.