

Maltrato infantil

Dra. Beatriz Estable

Resumen

Pretendemos mostrar las enormes dificultades y las múltiples variables que existen cuando estamos frente a una situación de maltrato. La incidencia del mismo tanto en el niño como en su familia, en los diferentes técnicos de la salud y en el colectivo comunitario. El que a su vez sea entendido como un proceso profundamente dinámico e interactivo prestando un especial interés en lo contratransferencial y en la responsabilidad que nos corresponde asumir.

Palabras clave: MALTRATO A LOS NIÑOS
PSICOPATOLOGÍA
RESILIENCIA PSICOLÓGICA
CONTRATRANSFERENCIA
(PSICOLOGÍA)
RESPONSABILIDAD SOCIAL

*En memoria de la profesora emérita Irma Gentile-Ramos
y del profesor agregado Mario de Pena*

Me resulta impensable hablar de maltrato y dejar de evocar a la profesora Gentile, luchadora incansable a lo largo de tantos años en favor de los derechos del niño. Me resulta también impensable dejar de transmitir previamente algunos aspectos conceptuales en relación al maltrato que fueron motivo de reflexiones conjuntas.

Sabemos que el maltrato hacia los niños, en tanto problema psicosocial, médico-legal y antropológico, está invadiendo el mundo; se propaga en forma de pandemia, habiéndose declarado emergencia nacional en países del primer mundo.

Sabemos que el maltrato, ya sea el físico, emocional, la negligencia, el abandono, el abuso sexual y el ser testigo de violencia familiar muchas veces coexisten, no se dan en forma aislada y significan un profundo atentado contra la integridad individual y colectiva.

Sabemos que en forma proporcional han habido incrementos en las campañas de sensibilización así como en todos los procesos de intervención dirigidos tanto a la prevención como al diagnóstico y a los abordajes terapéuticos. El realizar intentos de sistematización, el aproximarnos a un lenguaje compartible, el apuntar a protocolizar y obtener algunos registros dan cuenta de ello. A todo esto le agregamos modificaciones en la legislación, en el proceso judicial y sobre todo en los profesionales y técnicos de la salud en lo que se refiere al trabajo en equipo.

Sabemos que hablar de violencia y trabajar con la misma implica tener en cuenta la noción de factores de riesgo y vulnerabilidad, ya que enfrentados a situaciones de violencia debemos estar atentos al manejo de nuestra violencia. La misma está siempre presente, ya sea en forma manifiesta, desplazada o reprimida y debe ser tenida muy en cuenta en el momento de evaluar al niño y su familia dentro de la situación de maltrato.

Sabemos que para evaluar las consecuencias o repercusiones del maltrato sobre el desarrollo psicológico del niño debemos considerar varios aspectos, y aún así nos enfrentamos a muchas limitaciones. Existe ausencia de estudios longitudinales sobre dichas consecuencias. Los estudios retrospectivos en niños que han sufrido maltrato muchas veces, por no decir la mayoría, se encuentran con enormes dificultades para deslindar cuantas variables eran previas y cuantas posteriores a dicho maltrato. Evaluar la repercusión emocional implica tomar en cuenta no sólo la incidencia de los diferentes tipos de maltrato sino entrar a considerar todo el maltrato sobreagregado, iatrogénico, responsable indirecto que proviene de los marcos institucionales y de los diferentes profesionales y técnicos involucrados desde el momento en que se inicia la denuncia hasta la finalización del proceso judicial. Nos referimos a los reinterrogatorios excesivos, a la dificultad del manejo de nuestra agresividad que nos conduce inadecuadamente a hacer una alianza con la víctima y un desplazamiento violento y agresivo hacia el victimario. Esto nos impide actuar con objetivi-

dad y nos debe exigir ser muy cautos en cuanto a sobre-diagnosticar patología o considerar la misma sólo proveniente por parte del victimario deslindando nosotros responsabilidad.

Nos debemos cuidar de manejarnos con un criterio intuitivo, subjetivo, sujeto a errores o lamentables equivocaciones. También existen grandes limitaciones al determinar las consecuencias del maltrato en el sentido de que éste debe considerarse un fenómeno profundamente dinámico, donde las interacciones y los intercambios toman un papel preponderante. Debemos contextualizar al niño dentro de un determinado núcleo familiar, donde la distorsión y la ruptura familiar son el denominador común.

A su vez, ese niño y su familia están dentro de una determinada estructura socioeconómica, política y cultural. Si bien el maltrato y la violencia en sí son fenómenos profundamente democráticos que no respetan clases sociales, no podemos dejar de señalar la incidencia de los factores socioeconómicos en la población hospitalaria y comunitaria donde la subcultura de la miseria está presente. Existe un maltrato estructural que condiciona y determina comportamientos relacionales violentos. ¡Cuánto de todo esto incide en el desarrollo psicológico del niño! Enfrentados a una situación de maltrato debemos evaluar los aspectos emocionales del niño en su proceso de desarrollo y maduración, no sólo en lo sincrónico, o sea en un corte transversal, sino en lo diacrónico, en lo longitudinal. Debemos evaluar entonces lo actual y lo previo, su historia del desarrollo y la evolución del mismo.

El maltrato, bajo cualquiera de sus presentaciones, puede actuar en el desencadenamiento o aparición de múltiples síntomas, en la exacerbación de los ya existentes y en la perpetuación de otros. Ahora bien, para nosotros esto no significa que esté en la génesis de determinadas entidades nosográficas estructuradas. El mismo puede sí hacer que los síntomas sean más visibles o evidentes, más ruidosos. Lo que pretendemos decir es que no necesariamente es el responsable del origen de las estructuras psicopatológicas subyacentes al cortejo sintomatológico; tal vez estaría más directamente vinculado a la expresión clínica, a lo visible y lo observable en el niño y el adolescente, a las modificaciones eventuales de la conducta.

Los síntomas como motivo de consulta y como pedido de ayuda en los niños surgen como tarjeta de presentación. No sería el maltrato “per se” directamente responsable, sino interactuando con un terreno determinado. En lo referente a la sintomatología que pueden presentar los niños en el momento crítico inicial son sobre todo los referidos al área del sueño tales como insomnio tanto de conciliación como de mantenimiento, las pesa-

dillas, los terrores nocturnos y sonambulismo. También se presentan las manifestaciones de angustia, llanto, expresión facial de temor y conductas de apego ausentes o bien un apego excesivo. A través de controles evolutivos clínicos, así como en el trabajo terapéutico grupal con objetivo limitado, hemos constatado manifestaciones que corresponden a elementos de la serie depresiva.

Los niños pequeños en edad preescolar utilizan su cuerpo para manifestar la depresión y presentan así manifestaciones psicósomáticas tales como trastornos en la alimentación con anorexia y vómitos, mericismo y rumiación, regurgitaciones; manifestaciones en la piel con la aparición de eczemas; trastornos del sueño y repercusión pondo-estatural refiriéndonos al enanismo psicógeno o “Failure to Thrive”, correspondiente como variación de la normalidad a una desviación del desarrollo. En la esfera del lenguaje son frecuentes los retrasos en el mismo con alteraciones morfosintácticas y pragmáticas.

Los niños en edad escolar presentan una disminución del rendimiento que se refleja en el aprendizaje; en la psicomotricidad; en el lenguaje con la aparición de un mutismo selectivo; en el área relacional social con disminución y lo que es más grave aún, con ausencia de juego; manifestaciones psicósomáticas múltiples, con pérdida del control esfinteriano vesical y rectal y somatizaciones frecuentes tales como cefaleas y epigastralgias.

Son frecuentes también cuadros clínicos donde predomina la dispersión atencional, la impulsividad y la hiperquinesia, presentándose como presuntos trastornos por déficit de atención cuando en realidad son una de las tantas “máscaras” de presentación de los trastornos depresivos.

Los niños en etapa prepuberal ya comienzan a evidenciar trastornos conductuales con conductas impulsivas, desafiantes, con pasajes al acto donde ya se percibe una muy temible evolución a los trastornos de la personalidad con toda la sintomatología violenta y antisocial correspondiente.

En todos ellos, en forma independiente a la etapa del desarrollo que estén cursando, siempre están presentes de una forma u otra sentimientos de desvalorización, de minusvalía y de baja autoestima.

También hemos visto niños con “ausencia de síntomas”, con conductas esperadas para su edad. De aquí surge el concepto de resiliencia como la capacidad del niño de superar las adversidades y salir incluso fortalecido de las mismas. Estos niños muestran una fortaleza interna yoica con un predominio de los factores protectores por encima de los factores de riesgo.

Los factores protectores nos hablan de potencialidades cognitivas, destreza en los aparatos instrumentales, condiciones para la comunicación e interrelación, buena autoestima, el estar cursando un adecuado proceso de

“separación – individuación”, con aptitud y capacidad para el juego y la simbolización así como para la mentalización; premisa fundamental para el desarrollo de la empatía.

Frente a estos niños estamos autorizados a pensar que deben haber tenido vínculos positivos interactivos e interrelacionales con su madre o con quien desempeñó la función materna posibilitando así adecuadas conductas de apego. Nos referimos al contacto a través de la mirada, el piel a piel, la sonrisa, la voz, el lenguaje. Todo esto también premisa fundamental para la estructuración del aparato psíquico, la aparición de la función simbólica y del pensamiento.

Por consiguiente decimos que los síntomas pueden presentarse como situacionales o reactivos en:

- Niños o adolescentes que pueden considerarse dentro de la “normalidad” de su proceso de maduración y desarrollo.
- Niños o adolescentes cursando etapas o procesos críticos de su desarrollo psicológico, caso de una crisis puberal o una crisis adolescente, que asientan en estructuras psicopatológicas o funcionamiento mental dentro de la “normalidad”.
- Niños o adolescentes que están o no transitando por etapas críticas de su desarrollo pero que asientan en estructuras psicopatológicas o funcionamiento mental patológico y en este caso nos preguntamos a su vez en qué tipo de estructura asienta: neurótica, psicótica o carente de estructura como hay quienes afirman para el caso de pacientes psicopáticos o caracteriales.

Hacemos la salvedad que siempre existe la interrogante si en un adolescente cursando su etapa crítica podemos hablar de organización psicopatológica o de funcionamiento mental fijado en términos de estructura.

La repercusión del maltrato va a ser diferente en un niño y en otro. Va a depender en definitiva en qué paciente o niño asienta, por eso es importante estar alerta a las diferentes manifestaciones clínicas que pueden explicarse por la existencia de:

- una labilidad del yo que pueda debilitarse, sufrir amenazas de desintegración, transformarse eventualmente en un yo frágil pero que a su vez pueda reacomodarse y estructurarse positivamente (caso de los adolescentes),
- por una determinada utilización de los mecanismos de defensa, sea una regresión, negación, proyección, identificación proyectiva, una escisión. Hay mecanismos más primitivos, arcaicos y otros más de estirpe neurótica, pero más que el mecanismo de defensa utilizado en sí, tal vez lo que nos sirve para va-

lorar la vulnerabilidad es la persistencia o la utilización reiterada de dicho mecanismo defensivo.

No cualquier niño responde frente a una situación de maltrato con una crisis clástica a veces incontrolable, ni con una depresión profunda, ni con una autoagresividad en términos de autoagresión–destrucción. Lo hace aquél que tiene una fragilidad estructural básica, una forma de reacción-agresión que lejos de ser defensiva es destructiva o desestructurante. Hemos visto otros que han sido sometidos a castigo físico reiterado, crónico; se defienden contra una depresión y lejos de una mentalización realizan múltiples actuaciones y conductas impulsivas. La angustia no está clínicamente presente, así como los cuadros de desorganización con alteración de la percepción de la realidad.

Es así como decimos que el maltrato viene desde el afuera, mundo externo, y se conecta con el adentro, mundo interno, y en definitiva el resultado, en términos de vulnerabilidad (que puede tener un cierto valor predictivo), va a depender de la fortaleza del mundo interno, de las características de los padres sustitutos y del medio social.

Otro aspecto que resulta muy significativo a tomar en cuenta en relación a las consecuencias sobre el desarrollo emocional es relacionar el tipo de maltrato a las características psicopatológicas de la madre.

Para nosotros es más patogeneizante en cuanto a desequilibrio psicológico una larga historia de negligencia, privación afectiva, abandono y pérdidas que una historia de castigo físico. Si bien estos últimos, por tener riesgo vital en lo inmediato, se constituyen en una emergencia pediátrica. Es más riesgoso el proceso de enfermar con una mayor morbilidad en la negligencia y el abandono. La Prof. Gentile siempre consideró al abandono como el más grave de los maltratos.

Lo que sí afecta dramáticamente la integridad del individuo y del colectivo comunitario es el abuso sexual. Es en esta situación que como técnicos de la salud debemos estar más alerta a nuestros aspectos contra-transferenciales. A mayor violencia y agresión en la situación de maltrato más debemos atender a lo contra-transferencial. Es aquí donde podemos “actuar” ocasionando así lo que decíamos anteriormente en cuanto a la revictimización secundaria. Es esencialmente por eso que se impone siempre la necesidad del trabajo en equipo y de lo que en salud mental tanto se ha insistido sobre el “cuidado del cuidador”.

En cuanto a los síntomas que más frecuentemente se presentan secundariamente a una situación de abuso señalamos: la encopresis secundaria, la masturba-

ción compulsiva, los juegos predominantemente sexualizados, la apatía, el retraimiento, los estados límite con múltiples pasajes al acto con I.A.E.

Por último también como al principio reiteramos la palabra “Sabemos” señalando que:

- Sabemos del incremento en forma acelerada y alarmante del maltrato dirigido a niños y adolescentes; sabemos de nuestro fracaso en responder en forma apropiada al mismo; sabemos de la existencia de críticas sistemáticas y de toma de conciencia de que no estamos haciendo las cosas bien. La problemática nos desborda ampliamente y es así como surge muchas veces la inoperancia e ineffectividad, tanto en lo

individual como en lo grupal más allá de los buenos propósitos.

En repetidas oportunidades debemos admitir el fracaso, sintiéndonos responsables de que los derechos de los niños y sus familias sean vulnerados.

Sabemos, pero... ¿Qué es lo que realmente sabemos?

Quiero terminar con una frase de la profesora Irma Gentile-Ramos.

“El maltrato, la violencia y la exclusión de cada vez más niños y adolescentes siguen ocurriendo; no podemos bajar los brazos ni aceptar que no nos corresponde transformar la realidad”.