

Grupos de padres con niños con trastornos de conducta

Ortego, A., Espina, A., Perea J. M., Calzado, M^a J., y Villanueva, E.
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Torremolinos. Servicio Andaluz de Salud.

Aloma. Revista de la facultad de psicología de la Universitat Ramon Llull, 18, 183-190. 2006 .

Cuando hablamos del trabajo con el grupo la perspectiva de intervención es conseguir que la experiencia vivencial compartida en grupo provoque los cambios deseados y se alcance un nivel de manejo parental adecuado. Para ello es fundamental la comunicación entre los miembros, incluidos los profesionales que lleven el grupo. La cohesión que se logre tendrá un valor fundamental en la consecución de los objetivos y los procesos grupales y personales que se den. La reflexión sobre el proceso ayudará a que los objetivos se alcancen, se mantengan y generalicen.

En este modelo de abordaje no priman los impactos individuales sino los grupales y a partir de éstos, se puede llegar a los individuales. Si el trabajo grupal ha demostrado ya su efectividad y eficacia, teniendo en cuenta que nuestro trabajo se efectúa en el ámbito de la Sanidad Pública, tiene además el valor de la eficiencia.

Los grupos a los que nos referimos en este trabajo están formados por padres y madres que tienen hijos diagnosticados de trastorno de conducta. En otros trabajos, algunos de nosotros hemos aplicado el formato de grupo de apoyo a padres en otras patologías como la esquizofrenia o los trastornos alimentarios (Espina, 1991; Espina y Ortego, 1998, 2000).

En las familias en las que hay un familiar con un trastorno crónico se dan una serie de fenómenos que influyen en la familia: en primer lugar la carga que

supone para una familia hacerse cargo de un paciente crónico, en el ámbito de la Salud Mental se entiende por crónico aquel trastorno que cursa en un periodo superior a los 6 meses, que plantea problemas que exigen esfuerzo a la familia. Todo eso va provocando una carga en la familia tanto por los inconvenientes que trae a uno mismo la atención al paciente, como aguantar conductas molestas, censuras sociales, la preocupación que supone ver limitadas las posibilidades de alguien a quien se quiere.

El segundo elemento es el estigma social, la sociedad todavía estigmatiza al paciente o la persona problemática y con él a toda su familia. La etiqueta de loco, anormal o asocial, tiene aún peores connotaciones y ésta repercute directamente en la familia.

Ese estigma conduce al aislamiento social, el tercer elemento a tener en cuenta. Está motivado por las dos variables anteriores. A los padres les da vergüenza frecuentar los sitios habituales porque les pesa el estigma. Además la energía se centra en la atención que requiere el paciente. Eso les va a llevar a restar dedicación al mundo exterior, a las relaciones sociales. A su vez el aislamiento incrementa la carga, a menor apoyo social recibido, más stress. Se cierra así un círculo vicioso de aislamiento y carga. Alto stress y poco apoyo social provoca una situación crónica de stress que deprime el sistema inmunológico y se es más susceptible de padecer enfermedades somáticas. A su vez, la impotencia que crea esa situación crónica provoca ansiedad y depresión.

Otro elemento lo conforman las alteraciones en las relaciones familiares, normalmente hay fuertes discusiones en el seno familiar, conflictos de pareja y entre los hijos, el paciente se siente en una situación de desventaja respecto a sus hermanos que no tienen sintomatología. Sensación de celos lógicos y envidia porque siente sus limitaciones y las críticas que reciben, así como las amenazas del medio social y familiar. Aunque esta sensación no sea explicitada inicialmente en los trastorno de conducta.

Los padres a su vez tienen que dedicar mucho tiempo al paciente. Los hermanos pueden aguantar más o menos las tensiones, pero cuando tienen una mínima independencia se van del hogar, la familia se disgrega.

Las familias en esta situación presentan alteraciones en el patrón comunicacional: comunicaciones incongruentes, situaciones doble-vinculares, comunicación desviada, alta emoción expresada... Además, en muchas ocasiones, vamos a encontrar familias multiproblemáticas, desestructuradas, con estilos de funcionamiento rígidos o alienantes.

Los trastornos de conducta en la infancia y adolescencia tienen un origen multicausal. Encontramos factores:

- Individuales
- Familiares
- Sociales
- De relación

Dentro de los factores individuales hay factores biológicos y psicológicos que hacen referencia a la herencia genética y a la formación del carácter. Son factores biológicos, no sólo la herencia genética, sino las alteraciones endocrinas o las modificaciones fisiológicas producto del efecto de sustancias (alcohol o drogas). Los factores psicológicos hacen referencia a los rasgos temperamentales, déficit en el desarrollo psicoafectivo, trastornos emocionales y falta de habilidades sociales.

Los factores sociales son aquellos que influyen durante el crecimiento del niño. Actualmente el acoso escolar es una fuente importante de trastornos de conducta. Los niños que sufren acoso y no saben cómo resolver la situación, para protegerse, reaccionan participando y uniéndose a los agresores. Esta conducta se refuerza porque, efectivamente, en el grupo de agresores la protección está asegurada, se identifican con el agresor. Pero exige un precio: tener conductas antisociales.

Por otro lado el modelo de sociedad que estamos construyendo no ayuda demasiado. Una cultura donde el consumismo predomina a costa de lo que sea, donde programas basura en la televisión, videojuegos violentos, internet sin control para los niños, etc. Una cultura en la que la frustración no se entiende y se censura sin más; en la que el diálogo va desapareciendo de las relaciones familiares para dar paso a conversaciones en las que las acciones son más importantes que los actores, en las que los proyectos son más importantes que las personas que los realizan y en las que los valores se aprenderán “más adelante”.

Entre los factores de riesgo familiares destacan el paro, monoparentalidad, consumo de alcohol, la falta de contención parental y el patrón de relación (estilo de relación y modelo de apego). Cuando hablamos de contención parental nos referimos a los comportamientos, actitudes y destrezas utilizados por los padres en el proceso de desarrollo de sus hijos y que están dirigidos a educar y guiar su experiencia vital. Estas funciones se expresan en dos dimensiones:

- La contención normativa.
- La contención emocional.

La contención normativa tiene que ver con poner normas que ayuden al proceso de regulación externa, educación y socialización de los hijos. El objetivo es aceptar y entender que debe existir un funcionamiento organizado para que todo, incluidos ellos mismos, funcionen de un modo predecible (derechos, obligaciones y consecuencias).

La contención emocional tiene un rango diferente en complejidad, dado que es necesario hacerse cargo del hijo, en aspectos poco “visibles”. La ansiedad y emociones como la ira, rabia, tristeza, miedo, alegría, euforia, son fenómenos que ocurren en los niños igual que en los adultos, pero que los primeros no tienen las mismas estrategias de afrontamiento y resolución. El objetivo es

reconocer y expresar las emociones propias y ayudar al otro a identificarlas y expresarlas de un modo adecuado, desarrollando la empatía.

El patrón de relación inadecuado hace referencia a:

- Parentalización.
- Incongruencias/Comunicación paradójica/Doble vínculo.
- Emoción Expresada (criticismo/hostilidad/sobreprotección).
- Roles parentales inadecuados.
- Chivo expiatorio.

Cuando trabajamos estas áreas con el grupo tenemos en mente el modelo de apego que funciona en la familia (Bowlby, 1969,1982; Ainsworth y Bell, 1970; Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978; Ainsworth y Eichberg, 1991).

Inicialmente se catalogaron y describieron tres modelos de apego: seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente. Posteriormente se desarrolló un cuarto modelo, el llamado apego desorganizado/desestructurado (Main y Solomon, 1990) el cual está íntimamente relacionado con los trastornos de conducta.

El modelo desorganizado/desestructurado se presenta cuando hay total ausencia de estrategias que ayuden a organizar una respuesta que conforte al niño y le de seguridad en la situación extraña y estresante (contención emocional). Se dan respuestas contradictorias en los hijos, buscan proximidad y luego rechazan activamente o parecen aturridos o confusos al encontrarse con el adulto. Este comportamiento responde a los miedos y confusión, al caos ante el cuidador. La desorganización se relaciona directamente con los temores no resueltos de los padres y que han sido transmitidos a los hijos.

Abordar y paliar esta incapacidad de contención emocional de los padres es el principal objetivo que pretendemos cubrir en los Grupos de Apoyo a Padres y lo llevamos a cabo por medio de diferentes abordajes. En primer lugar

realizamos un trabajo psicoeducativo que tiene como fin informar acerca del trastorno, del tratamiento farmacológico que pueda haberse implantado y también sobre estrategias de afrontamiento de situaciones conflictivas. Implícitamente se irán manifestando aquellas dificultades más incapacitantes en los familiares y las que más ponen en evidencia los factores que les rodean y que ya hemos mencionado anteriormente.

La siguiente etapa tiene que ver con la mejora de las relaciones familiares y la elaboración psicológica de los padres, el enfrentamiento a sus temores y dificultades, reconocidos inconscientemente por el hijo problemático. Este proceso es el más delicado, ya que se trata de resolver el problema propio y no el del hijo que era el motivo de intervención. Los sentimientos de culpa y fracaso pueden llevar al abandono del tratamiento, por lo que en esta etapa el cuidado y la contención emocional que los conductores del grupo realicen es esencial. De algún modo se convierten en el modelo de padre/madre contenedor que los padres no han tenido y que tratan de mostrar.

Así mismo, y siguiendo el modelo estructural de Minuchin (1976), tratamos de reorganizar el funcionamiento familiar alterado y que el subsistema parental pueda llevar a cabo las funciones de apoyo, educación y guía. El modelo estratégico de terapia familiar (Haley, 1976; Madanes, 1982, 1989) propone trabajar las dificultades de los padres para desarrollar un modelo educativo congruente que ayude a los hijos a aceptar y reconocer los límites existentes entre los individuos y sus responsabilidades en función del rol, responsabilidad y estatus dentro de la familia.

Así mismo y teniendo en cuenta lo mencionado al inicio de este trabajo, el grupo ofrece apoyo social y emocional para estas familias que, con mucha frecuencia se encuentran solas ante las dificultades y en las relaciones. Es habitual que intercambien teléfonos e incluso se vean fuera del espacio del grupo. Los conductores del grupo favorecen esos contactos, pero estarán

atentos a que las amistades no condicionen el trabajo grupal dando lugar a alianzas o subgrupos inadecuados para el trabajo.

Para llevar a cabo el trabajo grupal contamos con dos conductores, mejor hombre y mujer, pues pueden mostrar un modelo de pareja, un funcionamiento adecuado de los roles y la posibilidad de identificación de los participantes en función de uno y otro género. También ayuda a la hora de expresar modelos, dramatizar situaciones y movilizar a los participantes.

Los grupos son abiertos, salen las altas y entran familias nuevas, lo cual favorece que las familias veteranas puedan ir apoyando a los nuevos participantes con su propia experiencia y siendo, en algunos casos, tan eficientes como los responsables del grupo. La credibilidad del trabajo y la eficacia del mismo se ven también fortalecida por las intervenciones de aquellos que han realizado ya un proceso y reconocen las dificultades de los nuevos participantes. La frecuencia de las sesiones es semanal y de hora y media de duración.

En general procuramos que el máximo de familias sea 10, condicionado por el número de hijos participantes, más que por el de padres. Paralelamente al grupo de familiares se lleva a cabo terapia de grupo con los niños.

La confidencialidad de lo trabajado en el grupo es un requisito que se manifiesta desde el primer momento y que es esencial asumir, para ello se firma un contrato de confidencialidad en el que los participantes se comprometen a cumplir. Cada uno podrá hablar de su propia experiencia fuera del grupo pero nunca de la ajena. La protección del grupo en este sentido es esencial.

La metodología que llevamos a cabo ha quedado manifiesta a lo largo de este trabajo pero podríamos resumirla como no directiva, y basada en los modelos dinámico, sistémico, el psicodrama y el aprendizaje social.

A modo de conclusión diremos que la intervención en red es necesaria en el abordaje de las dificultades en la infancia y adolescencia. En los casos de violencia se hace aún más necesaria. La intervención en grupos de padres forma parte de un programa más amplio que, como ya hemos comentado, contempla el trabajo grupal con los niños. Además es necesaria la colaboración de los centros escolares, servicios sociales y en algunos casos del sistema judicial. La efectividad dependerá no sólo de las intervenciones con padres, sino también de todas las comentadas.

Bibliografía

Bowlby, J. (1969-1982). *Attachment and loss. Vol. 1. Attachment*. London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. London: Hogarth Press.

Ainsworth, M.D., y Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrate by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdalle, N.J.: L. Erlbaum.

Ainsworth, M.D. y Eichberg, C. (1991). Effects on infant-mother attachment figure, of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other trauma experience. En: C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde y P. Marris (eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Tavistock Publications.

Espina, A. (1991). Terapia familiar en la esquizofrenia. *Revista de Psicoterapia II(8)*, 13-33.

Espina, A. y Ortego, A. (1998). Grupos de apoyo a familiares en los trastornos alimentarios. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 37, 39-49.

Espina, A. y Ortego, A. (2000). Terapia multifamiliar en los trastornos alimentarios. *Sistémica*, 8, 61-74.

Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Madanes, C. (1982, 1989). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Main, M., y Weston, D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: Related to conflict behaviour and the readiness to establish new relationship. *Child development*, 52, 932-940.

Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern. En T.B. Brazelton y M. Yogman (eds.), *Affective development in infancy*, Norwood, N.J., Ablex. 95-124.

Main, M., y Hess, E. (1990). Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cocchetti y M. Cumming (eds), *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago, press. 161-182.

Main, M., y Hess, E. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M.T. Greenberg, D. Cocchetti y M. Cumming (eds), *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago, press. 121-160.

Minuchin, S. (1978). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa