

La Sobreprotección Parental como Forma de Maltrato Emocional en Adolescentes

Por Mariana Andrea Rebecchi

Mariana Andrea Rebecchi. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Residente de Trabajo Social en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Las violencias hacia niñas, niños y adolescentes constituyen una problemática social y sanitaria de gran relevancia a nivel mundial. Aunque la familia suele representarse socialmente como el primer espacio de cuidado, protección y sostén afectivo, también puede convertirse en el escenario en el que se producen distintas formas de violencia, las cuales corren el riesgo de permanecer invisibilizadas precisamente por desarrollarse en el marco de vínculos atravesados “por el amor y el cuidado”.

Organismos internacionales han señalado que una proporción significativa de las violencias contra niñas, niños y adolescentes ocurre dentro del ámbito familiar, lo que invita a revisar críticamente las formas de vinculación. Por ejemplo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2017) señala que “las estadísticas revelan que los niños sufren actos de violencia en todas las etapas de su infancia y en diversos entornos, y que esto ocurre a menudo a manos de individuos de confianza con quienes se relacionan todos los días” (p. 3). Así, la familia también puede constituirse como escenario de prácticas que afectan negativamente el desarrollo emocional y social de quienes la integran.

Dentro de este campo, el maltrato emocional representa una de las formas más difíciles de identificar. A diferencia del maltrato físico, no deja marcas visibles en el cuerpo sino que se expresa mediante prácticas relacionales, discursos y modos de vinculación que impactan en la construcción subjetiva de niñas, niños y adolescentes. Su carácter cotidiano y muchas veces naturalizado dificulta su reconocimiento tanto por parte de las instituciones como de las propias familias.

La sobreprotección parental constituye un fenómeno especialmente relevante para analizar estas dinámicas. Aunque suele presentarse como una forma intensificada de cuidado orientada a evitar riesgos o sufrimientos, sin embargo puede traducirse en restricciones que limitan la autonomía, la socialización y el desarrollo de habilidades necesarias para la vida adulta.

Desde esta perspectiva, el trabajo social en salud posee un rol central. La intervención profesional busca comprender las condiciones sociales de vida de las personas atendidas, las dinámicas familiares que atraviesan los procesos de cuidado y las redes sociales que participan en la atención de la salud y su vida cotidiana. Ello es lo que nos permite identificar este tipo de violencias, teniendo en cuenta que la evaluación sobre el cuidado y sus distintas maneras de llevarlo a cabo es una de las principales intervenciones que realizamos en el hospital.

De esta manera, el presente artículo se propone analizar la relación entre sobreprotección parental y maltrato emocional a partir del análisis de una situación de intervención profesional desarrollada en un hospital pediátrico público del sistema de salud argentino, revisando nuestras prácticas profesionales y reflexionando sobre las formas de denominar el maltrato emocional y la sobreprotección parental.

Fundamentación

El interés sobre la realización de este artículo parte de los interrogantes sobre la manera de abordar y de identificar el maltrato emocional en las distintas formas de cuidado, así como también de la importancia de indagar sobre una temática que cuenta con un área de vacancia en la cual no se encuentran escritos que puntualmente trabajen la vinculación entre la sobreprotección parental y el maltrato emocional en el área de salud, como si fueran asuntos separados, siendo una relación importante a trabajar debido a cómo se manifiesta en las adolescencias y, particularmente en el ámbito hospitalario, en la forma de adherir a sus tratamientos.

Para poder ejemplificar cómo el cuidado excesivo se convierte en malos tratos hacia las adolescencias desarrollaré una situación en la que intervine, la que será analizada desde la teoría y la práctica profesional, partiendo de la idea de que es fundamental recuperar los relatos y las vivencias de las adolescencias que atendemos, teniendo en cuenta que el maltrato emocional es “difícil de identificar” hasta que se hace presente en la voz y en los actos de los/las pacientes.

Caracterización de la intervención seleccionada

La situación a analizar es de Z, una adolescente de 14 años con diagnóstico de diabetes¹. Al momento de conocerla, el debut de la enfermedad había sido exactamente un año.

La interconsulta se recibió por parte de la sala de internación en la que se encontraba la paciente internada, indicándose el siguiente motivo:

Paciente actualmente internada por mal control de patología de base, mala adherencia al tratamiento. Presenta mal medio familiar, escasa motivación en su vida cotidiana. A partir de ello se solicita valoración por el Servicio Social.

En los antecedentes de su historia clínica -por parte del equipo de nutrición- se encontraron varias evoluciones en las que se ponían de manifiesto los malos controles metabólicos de Z desde su inicio de diabetes, como así también el estado de ánimo de la misma, indicando rasgos de tristeza.

Más allá de que asistía a los turnos médicos pautados, cuando debía presentar sus controles de glucemia quedaba en evidencia que los mismos eran escasos y que había semanas en las que no se medía, requerimiento imprescindible para el tratamiento de su enfermedad. De esa manera, su nutricionista decidió internarla para “reeducación diabetológica”.

¹ La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024)

Desde el equipo de Servicio Social se dio inicio a una evaluación social con el objetivo de valorar la consciencia de enfermedad y también la capacidad de cuidado de la familia. En primer lugar, esto se llevó a cabo realizando una entrevista conjunta con Z y su madre, quien se encontraba acompañando la internación de su hija. En principio se dialogó con Z en relación a su vida cotidiana, sus gustos e intereses. Al inicio del encuentro, Z impresionaba como triste, pero cuando se la invitaba al diálogo sobre otros temas por fuera de su enfermedad se mostraba más animada y con buena predisposición al intercambio.

Al momento de dialogar sobre el motivo de la internación, la madre refirió: *"parece que no se venía haciendo los controles e inyectando la medicación"*, sin poder identificar con precisión la evolución de dicha situación ni mencionar con claridad desde qué momento esto había empezado a suceder. Cuando se trató de indagar sobre ello, se observó escasa implicación y problematización de lo sucedido, sin pautas de alarma al respecto.

Luego de la evaluación inicial, se comenzó a tener entrevistas por separado durante la internación, tanto con Z como con su madre. En las entrevistas con la paciente, la misma se encontraba con poco ánimo para hablar. Se intentaba abordar el impacto de la enfermedad pero ella refería no querer hablar de eso.

Al interrogarla sobre sus vínculos familiares, relató que le molestaba que la madre no le diera permisos para salir. Fue la primera vez que se angustió y que pudimos empezar a ver el sufrimiento. Refirió no tener vínculo con el padre conviviente y que la dinámica de su vida cotidiana en el hogar era estar todo el día en la cama mirando series o ayudando a realizar la limpieza. Pudo expresar: *"mi vida es así, aburrida"*. Cuando se le preguntó qué cosas la ponían contenta, sostuvo: *"no me gusta estar contenta, me gusta estar así, normal"*.

De esa manera, en las siguientes entrevistas con la madre, además de problematizar las dificultades en la adherencia al tratamiento, se hizo hincapié en los signos de angustia que presentaba Z. En relación a la enfermedad, expresó que su hija era "vaga" y por eso "no quiere controlarse". Al hablar de sus emociones, planteó: *"Ella no está triste por la enfermedad, está triste porque yo no le doy libertad"*.

Luego de esa frase, enumeró una serie de restricciones para con Z, identificando que no la dejaba tomarse colectivos, que la miraba por la ventana hasta su ingreso al colegio, que no la dejaba ir a la plaza con sus amistades o realizar compras en los comercios cercanos al hogar, entre otras cosas. Al indagar sobre dichas restricciones mencionó que ella se refería a su hija como *"la tonta"*, que esa era la manera en la que la llamaba diariamente, el modo de identificarla y limitarla, la forma de lastimarla, justificando su conceptualización con un *"Z es muy inocente, por eso la llamo así"*.

Al profundizar en relación al estado anímico de Z, habiendo observado que la joven se mostraba triste y con escasa motivación para realizar su tratamiento, la madre argumentó: *"tiene todo lo que necesita"*, haciendo evidente alusión a bienes materiales. Reconoció que si se fuera de alta, *"va a estar bien 2 o 3 días, pero después va a volver a pasar lo mismo"*.

A partir de ese acercamiento al caso, desde el equipo de Servicio Social se consideró que no estaban dadas las condiciones de egreso hospitalario de la joven hasta que se pudiera poder entrevistar a otro familiar. Se continuó el abordaje de la situación, sumando a la evaluación social a su hermana "Y", referente afectivo de la paciente.

Sobreprotección: Una forma de maltrato emocional.

“Ella no está triste por la enfermedad, está triste porque yo no le doy libertad”

En la situación caracterizada se vieron distintos puntos de interés para analizar tomando en cuenta las distintas formas de maltrato emocional. Se puede observar cómo la madre de Z no mostró preocupación por la enfermedad de la hija, se refería a ella despectivamente tratándola de “tonta”; por otro lado, también se observa cómo restringía sus libertades y era consciente de que eso entristecía a su hija.

Todas estas diferentes situaciones generaron un impacto en la vida de Z, pero en este trabajo me detendré puntualmente en los dichos y en las acciones referidas a la “sobreprotección parental” que ejercía la madre de Z sobre su hija.

Antes de desarrollar dicho concepto, resulta interesante empezar a conceptualizar qué entendemos por maltrato emocional, qué abarca, cuáles son sus indicadores, para luego poner en tensión ambas nociones.

El maltrato emocional a los niños, niñas y adolescentes en la familia es una de las formas principales y potencialmente más dañinas de desprotección infantil y a la vez una de las que presenta mayores dificultades para su identificación, evaluación y abordaje.

También conocido como abuso psicológico o abuso emocional, es un patrón de comportamiento en el que una persona utiliza palabras, acciones o una combinación de ambos para controlar, manipular, degradar o lastimar emocionalmente a otra persona. Este tipo de maltrato puede ser más difícil de identificar que el abuso físico, ya que no deja marcas visibles pero puede tener efectos profundos y duraderos en la salud mental y emocional de la víctima.

Garbarino, Guttman y Seeley (1986) definían al maltrato emocional infantil como un ataque realizado por un adulto sobre el desarrollo de la personalidad y de la competencia social del niño, niña o adolescente mediante un patrón de conducta psicológicamente destructivo y que se manifiesta mediante cinco formas: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper.

Desde su consideración es que podemos analizar si existe o no alguna vinculación en relación a la sobreprotección y cuáles son las particularidades de la misma en la adolescencia.

Sobreprotección parental: ¿Forma sutil de maltrato?

“Yo a ella le digo la tonta, es que es muy inocente”

Teniendo en cuenta la definición de maltrato emocional y sus manifestaciones, podemos sostener que la sobreprotección es una forma de maltrato emocional, ya que su principal característica es el aislamiento o impedimento para llevar a cabo relaciones sociales; como así también la acción de aterrorizar -en este caso al adolescente- para que internalice la idea de que el mundo es peligroso y dañino, provocando una dificultad para poder desenvolverse correctamente

en él, lo cual propicia la manifestación de conductas antisociales. También se podría vincular al rechazo de las necesidades del adolescente, ya que quitar o reducir las autorizaciones para realizar salidas del hogar es una forma de ignorar sus demandas. Por ejemplo, en la situación caracterizada, la madre refirió explícitamente ser consciente de que la hija no sólo estaba triste por la enfermedad sino que padecía sus restricciones.

Por otro lado, es interesante detenernos en el aporte de Martino y Barrera (2003) vinculado a la sobreprotección, la cual mencionan como un tipo de maltrato emocional que se considera más sutil, y al que a menudo no se le atribuye la importancia que merece.

Recuerdo que al leer la palabra sutil dejé el texto por un rato. Enseguida me pregunté, ¿para quién es sutil? o a quiénes nos servía ese término. Imaginé que si alguien que está sufriendo maltrato emocional tuviera que definirlo, quizás no elegiría esa palabra. Tal vez sea una forma de denominarlo que nos sirve a las/los profesionales para explicar que muchas veces detectar ese tipo de violencia se nos escapa del análisis cotidiano. ¿Es el adjetivo correcto?, ¿siempre las/los profesionales tenemos que definir conceptos? Se me abrieron muchos interrogantes, pero sí una certeza: ningún maltrato es sutil, el maltrato lastima, por más de que frente a otros ojos ese dolor no sea tan evidente.

Por otro lado, los autores también plantean que la sobreprotección transmite un mensaje de incapacidad y dependencia, sugiriendo que las/los niña/os no son lo suficientemente competentes para valerse por sí mismas/os. Esto se puede observar en situaciones en las que no se promueve el crecimiento y desarrollo de las/los misma/os sino, por el contrario, se estimulan conductas regresivas reforzando incapacidades que no existen.

En la situación de Z se puede observar que la madre no sólo sobreprotegía a su hija a través de no darle permisos sino que reforzaba esa situación dirigiéndose a ella de manera despectiva, tratándola como “la tonta”, es decir una persona con falta o escaso de entendimiento o de razón.

Entonces me vuelvo a interrogar: ¿podríamos decir que este tipo de maltrato es “sutil” para quién lo recibe?, ¿qué consecuencias son sutiles?, ¿sólo es sutil para los profesionales porque no lo transitamos?, ¿cómo lo nombrarían o conceptualizarían quienes lo vivencian?, ¿los adjetivos no indican también una forma de abordaje? Repito, siempre hay más preguntas que respuestas, pero es importante preguntarse, cuestionarse. Considero que como profesionales es necesario saber cuáles son las consecuencias de este tipo de maltrato, para poder darle el valor que realmente tiene.

Consecuencias de la sobreprotección en la adolescencia

*“Mi vida es así, aburrida,
no me gusta estar contenta.”*

La sobreprotección en la adolescencia puede tener diversas consecuencias negativas que afectan el desarrollo emocional, social y psicológico de los jóvenes. En este apartado desarrollaremos algunas de las afectaciones que recupera Bohórquez (2018) en su investigación. La autora menciona que la misma puede generar sentimientos de desvalorización e impotencia, afectando el autoestima y la capacidad para enfrentar desafíos en el futuro.

Además, estas experiencias pueden tener repercusiones a lo largo de la vida, causando dificultades en la interacción social y trastornos psicológicos potenciales, tanto en la adolescencia como en la adultez. Para Bohórquez (2018, p. 19), “El principal objetivo para las familias debería

ser crear personas competentes para su correcta adaptación a la sociedad actual, y la sobreprotección tiene como resultado todo lo contrario”.

En primer lugar, la sobreprotección puede limitar la autonomía y la capacidad de tomar decisiones de las adolescencias. Al no permitirles experimentar situaciones por sí mismas/os, los padres y las madres pueden impedir que las/los jóvenes desarrollen habilidades cruciales para la vida adulta, como la resolución de problemas, la toma de decisiones informadas y la autoconfianza. ¿Cómo desarrolla confianza en sí misma una joven que es tratada en forma despectiva por su grupo familiar?

Esta falta de autonomía puede llevar a una dependencia excesiva de las/los adulta/os y a una creencia por parte de las adolescencias de que no tienen la capacidad necesaria para realizar dichas actividades, afectando directamente a cómo se conciben, perdiendo interés por su propia vida, como en el caso de Z, quién refería que no le gustaba estar contenta. Por otro lado, la sobreprotección puede limitar el desarrollo de la resiliencia. Las adolescencias que no enfrentan desafíos o adversidades tienen menos oportunidades de aprender a recuperarse de las dificultades, lo cual es una habilidad esencial para enfrentar los inevitables desafíos de la vida adulta.

Como mencionan distintas/os autoras/es, el maltrato emocional “no se ve”, salvo que lo sepamos interrogar y se haga visible en el relato. Es por eso que desde nuestra profesión tenemos la posibilidad de habilitar el diálogo y junto a él la escucha para poder analizar el dolor invisible detrás las palabras. Un invisible, en este contexto, se refiere a aquellas conductas que parecen obvias, habituales, que se muestran como incuestionables pero que, sin embargo, presentan dificultades para ser reconocidas como violentas, aun desde el peso de lo real; es decir, aquello que no se percibe tal cual es o queda disimulado o prohibido para la visibilidad, presionado por los mitos y las creencias de la llamada armonía familiar (Velazquez, 2012, p. 46).

La relación entre la sobreprotección y el maltrato emocional puede parecer paradójica a primera vista, ya que la sobreprotección puede esconderse con el deseo de cuidar y proteger al niño, niña o adolescente de los “peligros” de la vida, sin problematizar cuáles son sus efectos a corto y largo plazo. Sin embargo, en este apartado pudimos observar que lejos de proteger, esta manera excesiva de cuidado daña y afecta a quienes lo vivencian.

Rol del trabajador social en dicha problemática: La salud es integral

Intervenir desde el trabajo social en situaciones de sobreprotección parental es importante para la promoción del desarrollo saludable de las adolescencias con las que se interviene, comprendiendo que la misma es un tipo de violencia. Como se mencionó anteriormente, la sobreprotección puede impedir que desarrollen habilidades esenciales para la vida, como la toma de decisiones, la resolución de problemas y la independencia. La profesión puede acompañar a las familias a encontrar un equilibrio que permita construir esa crianza de manera saludable dentro de la singularidad que conlleva cada una de ellas.

Considero que tenemos las herramientas necesarias para mejorar la comunicación y la comprensión mutua, acompañando a las madres y los padres a reconocer y abordar sus propios miedos y ansiedades, los que pueden estar contribuyendo a esta forma excesiva de cuidado, ayudándoles a establecer límites apropiados con el objetivo de fortalecer la dinámica familiar.

Leer lo social implica desandar la trama de lo relacional incorporando lo económico, lo ideológico, lo cultural, lo axiológico, capturando la particular conformación de los roles al interior

de cada familia. Ver las condiciones materiales de existencia implica, en un mismo movimiento, capturar sus capacidades, su potencial y fortalecerlo (Senatore, 2014, p. 328). Es por ello que nuestra intervención como trabajadoras sociales funciona para garantizar que el tratamiento médico se acompañe desde un enfoque integral que considere las necesidades sociales, emocionales y psicológicas de los pacientes.

Siguiendo a Senatore (2014), pensar en la familia como sujeto de intervención obliga a considerar la vida cotidiana, entendida como espacio de condensación de vectores múltiples y dinámicos, en el cual se vertebran procesos históricos, culturales, económicos, políticos y sociales creando determinadas condiciones para la producción y reproducción de la vida humana.

Como hemos visto en la situación de Z, no sólo predominaba la importancia de trabajar sobre la adherencia al tratamiento de su enfermedad crónica sino poder ver cuáles eran las afectaciones que le preocupaban más allá de su diagnóstico. Para llegar a ello, primero había que reconocer qué le estaba sucediendo, quién era ella, qué lugar ocupaba en su familia, cómo era reconocida, cómo transcurría su adolescencia. Primero debíamos indagar sobre sus dolores cotidianos.

Reflexiones finales

Considero que para este tipo de problemáticas resulta necesario focalizar entre la encrucijada maltrato y familia, para poder analizar cómo entran en tensión, partiendo de que en el imaginario cultural los mismos representan términos opuestos sujetos a la premisa de la familia ideal. De esta manera, cuando dichos conceptos se vinculan, tienden a producir un descreimiento por parte de la sociedad, desde la concepción de la familia como algo sagrado. Lo mismo sucede con los profesionales, lo que refuerza la dificultad de detectar distintos tipos de maltrato. Al habilitar el diálogo con las personas que la componen, tenemos la posibilidad de observar distintas formas de cuidar y a su vez de dar voz a los niños, niñas y adolescentes para saber cómo se sienten e identificar si hay algo “invisible” que todavía no comprendemos. A partir de la escucha atenta empiezan a surgir nuestras estrategias, empieza a visibilizarse la cotidianidad de quien tenemos enfrente.

Por último, sostengo la importancia de nuestras intervenciones en estos tipos de maltrato, aquellos que en distintas bibliografías se consideran sutiles, ya que por el contrario, lejos de ser leves o delicados -tal como hemos desarrollado en el caso de la sobreprotección- sus consecuencias impactan de manera negativa en nuestros pacientes, afectando la posibilidad de un desarrollo sano.

Intervenir sin minimizar las vivencias del otro es fundamental para (intentar) garantizar una vida plena.

Bibliografía

- Bohórquez Aguilar, N. (2018). *La sobreprotección parental en los menores: el límite entre la autonomía y la dependencia*. (Trabajo Fin de Grado Inédito). Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2017). *Una situación habitual. Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes*. Publicaciones UNICEF. <https://www.unicef.es/publicacion/violencia-en-las-vidas-de-los-ninos-y-los-adolescentes>

- Garbarino, J., Guttman, D. & Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child*. Jossey-Bass.
- Martino, R.H. y Barrera, L. (2003). *El niño discapacitado. Familia y discapacidad*. Ed. Nobuko, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024, 14 de noviembre). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Senatore, A. (2014). *La familia como sujeto de intervención. Procesos de judicialización de la vida cotidiana*. En M. W. Mallardi (Comp.). *Procesos de intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico* (pp. 313–340). Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.
- Velázquez, S. (2012). *Violencias y familias: Implicancias del trabajo profesional. El cuidado de quienes cuidan*. Editorial Paidós, Buenos Aires.