

EL LEGADO INVISIBLE

Vínculo trigeracional y psicopatología
adolescente

Carmen Bayo Fernández
Begoña Gállego Valverde
Juana Martínez Ladrón



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos particularmente el aliento y apoyo del Dr. Gonzalo Morandé para que realizáramos este trabajo, así como el prólogo que enmarca el texto, sus comentarios y sus críticas constructivas que nos han ayudado mucho en la reelaboración de algunos puntos en casi todos los capítulos. Así mismo, queremos agradecer a la psicóloga clínica Catalina Anta Rodríguez y a la médico psiquiatra Pilar Ortega García la lectura atenta del texto y todas sus útiles sugerencias.

Muchas gracias a los tres.

PRÓLOGO – ABUELAS, MADRES, HIJAS. ¿UN VÍNCULO TRIGENERACIONAL?	4
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1 – Apego, vínculo y construcción del psiquismo.....	11
CAPITULO 2 – Tareas vinculares a lo largo del ciclo vital familiar.....	27
CAPÍTULO 3 – Resiliencia y movimientos compensatorios	58
CAPÍTULO 4 – Transmisión del vínculo Trigeneracional. Continuidad y discontinuidad vincular.	64
CAPÍTULO 5 – Cesión, emigración y vínculo trigeneracional	76
CAPÍTULO 6 – Psicopatología parental y vínculo trigeneracional.....	87
CAPÍTULO 7 – Vínculo y figura paterna	102
BIBLIOGRAFÍA POR CAPÍTULOS.....	110
ANEXO I – Organización y evolución vincular en madres de pacientes con trastorno de conducta alimentaria	117
ANEXO II – Guía práctica.....	147
ANEXO III – Mesa Redonda. “Teoría del Vínculo y Trastornos de Alimentación”.	171

PRÓLOGO – ABUELAS, MADRES, HIJAS. ¿UN VÍNCULO TRIGENERACIONAL?

Partiendo de un estudio realizado por las autoras sobre la organización y evolución vincular de madres de adolescentes con trastornos alimentarios, aquellas, nos proponen en este libro una mirada aún más amplia sobre tres generaciones, sus patrones de apego y, sus movimientos compensatorios. A los datos de la investigación unen una rica experiencia clínica que sin duda añade otras dimensiones a su relato.

El texto implica una teoría, un estudio clínico, un instrumento y un desarrollo.

Una Teoría, la Teoría del Vínculo, extendida a la Transmisión Vincular Trigeneracional en dimensión femenina tomando, como punto de partida, la peculiar relación de la adolescente anoréxica con su madre.

Un estudio, “Organización y evolución vincular de madres de pacientes con TCA”, realizado con 120 madres a quienes se preguntó sobre su experiencia con sus propias madres y con sus hijas. Madres de pacientes anoréxicas hospitalizadas y de adolescentes ingresadas con otras patologías psiquiátricas, madres de anoréxicas en tratamiento ambulatorio y de otras patologías con tratamiento ambulatorio, y madres de adolescentes diabéticos y de un grupo control de adolescentes sanos. Seis grupos con los que se realizó la misma entrevista.

Un instrumento, una adaptación clínica de la entrevista de Mary Main, “Adult Attachment Interview” (AAI). En ella se pregunta a las madres sobre los vínculos con sus padres, pareja e hijos. En este trabajo el foco de atención se puso en la línea vincular, abuela, madre e hija. Primera, segunda y tercera generación respectivamente. La entrevista está formada por una serie de preguntas relacionadas con su historia vincular y sobre lo que piensan de ella, en definitiva, su recuerdo emocional del vínculo.

El propósito principal de la entrevista es buscar y clasificar el estado mental del sujeto con respecto a sus vínculos. Y también,

Unas reflexiones derivadas de estas entrevistas, los capítulos que conforman este trabajo.

Algunos conceptos para mejor entender:

Para Bowlby, la formación del vínculo en la infancia determinará futuras relaciones, un prototipo a reproducir. Así un vínculo seguro es un capital emocional. Por oposición, una persona con experiencias dolorosas en la niñez y una inseguridad relacional puede que las extienda hasta sus propios hijos, salvo que viva experiencias compensatorias y tenga así una seguridad adquirida.

El Movimiento Compensatorio Vincular significa que a través de una nueva experiencia vital, la calidad previa del vínculo establecido cambia.

Las relaciones de apego/vinculares cambian con la maduración neurológica. Los cambios se producirían a los 12 meses, a los 21-36 meses, en la adolescencia y en la ancianidad. El apego es un proceso biológico no aprendido, efecto de la maduración neurológica en su construcción. La interacción de los niños con las figuras de apego facilita el aprendizaje del uso de sus mentes. Las aportaciones de Crittenden, citada en el texto, amplían comprensión e hipótesis acerca del tema.

Se consideran tres tipos de vinculación, uno Seguro y dos Inseguros (Desentendido y Preocupado).

El Vínculo Inseguro lo presentan, aquellas personas que describen la relación con sus padres positivamente pero los ejemplos de recuerdos experienciales que ofrecen son negativos.

Quienes recuerdan un Vínculo Desentendido, han conocido la soledad o el rechazo en su infancia y han optado por desactivar su sistema de vinculación.

Aquellas personas con Vinculación Preocupada, están muy implicadas en las relaciones pasadas y quedan en sus conciencias numerosos acontecimientos que no han aceptado nunca.

También las personas clasificadas con Vínculo Seguro pueden desorganizarse ante un hecho traumático pero sus posibilidades de recuperación son mayores, como veremos en algunos ejemplos.

Si discutible es la aproximación vincular más allá de la primera infancia, también lo es su extrapolación a las abuelas. **Sin embargo, esta investigación nos demuestra que es posible que forme parte, al menos, como un elemento singular en la etiopatogenia de los trastornos alimentarios.**

Un resultado del estudio señala que la continuidad transgeneracional del vínculo inseguro en adolescentes AN ingresados es la más alta de todos los grupos tanto en pacientes (85%) como en hermanos (65%), pero son seguidos a poca distancia por los otros hospitalizados.

Quienes son entrevistadas sobre sus madres mientras sus hijas están ingresadas son las más negativas en su puntuación del presente y del pasado. Conclusión válida para todo tipo de ingresos. Es la relación con sus madres ahora de adultas la que más se cuestiona y lo que marca la diferencia, por otro lado, este dato hace pensar que no han habido movimientos compensatorios vinculares a lo largo del tiempo, tampoco es extraño que el vínculo con los pacientes sea más inseguro que con los otros hijos y que la preocupación se extienda a los hermanos de TCA en tratamiento ambulatorio. Por último,

Unos objetivos. Desde la discusión de los resultados, la valoración clínica, y la puesta en común de las entrevistas, surgieron temas de interés que han dado lugar a los capítulos de este libro.

Un texto que intenta relacionar los procesos de vinculación y de transmisión vincular trigeneracional con la construcción del psiquismo, los

movimientos compensatorios vinculares en el ciclo vital familiar y con la psicopatología parental.

También se recorren las diferentes etapas del ciclo vital con ejemplos de la investigación realizada: formación de pareja, primer hijo, fases de crianza, adolescencia, emancipación, edad adulta y ancianidad”

En siete capítulos y tres anexos desarrollan sus propósitos. El estudio de las madres de los seis grupos, es ilustrativo, en él se basan los diferentes capítulos entre los que destacaría por su especial interés el segundo sobre tareas vinculares y ciclo vital y el quinto acerca de la emigración femenina especialmente representada en la investigación.

Los objetivos son ambiciosos y el desarrollo de los capítulos nos enseña sus logros y también sus carencias como señalan las autoras. Unos y otros son motivo de nuevas y necesarias investigaciones. Este es un libro que deseaba leer y he quedado entusiasmado, más allá de algunas inevitables discrepancias.

El texto realiza un largo viaje desde la construcción del vínculo hasta la Transmisión Vincular Trigeneracional. Éste es el fundamento de la investigación, una hipótesis básica que puede ayudar en tareas diagnósticas, psicoterapéuticas, pronósticas y preventivas

Dado que una parte importante de la investigación se ha desarrollado en la Unidad de TCA que dirijo y las autoras han sido y son colaboradoras y amigas, mi proximidad me limita y al mismo tiempo me permite reconocer sus conocimientos, entusiasmo y rigor profesional. Nuestro vínculo es seguro como se demuestra en esta publicación.

Dr. Gonzalo Morandé Lavín.

Unidad de Trastornos Alimentarios.

Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo nace desde el deseo de recoger nuestra experiencia tras años de atender a pacientes con TCA y a adolescentes en conflicto y a sus familias. Está dirigido a psicólogos, psiquiatras y otros profesionales dedicados a la atención de enfermos mentales.

Al tratar a nuestros pacientes nos hemos encontrado siempre, como tantos colegas, con la gran importancia que la relación con sus figuras de cuidado (principalmente la madre y el padre), ha tenido en el desarrollo de sus personalidades y, también, de sus dificultades. Partiendo de este hecho, creemos que la reflexión sobre el vínculo es un instrumento válido para elaborar hipótesis diagnósticas, establecer estrategias de intervención psicoterapéutica y ayudar en pronosticar la evolución del paciente.

Para profundizar en dichos vínculos y en sus influencias realizamos un trabajo sobre 120 entrevistas hechas a 120 madres de jóvenes pacientes y no pacientes de entre 13 y 18 años.

Estas entrevistas se realizaron en gran medida en el Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid.

La muestra está dividida en 6 grupos: Trastorno de la Conducta Alimentaria Ingresado, TCA en Tratamiento Ambulatorio, Cuadro Psiquiátrico No TCA Ingresado, Cuadro Psiquiátrico no TCA en Tratamiento Ambulatorio, y dos Grupos control, Diabetes y jóvenes Sanas.

Como material utilizamos una adaptación clínica de la entrevista de Mary Main, "Adult Attachment Interview" (AAI).

A través de ésta se pregunta a la madre acerca de sus vínculos con sus padres, con su pareja y con sus hijos.

Es importante señalar que nuestro foco está puesto principalmente en la línea vincular abuela–madre–hija paciente. Para evitar confusiones hacemos hincapié en que la abuela aparecerá como “primera generación” (1ªg.), la madre entrevistada como “segunda generación” (2ªg.) y la hija paciente como “tercera generación” (3ªg.)

Estas entrevistas, a las que nos referiremos en distintos momentos, nos servirán como ejemplos concretos de aspectos de Desarrollo del Vínculo que iremos destacando. Durante la valoración clínica de dichas entrevistas realizada, cada una de ellas, de forma independiente por las tres autoras más una sesión posterior de puesta en común y contraste de valoraciones, fueron surgiendo temas de interés que queremos compartir y que han dado lugar a los capítulos de este texto.

En el Anexo I, “Organización y evolución vincular de madres de pacientes con TCA”, se muestran los resultados y la investigación citada.

El Anexo II, recoge el apartado correspondiente de “Guía Práctica” solicitada como proyecto por el Dr. Gonzalo Morandé, Jefe de Psiquiatría del Hospital del Niño Jesús.

En el Anexo III, se presenta la mesa redonda dedicada a “Teoría del vínculo y Trastornos de Alimentación”, que tuvo lugar durante la Jornada de Trabajo del año 2009 en el Hospital Universitario del Niño Jesús de Madrid.

Nos planteamos escribir un texto que nos hubiera gustado leer a nosotras relacionando los procesos de vinculación y de transmisión vincular trigeracional con la construcción del psiquismo, con el ciclo vital familiar, con la psicopatología parental y con los movimientos compensatorios vinculares.

Aunque son muchos los autores que han trabajado y escrito sobre los vínculos familiares, hemos pretendido acercarnos al tema sobre todo desde una visión clínica y práctica.

Estaremos satisfechas si podemos contribuir a estimular el pensamiento aportando un grano de arena en la comprensión de estos complejos cuadros.

CAPÍTULO 1 – Apego, vínculo y construcción del psicoquismo

Los seres humanos nacemos prematuramente y esa prematuridad nos hace extremadamente desvalidos.

En realidad ese desvalimiento nos acompaña toda la vida y está en la base de nuestra necesidad de ser amados y comprendidos.

El bebé no puede cuidar de sí mismo ni buscar sus fuentes de provisión, depende de otro para su supervivencia y no sólo para su supervivencia biológica, sino que depende también de otro para poder constituirse como “humano”.

Las patologías de hoy, (borderlines, esquizoides, trastornos narcisistas), parecen construirse en los desencuentros y separaciones, dejando vivencias de ausencias y vacíos internos mucho más que en tiempos anteriores.

Estas patologías hablan de una dificultad para encontrar una presencia o una disponibilidad en otro ser humano. Parecen referirse a una dificultad en el encuentro, la cooperación intergeneracional y en el respeto a la intimidad.

Ponen en cuestión fallas en una función de contención y/o para-excitación que permita “metabolizar” la angustia y desarrollar una capacidad de pensar y simbolizar las vivencias.

En términos de Bion (1), estas patologías nos hablan de las fallas en la constitución de un aparato psíquico incapaz de pensar los pensamientos.

Son múltiples los autores que han estudiado la importancia de los primeros vínculos del bebé y la influencia sobre el desarrollo de la personalidad.

A este respecto son pioneros los trabajos de René Spitz (2) que en sus grabaciones mostraba de una manera impactante la ansiedad y aflicción de los niños pequeños en una institución privados de una vinculación con sus figuras primarias.

Otros autores como D. Winnicott (3), M. Mahler (4) o H. Kohut (5) ponen también el acento en la importancia de lo vincular como base del nacimiento psíquico de todo ser humano. Cómo, progresivamente, a partir de un mundo narcisístico en que los objetos son una prolongación del sí mismo, se va desarrollando el sentimiento de sí como diferente de los objetos que lo sostienen.

J. Bowlby (6) se basó en su formación psicoanalítica para desarrollar su teoría del apego con una teoría explicativa del desarrollo socioemocional del ser humano. Este autor incorporó a su conceptualización los estudios de etólogos como Lorenz (7) con los ánsares y de Harlow (8) con los macacos, así como diferentes estudios empíricos promovidos por su colaboradora Mary Ainsworth (9) que había estudiado la conducta de apego en distintas sociedades.

Para Bowlby, la conducta de apego “es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo.”

Casi todos los niños prefieren a una persona, en general su figura materna, a la que acudir en caso de inquietud. Si no pudieran disponer de esta figura los niños (y los adultos) tienen una clara jerarquía de preferencias de personas a las que acudir en caso de necesidad.

Una cuestión es la conducta de apego que puede manifestarse en situaciones concretas y otra el apego duradero o estilo de apego y vínculo que está limitado a unas pocas personas.

Los primeros vínculos que establece el bebé son, por tanto, vitales para su desarrollo y estos vínculos se constituirán según las características de sus protagonistas.

El bebé pondrá su temperamento y sus necesidades biológicas, sus figuras de apego tendrán una historia personal y vincular que pesará en su manera de acoger y de relacionarse con ese bebé concreto. Así, las experiencias de esos padres en tanto que hijos, las representaciones que ellos hayan construido de sus experiencias durante su infancia, influirán en su respuesta parental para con sus hijos.

Por otra parte, las situaciones vitales vividas durante los primeros años de la historia familiar, así como las respuestas que tanto los padres como el entorno cercano han dado a esas situaciones, influyen y pueden modificar las características del vínculo establecido.

Dentro del marco del apego, los lazos emocionales íntimos no se consideran subordinados ni derivados del alimento ni del sexo. La capacidad de establecer lazos emocionales íntimos con otros individuos, tanto buscando el cuidado como siendo quien lo da, es considerada un rasgo positivo de la personalidad y de la salud mental.

Los Conceptos: Breve Introducción:

El término “Attachment” suele traducirse como Vínculo y Apego, lo que puede provocar cierta confusión. Según Bowlby el sistema de Apego forma parte de una serie de sistemas conductuales que organizan la Vinculación. *Las conductas de Apego establecen el vínculo.* Las expectativas respecto a la accesibilidad y receptividad de las figuras de Apego enmarcan la calidad Vincular.

Con objeto de distinguir las diferentes calidades de vinculación M. Ainsworth investigó la reacción del bebé a la separación de su madre. La autora ideó “La situación ante el extraño o “La situación extraña”. Durante ésta el bebé vive en una habitación desconocida (en la cual hay también juguetes), diferentes circunstancias: está con su madre, con su

madre y una mujer desconocida, solo con esta mujer y completamente solo. En estas circunstancias se observan las reacciones del bebé.

Los tipos de Vinculación: Seguro; Evitativo y Resistente/Ambivalente se valoran en base a la reacción del bebé al reencontrar a la madre tras la separación.

En nuestro estudio, base de este trabajo, hemos considerado tres tipos de vínculo:

- Vínculo seguro
- Vínculos inseguros: Vínculo desentendido y Vínculo preocupado

El apego seguro se caracteriza por un modelo de funcionamiento interno en el cual la figura de apego es percibida como accesible y receptiva si se la necesita.

La receptividad del cuidador es básica para el tipo de vinculación que se establezca.

Se ha encontrado que las personas clasificadas como Seguras, tienen una mayor capacidad de extraversión y cooperación. El estilo seguro se relaciona con un mayor índice de salud y bienestar que los estilos inseguros.

El discurso a lo largo de la entrevista AAI es colaborador. La descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con el vínculo es consistente, ya sean experiencias favorables o desfavorables. El discurso no viola ninguna máxima de Grice (10).

En la infancia este tipo de vínculo seguro se reconoce porque el niño establece contacto físico normal con la madre tras una situación estresante, mostrando preferencia obvia por la madre frente a cualquier extraño. Tras una separación, puede calmarse y reiniciar en breve tiempo las conductas de exploración y juego.

Diversos autores establecen una relación entre apego seguro y capacidad de autorregulación afectiva y entre apego inseguro y las dificultades de regulación afectiva.

También las personas clasificadas como seguras pueden desorganizarse ante un hecho traumático, pero en general su discurso sigue siendo coherente aunque el hecho traumático aún no esté asimilado del todo.

El sentimiento de seguridad permitiría una mayor flexibilidad cognitiva, mientras que el sentimiento de inseguridad para no ser reactivado llevaría a una restricción de las representaciones.

Si los individuos que han tenido experiencias difíciles en la niñez no han conseguido una “seguridad adquirida” mediante experiencias compensatorias, el prototipo de vinculación insegura establecido con los cuidadores en la infancia será, supuestamente, el que establecerán con los propios hijos.

En nuestro estudio hemos considerado dos tipos de vínculo inseguro: vínculo desentendido y vínculo preocupado.

Las personas clasificadas con vínculo inseguro tienen un discurso incoherente en el sentido que describen a sus padres positivamente y sin embargo los ejemplos específicos de sus recuerdos son negativos.

Las personas con *Vínculo desentendido*, han conocido la soledad o el rechazo (como por ejemplo expresiones de fastidio por parte de la madre) en su infancia y han optado por desactivar su sistema de vinculación. Lo pueden hacer de forma inconsciente eliminando recuerdos, lo que puede permitir idealizar las experiencias con sus padres, o bien recordando experiencias negativas, pero justificándolas como hechos aislados o con razones suficientes. El discurso viola las máximas de calidad y es excesivamente breve (Grice).

Algunas personas aún reconociendo hechos negativos, aíslan estas cogniciones de sus emociones y estas experiencias son minimizadas y juz-

gadas sin importancia. Es decir que podemos hablar de una escisión entre cognición y afecto.

En la infancia este tipo de vinculación hace que el niño evite el contacto físico con la madre tras una separación (vínculo evitativo infantil). A menudo no llora al separarlo de la madre y continúa jugando. No muestra disgusto ni enfado.

Al contrario de las personas desentendidas, las personas con *vinculación preocupada*, hiperactivan su sistema de apego. Este fenómeno, se manifiesta por un cierto estado de irritación y por un discurso con excesiva información, a pesar de ello son incapaces de dar una impresión general de sus relaciones. Las frases son a menudo largas, gramaticalmente enmarañadas o con expresiones vagas, violando la máxima de forma (claridad y orden) y relevancia. También el discurso es excesivamente largo violando el principio de cantidad (Grice).

Estas personas están muy implicadas en las relaciones pasadas y quedan en su conciencia numerosos acontecimientos que no han aceptado nunca. Les falta la certeza de haber sido realmente amadas, aceptadas y cuidadas por sus padres. Sus dudas, ambigüedad y confusión al respecto pueden referirse a una etapa concreta de su vida o a toda ella hasta el momento de la entrevista.

En la infancia las respuestas maternas se caracterizaron por no presentarse o por ser impredecibles. El niño se muestra pasivo o muy enfadado tras reencontrarse con la madre después de una situación estresante. (Vínculo resistente/ambivalente en la infancia). Tras la reunión no se calma y permanece junto a la madre buscando consuelo. Suele llorar y no regresa a la exploración y el juego.

CUADRO CORRELACIÓN TIPOS DE APEGO (Mary Main –11)

Estilo adulto de apego	Conducta esperable en el niño
<p><i>Seguro</i></p> <p>Discurso coherente, colaborativo.</p> <p>Consistente con la experiencia.</p>	<p><i>Seguro</i></p> <p>Mayor habilidad para jugar y explorar.</p> <p>Disgusto adecuado en la separación.</p> <p>Capacidad para ser calmado.</p>
<p><i>Desentendido</i></p> <p>Discurso no coherente.</p> <p>No consistente con la experiencia relatada.</p> <p>Idealización.</p>	<p><i>Evitativo</i></p> <p>Más atentos a objetos que a la interacción personal.</p> <p>Evitan contacto y no lloran en la separación.</p>
<p><i>Preocupado</i></p> <p>Discurso no coherente.</p> <p>Preocupado por las relaciones pasadas.</p> <p>Largas frases.</p> <p>Enfadado, pasivo, miedoso.</p>	<p><i>Resistente</i></p> <p>Reaccionan fuertemente a la separación.</p> <p>Buscan reencuentro, pero no se calman.</p> <p>Rabia o pasividad.</p> <p>No retoman exploración.</p>

El modelo de Apego ejerce una influencia continuada sobre la conducta y se refleja en un patrón de Apego. Este patrón, modelo, estilo de Apego que debería calificarse y observarse en diferentes contextos, fundamenta la calidad Vincular y mostraría estabilidad a lo largo del tiempo, es decir habría una Continuidad Vincular en cada persona.

Otros autores como Crittenden (12), sin embargo, consideran que el tipo vincular estaría más en relación con la edad. Aquí se podría pensar en su relación adaptativa en las distintas fases del Ciclo Vital Familiar.

La calidad Vincular viene determinada por el **Modelo Operativo Interno**. Este concepto básico hace referencia al modelo emocional/cognitivo constituido durante la infancia y la adolescencia sobre las interacciones diarias y la experiencia cotidiana de la relación padres–hijos. Cómo se siente este hijo con respecto a sus padres y a sí mismo en contacto con ellos (13). Este será el Recuerdo Emocional del Vínculo en la infancia que buscaremos a través de la entrevista AAI.

Las experiencias vinculares de los padres con los abuelos, las representaciones mentales que aquellos tienen de esas experiencias, su conducta como padres, determinan las experiencias vinculares de los hijos. Conocemos este proceso como **Transmisión Vincular Trigeneracional**.

Aunque partimos de la hipótesis de que existe una **Continuidad Vincular** entre las generaciones, es decir unos padres se vincularan con sus hijos según el modelo de vinculación establecido con sus progenitores, hay circunstancias a lo largo de la vida (hechos traumáticos, nuevos vínculos, características del bebé, temperamento, etc.) que llevan a cambios en el modelo vincular dando lugar a veces a una **Discontinuidad Vincular** entre las generaciones.

El Modelo Operativo Interno evoluciona, no descansa a lo largo de la vida. El afán humano por vincularse “seguramente”, la búsqueda de interlocutores emocionales válidos incondicionales, no se detiene. De ahí los **Movimientos Compensatorios Vinculares, la Seguridad Lograda**.

El largo viaje de las conductas de Apego que establecen el Vínculo diseñan la **Transmisión Vincular Trigeneracional**. Ésta es el fundamento de nuestra investigación, una función central que puede ayudar en tareas diagnósticas, psicoterapéuticas, pronósticas y preventivas.

Crittenden, plantea que el apego es un proceso biológico no aprendido, efecto de la maduración neurológica en la construcción del vínculo. La interacción de los niños con las figuras de apego facilita el aprendizaje del uso de sus mentes.

Las relaciones de apego/vinculares cambian con la maduración neurológica. Según la autora los cambios se producirían a los 12 meses, a los 21-36 meses, en la adolescencia y en la ancianidad.

Las neurociencias

Los nuevos avances en neurociencias aportan interesantes hallazgos sobre el funcionamiento y el desarrollo de la vida cerebral.

El bebé al nacer queda inscrito en una compleja red de interacciones intrapsíquicas e intersubjetivas, ¿Cómo interactúan estos procesos psíquicos y como se relacionan con el funcionamiento y desarrollo del cerebro?

En el año 1996, un equipo de neurocientíficos italianos liderados por el neurólogo Giacomo Rizzolatti (14)(15), publicaron los resultados de unas investigaciones en las que se planteaba que el cerebro del mono contiene una clase especial de células llamadas neuronas espejo. Estas células se activan cuando el animal ve u oye una acción y cuando el animal realiza la misma acción.

Investigaciones posteriores muestran que los seres humanos también poseen otro tipo de neuronas espejo.

Según estas investigaciones el cerebro tiene múltiples sistemas de estas neuronas que se especializan en realizar y entender no sólo las acciones de los demás sino sus intenciones, el significado social de su comportamiento y de sus emociones. Las neuronas espejo nos permiten entender la mente de los demás, no sólo a través de un razonamiento conceptual sino mediante la simulación directa.

Ahora bien, ¿Cómo afectaría al funcionamiento cerebral la utilización precoz de procesos psíquicos antitraumáticos que buscan erradicar de la percepción la experiencia psíquica dolorosa que no se puede metabolizar y que tiene su origen en la interacción bebé-madre-padre?

Los estudios van sobre todo en la línea de su interés sobre la psico-somática del bebé y de la psicopatología grave del niño pequeño y en la posibilidad del trabajo psicoterapéutico con la dupla madre-bebé o con la interrelación bebé-madre-padre, y la posibilidad de revertir o evitar la instalación de dichos cuadros.(16)

Aportes recientes de la neurobiología muestran que la plasticidad de la red neuronal permite la inscripción de la experiencia y posibilitan salir de una visión estática del sistema nervioso. Las sinapsis sufren una remodelación permanente en función de la experiencia vivida.

Estos hallazgos, dibujan una conexión entre la huella psíquica y la huella sináptica establecida en la red neuronal. La experiencia modifica permanentemente las conexiones entre las neuronas. Los cambios son tanto de orden estructural como funcional. Tanto la plasticidad neuronal como las vivencias son individuales y dependerán de cada sujeto a la vez que contribuirán a construirlo.

La organización del cerebro maduro y sus capacidades funcionales dependen de la cantidad, calidad y patrón de experiencias de los primeros años de vida. Esas primeras experiencias interpersonales proporcionan una experiencia senso-perceptiva y afectiva que puede ser, segura, placentera, repetitiva, consistente, predecible, siguiendo un patrón que organiza el desarrollo cerebral infantil, o negligente, caótica o abusiva induciendo cambios bioquímicos y estructurales para adaptarse a ella que alteran la arquitectura cerebral.

Como señala la Dra. Concepción Fournier (17) en su trabajo, “Neurodesarrollo y maltrato”: “Los padres sirven como un córtex auxiliar externo para el cerebro inmaduro del niño”. En su trabajo, la Dra. Fournier nos recuerda que no todos los sistemas cerebrales se organizan a la vez. En cada momento del desarrollo hay unos períodos críticos o sensitivos en los que se activan zonas cerebrales e inician su maduración estableciendo conexiones neuronales.

La falta de estimulación o estimulación inadecuada puede provocar la interrupción del proceso madurativo iniciado y causar el cese de desarrollo de esa capacidad o alterar su curso en el futuro.

Las áreas límbicas (fronto-temporales) son las primeras zonas que se activan en el desarrollo. Depende de ellas el funcionamiento emocional y social. Para organizarse necesitan que existan relaciones consistentes con figuras de crianza.

Hay que tener en cuenta que un bebé o niño pequeño expuesto a una situación amenazante, no puede defenderse ni huir, y que para el cerebro de un niño todo tiene un carácter único y por tanto potencialmente amenazante, de ahí la gran importancia de la actitud (córtex auxiliares) de sus cuidadores primarios.

El estrés extremo o continuado, puede alterar la química cerebral provocando niveles elevados de catecolaminas (conductas de hipervigilancia, sobresalto, irritabilidad...) y/o produciendo niveles altos de cortisol que pueden provocar daño neuronal e influir sobre el desarrollo cognitivo.

Es imposible pensar la construcción del Sujeto sin tener en cuenta lo vincular. El funcionamiento psíquico se desarrolla simultáneamente en los registros, Intrasubjetivo, espacio del sujeto y sus deseos. Intersubjetivo, espacio del sujeto y sus relaciones vinculares. Transubjetivo, espacio del sujeto y su campo social y cultural.

Claudio Maruottolo (18), señala que la dimensión intrasubjetiva se caracteriza por su unidireccionalidad y va predominantemente desde el Yo hacia lo externo, en donde los otros son principalmente objetos internos desconocidos en su alteridad y autonomía.

La dimensión intersubjetiva se caracteriza por su bidireccionalidad, es el campo de la relación, lugar de interdependencias sanas e interdependencias patológicas.

La dimensión transubjetiva se caracteriza por la relación del sujeto con la cultura y el espacio social. El Sujeto es tanto sujeto del mundo como de la estructura familiar. Es el lugar de las representaciones e identificaciones de las ideologías y discursos sociales.

La subjetividad es singular pero al mismo tiempo la podemos pensar en un contexto plural. Las interdependencias sanas permiten un grado de creatividad que se abre a la integración de nuevas experiencias, mientras que las interdependencias patológicas, se resisten a lo novedoso y tienden a la repetición.

Las entrevistas

Al estudiar las entrevistas de nuestro trabajo de referencia, nos encontramos que esta visión retrospectiva sobre los primeros vínculos es múltiple y variada, pero siempre hay algún matiz que destaca dando un sentido a ese vínculo y que más allá de posibles cambios permanece en el tiempo.

Así nos encontramos con que a veces el **Vínculo** ha sido vivido como una **Carga**, como es el caso de madres (y/o padres) que viven la crianza de los hijos como una pesada obligación que interfiere en otros intereses vitales, como es el caso de una mujer muy activa (abuela de una de las jóvenes de la muestra) casada con un hombre (el abuelo) que mantenía un ritmo de vida incompatible con la crianza de una familia, y que terminó por abandonar el hogar familiar con una nueva pareja.

Esta mujer, una y otra vez a lo largo de los años se quejó y echó la culpa del abandono del marido a los hijos y su crianza que le impedían atender los requerimientos de su esposo.

En otras ocasiones, destaca la añoranza de una situación idealizada, frente a la cual cualquier otro vínculo es denigrado dificultando así el establecimiento de una pareja propia y de una familia. **Vínculos Idealizados** ligados unas veces a la figura paterna y otras a la figura materna, como aparece en el relato de la única entrevistada huérfana de madre

desde la adolescencia y expulsada de la casa por la nueva pareja del padre. El diagnóstico de su hija enferma reactiva el duelo en suspenso en torno a la muerte de la madre, figura idealizada con la que estaba identificada.

A veces lo más importante es el aspecto de pertenencia a un núcleo familiar de origen con respecto al que se establece un **Vínculo de Dependencia** del que no se puede desprender y que dificulta la separación hacia un nuevo núcleo familiar. Así, por ejemplo, la situación de una madre entrevistada, casada y divorciada, madre de una joven con un trastorno obsesivo compulsivo y que regresa a la casa de origen en la que convive con la madre y otras hermanas.

El Vínculo Dependiente de la línea materna amplia puede manifestarse intensamente y en ocasiones dificultar bastante la autonomía emocional de las adolescentes de la tercera generación.

Hay vínculos marcados por la dependencia no resuelta en los que la mujer necesita siempre la presencia de otro que acompañe y que pasan de estar apegadas a la madre (“Yo es que estaba muy enmadrada”), a depender del marido y después también de los hijos (“Siempre he sido muy miedosa. Cuando mi marido viaja por trabajo duermo con mi hija”).

También en otras ocasiones el Vínculo se constituye en un campo de batalla entre generaciones la mayoría de las veces marcado por una rivalidad teñida de Envidia y/o Celos de uno de los progenitores con respecto a los hijos.

Podemos ver la **Inversión de Roles**. Se trata de vínculos en los que la hija hace de cuidadora de la madre o de madre de los hermanos más pequeños.

Así, la hija mayor de una pareja en la que el padre, un hombre muy celoso, no permitía a la madre salir de casa y era ella madre en la actualidad de una chica con un trastorno de ansiedad la que hacía los reca-

dos que la madre no podía hacer, y la protegía o apoyaba frente al padre.

También la enfermedad de la madre, por ejemplo, lleva a la necesidad de que una hija, en este caso la menor de seis hermanos se ocupe de “llevar la casa”, (“Cuando me casé estaba muy preparada”).

En otros relatos, se trata de familias con varios hijos en las que la hija mayor se ocupaba de atender a los hermanos pequeños mientras la madre trabajaba, situaciones a veces marcadas también por el efecto de la emigración y por la escasez de recursos económicos que deja huellas no solo de la pobreza material, sino de un cierto abandono emocional e incluso intelectual, (“Había que trabajar, no había tiempo para otras cosas”; “Siempre me he sentido un poco abandonada, mis padres siempre se han ocupado de la supervivencia y la educación la dejaron un poco de lado”).

También podemos encontrar historias en las que aparecen Vínculos marcados por situaciones especiales como son la **Enfermedad grave o la Muerte de** un progenitor o de un hermano, vínculos que quedan contaminados por sufrimientos de la generación anterior y que se transmiten a la generación siguiente si no es posible una elaboración adecuada de esas situaciones vividas como traumáticas. Así, por ejemplo, el caso de una madre entrevistada (la hija con un diagnóstico de ANR), hija menor de una familia cuyo hermano mayor murió siendo ella aún una niña. Enfermedad y muerte que ensombreció la vida familiar e hizo que la actitud de la madre fuera ansiosa con el resto de sus hijos.

(“...Siempre estuvo muy temerosa de que nos pasara algo,...la muerte de mi hermano ha sido como un peso y no he compartido muchas cosas, la verdad).

Otro tipo de **Vínculo Dañado** en la misma línea, sería el de una mujer entrevistada que califica como “carencia” el vínculo con su madre, refiriéndose a las secuelas de la muerte del hermano anterior, aún bebé,

que produjo una retracción libidinal depresiva de esta madre que depositó su rol en la abuela materna.

También podemos ver como la enfermedad grave de la hija y nieta supone un shock de tal nivel que trastoca los Vínculos preexistentes provocando un deterioro general de dichos vínculos.

Un tipo de **vínculo Seguro Logrado** bastante extendido es aquel que se da entre algunas de las madres entrevistadas con su marido, compensando así después de bastante tiempo el desentendimiento de su padre en la infancia y la adolescencia e incluso el de su madre también. Como decía una de estas madres: "Él me ha ayudado a recolocar a cada uno en su sitio".

Otro tipo de Vínculo Seguro Logrado es el de una paciente con los abuelos maternos tras el divorcio traumático de los padres y otros eventos vitales difíciles; cambio de ciudad, de centro de estudios en paralelo al divorcio, contando con el apoyo incondicional de esos abuelos que eran prácticamente desconocidos.

Vemos un tipo de **Vínculo Ensombrecido** por la presencia de "super-abuelas" que desdibujan a la figura materna imponiendo a la paciente la imposible tarea emocional de realizar la propia separación-individuación adolescente y la de la madre con esta abuela materna simultáneamente.

En un **Vínculo de Sacrificio** se dejó con la abuela paterna la hija niña como sustituta del padre ocupando un lugar de rivalidad con un tío, hermano menor mimado del padre donante que maltrata psicológicamente a la niña. La pequeña termina sufriendo un trastorno psicossomático grave y solo así es readmitida en su familia nuclear.

Vemos también Vínculos Influidos por el tipo de trabajo, de negocio, de horarios, de distancias, o penuria económica a los que los padres se deben plegar que precisan realizar **Cesiones o Semicesiones** a abuelos maternos o paternos con desigual evolución de la calidad vincular...

Sea cual sea la experiencia vivida o el matiz destacado, lo que no tiene duda es que para bien o para mal, esas primeras vivencias dejarán una marca para toda la vida pudiendo condicionar también la vida de las siguientes generaciones. No obstante, y a pesar de la importancia de todas estas experiencias iniciales, la calidad del vínculo no se establece de forma fija y permanente, sino que como veremos más adelante, se puede ir reorganizando y compensando a lo largo de la vida aprovechando las nuevas vivencias.

En el presente trabajo tratamos de acercarnos al estudio y comprensión de los vínculos, su articulación y su influencia, a partir de una investigación realizada con 120 entrevistas AAI (Adult Attachment Interview) efectuada con madres de adolescentes (pacientes y no pacientes). Para ello nos apoyamos en la teoría del apego de J. Bowlby y sus desarrollos, así como en otros autores (Winnicott, Stern, M. Mahler...) que han puesto el acento en lo relacional y en su enorme importancia para el desarrollo de todo ser humano.

CAPITULO 2 – Tareas vinculares a lo largo del ciclo vital familiar.

La calidad del vínculo transmitida entre generaciones se refleja en aspectos concretos que facilitan la vinculación segura, el avance normal del desarrollo, la organización sana de la personalidad y la salud mental en cada etapa del ciclo vital familiar (1). Estos aspectos concretos están constituidos por funciones complejas que pueden entenderse como tareas vinculares. Recorremos las diferentes etapas del ciclo con ejemplos de la investigación realizada siempre que sea posible: formación de pareja, primer hijo, fases de crianza, adolescencia, emancipación, edad adulta y ancianidad.

Formación de pareja.

La formación de pareja puede implicar éxito o fracaso vincular a medio ó largo plazo. El riesgo será menor, en términos de seguridad vincular, si ésta se ha organizado en la infancia, adolescencia y periodo de emancipación con padres, hermanos, profesores y comunidad.

La investigación de diferentes autores registra, hasta diferentes grados, una cierta continuidad y estabilidad de la calidad vincular a lo largo del ciclo vital. Existe correlación entre “la seguridad en la relación con los padres” y “la seguridad en la relación con la pareja”. López y colaboradores (2), describen satisfacción general de la pareja con la calidad vincular de sus integrantes en los primeros diez y seis años de vida.

Si la relación de pareja se asienta sobre un vínculo seguro esta relación puede considerarse “recíproca” (3), el compañero no es un cuidador, es un igual.. Cuando se activa la inseguridad para uno de de los miembros de la pareja la relación puede cambiar y ser complementaria. Esto ocurre en situaciones normales pero el rol de cuidador puede y debe invertirse

para mantener esa normalidad. En caso contrario se observa que un miembro de la pareja depende del otro, se retira cada vez más de la relación recíproca, reproduce en algún momento la vinculación insegura de su infancia con los padres para pasar a distorsionar el vínculo con su pareja que suele modificarse a “Preocupado”.

Por el contrario uno de los integrantes de la pareja en formación puede variar lo suficiente su modelo operativo interno hasta la Seguridad Lograda (4) en relación a la interacción conyugal, al vínculo matrimonial y a la reciprocidad experimentada cotidianamente lejos de la vinculación insegura de su familia de origen.

Las dos tareas vinculares de esta primera etapa del ciclo vital familiar son: vinculación segura previa adulta a padres, hermanos amigos y comunidad y organización del vínculo matrimonial hacia la formación de la nueva familia nuclear, que implica una nueva relación con la familia de origen.

Riesgos conocidos son discrepancias importantes que se pongan de manifiesto según avanza la convivencia, aspectos de la personalidad del otro no percibidos, conflictos de valores, dificultades en la adaptación sexual ó en ponerse de acuerdo en los métodos anticonceptivos a usar ó cuando tener hijos. La inseguridad vincular previa de uno o los dos miembros de la pareja, no concienciada como tal, puede manifestarse como ansiedad ante la intimidad.

Ejemplos de la investigación referidos a las modificaciones del vínculo al formar pareja:

- Vínculo Inseguro Preocupado de la mujer entrevistada no sólo con la madre sino con la línea matrilineal, autoritaria, que nunca aceptó al padre. La mujer organiza un vínculo de Seguridad Lograda con su marido.
- Padre maltratador físico y psíquico del que la mujer no cesa de hablar durante toda la entrevista. Vínculo Desentendido con el marido.

La entrevistada preserva la figura y la persona del padre para sus propios hijos.

– Una familia numerosa debe emigrar de una región a otra dentro de la península por motivos económicos. La madre (abuela de la paciente) padeció una ceguera progresiva por lo que las hijas hubieron de ocuparse de las tareas domésticas. Tanto las dificultades económicas, como la enfermedad materna complicaron el establecimiento de vínculos seguros con los padres (1ª generación), inseguridad interna que la diabetes de la hija (3ª generación) reactiva. Sin embargo su pareja–su marido– es sin duda una figura de apoyo con la que se pudo establecer un Vínculo Seguro: “Tengo un marido que me ayuda en todo, si no fuera por él yo hubiera caído”.

Primer Hijo.

En situación normal esta etapa del ciclo vital familiar se basa en que la nueva pareja está emancipada emocionalmente de sus familias de origen, con una expectativa de futuro ilimitado, sin cambios en el compromiso, la intimidad y la satisfacción, aunque con una cierta conciencia de que la relación cambiará a lo largo del tiempo.

Pensemos ahora en una familia que espera su primer hijo. Si generalizáramos el conflicto antes, alrededor o después del embarazo consistiría en “diferenciar la embarazada y madre entre las propias necesidades de vinculación satisfechas o no con los padres de la infancia, sobre todo con su madre, y las necesidades fantaseadas de vinculación prenatales de su futuro hijo para con ella” (5). Esta tarea vincular, que incluye la aceptación del bebé intraútero como individuo autónomo a lo largo del embarazo; diferenciar a cada persona, a cada hijo, incumbe no solo a la madre sino también al padre cuyo rol se ha modificado sin duda en los últimos veinte o treinta años sin que podamos aclarar aún bien del todo en relación a qué. En general psicólogos y psiquiatras infantiles mani–

fiestan a este respecto que “nada es ya como antes”. P. Malneu (2001) escribe que “podríamos entender como una forma de llevar adelante la tarea de ser padres de una forma compartida sin delegar aspectos prácticos de la crianza en la madre, como se daba en otra época”. Yolanda Carballeira (6) que cita a este autor añade: “esto configura un cambio importante en el plano de las mentalidades y las costumbres. Lo que implica una modificación significativa de papeles.” Todos estos cambios influyen en las tareas vinculares de esta etapa.

Otro conflicto importante a matizar es la excesiva ansiedad ante el parto en combinación con el miedo a la separación posparto. Recordemos que el trastorno vincular puede activarse durante el embarazo en relación a la insatisfacción de necesidades vinculares infantiles, por ejemplo ante la presencia de Vínculo Desentendido de uno o ambos padres del bebé con sus propios padres. Así mismo es posible observar una inversión en las relaciones vinculares: que la base segura de vinculación sea el bebé para la madre, lo que ella manifiesta en ocasiones: “al fin tendré alguien que me quiera”.

En esta fase del ciclo vital familiar se presentan actualmente variaciones que desde la clínica y la reflexión teórica requieren la atención de psicólogos y psiquiatras infantiles. Son situaciones diferentes a la familia tradicional que conocemos, situaciones nuevas que no sabemos cómo van a repercutir en la formación y patología del vínculo. Estas son algunas de ellas:

- Planear vivir en pareja a raíz de un embarazo inesperado aunque no haya sido posible completar la fase de formación de pareja.
- Por su alta frecuencia las nuevas familias monoparentales o “biparentales” (7) compuestas de padre y madre cada uno con su bebé propio.
- Familias transculturales, de emigrantes, con muy distintas costumbres y creencias, de distintas y variadas etnias, solos, sin apoyo familiar y con escasa o ninguna red social.

- Adopciones nacionales e internacionales.
- Patrones adolescentes de maternaje.
- Parentalidad homosexual.
- Reproducción asistida.
- Fecundación en vitro, donación de óvulos y elección de uno o más implantados que implica la destrucción del resto.
- Donación de esperma.
- Útero de alquiler.
- Programación de maternidad tardía o muy tardía (posmenopausia).

A todo ello se añaden circunstancias conocidas pero cambiantes como son los embarazos de riesgo, los diagnósticos prenatales de malformaciones y otra patología fetal, la prematuridad con los datos de la supervivencia actual (24/25 semanas de gestación, 500 / 600gr. de peso.

Madrid Año 2010. Comunicación de Catalina Anta) y sus posibles secuelas en el desarrollo del niño.

La patología pre y perinatal puede influenciar a los padres, la inseguridad en sus modelos internos de vinculación pueden tener dificultad para elaborar esta situación “quedándose fijados a una imagen de un bebé dañado, a veces la imagen es persecutoria” (8). En el mismo sentido, conocemos que un bloqueo vincular precoz puede devenir en patología vincular a los dos años del hijo.

Por último los cuadros maternos de depresión y psicosis posparto y/o la comorbilidad con cuadros psiquiátricos previos cada vez más compatibles con embarazo y maternaje.

Podemos afirmar que estamos aún lejos de comprender en su totalidad las repercusiones vinculares de estas circunstancias citadas. Lo que sí hemos observado en la clínica y en la investigación es que en esta fase

del ciclo vital familiar puede organizarse un movimiento compensatorio vincular por parte de los padres del bebé en que, a raíz del embarazo y nacimiento del hijo se pueden producir “cambios en el modelo operativo interno que afectarán a la calidad vincular con el marido o la mujer, con los propios padres, con hermanos, amigos, compañeros” (5). De aquí la oportunidad para ocuparse, para tratar trastornos relacionados con el vínculo durante el embarazo y nacimiento del primer hijo (9).

En resumen, las tareas del ciclo vital familiar correspondientes al nacimiento del primer hijo son:

- Resolver fallos ó defectos cualitativos vinculares antes o alrededor del primer embarazo. Las intervenciones psicoterapéuticas de diversa índole pueden cumplir aquí una importante función preventiva.
- Iniciar y reforzar el vínculo precoz con el bebé durante el embarazo.
- Tras el parto: identificar/filiar al bebé. Facilitar los repertorios del bebé y parentales en función de activar la organización vincular.
- Contención del bebé. Percepción temprana de dimensiones temperamentales.
- Aceptación y facilitación de los cambios de rol familiares.
- En esta y otras etapas: propiciar un ambiente calmado y estimulante, facilitar la conciencia y motivación de consulta y tratamiento si uno de los padres se encuentra en riesgo de padecer ó padece un trastorno mental.

La abuela materna

Quizá sea de interés abrir aquí un paréntesis para mencionar a la abuela materna. Consideremos lo mejor que puede pasar, lo normal cuando una hija con una relación vincular segura con su madre dé a luz a su bebé. La presencia de éste va a facilitar sentimientos compartidos pro-

fundos de confianza y amor mutuos entre la abuela y la madre, el contacto entre ambas será más asiduo, más cercano. La abuela va a prestar una gran ayuda a la madre, a todos los niveles, existirá una conciencia mutua y recíproca de que todo ha cambiado. Hay una nueva comprensión, emocional y afectiva, de la madre en relación a las actividades, amor y responsabilidad de la abuela respecto a ella. Puede existir una recíproca modificación de atribuciones entre la abuela y la madre. O una aclaración de malentendidos infantiles producidos por una percepción ó comprensión distorsionada de la madre hacia la abuela en esa época. Se producirá una intervención conjunta abuela-madre en el sentido de cuidar, interactuar, propiciar el crecimiento psicológico y biológico del bebé. Podríamos entender aquí, en caso de que la vinculación madre-abuela fuera insegura, todo lo descrito cómo movimiento compensatorio vincular. El ambiente afectivo entre las dos generaciones mayores será percibido por ambas como seguro y prometedor de futuro. Se origina una gran potencia amorosa: todo funciona. Hasta se pueden abordar temas considerados anteriormente conflictivos con facilidad. Hasta se pueden solucionar.

Supongamos ahora que en lugar de percibir el amor y aceptación maternos la abuela percibiera la sensación de la madre de no poder atender bien al niño, una actitud de queja, de sentir que va a ser difícil sacarle adelante. Que la abuela percibiera la falta de placer y satisfacción maternos, la dificultad en notar las necesidades del bebé. La abuela puede apoyar a la madre, puede transformarse en madre sustituta de forma total, conformando madre y bebé un subsistema de hermanas hijas de la abuela ó sustituir a la madre de forma parcial ó temporal mientras se solucionan las mayores dificultades.

En otra situación puede ser la madre la que perciba una clara perturbación en la abuela. Puede existir indiferencia por parte de ésta, un rechazo absoluto, muestras reducidas de interés por atender al bebé y a la hija, ó por lo contrario un excesivo intervencionismo y crítica que ago-

bian, que casi no dejan espacio a la hija para desarrollar seguridad en la interacción y la incipiente crianza del bebé.

Podríamos referirnos también a la perturbación que concierne a ambas. Hay aquí poco que compartir, poca reciprocidad. Cada una está sobrecargada por la otra. Comunicarse es difícil, entenderse aún más. Podemos ver, por ejemplo, el ofrecimiento del bebé a la abuela por necesidad de aprobación de la madre, ó por necesidad de afecto ó por lo contrario como retaliación: “ya que no me criaste a mí, no te sacrificaste por mí, no me quisiste, te corresponde ahora compensarme haciendo todo esto por tu nieto”.

Representación mental vincular en esta etapa del ciclo vital familiar.

Stern (10) postula que es el mundo representativo de los padres del bebé el primer elemento que debe estudiarse en la situación clínica, y también que estas representaciones, su composición, constitución y organización “siguen siendo bastante misteriosas”. El autor define que son producto de experiencias interactivas con alguien, de la experiencia subjetiva de estar con alguien. Si pensamos en vínculo trigeracional los “componentes” de las representaciones maternas son idénticos a los que comienza a vivir el bebé en el inicio y a lo largo de su desarrollo, en la construcción paulatina de su modelo interno de trabajo. De ahí que podamos hablar de transmisión intergeneracional.

Los padres y otros familiares ponen en marcha atribuciones, proyecciones, identificaciones y fantasías al objeto de organizar estados y filiar al bebé. Los avatares correspondientes a la salud de éste y/o de los padres, inesperados, vitales graves, psicopatológicos de los cuidadores ó relacionados con un vínculo inseguro de éstos con la generación anterior pueden distorsionar el delicado mecanismo de estos “componentes”.

Atribuir es aplicar, a veces sin conocimiento seguro hechos ó cualidades a alguna persona ó cosa (Diccionario de la Real Academia Española). Las atribuciones maternas al bebé son consideradas un vehículo de transmisión de importantes elementos del modelo interno de trabajo vincular maternal (11). Se viven en el ámbito en que se encuentran la realidad objetiva, observable, medible y la realidad psicológica, subjetiva. Se considera que la atribución de significados es subjetiva, pero no ilusoria (12). Está teñida por fantasías maternas como son deseos y miedos inconscientes. Está relacionada con saber “quién es el bebé y en qué se convertirá” y también con quién es la madre, según ella, y cómo está vinculada al padre del bebé, a sus propios padres, a hermanos, amigos etc.

En población clínica los padres pueden percibir al bebé como poseedor de características y emisor de conductas profundamente enraizadas en sus propios conflictos internos que no reflejan las motivaciones y las necesidades del bebé (10) De esta experiencia clínica común emana relacionar la calidad de vinculación de la madre y el padre con la generación anterior, los abuelos del bebé. Los conflictos psicológicos no resueltos que atañen al modelo interno de trabajo, al recuerdo vincular emocional de ambos padres, relacionados con vinculación insegura con sus propios padres (abuelos del bebé) pueden conducir a actuaciones e interacciones ambivalentes padres-niño. Si se distorsiona persistentemente la interpretación de las señales del bebé puede iniciarse un proceso de organización vincular insegura.

Atribución de significado es proyección. Cramer transmite que el buen resultado de la “labor” materna depende del equilibrio entre la identificación proyectiva (encontrando lo que es igual) y la percepción objetiva del bebé (advirtiendo las diferencias). Pero si lo que es igual está relacionado con conflictos internos no solucionados en el ámbito de lo vincular, si lo que se proyecta es cólera, evitación, desconfianza, tristeza ¿puede percibir objetivamente al bebé?, ¿puede advertir las diferencias

la madre?, ¿ puede relacionarlas en ese momento del ciclo vital familiar, a través del modelo de trabajo interno, con las similitudes y diferencias que se tuvieron y/o se tienen con la abuela del bebé? A lo largo de la crianza pueden separarse las dificultades reales y las dificultades irreales en la vinculación con el bebé. Los padres con apoyo mutuo ó ayuda familiar ó terapéutica pueden romper la transmisión insegura del vínculo y sus consecuencias. Aunque hay que admitir que esto no es siempre posible (13).

Tiene que tener lugar un cierto esfuerzo para aceptar la separación física, la individuación objetiva, atender las necesidades del bebé separado, que sea otra persona. La mentalización, las acciones que satisfacen la necesidad biológica y mental de filiar pueden ir “como la seda”, o puede haber algún forzamiento; un desajuste puntual o continuado. Filial al bebé constituye la base de la organización vincular. Mirarle durante horas. Mientras se perfilan los trazos de las proyecciones identificativas. Mientras se imagina algo tan fantástico como es que el bebé entra en el juego y hace algo parecido. El esfuerzo, que en la mayoría de las ocasiones no se nota, es incluir este proceso en el modelo de trabajo interno materno. Cotejar qué es singular y qué debe ser similar en relación a la representación vincular emocional con los propios padres, con la propia madre, abuela del bebé. Qué debe continuar en una sucesión conocida y confortante, qué debe ser modificado según el modelo de trabajo interno, qué debe ser compensado.

El esfuerzo deja de ser fácil en ocasiones. Incluso no se puede realizar. El modelo de trabajo interno puede ser demasiado rígido, estar dañado, colapsarse. Puede tener la madre escasa fuerza, incluso para pedir ayuda. Es entonces cuando aparecen diferentes riesgos, dificultades, síntomas, psicopatología en la díada madre/bebé, enlentecimiento, distorsión o detención del desarrollo del bebé.

Distorsiones relacionadas con la Vinculación Trigeneracional en esta etapa del ciclo vital familiar.

Se consideran situaciones en las que los padres del bebé vivan una posición de mayor riesgo para dirigir ó modular la representación interna negativa de los propios padres (1ª generación), (Cramer).

Se incluyen otras circunstancias que atañen al vínculo en esta etapa del ciclo vital familiar:

- Haber pasado por la experiencia de no haber sido satisfechas las necesidades vinculares propias durante la primera infancia.
- Identificaciones proyectivas en curso envolviendo tres generaciones: emociones y fantasías de índole negativa sobre el bebé asociadas con la primera generación.
- Atribución al bebé de rasgos negativos de índole diversa relacionados con aspectos no tolerados de sí mismo por parte del progenitor. “El hijo puede ser a los ojos del padre, en su fantasía, la parte que no le gusta de sí mismo”, (Cramer) Relieve del criticismo excesivo ó de la presencia de emoción expresada de la primera generación sobre el padre e incluso sobre el bebé.
- Presencia de fantasías destructoras basadas en la relación de los padres del bebé con personas en el pasado (abuelos, tíos del bebé fallecidos) que pueden constituir obstáculos para percibir e interactuar con el bebé real.
- Intensa decepción ante el hecho de que el bebé no se corresponde con la imagen del bebé ideal desarrollada durante el embarazo, ser niño en vez de niña ó viceversa, sufrir un problema pediátrico ó una malformación menor, parecerse a alguien que el progenitor odie, etc., y no recibir comprensión ni apoyo por parte de la primera generación.
- Poca o escasa ayuda de la primera generación, aunque esté en condiciones de prestarla.

- Vivir la madre del bebé una disparidad creciente entre sus capacidades reales y las demandas de su vida diaria. Pérdida de resiliencia.
- Proceso de duelo (por abuelos, tíos del bebé, por el marido o por otro hijo) solapando la organización vincular con el bebé.
- Procesos de índole variada reactivados por la experiencia de estar con el bebé (ingreso en UVI, presencia de abuela agresiva, maltrato etc.)
- Recién Nacido de alto Riesgo. Dificultad para contactar corporalmente con él. Temores sobre su desarrollo futuro. Posible manifestación de proyecciones que añadan más riesgo.
- Dificultad o imposibilidad para reconocer o definir las dimensiones temperamentales del bebé y en consecuencia obstáculos para armonizar entre “condiciones ambientales y personales” del bebé (goodness to fit.) (14).
- Fragilidad psíquica materna, presencia de enfermedad mental y/o trastorno de personalidad, ansiedad intensa ante el cuidado y crianza del bebé.
- Síndrome depresivo/ansioso materno/paterno preembarazo, durante el embarazo y/o posparto.
- Fallos de interacción y relación basados en todo lo anterior, definibles por la calidad conductual de la interacción, el tono afectivo y el involucramiento psicológico (Clasificación 0-3) (15), que implican una posible relación sobreinvolucrada, subinvolucrada, ansiosa, colérica ó abusiva de la figura parental hacia el bebé y que determinan una respuesta observable de éste.

Sería preciso relacionar cualquier aspecto que conduzca a la madre a sentirse preocupada por no ser “suficientemente buena” (16) como tal, a sentirse arrepentida de haber tenido a su hijo, a no sentirse feliz en su compañía, a no disfrutar cuidándolo, a sentirse decepcionada por la ma-

ternidad (Cuestionario MAMA de adaptación maternal temprana) (17) a dudar del potencial de desarrollo de su bebé y el tipo y avatares del vínculo que la madre tiene con la abuela materna. Será preciso hablar de esta abuela y del vínculo con ella si se planea una intervención terapéutica amplia en el sentido trigeracional.

Viñetas clínicas.

En estas seis viñetas clínicas, en las que la psicopatología materna ha sido o es grave, se observa que solo en el primer caso la vinculación madre-abuela ha sido Segura. En otro caso se valora la organización de un Movimiento Vincular Compensatorio elicitado a través de la relación con el padre del bebé. A vinculación con éste fue normal. Ambos niños presentaban un desarrollo psicomotor también normal.

En los cuatro casos restantes se mostraron Vínculos Inseguros en general. Por diferentes motivos, entre los que figuraba el hecho de no realizar tratamiento psicológico psiquiátrico, la evolución clínica de las madres no era favorable. Coincidían las cuatro en establecer un vínculo aún frágil con el bebé. De ellos tres presentaban un desarrollo evolutivo normal.

Viñeta 1. La madre padeció un Trastorno Depresivo Mayor que comenzó a los veinte años. El Trastorno se manifestó como Episodios Unipolares prolongados en el tiempo. Formó una pareja y decidieron tener un hijo cuando ella se encontró bien durante tres años seguidos tras el alta psiquiátrica. El vínculo precoz con el bebé durante el embarazo fue activo e idealizado. Podía entenderse como intenso o excesivo. La madre decía no haberse encontrado nunca tan bien. Al poco de nacer su bebé la madre refiere que piensa reiteradamente en que no poder criar, cuidar adecuadamente a su hijo estaría relacionado con volver a enfermar. También refiere tristeza. Vuelve a tomar antidepresivos y reanuda tratamiento con la psicóloga que la había atendido anteriormente. Evolu-

ciona favorablemente en los tres meses siguientes. El recuerdo emocional vincular con la abuela del niño es Seguro en la infancia y en la edad adulta. El vínculo con el hijo es normal. Se realiza seguimiento hasta los cuatro años del niño. La evolución clínica de la paciente es favorable y el desarrollo evolutivo del hijo es normal.

Viñeta 2. La madre padece un Trastorno de Ansiedad, mejora al organizar su pareja y embarazarse y recae durante el embarazo. El recuerdo emocional del vínculo con su propia madre es Preocupado. Refiere una dependencia afectiva y emocional de ambos padres en la infancia y adolescencia. Conserva la vivencia de ellos como exigentes y del núcleo familiar como cerrado. A los veintidós años la paciente vive que los padres se desentienden de ella al dejarla al cuidado de su hermana menor y del domicilio familiar durante catorce meses. Refiere haber vivido con su primera pareja una relación fría y distante dónde, por acuerdo mutuo, no tienen cabida los hijos. Con su segunda pareja vive un movimiento compensatorio vincular, se valora una Seguridad lograda. En su vinculación precoz durante el embarazo su ansiedad aumenta al notar el movimiento del bebé. Genera preocupación y fantasías acerca de si podrá querer ó cuidar a su hijo. Cuando el niño nace se vincula a él normalmente. Continúa tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico durante el primer año del niño. El seguimiento de ambos hasta los tres años de edad del hijo es normal. Los abuelos maternos se incorporaron a los cuidados del nieto y apoyo a la madre tras el nacimiento del bebé. La paciente nos expresó su sorpresa y satisfacción por este hecho.

Viñeta 3. La madre padece una Bulimia Nerviosa Purgativa. El recuerdo emocional con sus propios padres no está explicitado. Muestra una dependencia intensa del marido y de un hijo y una hija adolescentes. Toda la familia apoya y ayuda a esta querida madre enferma. Sintiéndose inválida decide tener un hijo para curarse. Se vincula precozmente a él de forma ideal durante el embarazo, pero la ansiedad, los aspectos depresivos y la sintomatología del trastorno alimentario aumentan. Es posible

inferir que la vinculación con los padres fuera Insegura en infancia y que la compensación vincular ha sido patológica y se ha basado en la dependencia extrema. La evolución clínica de la paciente fue desfavorable. El desarrollo evolutivo del bebé hasta los seis meses fue normal. La madre se retira en ese momento del seguimiento terapéutico. Refiere preferir el apoyo del grupo familiar del marido y los hijos adolescentes, lo considera suficiente e incompatible con otro tipo de intervención psicológica.

Viñeta 4. La madre presenta una estructura psicótica (18) y Trastorno Inestable de Personalidad. El recuerdo emocional del vínculo con la abuela materna es Desentendido (odio referido hacia ella por la paciente). Cuando la madre percibe que en la interacción el bebé y/o ella no funcionan lucha contra esta imperfección del núcleo de la organización vincular aunque sea generando más patología. Lucha porque no quiere renunciar a él, aunque se equivoque. El bebé está como perdido para ella y entonces lo incluye en su sintomatología dismorfofóbica. Algo que sí tiene que ver con ella. Algo que la ha hecho y la hace sufrir mucho. Algo que hay que corregir: un tipo de piel seca y áspera y con, supuestamente, un relieve poroso marcado. Acude con su bebé a un prolongado tratamiento innecesario y vive momentos y experiencias en los que se siente unida a él. La evolución clínica de la madre es desfavorable. Existe resistencia insuperable al tratamiento. El desarrollo evolutivo del niño está enlentecido. Se observa falta de estimulación normal a todos los niveles. La madre acepta finalmente acudir a la escuela de padres del centro escolar del niño y el contacto con otros padres empieza a hacerla percibir mejor al hijo. Llega a reconocer que está contenta, que se siente ayudada.

Viñeta 5. La madre padece un Trastorno de Personalidad Mixto (Narc. Hist.Border. Grupo B). El vínculo es Preocupado con la abuela materna. Vive en semicesión a sus padres la crianza del hijo. El vínculo con éste, que ejerce a los cuatro años funciones parentales, es inseguro. La evo-

lución clínica de la madre es desfavorable. El desarrollo evolutivo del niño es normal.

Viñeta 6. La madre padece un Trastorno Distímico y un Trastorno de Personalidad por Dependencia. Recuerdo emocional vincular con el abuelo materno, Desentendido. Preocupado con la madre. La abuela materna no acepta “acercarse y ayudar” más a su hija. Argumenta que sus hijos la abandonaron cuando eran adolescentes y que no se fía ya de ellos. El vínculo de la madre con el bebé es Inseguro. Intenta superar sus síntomas y sus problemas laborales y económicos. Esto conlleva no poder hacerse cargo del bebé. Necesita que su madre intervenga para hacer frente a la crianza. Pero la abuela materna no acude a su petición de ayuda. La evolución clínica de la madre es desfavorable. El desarrollo evolutivo del bebé es normal. El padre toma un papel más activo tras los primeros cuatro meses. Una hermana del padre acude todos los días varias horas a ayudar y acompañar a madre y bebé.

Sabemos que en esta etapa son importantes los factores protectores que el padre del bebé, otros miembros de la familia y la red social y comunitaria, puedan activar en relación a la vinculación segura y al desarrollo psicomotor normal en caso de que la madre esté poco disponible por la sintomatología derivada de una enfermedad mental.

Quizá uno de los aspectos de mejor pronóstico es que puedan apoyarla a ella en la vinculación con su bebé. Hablamos de factores de protección compensadores para la díada, no solo para uno de los dos componentes de la misma.

Crianza

Existen una serie de tareas vinculares que pueden considerarse de tipo transversal y que conciernen a diferentes etapas del ciclo vital familiar. La tolerancia a la ambivalencia, celos, resentimiento, sentimiento de culpa ó exigencia de amor con respecto al hijo durante la crianza supone tomar contacto con los propios conflictos de la infancia y adolescen-

cia en relación a la primera generación. Es importante ser capaz de regular la ambivalencia, ser capaz de pensar acerca de ella ó poder recurrir a la ayuda de la familia, amigos, compañeros, el pediatra ó psicoterapeuta. Como expresó Bowlby (19): “Aquellos que experimentaron en su niñez una intensa ambivalencia hacia sus padres ó hermanos y que luego recurrieron inconscientemente a algunos de los primitivos y precarios medios de resolver conflictos (represión, desplazamiento, proyección, etc.), no están preparados para la renovación del conflicto cuando llegan a ser padres. En lugar de reconocer la auténtica naturaleza de sus sentimientos hacia el hijo y de adaptar su comportamiento de acuerdo con ello, se encuentran movidos por fuerzas que no conocen y perplejos por sentirse incapaces de ser tan cariñosos y pacientes como desearían.”

Otras tareas vinculares transversales extensas son: regular, entrenar al hijo en la tolerancia a la frustración y transmitir también la que no debe ser tolerada, no reprimir sentimientos, rastrear y resolver dificultades de cualquier tipo que preocupen al hijo. Cuidar los padres su propia salud mental, observarse si se manifiesta una emoción expresada que alertará a los otros adultos de la familia y que debe ser calmada.

Considerado de otra manera: manifestar una calidad conductual de la interacción, un tono afectivo y un involucramiento psicológico “suficientemente buenos” alargados en el tiempo.

Tarea vincular transversal es ser sensible, empático, dar respuesta a señales, claves, estados internos, necesidades del hijo, propiciar la reciprocidad en la relación, regular la interacción, permanecer conectado a él sin sobreinvolucrarse ó sobreprotegerle, ayudarle a tomar conciencia de riesgos reales, proteger y enseñar a protegerse al hijo (riesgos físicos, emocionales, abusos etc.). En relación con la edad del niño se le pedirá participar y responsabilizarse de algún cuidado ó labor que necesite la familia. Establecer obligaciones, llegar a acuerdos, que el hijo

acepte el esfuerzo y la satisfacción por hacerlo, es parte de estas tareas vinculares durante la crianza.

Distribuimos ahora en subetapas las tareas más importantes.

El bebé de uno y dos años:

- Facilitación, refuerzo y estimulación de capacidades emergentes emocionales, madurativas, cognitivas y conductuales.
- Permitir, la actividad exploratoria del niño. Importante también en relación a la alimentación.
- Disponibilidad como base segura de esa actividad. Evitar la intrusión.
- Estar disponible para actuar como modelo siempre que la situación lo requiera.
- Propiciar conductas alternativas a conductas tales como morder, arañar, pegar mostrarse negativista o con pobre iniciativa. Propiciar el establecimiento de límites.
- Intentar resolver, si existen, problemas relacionados con el bienestar en el hogar, los ingresos y la salud familiar.

El preescolar de dos a cuatro años:

- Propiciar la interacción continua con el niño.
- Apoyo y participación en juego simbólico.
- Uso del lenguaje relacionado con expresión de emociones.
- Apoyar al niño en el desarrollo de sus capacidades representacionales frente a dificultades tales como “sobrevinculación” hacia los

padres ó capacidad inadecuada para controlar la expresión de sentimientos.

- Contención y manejo de la hiperexcitabilidad e irritabilidad del niño.
- Facilitar la diferenciación entre fantasía y realidad.
- Apoyar el naciente control de impulsos, la estabilidad del humor, el amor propio.
- Propiciar afecto y cercanía emocional/ afectiva.

Infancia, edad de latencia hasta adolescencia. De cinco a doce años.

- Propiciar la optimización de la escolaridad (compromiso/ coordinación de la familia y colegio).
 - Atención especial a la salud física y psíquica. Dar respuestas adecuadas al interés sobre la función sexual y sexualidad.
 - Propiciar confianza para plantear cualquier tema y/o preocupación.
 - Atención especial a las dificultades de interacción con padres y de socialización en general.
 - Propiciar sentimientos de filiación y pertenencia a la familia.
 - Adecuada supervisión desde la cercanía afectuosa.
 - Facilitar la exploración.
 - Propiciar la construcción de la identidad. Permitir/alentar la diferenciación.
 - Propiciar y premiar la realización de esfuerzos.

–Apoyarle en todo momento. Asegurar la contención emocional y física del hijo.

Adolescencia.

La adolescencia es una etapa de cambios que obliga al sujeto a diversas tareas evolutivas. El adolescente tendrá que ajustarse y aceptar un nuevo cuerpo que implica una sexualidad adulta, una capacidad de pensamiento más compleja y un nuevo rol social.

Los cambios biológicos obligan, al todavía niño, a enfrentar su pubertad y maduración sexual, lo que implica cambios en su aspecto físico y le obliga también a elaborar y asumir una nueva imagen corporal. El aspecto físico tiene un peso muy importante en la autoestima de cualquier adolescente. Por otro lado la sexualidad se convierte en una función organizadora de la conducta lo que influirá sobre las estrategias de apego.

En cuanto al pensamiento el adolescente entra en la etapa del pensamiento de las operaciones formales y del pensamiento abstracto (4ª etapa del desarrollo cognitivo según Piaget) (20)(21). Se trata de un pensamiento hipotético, con razonamiento deductivo, capaz de construir teorías, egocéntrico y de pensar posibilidades más allá de la realidad.

A nivel psicosocial, las diferentes culturas tienen sus propias expectativas sobre el adolescente, pero su posición social cambia. Ya no es un niño y el entorno espera otras cosas del joven.

El adolescente, en general, es muy sensible a las críticas de los demás, sean reales o anticipadas. En cierto modo está pendiente del impacto que genera en los otros.

El núcleo de la crisis adolescente es la búsqueda de su identidad. La búsqueda del sentido de sí mismo como individuo separado en un grupo social.

Aunque el adolescente se separa de su familia y se vuelve hacia sus iguales, todos los aspectos de la conducta de los jóvenes están directamente influidos por la familia.

Los padres siguen teniendo, por ejemplo, una influencia muy importante en la elección y valoración de la escolaridad según sus propias expectativas.

La adolescencia es un periodo de incertidumbres, lo que reactiva las conductas de apego y protección, a la vez que las demandas de autonomía se acrecientan tiñendo de ambivalencia el vínculo adolescente. Quiero, necesito a mis padres, a la vez que me estorban, pero cuando el vínculo es seguro es más fácil negociar la autonomía. Cuando el vínculo no es seguro la probabilidad de dificultades en el proceso de individuación es mayor. Los que han experimentado el peligro cuando eran niños, organizaran maneras autoprotectoras que precisamente aumentaran los riesgos de peligro para sí y para los otros. Así nos podemos encontrar con conductas adictivas, antisociales, o con cuadros psicósomáticos (22).

La base segura permite tanto al niño como al adolescente explorar por más tiempo y más lejos y buscar nuevas figuras de apego. Diferentes estudios parecen inclinarse por la continuidad en el estilo de apego desde la infancia. De modo que un niño con apego seguro será, en general, un joven con apego seguro.

Los jóvenes con un patrón de apego inseguro y que fueron niños defensivos o inhibidos, tendrán problemas en la adolescencia cuando inicien relaciones de pareja, ya que los jóvenes defensivos encuentran difícil tolerar la intimidad. Así se convertirán en jóvenes aislados o autosuficientes, o bien sobrecompensaran la situación a través de la promiscuidad sexual, eludiendo la intimidad afectiva a través de la intimidad física.

Entre los que buscan la perfección, existe el riesgo de ocultar sus sentimientos de vergüenza y fracaso, lo que en casos extremos puede llevar al suicidio sin que hayan aparecido ningún signo anticipatorio.

Los adolescentes coercitivos (23), patrón de apego inseguro-ambivalente durante la infancia, tienen el riesgo de que los trastornos de conducta aumenten. La actitud de culpar a los otros puede llevar al desquite y a provocar altercados y enfrentamientos. La necesidad de pertenencia lleva a ligarse a grupos siempre presentes y disponibles que perciben las relaciones según el estilo coercitivo.

En las chicas este estilo de vinculación lleva a utilizar los síntomas psicósomáticos para forzar a los otros a dar atención y si no se obtiene a utilizar las amenazas o incluso los intentos de suicidio como forma de provocar los cuidados de los otros, o de culparlos por su desatención.

En cuanto a la salida adictiva en la adolescencia, las adicciones estarían relacionadas con los vínculos simbióticos, con la búsqueda de pseudovínculos de seguridad. Los objetos adictivos representarían una figura ausente de apego. (Vínculo desentendido).

En la adolescencia no se hablaría de movimientos compensatorios, sino más bien de soluciones defensivas que en el mejor de los casos dan un tiempo al adolescente para enfrentar sus conflictos e ir construyendo su propia salida.

Así por ejemplo es interesante destacar el apoyo de una pareja, a través de la cual se puede utilizar a un otro como punto de anclaje que permite ir enfrentando, sobre todo, las relaciones familiares no resueltas.

En nuestras entrevistas de referencia nos encontramos con varios casos en los que la madre entrevistada reconocía el importante apoyo de su marido (relación iniciada en su adolescencia tardía) para “recolocar” a cada miembro de su familia y el cambio que esto había supuesto no solo para su manera de relacionarse, sino también para su autoimagen, y su papel de madre. Así, por ejemplo, casos en los que las entrevistadas

perdieron a su padre a una edad temprana pero eligieron parejas fuertes a imagen del progenitor desaparecido.

En un caso de TCA ambulatorio. La entrevistada es una madre de mediana edad que perdió a su padre cuando era apenas un bebé. La familia materna era extensa y se hicieron cargo de la crianza del bebé y del apoyo a la joven viuda, pero tratando de imponer sus propios criterios. (“Mi infancia de forma global eran cosas impuestas por narices”, o, “Recuerdo en algunos momentos ternura, y en otros tiranía”, o “A la familia de mi padre la tenía que ver a escondidas”). Ya en la adolescencia tardía cambia de pareja y comienza a salir con un chico que no cuenta con la total aprobación de sus tías...”Mi marido me ha ayudado a definir la estructura familiar y a cortar cordones con mi familia”.

Hay también salidas fallidas con vuelta a casa en mujeres dependientes que cambiaron unos personajes por otros como punto de anclaje pero no pudieron evolucionar.

Si hablamos de Movimiento Compensatorio Vincular en este momento evolutivo nos referimos al movimiento compensatorio que proviene de la segunda generación, los padres del adolescente.

Partimos de la idea de que este movimiento se produce a través de un proceso de doble empatía simétrica. Recordarán los padres del adolescente la resolución propia de sus propias tareas y conflictos en esa edad. El recuerdo es emocional y está insertado en la calidad vincular con sus propios padres, los abuelos del adolescente. Por lo tanto también estará presente el recuerdo de cómo entendieron entonces la actitud y resoluciones de esa primera generación y cómo la entienden ahora a la luz de tener que facilitar el desarrollo de su propio hijo adolescente. La segunda generación puede corregir decisiones y creencias acerca de cómo fueron ciertos hechos y ciertas actitudes de los padres. También puede aplicar estas correcciones a apoyar la resolución de las tareas

emocionales y de desarrollo del hijo adolescente. La creencia cambia, la comprensión cambia en sentido cognitivo, emocional.

El planteamiento del padre ó madre (24), de origen preconsciente, podría entenderse así: “yo (segunda generación) recuerdo, entiendo, modifico la creencia acerca de mis padres (primera generación) referida a mi propia vinculación/relación durante mi adolescencia con ellos a través de mi vinculación/relación con mi hijo adolescente. Implícita está una comparación de las funciones introyectivas y proyectivas familiares: ¿quién me amaba? ¿Quién amó? / ¿Quién me perseguía? ¿Quién perseguía? / ¿Quién me transmitía esperanza? ¿Quién transmitía esperanza? / ¿Quién me envidiaba? ¿Quién envidiaba? etc. Es decir, implícito está el recuerdo emocional de “cómo lo hicieron conmigo”.

Continúa este planteamiento de los padres del adolescente: “yo (segunda generación) empatizo con mi hijo adolescente (tercera generación) al recordarme a mí en mi propia vinculación/ relación con mis padres (primera generación) durante mi adolescencia y su apoyo, puesta de límites, exigencias, amor, hostilidad, etc. Es decir al recordar emocionalmente el efecto de las funciones introyectivas y proyectivas familiares en mi propio desarrollo mientras no dejo de comparar/empalizar/armonizar afectivamente con mi hijo. La proposición aquí es “¿cómo lo hago yo ahora con mi hijo adolescente?”

Aún, desde una argumentación superyoica puede la segunda generación, a este mismo nivel preconsciente, encontrarse explicando a la primera (propios padres) cómo se vincula y relaciona con la tercera (hijo adolescente).

La segunda generación vive cómo el adolescente se ejercita en la construcción de su propia identidad, cómo afronta el conflicto dependencia/independencia, como orienta su vida social, su aprendizaje, sus aficiones, sus planes de futuro más allá del contexto familiar. La segunda generación comprueba cómo el adolescente necesita apoyo, interés,

consejo, estructura y límites atentos así como refuerzo de los padres, muchas veces sin mostrar que lo desean ó lo buscan, sin ser plenamente conscientes de sus necesidades ó bien negándolas mientras las esperan.

La tercera generación tiene unas necesidades específicas de su momento evolutivo, la segunda las tuvo ¿cómo funcionó al respecto la primera generación? ¿Quién amó, transmitió esperanza, ayudó, persiguió, odió, envidió, abandonó? ¿Cómo construyó sus creencias la segunda generación en el seno de estas funciones introyectivas y proyectivas familiares, que socavaban ó fortalecían la construcción del vínculo seguro entre padres e hijos? ¿cómo es qué se modifican estas creencias de la segunda generación con respecto a la primera en contacto con los hijos adolescentes propios (tercera generación)?

Comentamos algunas posibilidades. Si la segunda generación ha organizado una vinculación insegura con la primera, bien desentendida ó preocupada puede recordar emocionalmente funciones ó actuaciones que “no haré nunca” (25). Puede existir en esta segunda generación un dolor más ó menos intenso al revivir la propia adolescencia comparándola con aspectos más positivos de la adolescencia del hijo y con el vínculo seguro que se mantiene con él. En este caso no existiría un movimiento compensatorio vincular con los padres (primera generación), si es que no se ha dado en edad adulta antes. Se entendería en esta posibilidad que sí existiría un movimiento compensatorio vincular transgeneracional ya que lo interrumpido sería la vinculación insegura entre las dos últimas generaciones. En otra posibilidad la segunda generación decodifica emocionalmente sus creencias. Entiende de otro modo, modifica recuerdos emocionales al comprobar la dificultad de la tarea y cómo la primera generación se empeñó y desempeñó en resolverla favorablemente. Aquí se produciría un movimiento compensatorio vincular con la primera generación y una interrupción de vinculación insegura con el adolescente.

En otros casos uno de los dos cónyuges de la segunda generación, o los dos, pueden a través de la Seguridad Lograda interrumpir el patrón de la

vinculación insegura con la tercera generación sin llegar a compensar vínculo seguro con la primera generación.

En nuestras entrevistas podemos ver como hay madres que se plantean “¿Hasta que punto no tropiezo yo en la misma piedra que mis padres?, quizás, yo cometa otros errores...”. De alguna manera tratan de recordar aquello que les dolía o que consideran que estaba mal e intentan no repetirlo.

No hay un perfil único. Algunas de estas madres lo pasaron mal en su propia adolescencia lo que en algún momento les llevó a una consulta profesional, en otros casos una enfermedad personal ha llevado a replantearse su posición en la vida, otras veces es la enfermedad de su hija la que ha hecho que se replanteen su propia historia y su manera de relacionarse, lo que influirá sobre sus vínculos tanto con sus padres (1ª generación) como con sus hijos (3ª generación).

El adulto joven en la familia. La emancipación.

Tareas vinculares familiares:

- Propiciar la comunicación. Evitar posturas excesivamente ambivalentes en relación a la emancipación.
- Propiciar de forma realista la reflexión sobre las capacidades y formación del joven y sus aspiraciones.
- Facilitar la socialización de la persona joven. Facilitar su relación de pareja.
- Propiciar y apoyar autonomía: desde la dependencia a la constitución de ser un recurso para la familia.

Puede haber fallos importantes en la función de vinculación normal si una serie de tareas se han incumplido total ó parcialmente, si se ha hecho crecer al niño, al adolescente, en la dependencia, si se le ha in-

fantilizado, " si el hijo crece, cambia pero parece que los padres no se dan cuenta de esto, sumergiéndole en un estado de confusión, de difusión de identidad, con imágenes contradictorias sobre sí mismo y su familia" (26). O si se necesita a este hijo para intentar contener un vacío vincular previo. O si por el contrario se le empuja demasiado pronto a vivir fuera de la familia, por cualquier tipo de explosión centrífuga familiar, sin los suficientes recursos, bloqueando el apoyo emocional y/o material que se necesite.

Puede existir por parte del hijo una idealización parental, una aparente vinculación segura que dificulte su autonomía. Puede inhibirse por parte de los padres esta autonomía en función de necesidades emocionales del padre ó de la madre.

Puede existir hostilidad hacia los padres por parte del hijo que no es capaz de emanciparse, hostilidad por no vivir una vinculación segura que le conduce a no poder cumplir con tareas básicas de separación-individuación y autonomía, tareas posiblemente comprometidas desde la infancia e indudablemente desde la pubertad y adolescencia.

Padres invasivos y autoritarios favorecen lo anterior, también lo hacen padres inseguramente vinculados con sus propios padres. En estos contextos puede darse una falsa emancipación; pasar a establecer una relación igual de dependiente con el marido ó la esposa.

Situaciones como eventos vitales graves, muertes súbitas y/ó precoces de abuelos en la infancia del hijo, no elaboradas y la consiguiente depresión subclínica en padre ó madre, influyen en el patrón vincular negativamente. Su influencia puede llegar hasta este momento del ciclo vital familiar e incluso traspasarlo.

El riesgo de psicopatología que puede relacionarse con estos problemas de emancipación se enmarca en: dudas sobre la propia valía, de la propia competencia, de las elecciones y decisiones que se toman ó que no se pueden tomar a todos los niveles, en la organización de personalidad

evitativa o esquizoide, en cuadros depresivos ó ansiosos, en trastornos alimentarios de inicio tardío, en el uso de tóxicos y en prácticas sexuales de riesgo.

La emancipación de las madres entrevistadas, españolas nacidas alrededor del año 60, participantes con sus familias del éxodo campo-ciudad, estuvo matizada por condiciones socioeconómicas limitadas y por la necesidad de trabajar con ó sin cualificación. Estas madres en general tuvieron poco acceso a formación y salieron de su familia de origen para casarse.

El adulto en la familia. La madurez.

La familia llega a un punto de evolución en el que los padres se constituyen en eje del sistema trigeracional. No solo deben ocuparse de continuar propiciando la autonomía de los hijos, de acogerles, escucharles y ayudarles, sino también de atender la dependencia creciente de la generación anterior. A todas las tareas vinculares familiares de este momento del ciclo se pueden añadir dificultades importantes. Es un momento de balance, de crisis, en el cual se van a escrutar las expectativas y discrepancias entre lo que se deseó y planeó al inicio, en la etapa de formación de pareja, y el curso de los acontecimientos vitales y los sentimientos de satisfacción personal del padre y de la madre.

Si el resultado es favorable la familia podrá continuar en el seno de una armonía instaurada durante el desarrollo y crianza de los hijos, si no la familia puede desembocar en una situación de riesgo emocional, afectivo, psicopatológico. Los ideales no conseguidos, los deseos no realizados pueden conducir a los padres a sentimientos de aislamiento, de soledad. A la idea de que el otro miembro de la pareja no entiende, no empatiza con los problemas propios. Si los padres sufren por distintas vías frustraciones y desencuentros consigo mismo y con el otro, puede

vivir que el otro no se hace cargo de nada de lo que le ocurre, lo cual será un motivo más de frustración.

Todo ello en el curso de un probable aumento de stress a partir del inicio del deterioro de la salud, posibles dificultades laborales y/o de ingresos económicos, la red social, con habilidades y aficiones y con los propios hijos y padres.

Se describe en esta edad media de la vida la aparición de cuadros depresivos, de ansiedad, de consumo de alcohol, de divorcio, de desvinculación. La necesidad de "interlocutor válido" (27) es intensa. Se necesita a un adulto en similar fase del ciclo, el cónyuge, un amigo, una amiga, otro familiar, alguien que escuche y comprenda y sepa explicar y calmar, alguien que también haga partícipe de sus problemas y conflictos.

La madurez tardía.

Si las tareas vinculares familiares se han ido cumpliendo de forma "suficientemente buena", los padres, la segunda generación, se sentirán asentados, adaptados y reconciliados con su vida. Las tareas son múltiples en este periodo de transición, desde colaborar en la crianza de unos nietos bien recibidos, hasta cuidar a sus propios padres ó realizar diferentes tareas o apoyos en facilitar la autonomía creciente de los hijos.

Comienza también la fase de pérdidas que se traduce aquí en jubilación, hijos que salen definitivamente de casa, muerte de algún abuelo, etc. Los padres se quedan solos en la casa familiar. Es el momento de superar múltiples dificultades, desacuerdos conyugales, stress emocional, soledad, inicio de actividades satisfactorias diferentes. Se suman los riesgos de salud; las enfermedades cardiovasculares, degenerativas, el cáncer, etc. que pueden aparecer también ahora. Divorcio y viudedad constituyen riesgos de enfermedad física posterior. Por todas estas circunstancias esta etapa es crítica para resolver adecuadamente la sepa-

ración en general y el reencuentro con miembros de la familia que siguen siendo los mismos pero que han cambiado.

El anciano en la familia.

Las tareas vinculares en la ancianidad son cada vez más complicadas de asumir actualmente. Se trata de cuidar, contener y asistir a una persona que atraviesa un tiempo de pérdida paulatina y constante en las diferentes esferas vitales. La tarea familiar, más fácil o más difícil dependiendo de la personalidad, vinculación y vida previa del anciano, consiste en canalizar su angustia, ser capaz de ayudarlo a soportar esa pérdida y a desplazar intereses negociados por su narcisismo adaptado a la edad. La familia debe reconocer la fragilidad, la debilidad de sus ancianos pero también su fuerza y cualidades, propiciar la manifestación de ambas y apoyarse en ellas (28).

Este periodo del ciclo vital familiar es también la última oportunidad de compensación vincular en vida. La oportunidad de que un hijo ó una hija que por diferentes motivos no ha podido vincularse seguramente como tal lo pueda hacer en esta etapa al cumplir las tareas vinculares con sus padres ancianos.

En las entrevistas con las madres de pacientes, podemos ver como algunas de estas mujeres han cambiado la percepción de sus progenitores con el paso del tiempo.

En un caso de ingreso por crisis psicótica en la hija adolescente (3ºg.), la madre entrevistada comenta que siempre estuvo muy unida a su propia madre pero que, “Descubrí a mi padre cuando me casé...Siempre culpé a mi padre (por los problemas que había en la casa) y tal vez no era así... luego cuando he recapitado he visto que las cosas eran distintas de cómo yo creía...mi padre tuvo una vida muy dura y su padre fue muy duro con él y eso marca...”

Otra madre, dice, "Siempre me sentí un poco abandonada por mis padres...con mi madre la relación era más fría pero quizá más estable, mi madre no expresa, ahora es mejor y quizá yo he perdonado algunas cosas...yo era la mayor de 6 hermanos y con 15 años me fui de casa a trabajar. Yo siempre digo que me echaron, yo no quería irme...pero ahora ella (la madre-1ª generación) está más relajada, algo hemos podido hablar y ahora es mucho más cariñosa y tenemos una relación muy buena...hablo mucho con la hermana que me sigue y creo que el rencor y echar la culpa a mi madre no le va a ayudar...si no se perdona a sí misma y luego a mamá, nunca va a ser feliz".

CAPÍTULO 3 – Resiliencia y movimientos compensatorios

Nos detenemos para profundizar en dos conceptos importantes Resiliencia y Movimiento compensatorio.

Michel Manciaux (1), en su texto "La resiliencia: ¿mito o realidad?", dice: "A pesar de traumas graves, incluso muy graves, o de desgracias más comunes, la resiliencia parece una realidad confirmada por muchísimas trayectorias existenciales e historias de vida exitosas. De hecho, por nuestros encuentros, contactos profesionales y lecturas, todos conocemos niños, adolescentes, familias y comunidades que "encajan" shocks, pruebas y rupturas, y las superan y siguen desenvolviéndose y viviendo –a menudo a un nivel superior– como si el trauma sufrido y asumido hubiera desarrollado en ellos, a veces revelado incluso, recursos latentes y aun insospechados".

El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.

En el campo de la física, alude a la capacidad de los materiales de volver a su forma original, cuando han sido forzados a cambiar o deformarse.

Según Rutter (2), fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. Es decir, que en psicología, el concepto de resiliencia alude a la capacidad de una persona para enfrentar situaciones críticas, sobreponerse y salir airoso y fortalecido, desarrollando nuevos recursos, en vez de debilitado.

Hay que señalar que no es lo mismo la experiencia que la vivencia. La experiencia hace referencia a lo que nos ocurre, mientras la vivencia se

refiere a la manera en que interpretamos ese acontecimiento. Podríamos decir que la persona que despliega sus recursos para hacer frente al stress, vivirá mejor que quienes no puedan hacerlo.

El concepto fue introducido en los años 70 por Michael Rutter (3) como “flexibilidad social adaptativa”. La resiliencia es fruto de la interacción entre el propio individuo y su entorno.

Kobasa y Maddi (4) desarrollan el concepto a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían. Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. En general, en la literatura, se considera que es un constructo multifactorial.

El etólogo Boris Cyrulnik (5) amplió el concepto observando a los sobrevivientes de los campos de concentración, a los niños de los orfanatos rumanos y a los niños de la calle bolivianos.

Werner (6) y otros, han dado cuenta de algunos factores que se observan en los niños que estando expuestos a situaciones adversas se comportan de forma resiliente. Los factores que consideran son, el temperamento, la capacidad intelectual, la forma en que esta es utilizada y la naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y la preocupación por el bienestar de los hijos.

Señalan también un cuarto factor que tendría que ver con la disponibilidad de fuentes de apoyo externo tales como contar con un profesor, con una figura que hiciera la función de padre/madre sustituta o bien instituciones como la escuela, o diferentes organizaciones sociales.

Hemos encontrado que en los diferentes estudios realizados en la década de los noventa entre los factores que actúan como protectores desta-

can siempre el apego parental, sea ejercido por los padres o por una figura sustituta.

La resiliencia puede ser innata o adquirida. Aunque algunas personas parecieran traer desde su nacimiento cierta capacidad de tolerancia a las frustraciones, dificultades o enfermedades, también es posible aprenderlas, a partir de la incorporación en el repertorio personal de nuevas manera de pensar y hacer.

Construir la Resiliencia

Diferentes trabajos permitieron ver que los niños resilientes se diferenciaban también por elementos a nivel de su medio social y físico. Sobre todo vieron que, un vínculo fuerte con una persona que se ocupe de los cuidados del niño constituye un elemento importante de la resiliencia. Si esta figura de apego no puede ser la madre, otras personas como la abuela o las hermanas mayores podían tener ese papel.

Al contrario, en niños con dificultad, estos vínculos sociales fuertes estuvieron ausentes. Es interesante notar que la falta de apego era particularmente devastadora en los niños poco activos e inhibidos. Así el desarrollo óptimo resulta de una interacción entre las capacidades de la persona y su medio social y físico.

El desarrollo se juega en las interacciones activas entre el niño, su familia, la escuela, la comunidad, la cultura y el sistema político.

Estos trabajos permiten revisar el antiguo debate sobre lo innato y lo adquirido, en términos nuevos. Se ve que lo esencial no se juega a nivel genético o biológico (lo innato), ni a nivel del entorno (lo adquirido)... sino en las interacciones entre el niño y su entorno.

La resiliencia no es un estado definido y estable, es más bien un camino de crecimiento. Se trata de estudiar procesos, lo que plantea nuevos desafíos metodológicos.

Según Masten y Coatsworth (7) la calidad de la parentalidad es equiparable a la influencia que tiene la capacidad intelectual del chico en

cuanto a su competencia social en la escuela. Werner (8) identificó tres factores protectores claves entre los niños resilientes que estudió; los padres eran apoyadores de sus hijos, había reglas claras. En el hogar respetaban la individualidad de sus hijos al tiempo que mantenían la estabilidad y cohesión familiar.

Las personas con baja resiliencia son consideradas de Alto Riesgo (Cicchetti y Garnezy) (9), En este sentido podríamos decir que el objetivo último de la psicoterapia será no solo la resolución de los síntomas y conflictos sino también el aumento de la resiliencia.

Rutter (1990) también postulaba que la presencia de eventos vitales neutralizantes pueden constituirse en elementos de protección. Estos eventos son experiencias que contrarrestan o neutralizan una situación negativa.

Por otro lado, hablamos de **Movimiento Compensatorio Vincular**, cuando a través de una nueva experiencia vital, la calidad previa del vínculo establecido cambia.

Consideramos dos tipos de compensación vincular, uno tendría que ver con el cambio en el tipo de vinculación (diferencia en el tipo de vinculación durante la infancia y durante la edad adulta) entre dos generaciones (abuelos-padres), y otro afectaría a la transmisión vincular entre generaciones. Aquí la segunda generación tendría un tipo de vinculación segura con sus hijos (tercera generación), aunque mantuviera una vinculación de tipo inseguro con la primera generación.

Las experiencias vitales capaces de producir este tipo de cambios pueden ser variadas y pasan por otra experiencia vincular que permite una reinterpretación de lo vivido.

En general en nuestra investigación estos cambios se producen a través de la relación con una pareja, en estos casos el marido, ("Mi marido, me ha ayudado a recolocar a cada uno en su sitio", o "Mi marido es una figura muy fuerte en mi familia, gracias a él han cambiado muchas cosas"), a través de una experiencia terapéutica (Hay varias entrevistadas

que debido a un cuadro depresivo o por un diagnóstico grave han acudido o acuden a psicoterapia).

El nacimiento de un hijo (nieto) y la respuesta de los abuelos ante este acontecimiento, puede ser otra situación que influya sobre el tipo de vinculación establecida.

El acompañamiento a un hijo adolescente, con el recuerdo emocional, que esa circunstancia provoca de la propia adolescencia de los padres, puede llevar a un doble movimiento compensatorio sobre los vínculos previamente establecidos tanto con los abuelos como con el hijo.

También la vejez y nuevas necesidades de los progenitores pueden hacer que la vinculación adquiera otros matices, (“Antes mi padre era siempre el malo, ahora lo veo de otra manera”).

En nuestro estudio observamos como en el grupo control (se supone de partida que es un grupo con mayor resiliencia), a pesar de circunstancias adversas como por ejemplo el fallecimiento del padre, el resto de miembros de la familia se han podido reorganizar ofreciendo figuras paternas sustitutas. En algún caso han sido los hermanos mayores los que se han identificado con la figura paterna. Otras veces ha sido un tío quien ha ejercido la función paterna de protección.

En los casos de enfermedad crónica del padre (en el grupo control hay dos casos), en ambos, la madre se convierte en el eje económico de la familia y el padre cuidado y apoyado por la madre mantiene su dignidad y su rol paterno.

Una madre de las entrevistadas del grupo control, sufre la muerte de su padre cuando ella tenía 10 años a causa de una enfermedad crónica de siete años de evolución, por lo que la mujer entrevistada no recuerda a su padre sano y llevando una vida laboral. Sin embargo, hay un recuerdo de los hermanos mayores, “Como si fueran mis padres jugando conmigo” y una figura materna fuerte, “Siempre pendiente de los hijos trabajando mucho en casa y fuera de ella”.

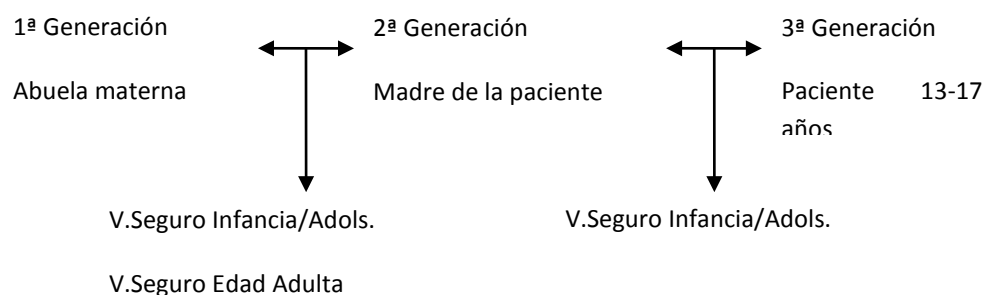
Otra entrevistada dice, “Mi madre a pesar de los problemas nos hacía la vida agradable y se esforzaba para que no nos faltara de nada”.

Nos encontramos en ambos casos madres que sin el apoyo de otros adultos de la familia (tíos, abuelos) han sido capaces de establecer unas circunstancias en las que las hijas tienen una vinculación segura tanto con la madre como con el padre enfermo.

CAPÍTULO 4 – Transmisión del vínculo Trigeneracional. Continuidad y discontinuidad vincular.

La transmisión vincular trigeneracional es la cualidad del vínculo transmitida entre generaciones. En el presente trabajo se ha focalizado la atención sobre el estudio de la transmisión vincular intergeneracional abuela materna – madre – hija.

El modelo hipotético básico es el siguiente:



Siguiendo este modelo describimos la **Continuidad del Vínculo Seguro**: existe un Vínculo Seguro entre la madre entrevistada y la abuela materna, tanto en la infancia como en la edad adulta y también hay un vínculo Seguro de esta madre con su hija adolescente. Este es el paradigma más común presente en el Grupo Control.

En este mismo grupo hemos observado como una madre, seguramente vinculada a la abuela materna desde la infancia, logra vincularse seguramente al abuelo materno después de casarse y abandonar el hogar familiar de origen. En este caso el abuelo estricto, severo y preocupado se tranquiliza a raíz de no sentirse obligado a conducir disciplinariamente a su hija. La vinculación de la madre con la hija adolescente es Segura.

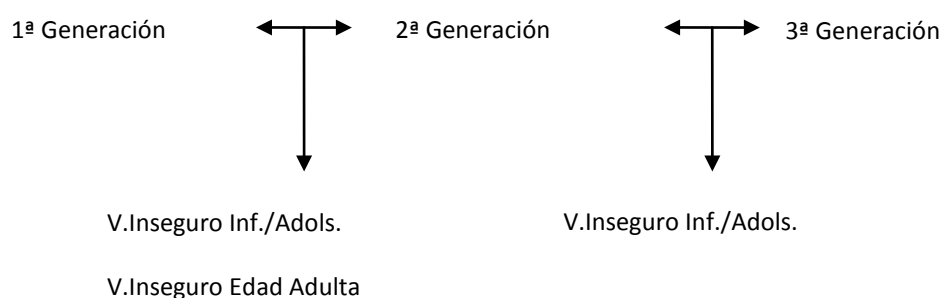
Vemos que eventos vitales de gravedad media como el divorcio traumático de la segunda generación, en la adolescencia de la paciente, pueden

reforzar los vínculos seguros preexistentes con los abuelos maternos y madre con necesidad de ayuda y apoyo emocional. La paciente vivirá de forma positiva esta consolidación vincular pero se verá muy afectada por el desentendimiento del padre, que opta por el abandono.

Nos ha llamado la atención alguna forma de quebrar esta Continuidad Vincular Segura si la hija paciente (3ª generación) presenta rasgos de personalidad que puedan considerarse de riesgo. El ejemplo se expone más adelante.

Observamos casos en que el vínculo ha sido siempre seguro entre abuela y madre entrevistada, así como entre madre y paciente durante la infancia. Pero en el curso de la enfermedad este vínculo se puede deteriorar intensamente. La psicopatología de la hija sería aquí una variable destructora. Es esperable que la calidad del vínculo de la infancia pueda recuperarse posteriormente. Sin embargo esta recuperación de calidad vincular es uno de los objetivos terapéuticos que no siempre pueden lograrse.

Nos referimos ahora a la **Continuidad del Vínculo Inseguro**. En muchos casos de nuestro estudio nada cambia favorablemente. El esquema es el siguiente:



En este apartado, nos ocupamos de casos en los que las madres no han terminado de elaborar su propio vínculo dependiente con respecto a las abuelas maternas, sin poder superar suficientemente las angustias de separación.

Por ejemplo, en una entrevista, nos encontramos con una madre que en su infancia adoptó el papel de cómplice y yo auxiliar de su propia madre (en la actualidad abuela materna de la joven paciente). Esta vivió dificultades graves de relación con un marido que desarrolló una celotipia prohibiendo con frecuencia a su mujer salir de casa. La hija, joven paciente, padece un Trastorno de Ansiedad. Es la menor de la familia con diez años de diferencia con respecto al hermano anterior. El subsistema hermanos mayores resuelve, como en otros casos, su vinculación y autonomía entre ellos pero, esta hija, sin embargo, está inmersa en el funcionamiento emocional de la madre, soportando la ansiedad de separación generada desde la infancia en la vinculación con la abuela materna. La continuidad vincular transgeneracional es insegura. La madre entrevistada ha repetido el modelo previo en cuanto a relaciones de pareja complicadas y ha seguido un tratamiento por Agorafobia, reproduciendo en forma de síntoma (identificándose con la figura materna) lo que su propia madre vivió como realidad por las prohibiciones de su celoso marido.

En otros casos de características muy similares, observamos que las ansiedades que despiertan las hijas son muy difíciles de contener y prevalece la sobreimplicación en la relación con todos los hijos sin que aparezcan movimientos compensatorios a lo largo del tiempo.

La dificultad de la madre para pensarse como sujeto autónomo es clara y la necesidad de apoyarse en otro, madre, marido y/o hijos, para calmar las angustias fundamentales aparece contaminando el desarrollo de la hija paciente.

En otro caso, por ejemplo, la madre penúltima hija de una familia numerosa es cedida a una tía al nacimiento de su hermano menor. Se trata de una mujer que siempre ha sentido una gran añoranza con respecto a su madre y a su familia de origen.

Los casos de cesión encubierta a la abuela materna ó a una tía ó hermana mayor de la paciente están en la base de una transmisión insegura del vínculo sin cambios. La madre de la paciente puede expresar acerca de ésta “no sabe de quién es hija”. En otro caso la madre fue cedida por la abuela materna durante su infancia de forma encubierta a una hermana mayor. Esta madre cede a su vez a su hija a los nueve años a otra hermana suya, tía materna de la pequeña. La repetición marca la historia familiar: La madre estaba firmemente convencida de no ser hija biológica de la abuela materna por la actitud rechazante de ésta hacia ella. La hija no pudo soportar la cesión y fue devuelta a la madre a los diez años al enfermar y precisar ingreso psiquiátrico.

Estas madres tienen una pobre imagen de sí mismas y una gran dificultad para su autonomía como sujetos. En algún caso pueden presentar un vínculo calificado como seguro con respecto al marido o a alguno de los hijos mayores. Estos vínculos cubren la necesidad de apoyo y reaseguramiento para ellas. Sin embargo las vinculaciones con mayor frecuencia, incluyendo la de la hija paciente, son de tipo inseguro preocupado.

En otra entrevista vemos como la madre pasó de depender de su propia madre (abuela materna de la joven paciente) a hacerlo de sus hermanos. Después del marido y finalmente de sus hijos mayores, con los que hubo una relación difícil y que logran independizarse aunque mantienen contacto frecuente y siguen sirviendo de apoyo a su madre.

Aspectos comunes presentes en estos casos y que llaman la atención, son la diferencia de edad entre la paciente y sus hermanos mayores, la frecuencia en que las madres hacen una relación seguida de un embarazo y boda en este orden y en un corto período de tiempo y la referencia a haber vivido siempre con diferentes sentimientos de miedo.

En estas entrevistas se valora que para estas madres el otro vincular es sobre todo un objeto de apoyo, de reaseguramiento frente a ansiedades básicas. Si el otro no está ellas se sienten perdidas.

El fallecimiento de la abuela materna en la infancia ó adolescencia de una de las madres entrevistadas puede suponer para ésta la idealización de dicha figura, con la cual no estuvo vinculada de forma segura y además, un desentendimiento vincular con el padre sobreviviente. El vínculo compensatorio a través de la línea matrilineal es trascendental sobre todo si la conducta del abuelo materno fue excluyente ó expulsiva. La inseguridad vincular en estos casos graves se transmite a la paciente.

En otro caso el Vínculo Inseguro de la madre con la abuela materna en la infancia se transmite a una hija paciente con la que la madre siente que tampoco puede hablar. Existe la sensación de que los esfuerzos vinculadores son infructuosos con la hija, aunque se incluyan correcciones compensadoras de carencias que la madre sufrió intensamente en la infancia, como por ejemplo poder estudiar. Esta transmisión trigeracional vincular insegura manifestada en la infancia y la adolescencia entre madre y paciente tiene lugar mientras el Vínculo Adulto abuela-madre es ya seguro, Logrado entre ambas en relación al nacimiento de la hija.

En un caso la psicopatología fóbica iniciada en la infancia y no tratada de la madre, determina que marido e hijos deban establecer turnos para acompañarla a lo largo del día. El vínculo de la madre con la abuela materna fue inseguro en infancia y continúa en la edad adulta. Se registra la presencia de un abuelo materno con trastorno de personalidad, maltratador en infancia. La hija paciente, instalada en la ambivalencia vincular, convive con una madre que lo da todo pero a la que debe cuidar permanentemente y que limita por tanto su evolución hacia la autonomía.

En algunos casos la madre vinculada inseguramente en infancia y edad adulta con la abuela materna idealiza el vínculo seguro que podría haber sido a través de la referencia continua a la unión familiar. La vinculación con la paciente es también insegura.

En múltiples ocasiones la Vinculación Insegura mantenida durante toda la vida entre madre y abuela materna solo se compensa en la ancianidad de la primera generación a través de su cuidado.

Observamos que cierta desorganización familiar propicia la estructuración psicótica. Una madre ha referido vivir su infancia en el seno de una familia amplia dónde el único vínculo posible fue cuasisimbiótico con la abuela materna, mientras el resto de adultos presentaban actitudes y conductas de riesgo en el curso de la crianza conjunta de los niños (hermanos y primos). La Vinculación Segura con la hija paciente no ha podido organizarse. La madre impresiona a lo largo de su entrevista de sufrir ella misma un trastorno mental. Como en otros casos sería necesaria la indicación de tratamiento a la madre para propiciar un mejor pronóstico y compensación vincular madre-paciente.

En algunos casos la abuela “desdibuja” a la madre, resuelve problemas, impone criterios, da órdenes. La madre depende de ella, necesita sus decisiones. En ocasiones esta dependencia materna se extiende a la línea matrilineal. Pero no es necesario imaginar siempre a la primera generación ávida de autoridad e imposiciones ó sintiendo y ejerciendo que sólo ella puede y debe pensar y actuar ante la incapacidad ó fragilidad de hijas y nietas. Una “superabuela” puede serlo porque la madre idealice el vínculo con ella, mantenga la categoría vincular cercana a lo simbiótico, siendo el conflicto con el que se va a encontrar la nieta similar. Un tipo de conflicto que pondrá a la nieta adolescente ante la difícil tarea emocional de modular su propio proceso de separación/individuación y el de su madre simultáneamente. Estos casos pueden complicarse y agravarse. En general el vínculo de la madre hacia la abuela ha sido inseguro en infancia y edad adulta sin movimiento com-

pensatorio registrable. La Vinculación entre madre y paciente es Insegura también.

En los tres casos en los que la hija sufre un Trastorno Obsesivo Compulsivo se advierten diferentes situaciones vinculares.

En dos de ellos las madres subrayan: me involucro mucho con mi hija, lo que no hicieron en absoluto conmigo” y la otra: “Me comporto con ella de tal manera que ella nunca tenga que sentir lo que yo sentí”. En ambos casos la vinculación de la madre con la abuela materna fue entendida durante la infancia y la adolescencia.

En el primero de ellos la abuela se diluía tras la figura del abuelo materno que ella forzaba a actuar como controlador y autoritario. Conseguía así un amplio espacio para ella, un espacio a compartir solo con su hijo mayor y ocasionalmente con su marido. Los cuatro hijos restantes, sobre todo la madre de la paciente, no tuvieron mucho acceso a ella. El movimiento compensatorio vincular se afianza para la mujer entrevistada en la edad adulta a través del marido y del abuelo materno. Éste cambia radicalmente cuando nace la nieta, se dulcifica y eso fue una sorpresa muy agradable” La abuela materna ya no puede imponer su estilo relacional entre abuelo y nieta. La madre descubre el rol de cada cual.

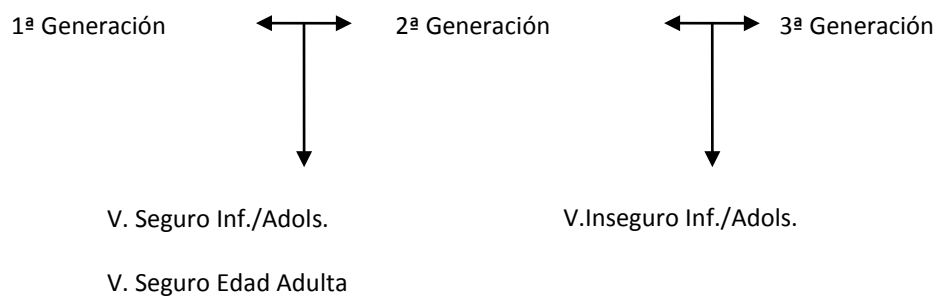
En el segundo caso la madre vivió su infancia con sus abuelos maternos, bisabuelos de la paciente. No se sintió querida ni por sus padres ni por sus hermanos. Sólo la relación con la abuela, referente vincular que daba estabilidad, pudo consolar la vivencia de soledad y falta de amor. En la edad adulta la relación con su marido no parece ir más allá de un punto de referencia en el presente. Un límite externo a la soledad. Soledad y falta de atención, de amor, que es una constante a lo largo de toda la entrevista y que ella siente como una influencia negativa sobre su desarrollo como persona. Llegará a decir: “yo siento que estoy sin terminar”.

La calidad vincular de estas dos madres entrevistadas con sus hijas pacientes se valoró como Inseguro Preocupado. Al considerar lo que la primera madre decía acerca de lo mucho que se involucraba con su hija, observamos que la palabra “involucrar” es “complicar a alguien en un asunto comprometiéndolo en él”. Imaginemos que el mensaje materno fuera en la línea de transmitir a la hija: “te complico en que aceptes mi forma de dirigirme a ti, que yo digo que es ocuparme adecuadamente de ti” pero que puede ser otra cosa: estar pendiente de todo lo que te concierne ejerciendo control, indicándote qué hacer en todo momento, sobreprotegiéndote, propiciando perfeccionismo.

Aunque conocemos que “sólo las hipótesis biológicas (genéticas) pueden estar en condiciones de explicar el origen primero ó inicio del TOC (Josep Toro), nos planteamos si una actitud materna relacionada con un intento de movimiento compensatorio extremo puede también estar en la base etiopatogénica del TOC en infancia/adolescencia. Sería extensible esta estimación al segundo caso, dónde la madre deseaba y actuaba en función de que su hija “nunca sintiera lo que ella” (2)

En un tercer caso todos los vínculos han sido Desentendidos sin movimiento compensatorio alguno. La madre se separó del hogar familiar y tras un difícil proceso de divorcio volvió de nuevo al mismo. Se muestra inquieta al referirse a relaciones en general, con padres y hermanos y sobre todo cuando habla del ex -marido y la hija. Entre el relato de los amargos eventos vitales que refiere a lo largo de la entrevista y la ligereza emocional que muestra existe una clara discrepancia. Se refiere a sí misma como alguien que siempre va hacia delante, como si huyera de contactar con los sentimientos dolorosos que están en juego.

El esquema de la Discontinuidad Vincular Segura–Insegura es el siguiente,



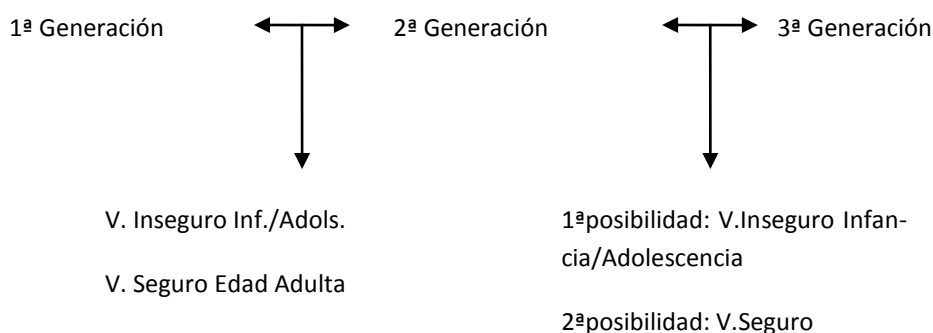
El Vínculo Inseguro Discontinuo entre Segunda y Tercera Generación suele ser Preocupado. Las variables más importantes que pueden intervenir para propiciar este cambio son, en primer término, el temperamento, las dimensiones temperamentales, los rasgos de personalidad ó directamente la personalidad de la hija paciente. El segundo, factores etiopatogénicos ligados a la eclosión del cuadro psiquiátrico de la adolescente y del curso de la enfermedad de esta hija.

En algunos casos el Vínculo es Seguro entre madre y abuela materna en la infancia y edad adulta pero la paciente, hija y nieta de las anteriores, presenta rasgos de personalidad que pueden considerarse de riesgo. Son niñas excesivamente dependientes de su madre, evitativas, con pobre relación con pares, con necesidad continua de refuerzo, con dificultades de adaptación, en evitación de daño, con cierta perturbación de los procesos incipientes ó no iniciados de separación/individuación y de la autonomía del adolescente. La madre puede haber enfrentado estas dificultades de desarrollo de la hija intentando su modificación ó puede haberse movido emocionalmente por diversas razones sinérgicamente con ella. En estos casos en los que pueden convivir hermanas de la paciente sanas, el papel de la transmisión vincular tiene otra relevancia pero siempre puede ayudar su valoración ya que el vínculo de la madre con la paciente es Inseguro.

En otros casos coinciden aspectos del esquema anterior y del paradigma “superabuela” descrito anteriormente. El pronóstico en ellos es peor.

Por último nos referiremos a la **Discontinuidad Vincular Trigeneracional Insegura -Segura**.

El siguiente esquema corresponde con este tipo de transmisión vincular:



El movimiento compensatorio vincular que vive la segunda generación, en nuestro trabajo la madre entrevistada, puede afirmar una Vinculación Lograda con la abuela materna a lo largo de su vida, ó a través de la Vinculación Segura desde la infancia con el abuelo materno, ó con otros familiares, amigos, profesores, psicoterapeuta, etc.

Vemos un ejemplo repetido de movimiento compensatorio vincular entre primera y segunda generación relacionado con el nacimiento de la tercera. En él se produce un “efecto trigeneracional” al mutar el Vínculo entre madre y abuela materna a Seguro tras el nacimiento de la hija y nieta. El Vínculo entre madre e hija es Seguro en Infancia y Adolescencia. Otra forma ya comentada que se da con cierta frecuencia es la Seguridad Lograda de la madre con su marido. Vemos también madres resilientes, tanto en casos clínicos como en grupo control, que han podido virar hacia Vínculo Seguro en Infancia y Adolescencia a través del vínculo con sus abuelas, tías y hermanas y que han continuado logrando la Seguridad Vincular en la unión con sus maridos. La Vinculación con la hija

adolescente suele ser mayoritariamente Segura en la Infancia y Adolescencia en todos estos casos.

Citaremos algunos ejemplos del grupo control: una madre entrevistada tuvo un Vínculo Desentendido en la infancia con su madre biológica. Fue cedida por ésta, que regentaba un kiosco, a un matrimonio vecino que le ofertó una habitación para que la niña no pasara frío y para que la madre pudiera darle el pecho de forma más confortable. El Vínculo Seguro lo organizó esta madre entrevistada con el matrimonio que le dio cobijo, con quien vivía más tiempo. A la esposa la llamaba también mamá, no causándole ningún trauma, como ella manifiesta, tener dos madres y dos padres. El Vínculo con la tercera generación, la hija adolescente, es Seguro. La existencia de un Vínculo Seguro alternativo, el de la madre adoptiva, probablemente capacitó a esa madre para establecer, ya en edad adulta, un Vínculo Seguro con su madre biológica y con su propia hija.

En otra entrevista de este grupo observamos un Vínculo Desentendido en la infancia con unos padres de nivel sociocultural alto. Los hijos comían en la cocina con el servicio. Si se sentaban en la mesa con los padres no podían intervenir en las conversaciones. El movimiento compensatorio vincular parte de las tías, primos, abuelos maternos desde la infancia, ya que la familia era amplia y vivía en domicilios vecinos. El Vínculo de la madre entrevistada es Seguro en edad adulta y también lo es el organizado con su hija adolescente. En este caso hubo también durante la infancia y adolescencia Vínculos Seguros alternativos con adultos próximos.

Por último referimos el ejemplo de una madre que estuvo interna en un colegio cercano a su domicilio ya que su madre, debido al excesivo trabajo, no tenía tiempo para atenderla. El Vínculo fue Desentendido durante la infancia y cuando nace su propia hija (3ª generación) se vuelve a vivir a casa de los padres para que la abuela atienda a los hijos mientras ella trabaja. Se reafirman los Vínculos Seguros en la edad adulta de

la madre con la abuela materna y la hija adolescente. Como comentábamos antes parece que existe un movimiento compensatorio a partir del nacimiento de la hija, la necesidad de cuidado de esa niña es lo que aproxima a la madre a la abuela materna y facilita la organización de un Vínculo Seguro entre ambas.

CAPÍTULO 5 – Cesión, emigración y vínculo trigeneracional

A lo largo de nuestra investigación con las entrevistas AAI, nos encontramos con dos situaciones especiales que influyen directamente en la constitución y desarrollo del vínculo entre las generaciones, la cesión (un hijo es cedido a un familiar, generalmente la abuela materna o una tía para su crianza, pasando a residir en el domicilio de este familiar) y la emigración (entre las 120 entrevistas contamos con algunas madres procedentes de países sudamericanos, pero sobre todo con numerosas madres procedentes de diferentes regiones cuyas familias emigraron hacia Madrid por motivos económicos).

En la primera situación las madres cedidas guardan una vivencia de extrañeza y añoranza del vínculo original perdido y un cierto sentimiento de destierro. En la experiencia de la emigración la vivencia depende mucho del sentimiento de pérdida por el entorno dejado y del progreso conseguido en el lugar de destino, así como de los nuevos vínculos establecidos.

En 1972 el Dr. Rallo (1) y algunos colaboradores publicaron un artículo sobre la “cesión” como una forma especial de adopción. Situación que en la sociedad española de la época se daba con cierta frecuencia. El estudio parte del interés por conocer la estructura familiar, o sus modificaciones, y las repercusiones que estas tienen sobre los pacientes (estudio familiar transgeneracional).

En la cesión no hay una adopción legal sino un acuerdo intrafamiliar y además el niño o niña cedida mantiene contacto con ambas familias en forma aleatoria.

En aquel momento se extrañaban los autores de no encontrar bibliografía al respecto ni trabajos que hicieran referencia a esta fórmula fa-

miliar teniendo en cuenta su presencia en las consultas. Quizás se pueda plantear que se trataba de una fórmula muy típica de una sociedad y de un momento social, diferente del actual y de lo que puede ocurrir en situaciones de migración en las que los hijos quedan a cargo de abuelos o tíos cuando la madre o los padres emigran a otro país.

En la cesión los padres “renuncian más o menos parcialmente a la crianza de un hijo a favor de una persona conocida, generalmente una abuela o una hermana infértil de la madre cesora. A menudo la cesión se apoya en motivos reales (económicos, emigración, de salud o un fallecimiento). En otros casos aun existiendo alguna causa real un estudio más detenido deja ver que dichas causas son racionalizaciones de motivaciones más profundas. Esas cesiones parecen hablar de una maternidad culpable y de un intento de reparación a través de dicho gesto.

En cuanto a las consecuencias de la cesión, sabemos de la importancia de una estructura familiar estable en la que los vínculos seguros puedan desarrollarse para la adquisición de una identidad sólida y el establecimiento de relaciones interpersonales adecuadas.

Según señalaban en dicho trabajo, el estudio de numerosos niños cedidos deja ver que las consecuencias de la cesión pueden adoptar formas diversas, desde graves patologías psíquicas y somáticas, hasta formas leves en las que ambas familias se han repartido los atributos parentales en forma complementaria similar a lo que con frecuencia se puede ver entre padres y abuelos. (Se pueden establecer vínculos seguros).

En los casos más graves se establecen distorsiones profundas de los esquemas familiares, en las que el cedido siente no pertenecer a ninguna de las dos familias y crece con un sentimiento de desubicación en el mundo. (Situación difícil para establecer vinculaciones seguras).

La cesión puede generar un esquema de dobles modelos de imágenes parentales y hasta dónde hemos visto en nuestras entrevistas la “duda de amor” con respecto a dichas figuras y el sentimiento de no pertenecer.

cia o extrañeza con respecto a ambos núcleos familiares. De esta forma se crea una identidad frágil y poco coherente, y en el establecimiento de las relaciones interpersonales se perpetúan pautas de relación disociadas.

Conocer la dinámica de la cesión puede ayudar a establecer estrategias preventivas y/o terapéuticas. Estudiando las motivaciones profundas y la dinámica relacional entre cedentes, receptores y cedido.

Nos pararemos en una de estas entrevistas para ver mejor las implicaciones de la cesión antes descritas.

La entrevistada, madre de una chica de 13 años con síntomas digestivos y miedos y angustias difusos que necesitan de tratamiento, es la tercera de cinco hermanos. Al nacimiento de la cuarta hermana, las tías se ocuparon de los mayores. Fue en ese momento cuando pasó a vivir con una hermana de la madre.

“Cuando yo tenía cuatro años mi madre iba a tener el cuarto que era una niña y nos repartieron entre las tías. Mi tía (separada) tenía sólo un hijo y vivía con mi abuela. Mi tía lió a mi madre y me dejaron allí. A los dos años mi madre se quedó embarazada y me siguieron dejando allí...hasta que me casé”.

Las familias vivían cerca y el contacto era continuo, a pesar de ello y de las racionalizaciones: “Las circunstancias eran de otra manera”, el sentimiento de exclusión se hace patente: “Como yo solo iba los fines de semana se volcaban y cuando llegaban Reyes yo era la primera. Así compensaban la situación. Aunque a mí eso no me gustaba”.

A la tercera pregunta de la entrevista AAI (Se piden cinco adjetivos que reflejen la relación con la madre durante la niñez) esta mujer responde: “Cariño, rechazo, querer estar,...arrimamiento,...dolor, angustia,...sobre todo siempre he intentado estar al lado de ellos”. Expresando una mezcla contradictoria de sentimientos y la búsqueda permanente de una integración en ese núcleo familiar y fraterno. Búsqueda de un sentimiento

de pertenencia que apaciguara su sentimiento de soledad. Así en otro momento dirá: “Entre mis hermanos hay un entendimiento que no tienen conmigo...en realidad yo no era ni de un sitio ni de otro”.

Aunque afirma que se ha sentido muy querida, “demasiado quizá”, a la pregunta diez de la entrevista referente a como han podido afectar a la formación de su personalidad adulta sus experiencias de relación con sus padres, responde: “Sí que afecta. Estás más pendiente de los tuyos, no quieres que tus hijos no se sientan queridos y te pasas. Cuando eres mayor lo entiendes todo pero de cría no lo entiendes. Yo llegué a pensar de todo”.

No resulta difícil entrever a una niña que intenta encontrar algún sentido a una situación que no puede entender, y a una diferencia que aunque hace que “a mí nunca me reñían”, está lejos de ser vivida de forma positiva.

Frente a sus dos hijos mayores que eran “muy de salir” y que llegaron a realizar estancias de estudios en el extranjero, la pequeña, un bebé que nace cuando sus hermanos mayores tienen 15 y 16 años respectivamente, inicia una sintomatología que la retiene en casa.

Esta madre reconoce que cuando se han ido sus hijas mayores ella lo ha pasado muy mal. Por otra parte, la pequeña empezó con dolores de tripa en un campamento y ahora no quiere ir al colegio, situación que por supuesto le preocupa.

Sin duda, se trata de una buena madre que desea que su hija se recupere pero, más allá de las razones de realidad, cabe preguntarse cuanto de la añoranza por un núcleo familiar propio y del dolor que aún pervive por un distanciamiento difícil de asimilar están influyendo tanto en el nacimiento de esta hija tardía como en el desarrollo psicopatológico de esta joven, (tercera generación), que recoge los efectos de un movimiento realizado por los abuelos, (primera generación), con la cesión de

una hija, (segunda generación), a una hermana (¿para aplacar, reparar o consolar?) menos afortunada que tan solo contaba con un hijo.

Otra entrevista, en este caso perteneciente al grupo control, nos puede servir para ver las dolorosas vivencias que esta solución familiar provoca pero que en este caso se han podido reparar.

La entrevistada es una mujer de mediana edad, separada y madre de dos hijos, procedente de un pueblo agrícola, en su adolescencia la familia se trasladó a Madrid.

Esta mujer es la mayor de tres hermanos muy seguidos, y al relatarnos su historia dirá: "Mi padre, decide que me mandan a vivir con la abuela paterna. Mi tío (un hermano del padre que aún vivía con la madre) rivalizaba conmigo y lo comparaba todo...Estuve allí tres años. Cuando volví mis hermanos eran desconocidos... Yo pedía a mi padre que me llevara a casa, pero no me escuchaba...se me cerró el estómago, dejé de comer...y llegado un momento, mi madre dijo que era su hija y me llevó de nuevo a casa."

Recuerda que al retornar a la casa familiar, la madre la cuidó especialmente para recuperar su salud. "Tardé más de dos años en tener bien el estómago".

En otro momento añade, "Mi padre después se arrepintió y me lo dijo de mayor, sin querer te he hecho daño".

De niña en el pueblo había sido buena estudiante ("Menos mal que en la escuela todo iba bien, eso me ayudó"). Ya en Madrid, trabaja y se esfuerza por obtener una formación y progresar. Casada, deja el trabajo ("Fue un error") al tener a su primer hijo.

Tras una década de convivencia decide separarse, ("Mi marido era despreciador y derrochador). Acude a tratamiento psicológico durante un año y medio.

En la actualidad trabaja en una oficina. Tanto sus padres como los hermanos viven relativamente cerca y mantienen una buena relación. “Con mis padres actualmente y afortunadamente todo son satisfacciones”.

El relato de esta mujer nos permite ver lo doloroso de una separación que no tiene sentido para una niña y que la hace sentirse “desterrada” de su propio hogar.

En este caso, la respuesta decidida de la madre llevando la contraria a su marido y haciéndose cargo con especial esmero de su hija, así como la reacción positiva del padre (“Luego, yo recuerdo que nos escuchaba a los tres, aunque estuviera cansado por el trabajo”), que incluso puede disculparse con ella años después, han permitido la reparación de unos vínculos, que salvo por el tiempo de la cesión, aparecen como positivos.

Emigración y Vínculo

La mudanza a un nuevo país, o región, genera innumerables rupturas, que afectan al núcleo familiar, al cambio en la ocupación, a la red social y de amistades, a los valores y costumbres, al estatus profesional y social y al estilo de vida. A veces también a la lengua.

El ajuste a estos cambios es una situación de estrés psicológico que puede causar problemas emocionales y afectivos.

La emigración es un factor de riesgo psicopatológico en función de la vulnerabilidad en la estructura de personalidad del emigrante. Grinberg (2) apunta que las personalidades depresivas muestran una marcada intolerancia a la frustración, separaciones, pérdidas y experiencias de cambio en general, especificando que los rasgos de dependencia o apego ansioso, según Bowlby, o la existencia de trastorno de la personalidad dependiente es un factor de mal pronóstico.

Grinberg y Grinberg hablan de que los rasgos de personalidad que se hallan en la base de la formación de psicopatología en la emigración son la envidia y la incapacidad para la soledad.

La emigración, aunque sea voluntaria, en tanto que proceso de cambios y pérdidas, pondrá en marcha todos los mecanismos implicados en el proceso de duelo.

En ocasiones el duelo se puede postergar hasta la segunda generación o necesitar de tres generaciones para elaborarlo totalmente.

Los estudios sobre las emigraciones señalan también, que las consecuencias psicológicas de la emigración son diferentes según la edad, la capacidad de contención del ambiente, el lenguaje del nuevo medio, etc. Poder establecer una buena relación con la realidad externa, o la consecución de un trabajo que reafirme la autoestima, son factores positivos para la integración en el nuevo medio.

En un estudio de Tizón (3) y colaboradores encontraron que la tríada que domina la expresión psicopatológica del emigrante es la depresión, la hipocondría –somatización y la paranoia, y que las somatizaciones son una expresión típica del proceso migratorio insuficientemente elaborado.

Cómo se realice este proceso dependerá por tanto, en cada emigrante, de,

- Como haya elaborado sus vínculos infantiles.
- De su personalidad
- Del momento vital de la emigración
- De la realidad externa
- De la causa de la emigración

Pero además del impacto sobre el individuo, la emigración afecta también a los vínculos y relaciones familiares, poniendo a prueba la capacidad de estas configuraciones vinculares para absorber en ellas lo imprevisto, lo incierto, lo ajeno y transformar situaciones que producen malestar.

La emigración obliga a una reformulación y reacomodamiento del lugar que cada uno ocupa en la familia y/o en la pareja. Dentro de la pareja, o con respecto a los hijos, se tiende a sobrecargar los vínculos esperando que estos suplan o puedan compensar por la incertidumbre e inestabilidad que el hecho migratorio genera.

Si el proceso de duelo que implica la emigración se realiza con éxito, llevará a un sentimiento de integridad personal enriquecida con lo que ofrece la nueva cultura y a un aumento de la confianza básica en uno mismo abriendo posibilidades de crecimiento personal y de realización de nuevos vínculos.

Una cuestión importante a tener en cuenta es que en los casos estudiados se trata de una emigración económica y la estrechez y dificultades cotidianas para la vida tienen un peso específico muy importante.

Si bien el status socioeconómico bajo es un factor de riesgo importante para la salud en general y suele asociarse, estadísticamente, la pobreza con una baja calidad de la función parental, las otras clases sociales tampoco están libres de riesgo. Por otra parte, la mayoría de estas familias eran núcleos muy cohexionados más allá de las dificultades económicas que las llevaron a emigrar.

“Había que trabajar y no había tiempo para otras cosas”....”Mis padres estaban preocupados por la supervivencia y no había para caprichos”...etc., son frases que algunas madres entrevistadas van desgranando.

Casos clínicos

En nuestras 120 entrevistas tenemos algunos ejemplos de emigrantes sudamericanas y sobre todo de una emigración interior (Extremadura, Andalucía, Galicia, etc.) que llevó a numerosas familias desde el campo a las ciudades en busca de un futuro.

En diversos casos es la familia entera la que se traslada siendo la entrevistada una niña, en otros es la mujer entrevistada la que realiza el cambio ella sola, muchas veces siendo apenas una adolescente que trabaja para otra familia. En otras ocasiones el cambio es ya de adulta con su pareja.

Así por ejemplo, tenemos una entrevista del grupo de diabetes.

La madre entrevistada viene sola a Madrid desde una provincia de la periferia siendo una adolescente. Comienza a trabajar en la casa de una familia conocida mientras el resto de su propia familia permanece en su población de origen.

Dice, “Siempre me he sentido un poco abandonada, mis padres siempre se han ocupado de la supervivencia y la educación la dejaron un poco de lado...”, “Mis hermanos si fueron a la escuela, pero yo al ser la mayor...”, “Siempre me he sentido acomplejada, ahora ya no, pero vienes aquí y es completamente distinto a lo que tienes allí”.

Se trata de una mujer, que apenas inició la primaria en su localidad de origen pero que en cuanto ha podido ha hecho los diferentes cursos que le han permitido obtener su graduado escolar y que sigue acudiendo a diferentes cursos de arte e historia que son las materias que más le atraen.

Esta mujer dice haber hecho las paces con su historia y sus padres, “La vida era así. La supervivencia. No había más. Ellos no tenían más luces y había que comer”.

Otro ejemplo, con una vivencia diferente, puede ser una entrevista del grupo de TCA. En este caso la madre pertenece a una familia numerosa, de ocho hermanos. Cuatro mujeres, todas emigraron, y cuatro varones que permanecieron en su pueblo de origen.

En este caso la mujer entrevistada llegó a Madrid con apenas 14 años. Trabajó de dependienta en diferentes comercios y fue ascendiendo poco a poco.

Al estar apoyada por una hermana mayor, que siempre hizo funciones de madre con ella, el hecho del traslado de localidad y del campo a la ciudad no supuso demasiado esfuerzo y siempre fue vivido como una mejora deseada. De hecho, la relación con los padres siempre ha sido muy buena.

“Tengo pocos recuerdos de niña. Toda la familia junta con abuelos y primos. Pelearnos por un garbanzo negro si había cocido, y eso era como una fiesta”.

De su vida en Madrid dice, “Cuando llegue a Madrid hice taquigrafía, mecanografía, cursos de internet y ordenador, grabadora de datos. He hecho muchas cosas, siempre he estado muy activa”.

Podemos pensar que la posición en la fratría de estas dos mujeres en el seno de dos familias numerosas, con la diferencia de expectativas por parte de los padres y de las responsabilidades familiares que deben asumir, influye también de forma importante en la vivencia de su emigración cuando ambas son dos jóvenes adolescentes.

En el pequeño grupo de entrevistadas de origen sudamericano las experiencias son muy variadas. Son mujeres que proceden de la República Dominicana, Brasil, Colombia, etc.

En algún caso llegaron a España siendo niñas con su familia de origen. Casadas con españoles, se han formado, trabajado y tenido sus propios

hijos en España. Aunque mantengan relación con sus países de origen su vida está asentada ya aquí.

En otros casos, estas mujeres llegaron siendo adultas, viudas o divorciadas. Cuando les fue posible hicieron venir a los hijos que habían quedado en su lugar de origen y han seguido desarrollando su vida en España con las dificultades que la emigración implica como decíamos al inicio del capítulo. En general bien integradas, alguna se ha casado de nuevo y ha tenido otros hijos en España.

CAPÍTULO 6 – Psicopatología parental y vínculo tri-generacional.

Muchos hijos crecen con padres y madres que sufren una enfermedad mental (1) La repercusión de la enfermedad sobre la vinculación con los hijos es objeto de estudio continuado desde la mitad del siglo XX. Se plantea pensar acerca de la repercusión de la enfermedad mental sobre la vinculación con los propios hijos y la de éstos con los suyos propios, es decir con los nietos de esa primera generación enferma.

Consideramos que no es posible inferir de manera arriesgada en muchos casos conclusiones que puedan inclinar a un diagnóstico o pronóstico negativo para el nieto, pero reflexionar sobre vinculación trigeneracional y psicopatología de la primera generación puede resultar de interés para comprender mejor la etiopatogenia de origen familiar. Y en algunos casos para realizar un pronóstico fiable.

Conocemos que una vinculación segura hacia los hijos es diferente de la que presentan éstos hacia sus padres. La primera se basa en el reconocimiento de las necesidades individuales del niño y en la disposición a satisfacerlas de forma “suficientemente buena” (Winnicott) a lo largo del proceso de organización vincular.

Se ha mencionado que las necesidades del hijo son emocionales, afectivas, relacionadas con su edad evolutiva, de aprendizaje, materiales etc. Las respuestas serán de consuelo, de contención, de disciplina, de exploración y resolución de temas que susciten el interés o la ansiedad del hijo. Las funciones parentales vinculares se basan en facilitar vinculación afectiva/emocional, en saber aplicar adecuadamente normas y disciplina y en proporcionar continuamente una base de seguridad al hijo. Estas funciones requerirán flexibilidad mental, imaginación, aprendizaje, capacidad para observar el estado mental del niño y adolescente, sensibilidad a las claves que ofrece. Los padres tendrán que conocerle cada

vez mejor, que imaginar, que hacer inferencias y conjeturas, que decidir qué se entiende y qué requiere más atención. Las funciones parentales demandan un importante trabajo de discriminación emocional, cognitiva y conductual.

¿Qué ocurre cuando el padre, la madre o ambos son enfermos mentales? ¿Pueden preservar a pesar de la enfermedad mental las funciones y tareas vinculares? ¿Depende del tipo de trastorno mental o del grado de gravedad del mismo? Sabemos que todavía trabajaremos mucho tiempo utilizando hipótesis clínicas. Incluso podemos plantearnos si veremos en neuroimágenes respuestas que no hemos podido obtener antes con total evidencia por otros métodos.

Un aspecto básico a tener en cuenta es la tarea vincular referida a cada momento del ciclo vital familiar. Se pueden plantear cuestiones cómo ¿se organizó de forma insegura la vinculación desde el principio?, ¿se deterioró el vínculo en otro momento?, ¿cuáles podrían ser los factores que intervinieron en ese deterioro?, ¿puede ayudar este punto de vista para relacionar la psicopatología de los abuelos con la inseguridad vincular surgida a) con sus hijos, b) entre éstos y los nietos.

El ámbito de lo relacional puede también aportar datos de valoración clínica de interés. Por ejemplo una relación sobreinvolucrada por parte de las figuras parentales no tendrá los mismos efectos sobre el bebé y su desarrollo que sobre el prepúber o el adolescente. La forma de superarla por parte del hijo, si lo consigue, también será diferente en cada edad. Lo mismo que la compensación con respecto a la siguiente generación.

¿Ha podido la madre entrevistada concienciar una relación sobreinvolucrada, subinvolucrada, ansiosa u hostil con sus padres en algún momento de su vida? (2), ¿Ha percibido que el tipo de relación se entroncaba en la falta de salud mental de los padres?, ¿Ha modificado esta madre una relación hostil con su bebé pero no ha podido hacerlo con su hijo

prepúber?, ¿Ha podido recordar emocionalmente y compensar la actitud relacional de su propio padre o madre pero sólo cuando el hijo es pequeño reproduciendo después idéntica actitud cuando éste ha pasado la primera infancia? ¿Puede este proceso estar relacionado con eventos vitales y/o una constelación de riesgo temperamental del hijo?

Los diagnósticos parentales más estudiados y relacionados con la crianza y atención a los hijos son Trastornos Afectivos, de Ansiedad, Obsesivos, de Alimentación y los problemas de uso de alcohol y drogas relacionados muchas veces con Trastornos de Personalidad.

Trastornos afectivos. Trastorno Depresivo.

La mayoría de los trabajos sobre vinculación y Depresión parental conciernen a las primeras edades del hijo. Se incluye la Depresión pre y postparto, la Distimia como base de la organización de la personalidad. Se observa un vínculo seguro madre-bebé a los 12 y 18 meses aunque la madre haya estado deprimida los primeros 6 meses de vida del hijo (3). Los autores concluyen que los efectos compensadores que pueden frenar las consecuencias de la Depresión materna sobre el vínculo con el bebé se basan en las otras buenas relaciones de los demás cuidadores que rodean a la díada. Subrayan que es la calidad de la interacción madre-bebé la que predice la calidad de la vinculación más que el Trastorno Depresivo como tal.

En relación a otras edades, infancia y adolescencia, es interesante considerar lo que manifiestan algunas madres que abusan de drogas (4) con respecto a sus hijos. Refieren un sentimiento de separación, de alejamiento. Es la alienación maternal o paternal con respecto al hijo. Es vivir una suerte de desprendimiento, un despegarse, un desapegarse.

Conocemos que al sufrir un Trastorno Depresivo prolongado la función parental puede deteriorarse en el sentido de no poder percibir claves ni dar respuestas adecuadas al hijo. ¿Podemos inferir que es difícil hacer

un esfuerzo emocional frente a las demandas vinculares de hijos e hijas prepúberes y/o adolescentes?¿ Podemos pensar que será muy complicado contener y consolar, aplicar normas y disciplina adecuadas, proporcionar seguridad cuando se está sufriendo una sintomatología depresiva clínica? ¿Qué los hijos e hijas pueden estar en esas circunstancias lejos del afecto de los padres?

Trastornos de Ansiedad/Trastorno Obsesivo Compulsivo/Trastorno de Conducta Alimentaria.

En general cualquier trastorno que implique sufrir ansiedad: Trastorno de Ansiedad Generalizada, TOC, TCA, se basa en una preocupación desmedida. Una preocupación patológica (5) sobre aspectos que conciernen a la propia persona. Es difícil mantener la atención sobre claves concierne a necesidades emocionales, evolutivas, de límites que plantee un hijo en esas condiciones. La atención sobre el hijo se activa escasamente ó se agota pronto y como en el apartado anterior puede irse conformando el sentimiento de lejanía, de alienación con respecto al hijo. En muchos casos puede producirse una inversión de roles actuando el hijo como apoyo, madre o lazarillo del padre enfermo. Es factible hacer la hipótesis de la dificultad o imposibilidad de vincularse seguramente a madres o padres en esta situación clínica.

Uso de Tóxicos.

Existen muchos problemas familiares relacionados con el consumo de alcohol y drogas que afectan a ambos padres con una tendencia más marcada al padre. Hace dos generaciones estos problemas estaban en general relacionados con consumo de alcohol.

El efecto sobre la vinculación en diferentes momentos del ciclo vital familiar se hace notar. El grado de afectación es variable como en otra pa-

tología. Los dos momentos que subrayaremos son la infancia y la adolescencia.

Los efectos en infancia organizan paulatinamente una vinculación insegura que puede valorarse con toda claridad en la adolescencia. Durante la infancia los altos niveles de discusión, violencia, inconsistencia pueden enmarcar un Trastorno Traumático de Desarrollo, una lentificación o detención del desarrollo emocional infantil, o una madurez precoz, una pseudomadurez que dé paso a una inversión de roles hijos-padres. También se describen problemas de aprendizaje, escolares, de conducta, de relación con pares.

En adolescencia la vinculación hacia la familia puede ser evitativa y también hacia pares, con dificultades de socialización y adaptación general. El adolescente estaría aislado socialmente, dolorosamente introspectivo.

Otra forma sería una respuesta vincular desorganizada hacia la familia y una vinculación ambivalente intensa hacia pares que mantiene totalmente separados de su familia. Vinculación caracterizada por la búsqueda de lo fusional, lo simbiótico, las rupturas, los conflictos emocionales y relacionales con esos mismos pares. El alcohol y las drogas pueden hacer su aparición en esta fase vincular insegura y también las conductas de riesgo y/o abiertamente psicopáticas.

Propuesta de abordaje.

Se considera que la conciencia de enfermedad, la personalidad de la figura parental junto con diversas variables relacionadas con intervenciones médicas, psicológico-psiquiátricas, eventos vitales y datos socioculturales pueden alertar al padre ó madre enfermo para adoptar medidas y/o cambios de actitud que aminoren el efecto de la psicopatología sobre el vínculo con los hijos (6).

Hablamos de la repercusión en tres generaciones y nos planteamos un abordaje pragmático aunque basado en hipótesis relacionadas con la teoría del vínculo (7) En las viñetas clínicas que siguen se registra:

- a) El diagnóstico psicopatológico del padre y/o madre (1ª generación), padres de la mujer entrevistada (2ª generación) y abuelos maternos de la adolescente (3ª generación).
- b) Los vínculos de la madre entrevistada (2ª g.) hacia estas figuras parentales en la infancia (utilización clínica de la entrevista AAI).
- c) Hipótesis sobre el tipo de relación que pueda haber tenido el padre enfermo mental (1ª g.) con la hija en la infancia (2ª g.) Para ello adaptamos los criterios de la clasificación 0-3 a la niñez y adolescencia.
- d) Vínculos adultos de la mujer entrevistada (2ª g.) (entrevista AAI) hacia su hija enferma (3ª g.), hacia el marido y otros hijos y hacia los padres (1ª g.)
- e) Movimiento o movimientos compensatorios vinculares de la mujer entrevistada hacia las diferentes figuras de vinculación. Se localizan el o los movimientos en los diferentes momentos del ciclo vital familiar, sabemos que a cada cual corresponden tareas vinculares diferentes en relación a ellos.
- f) Hipótesis de actuación para intervenir en aminorar el efecto de la psicopatología sobre la paciente adolescente (3ª g.) e hipótesis pronóstica sobre su evolución clínica.

Viñetas clínicas.

Primer caso. Mujer entrevistada AAI (2ª generación): 45 años. Hija de 16 años, paciente ANR ingresada.

Psicopatología (1ª generación). Abuelos maternos de la paciente ingresada.

Abuelo materno de la paciente. Abuso de alcohol durante la infancia de la madre de la paciente. Posible Trastorno de Personalidad Borderline. Personalidad agresiva–amenazante en el seno familiar. Ausencia de rol parental.

Abuela. Instalada en fortaleza y serenidad intensas y probablemente forzadas. Defensa a ultranza de los hijos. Orientación en estudios y decisiones importantes. Conciencia viva de la mujer entrevistada del sufrimiento psíquico y emocional de su madre.

Vinculación de la madre de la paciente durante su propia Infancia.

Hacia su Padre. Vínculo Desentendido, (odio, vergüenza).

Hacia su Madre. Vínculo Preocupado. No dormirse por si había que defenderla. Sentir haberla fallado. Sentir que por sus dos hermanos y por ella su madre no había tenido una vida.

Hipótesis del Tipo de Relación con el padre enfermo en la infancia/adolescencia.

Relación colérica/hostil. Padre insensible a las señales de los hijos. Puede ridiculizar ó burlarse de ellos continuamente. Los hijos pueden estar asustados, ansiosos, inhibidos, impulsivos ó difusamente agresivos. Las conductas de los hijos pueden ser temerosas, vigilantes y evitativas, el hijo puede mostrar un afecto constreñido

La interacción puede tener generalmente un tono hostil ó agresivo. En cuanto al tono afectivo se observa tensión de diverso grado entre el padre y el hijo, no hay disfrute en la relación.

Vinculación de la madre de la paciente en edad Adulta.

Hacia su Hija enferma: Preocupado. Sentir que no es capaz de transmitirle serenidad ni de conseguir que la escuche. Lo siente como fracaso. Su madre (1ª g.) sí pudo transmitirle esto a ella (2ª g.). “Es de difícil convivencia. Desde los diez años, aún más. Es de carácter fuerte. Es dura. Es difícil llegar a acuerdos con ella.” Posiblemente la madre entrevistada esté identificando a su hija con el abuelo materno.

Hacia su Marido: Desentendido. Deseo de la mujer entrevistada de fuerza e independencia en el vínculo matrimonial (Compartir versus Dominar).

Hacia su Hija menor. Vínculo Seguro.

Hacia sus Padres (1ª generación)

Vínculo Reparado con su padre. Su madre fallece prematuramente. Deseo de la mujer entrevistada de no transmitir a sus hijos: “cuánto he dado y qué poco he recibido”, como le transmitió su madre a ella. Vínculo Preocupado hacia su madre.

Movimiento Vincular Compensatorio de la madre de la paciente en diferentes momentos del ciclo vital familiar.

Como adulta joven: realizó psicoterapia que la ayudó a encajar su dolor por el sufrimiento de la madre y el comportamiento del padre.

Como adulta madura. Cuando su madre (1ª g.) enferma gravemente y el padre (1ª g.) cambia radicalmente de actitud hacia ella y los hijos.

En el matrimonio no logra consolidar un vínculo Seguro.

Hacia la Hija mayor enferma (ANR Ingresada) su vínculo es Preocupado. Duda de si podrá alguna vez contactar con ella afecti-
va/emocionalmente.

Hacia la Hija menor el vínculo es Seguro.

*Hipótesis para aminorar el efecto de la psicopatología sobre la vincula-
ción de la tercera generación (paciente ANR Ingresada)*

En este caso estamos ante una adolescente gravemente enferma (3ª g.) con posible comorbilidad en Eje II. Su madre (la mujer entrevistada) hizo psicoterapia para resolver su propio sufrimiento con respecto a la enfermedad de su padre (1ª g.) y a los efectos adaptativos patológicos en su madre (1ª g.). Esta psicoterapia la hizo participar en el movimiento compensatorio vincular de su padre, vínculo que vive como relativamente reparado al ser capaz de valorar el esfuerzo y cambio radical del padre hacia su madre y sus hermanos.

Hipótesis sobre el pronóstico clínico de la paciente. (3º g.)

El trabajo terapéutico sin embargo debe continuar e implicar a la interacción, relación y vínculo de la adolescente y sus padres a la búsqueda de mejorar el pronóstico clínico de la paciente que en este caso consideramos comprometido.

Segundo caso. Mujer entrevistada AAI: 47 años (2ª g.). Hija de 17 años EDNOS Restrictivo Ambulatorio.

Psicopatología 1ª generación. Abuelos maternos de la paciente.

Abuelo: sano.

Abuela: Distimia Depresiva (como organización de Personalidad).

Vinculación de la madre de la paciente durante su propia Infancia.

Hacia su Padre: Vínculo Seguro (“cariñoso, quién nos atendía y jugaba con nosotros”).)

Hacia su Madre: Vínculo Preocupado. Esta madre (1ªg.) fue la mayor de siete hermanos y tuvo que desempeñar un rol maternal demasiado pronto. Su propio deseo y necesidad de seguridad pudo no satisfacerse adecuadamente. Posiblemente se sintió forzada a aceptar demasiada responsabilidad a una edad precoz (8). Trabajó además un tiempo cuidando niños pequeños. La mujer entrevistada la vive como más alejada, de difícil acceso. Parece agotada la energía de maternaje hacia su hermano y ella (2ª g).

Hipótesis de relación de la madre de la paciente con su madre enferma (1ªg.). Ansiosa / tensa.

Alta sensibilidad a señales de la hija como base para manifestar preocupación. Pueden existir interacciones verbales ó emocionales negativas. Pobre adecuación al temperamento infantil. La hija puede ser muy obediente ó ansiosa alrededor de la madre. Si la 1ª generación siente fracaso ó experimenta rechazo, culpa a la hija y se retrae más.

No es relación subinvolucrada como tal, pero esta madre puede preferir delegar en el marido la relación cariñosa con los hijos, los cuidados, porque ella está agotada. La hija parecía percibir: “hay que dejarla, está muy cansada, me va a recibir mal”. El afecto entre madre e hija pudo verse restringido.

Vinculación de la madre de la paciente en la edad Adulta.

Hacia su Hija enferma: Vínculo Seguro. Hacia la otra hija, sana: Vínculo Seguro.

Hacia su Marido: Vínculo Seguro.

Hacia sus Padres (1ª g.):

Hacia su Padre: continuidad Vínculo Seguro.

Hacia su Madre (1ª g.): Vínculo Seguro. Movimiento Vincular Compensatorio elicitado por Madre de la paciente (2ª g.) en edad adulta, tras formar pareja, casarse y criar a sus hijas.

Hipótesis para aminorar el efecto de la psicopatología sobre la vinculación de la tercera generación.

La paciente inició tarde su cuadro restrictivo. Con respecto a los procesos vinculares el pronóstico es favorable. Habría que prestar especial atención a la comorbilidad Depresiva.

La abuela materna ha sido testigo emocional de una crianza, de un maternaje bien resuelto por su hija. Quizá ha podido concienciar su esfuerzo precoz y lo sola que estuvo en él. Quizá pudo reparar el recuerdo emocional vincular con respecto a su propia madre (bisabuela materna de la paciente) sintiéndose menos abandonada. No había suficiente abastecimiento vincular para todos. Fue ella (la abuela maternade la paciente) la que tuvo que abastecer y se agotó. No pudo dar a sus propios hijos lo suficiente, pero no envidió a sus nietas, participó en su crianza y disfrutó de no tener la responsabilidad directa. Podríamos inferir que se benefició de la capacidad vincular de su hija (2ªg.) que en el proceso de maternaje de sus nietas también contribuyó en “rematernizarla” a ella doblemente; como una hija más, como madre con quien se repara una

vinculación segura. En este segundo caso puede pronosticarse la evolución clínica favorablemente.

Tercer caso. Mujer entrevistada (2ªg.) AAI: 45 años (Estructura psicótica en términos de Bergeret. Posible Trastorno del Espectro Bipolar: Hipo-manía crónica.) Hija: 17 años, paciente ingresada. Urgencia psiquiátrica: Crisis Maníaca.

Psicopatología Padres (1ªg.) Abuelos maternos de la paciente Ingresada.

Abuelo: Trastorno Límite de Personalidad

Abuela: Sin datos.

Vinculación de la madre de la paciente durante la Infancia.

Hacia su Padre: Vínculo Preocupado.

Hacia su Madre: Vínculo Seguro. Vivida como único apoyo en la infancia: “a la única persona que podía contar los pensamientos que me torturaban.”

En esta entrevista AAI se valoró que la mujer entrevistada violaba en su discurso las máximas conversacionales de Grice (9): calidad, cantidad, relación y forma y que esto sucedía en relación a los eventos vividos en su infancia en general y con su padre en particular. De la madre hablaba poco y siempre en positivo, apoyándose en ejemplos claros.

Hipótesis sobre la relación de la madre de la paciente con el padre enfermo mental:

Sobreinvolucrada: Ej.: Restricción activa de autonomía en lugares y ambientes normales dónde el padre consideraba que la hija no debía vincularse afectivamente (desde prepubertad hasta adolescencia tardía).

Colérica /hostil: lucha entre ambos por este motivo.

Vinculación de la madre de la paciente en edad Adulta.

Hacia su Padre: Seguridad Lograda.

Hacia su Madre: Continuidad de Vínculo seguro.

Hacia su Marido actual: Seguro (dos divorcios anteriores).

Hacia su Hija paciente (3ºg.): Preocupado, "no podemos entendernos".

Hacia sus dos Hijos varones: Vínculo Seguro.

Movimiento Compensatorio Vincular de la madre de la paciente y momento del ciclo vital en que se produce:

Con su Padre (1ªg.): eventos vitales como el nacimiento de los nietos y los sucesivos divorcios enmarcaron un cambio de actitud en el Padre. Es posible también que aunque no se tratara mejorase su Trastorno Límite de Personalidad.

Hipótesis para aminorar el efecto de la psicopatología sobre la tercera generación.

En este caso no sólo se trata de vínculos inseguros y su transmisión tri-generacional. Se valora la heredabilidad de estructuras psicóticas, de variaciones del espectro bipolar (hipomanía crónica), de TLP. Sería necesario concienciar a esta madre de la necesidad de que realice tratamiento médico-psiquiátrico y psicoterapéutico. En este caso el pronóstico desfavorable de la 3ª generación podría mejorar en paralelo al tratamiento de la madre. La contención emocional hacia la hija podría facilitar una Vinculación Segura Lograda. Pero para eso la madre tendría que acceder a un nivel de salud mental más aceptable.

Conclusiones.

De estos ejemplos podemos deducir la utilidad clínica de estudiar los avatares del Vínculo de la madre de la paciente con sus propios padres durante la Infancia y la edad Adulta, con su pareja y con sus hijos.

Este estudio incluye la Transmisión Vincular Trigeneracional con hipótesis clínicas de Movimientos Compensatorios y de la Calidad de Relación entre las dos primeras generaciones (abuelos maternos y madre de la paciente). Se realiza en función de intentar comprender mejor el grado de gravedad de la adolescente enferma psiquiátrica, su pronóstico y el tipo de tratamiento a utilizar.

*Es decir, intentamos comprender mejor **la repercusión** en la paciente de la función vincular transgeneracional, estudiando en este sentido a su madre y a través de ella también a sus abuelos maternos.*

Vemos que es importante para mejorar el pronóstico que haya existido un Movimiento Compensatorio Vincular adecuado entre abuelos maternos y madre de la paciente, en caso de que haya sido Insegura la Vinculación en la Infancia.

Valoramos que si no ha existido este Movimiento Compensatorio puede esperarse una mayor dificultad en la evolución del cuadro psiquiátrico de la adolescente, en su duración y en el tipo e intensidad del tratamiento.

El objetivo específico de la valoración vincular y de las hipótesis clínicas es mejorar la evolución psicológico/psiquiátrica de la enferma adolescente y su vinculación y relación con su madre, la segunda generación objeto de nuestro estudio.

No decimos nada nuevo si planteamos que la enfermedad mental grave en los progenitores es un factor de riesgo para la generación siguiente, pero con la ayuda y el trabajo adecuado se puede realizar una tarea de prevención importante para las siguientes generaciones paliando o co-

rrigiendo los efectos negativos del cuadro psicopatológico de que se trate.

Así, por ejemplo, puede ser vital una tarea de acompañamiento en casos de madres con diagnósticos graves que ayude en el establecimiento del vínculo madre-bebé, un trabajo de psicoterapia con el progenitor enfermo y/o un trabajo a nivel familiar.

CAPÍTULO 7 – Vínculo y figura paterna

Para que haya una madre ha de haber un padre, pero la figura del padre no ha sido homogénea en las diferentes culturas ni a lo largo del tiempo. ¿Cuál es el lugar y el papel del padre en la familia? No es difícil observar las transformaciones que ha sufrido el ejercicio de la paternidad en nuestra cultura (es decir en las formas en que se asume y desempeña la función paterna), tanto en el campo subjetivo, como en el campo de lo social, jurídico o económico.

Además, ¿qué es un padre? Puede parecer una pregunta tonta, pero para responder a esta pregunta tendremos que ir más allá de la función de procreación, y no confundir el orden real-biológico, con el orden simbólico.

Qué o cómo debe ser un padre, se fundamenta en cada caso en un acuerdo entre un orden socio-cultural y la singularidad de cada individuo.

Ivonne Knibiehler, en “Padres, patriarcado, paternidad”, afirma que la paternidad es una institución socio-cultural que se transforma bajo la presión de múltiples factores. Esta autora distingue 3 momentos históricos, la antigüedad latina y cristiana, la paternidad en el occidente cristiano y la época contemporánea. La autora describe el declinar de la familia tradicional marcada por un retroceso de la presencia y el poder del padre frente a una afirmación de la madre y la entrada de los poderes públicos en la vida privada.

Susana Narotzky en su trabajo “El marido, el hermano y la mujer de la madre: algunas figuras del padre”, estudia la concepción de la paternidad en otras culturas (estudia los pueblos Bemba, Lovedu y Nayar). Esta antropóloga concluye que:

–los atributos de la paternidad no suelen estar focalizados en una figura única,

–la paternidad se diferencia claramente de la procreación. La relevancia del progenitor depende de la noción de filiación, concepto social y no biológico.

–la relación sexual entre la madre y la persona que detenta las responsabilidades paternas no es un factor constante ni necesario

–la persona que ostenta las funciones paternas no es necesariamente de sexo masculino.

Podríamos resumir que la función paterna, complementaria de la función materna, más allá de quien la sustente o ejerza, es importante como función de orden y ley, y como proveedora también de una base segura a partir de la cual el sujeto puede construir su autonomía. El tipo de vínculo que el bebé establece con una u otra figura es diferente pudiendo utilizar estas diferencias unas veces como complemento otras como compensación.

Veamos ahora dos situaciones especiales como son la enfermedad y la pérdida del padre:

Pérdida de un progenitor

La muerte de un progenitor aparece como un hecho traumático que cambia la vida y la dinámica familiar de manera profunda obligando a un reajuste del núcleo familiar. Supone un momento de crisis afectiva, educativa y económica. El progenitor superviviente tiene que asumir nuevos y distintos papeles, además de realizar su propio duelo por la pérdida.

Cómo se lleve a cabo este reajuste será fundamental para superar la vivencia inicial de desamparo.

La forma en que los niños viven la muerte de un progenitor depende de la edad, personalidad, sexo del progenitor fallecido y del hijo, relación previa y de la reacción de los presentes. Los factores posteriores a la muerte son tan importantes como la pérdida en sí misma para el desarrollo, o no, de psicopatología futura. Lo más frecuente es la aparición de apego ansioso y desarrollos depresivos.

En nuestras 120 entrevistas, de los 6 casos de fallecimiento de un progenitor, solo en uno fue la madre la que falleció (en ese momento la entrevistada era una adolescente y su vida sufrió un gran cambio), en los restantes cinco casos falleció el padre.

La pérdida de un progenitor siempre supone la pérdida de una figura de apego importante y la vivencia de angustia y desamparo por parte del niño.

En estos ejemplos vemos la gran importancia de que se pueda dar cierta idealización del padre desaparecido y de que la función paterna sea sostenida por otras figuras del entorno familiar, abuelos, tíos, el grupo de hermanos mayores o la propia madre.

Insistimos en que entendemos la función paterna más allá del hecho concreto de la figura del padre, como una función simbólica ligada al orden familiar y al establecimiento de límites que apoya la diferenciación madre-bebé y la autonomía.

Dentro del grupo de TCA ingreso, aparecen dos mujeres cuyos padres (abuelos de las pacientes) fallecieron a los 11 y 3 años de edad respectivamente.

En ambos casos las viudas (madres de las madres de las pacientes) contaron con el apoyo de sus propias madres, descritas como poco cariñosas por las entrevistadas, pero las dificultades de la convivencia y la falta de espacio hicieron que las relaciones se volvieran tensas.

En el primer caso la madre se vuelca en el trabajo y la entrevistada, hija mayor del grupo de huérfanos dice con amargura “Me he visto en la obligación de ser mayor”. Ya adulta dirá “Tuve una gran euforia cuando nació mi hija” (hoy paciente de TCA).

En el segundo caso, la entrevistada y su madre crearon un fuerte vínculo.

Cuando esta mujer ya adulta se casa, queda viuda a su vez con tres hijas, la menor con 20 meses. A los 20 días muere también su madre.

Sus dos hijas mayores están independizadas, pero la menor padece un TCA grave. Los problemas empezaron cuando la niña empezó su autonomía.

En todos los casos las familias paternas parecen haber desaparecido así como quedar desdibujada la figura del padre.

En un tercer caso de este mismo grupo, el padre fallece cuando la entrevistada es ya una adolescente de 17 años. Próxima a la madre, tiene también un vínculo muy fuerte con sus abuelos maternos, lo que provocó una fuerte reacción afectiva de la mujer cuando éstos fallecieron.

Lo más llamativo en esta entrevista, es la actitud negadora de la propia sujeto. Al requerirle recuerdos de su infancia, ella misma pregunta: “¿favorables?, Si me preguntaran por lo negativo, buscaría algo sin importancia. Mi padre era muy guapo, a mí eso me encantaba”. Por otro lado, llama la atención que esta madre no mencione la enfermedad de su propia hija durante la entrevista.

Esta actitud negadora, hace pensar en una falsa apariencia de “todo está bien” en un funcionamiento “como sí”, lo que en definitiva llevaría a no poder elaborar las emociones negativas y madurar adecuadamente.

En estos casos el vínculo madre-hija, aparece teñido por duelos no elaborados. Los vínculos resultan invasivos para la joven, sin que pueda darse ni una adecuada complicidad madre-hija, ni la construcción de

una intimidad separada. La niña taponaba sentimientos de soledad y desamparo sin que nadie haya podido ejercer una función paterna adecuada de contención y diferenciación en ambas generaciones.

En el grupo de Trastorno de Conducta Alimentaria ambulatorio, se dan otros dos casos de muertes prematuras del padre. En uno la entrevistada tenía 11 años, en el otro apenas 7 meses.

En el primer caso hay una idealización de la figura paterna. La mujer dice textualmente, “A mi padre sigo adorándole, es como un mito”, “El funeral fue como una manifestación”. Tras su fallecimiento la familia logró reorganizarse y ella misma tuvo que trabajar siendo aún una niña, “No había tiempo de pensar, había que ponerse a trabajar. A mi padre lo estafaron”.

Aunque una hermana se casó pronto “para irse de casa”, ella prefirió esperar hasta encontrar el hombre adecuado. .

En la segunda entrevista, el padre muere cuando la mujer entrevistada, madre de una joven con TCA en tratamiento ambulatorio, tiene apenas siete meses. La familia materna compuesta por seis hermanas que mantenían su unión por encima de todo, intenta eliminar a la figura del padre y a la familia paterna. Esta presencia de figuras adultas le hacen vivir una falta de intimidad y una situación de confusión, “cuando era pequeña yo tenía mucha confusión, no sabía quien era mi padre, pensaba que mis tíos eran mis padres”

A pesar de la prohibición del grupo de tías, esta mujer se las arregló para visitar a escondidas a la familia de su progenitor. Posteriormente, a los 18 años, realizó una psicoterapia que “Me ayudó a colocar muchas cosas”.

En ambos casos, estas mujeres han elegido parejas fuertes, según la imagen del padre que ellas conservaban y que realizaran una función paterna que al fallecimiento de su propio padre quedó truncada pero

sostenida en un caso por la idealización y en otro más bien por la añoranza.

Sus parejas han servido de apoyo para realizar movimientos compensatorios y avanzar en sus vidas.

La primera dirá de su marido, “Es un personaje muy fuerte en casa”, la segunda comenta, “Mi marido me ha ayudado a definir la estructura familiar”.

También en el grupo control nos encontramos dos casos de fallecimiento paterno, en uno el padre, tras 7 años de enfermedad, muere cuando la sujeto tenía 10 años. En el otro caso la entrevistada era ya una adolescente de 16 años.

En el primer caso, se trataba de una familia numerosa (8 hermanos), que logra reorganizarse. El recuerdo lleva a una madre que ha de trabajar mucho dentro y fuera de casa, pero siempre pendiente de los hijos, y a unos hermanos mayores “como si fuesen mi padre, jugaban mucho conmigo”.

Esta familia de ideología religiosa, consigue mantener su unión y reforzar el sentimiento de seguridad tan necesario en aquel momento. Aunque los hermanos se separaron (internos en diferentes colegios), años después se da un movimiento centrípeto y la mayoría regresan de nuevo a su ciudad de origen.

En la otra entrevista, el padre fallece en un accidente cuando esta mujer es una adolescente. Tanto la madre como los dos hijos han de cambiar su vida y trabajar. A pesar de conservar un recuerdo emocional triste de la ruptura familiar, ella encuentra cobijo en otra figura paterna, un tío que le ayuda en la búsqueda de ese trabajo.

En ambos casos, lo que nos parece importante es la capacidad de mantener una cohesión en torno al recuerdo de una figura paterna.

Padres enfermos

Un padre enfermo a lo largo del tiempo es otra situación que influye en la construcción de la imagen del padre y en el ejercicio de la paternidad.

En nuestras entrevistas nos encontramos con varios casos en esta situación.

En el grupo control hay 2 entrevistas en las que la entrevistada convivió con un padre enfermo desde niña.

En ambas, aunque la madre se convierte en el sostén económico de la familia, los padres, apoyados y cuidados por estas, no pierden ni su dignidad ni su rol familiar.

Para Bowlby, y otros autores, las enfermedades mentales desempeñan con frecuencia un papel más importante que las somáticas.

En grupos no TCA hay varias entrevistas, en las que encontramos diferentes patologías en los padres. En una encontramos una madre muy dependiente, mostrando su ansiedad de separación a lo largo de toda la vida (con una hija No TCA en tratamiento ambulatorio), y en otras entrevistas los padres aparecen con problemas de alcohol, e hijas No TCA Ingresada). Una de las madres presenta una actitud negadora ante los conflictos ("lo malo lo borro"). Estas entrevistas se estudian con mayor profundidad en el capítulo V "Psicopatología parental y vínculo transgeneracional".

En estos casos, el padre no ha podido ejercer la función paterna de protección y ley, dejando una vivencia de desamparo y desorganización en estas mujeres sobre todo en las dos últimas con sendas parejas fallidas, que no han permitido ningún movimiento compensatorio, tal vez porque el daño inicial era demasiado grave y no se pudo establecer una confianza básica.

De estos ejemplos podemos concluir la importancia de un vínculo adecuado con la figura paterna y que el fallecimiento de un progenitor es

una situación traumática de primer orden para una niña o una adolescente.

- Que la reacción va a depender de la edad, de la personalidad y del vínculo establecido con dicho progenitor, pero sobre todo *de la reacción del entorno* posterior al hecho.
- Que la familia pueda reorganizarse, que la madre cuente con ayuda y/o la capacidad de dar seguridad a sus hijos
- Que pueda darse una cierta idealización de la figura del padre.
- Que la madre, el grupo familiar, o algún personaje cercano pueda mantener la función paterna truncada por el fallecimiento.

Cuando esto no es posible, los duelos no elaborados, los sentimientos de abandono, la inseguridad y la soledad, influyen negativamente sobre el modelo de vinculación influyendo en las futuras relaciones de la huérfana tanto a nivel de pareja como con su prole.

BIBLIOGRAFÍA POR CAPÍTULOS

Capítulo 1.

- (1) Bion, W.R., “Aprendiendo de la experiencia” – Ed. Paidós. 1981
- (2) Spitz, R., “El primer año de vida del niño” – Fondo de Cultura Económica. 1980
- (3) Winnicott, D., “El niño y el mundo externo” – Ed. Hormé– 1980
- (4) Mahler, M., “El nacimiento psicológico del infante humano” – Ed.Marymar. Argentina 1977
- (5) Kohut, H., “Análisis del self”– Ed. Amorrortu.1986
- (6) Bolwby, J., “Una base segura” – Ediciones Paidós. 1989
- (7) Lorenz, K.Z., “Evolution and modification of behavior”, University of Chicago Press, Chicago 1965 (En “Introducción a la psicología del niño”, Rondal J.A. y Hurtig,M., Herder, Barcelona 1986)
- (8) Harlow, H.F., “The development of affectional patterns in infant monkeys” – Wiley, N.Y. 1961, p.75–100 (En “Introducción a la psicología del niño”, Rondal, J.A. y Hurtin, M., Herder, Barcelona 1986)
- (9) Ainsworth, M. y otros, “Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation” – Ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum (1978).
- (10) Grice, P. “Logic and conversation” – Syntax and semantics III: Speech Acts, pp. 41–260. Oxford, England: Clarndon Press. 1975
- (11) Main, M.,Kaplan,N., “Adult of Attachement Interview”. Berkeley, 1996
- (12) Crittenden, P.M., “Nuevas Implicaciones Clínicas de la Teoría del Apego” – Promolibro. 2002

- (13) Stern, D., “La primera relación madre-hijo” – Ediciones Morata. 1983
- (14) Rizzolatti, Giacomo y otros,– “Espejos en la mente. Una clase de neuronas que reflejan el mundo exterior revelando una nueva vía para el entendimiento, la conexión y el aprendizaje humano”. Traducido en Rev. Aperturas nº 25. Abril 2007.
- (15) Gallese, Vittorio y otros, – “Entonamiento emocional: neuronas espejo y los apuntalamientos neuronales de las relaciones interpersonales”. Traducido en la Rev. Aperturas nº 26. Agosto 2007.
- (16) Pascual, Palau , – “El Sufrimiento Emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?, Revista de Psicoterapia y Psicosomática, nº73– pgs.41–60. 2010.
- (17) Fournier, C., “Neurodesarrollo y maltrato: a propósito de dos casos” – Sesión clínica del servicio de psiquiatría y psicología infantil Hospital Universitario Infantil “Niño Jesús”.2006
- (18) Maruottolo, C., “El grupo multifamiliar como dispositivo terapéutico hipercomplejo”. Jornadas Europeas de Grupo Familiar. Bilbao 2009

Capítulo 2.

- (1) Comité on Preventive Psychiatry. Psychiatric Prevention and the family life cycle. Risk Reduction by Frontline Practitioners. Group for the the Advancement of Psychiatry. Brunner/ Mazel Publishers . New York 1984.
- (2) López Sánchez, F. et all. Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. Publicación de la Cátedra. Área de Psicología Evolutiva y de Educación. Universidad de Salamanca.
- (3) West, L.M., Sheldon-Keller, A. E, El apego adulto. Patrones relacionales y psicoterapia. Promolibro. Valencia 1999.

- (4) M, Marrone. A Teoría del apego. Un enfoque actual. Editorial Psimática 2001.
- (5) Brisch, K. H. Trating Attachment Disorders. From Theory to Therapy. The Guilford Press. New York London 2004.
- Langer, Marie. Maternidad y sexo. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2^a Edic. 1964.
- (6) Carballeira, Y. La evolución del lugar del padre a través de la Historia y la Consulta Terapéutica. Cambios en la estructura psíquica del Niño Actual. Revista SEPYPNA. Octubre 2009.
- (7) Manzano, J. Provocación y crianza en los tiempos actuales: introducción general. Revista SEPYPNA. Octubre 2009.
- (8) Druon, C. Á l´ecoute du bébé premature. Paris. Aubier. 1996.
- (9) González Serrano, F. Nacer de nuevo: la crianza de los niños prematuros, la relación temprana y de apego. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYPNA). N° 48, 2° semestre. Bilbao. Octubre 2009.
- (10) Stern, D. El mundo interpersonal del infante. Paidós. Psicología Profunda. N° 148. 1991.
- (11) Liebermann, A.F.: Toddlers´ Internalitation of maternal Attibution as a Factor in Qualitty of Attachment. Attachment and Psychopatology. Edited by Atkinson and Zucker. The Guilford Press. New York. London 1997.
- (12) Cramer, Brazelton. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Paidós. Psicología Profunda. N° 165, 1993.
- (13) Van Ijendoom et all. : Intergeneracional Transmission of Attachment. A Move to the Contextual Level. Attachment and Psychopathology (Atkinson/Zucker) 1997.

- (14) Del Barrio, V. Temperamento. Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Edit: L. Ezpeleta. Masson 2005.
- (15) Clasificación Diagnóstica 0-3. Clasificación diagnóstica de la Salud mental y los Desórdenes en el Desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana. Paidós. Evaluación Psicológica. N° 73. 1998.
- (16) Winnicott, D. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis (1931- 1956) Pá- pel 451 / Editorial Laia Psiquiatría.
- (17) Cuestionario MAMA. Kumar, A. et al. Development of a self admin- istered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal at- titudes during pregnancy and alter delivery. J. Psychosom. Res. 1984, 28 : 43-51.
- (18) Bergeret, J. La Personalidad Normal y Patológica. Editorial Gedisa 1980.
- (19) Bowlby, J. Una Base Segura. Editorial Paidós. 1989.
- (20) Piaget, J., "La representación del mundo en el niño", Morata, Madrid 1981.
- (21) Piaget, J. e Inhelder, B., "La psicología del niño", Morata, Madrid, 1981.
- (22) Terry M. Levy, "Handbook of Attachment Interventions". Academic Press. 2000
- (23) Crittenden, P.M., "Nuevas Implicaciones Clínicas de la Teoría del Apego" - Promolibro 2002
- (24) Thomas, J., Clínica Tavistock. Londres Seminario de Familia, Madrid 1985/86. Hospital Central Cruz Roja.
- (25) Marrone, M., cap.5. Las disfunciones de la parentalidad. "La teoría del apego: un enfoque actual", Editorial Psimática. 2001

(26) Kernberg, O.,: “Modelos de abordaje de la conflictiva adolescente” Jornadas de Trabajo Clínico organizadas por la Sociedad Psicoanalítica de Madrid (APM) y el Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid. Madrid, Mayo 2011

(27) Martín Gaité, Carmen, “La búsqueda de interlocutor y otras búsquedas”. Destino Libro 176 (1982)

(28) Jeammet, Ph. “Psicología Médica” Ed. Masson (1999)

Capítulo 3.

(1) Manciaux, Michel, “La resiliencia: resistir y rehacerse”. Ed. Gedisa. 2003

(2) Rutter, M., “La resiliencia: consideraciones conceptuales” Journal of Adolescents Health Care. 14: 690–696. 1993

(3) Rutter, M., “Psychosocial resilience and protective mechanisms”, American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316–331. 1987

(4) Kobasa, S.C. y otros, “Jardines and health: A prospective study”. Journal of personality and Social Psychology, 42 (I): 168–177. 1982

(5) Boris, Cyrulnik,– “Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida”. Ed. Gedisa. 2002

(6) Werner, E.E., “Risk, resilience and recovery: Perspectivas from the Kawai longitudinal study Development and Psychopathology, 5 503–515. 1993

(7) Masten A.S. y Coatswork, J.D., “The development of competence in favourable and unfavourable environments: Lesson from research on successful children”, American Psychologist, 53,p. 205–220. 1998

(8) Werner,E.E., “Protective factors and individual resilience” en S. J. Misels J:P:Shunkoff. Handbook of early intervention, Theory practice and

analysis (pp 97–116) Cambridge, England: Cambridge University Press
1990

(9) Garnezy, N., “Resilience in children`s adaptation to negative live events and stressed environments”, *Pediatrics annalas*, 20 p.459–466.
1991

Capítulo 4.

(1)Toro,J. (1195) Trastornos obsesivos en la infancia y la adolescencia.
Cap. 9. Estados obsesivos. 2ª Edición.. Vallejo, J., Berrios, G. Editorial
Masson

Capítulo 5.

(1) Rallo,J. y otros, “La cesión, una forma especial de adopción. Su dinámica y sus consecuencias”– *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, nº 70, pgs.11–19. 2009

(2) Grinberg y Grinberg, “Migración y Exilio”. Madrid., Biblioteca Nueva.1996

(3) Tizón y cols., “Migraciones y Salud Mental”. Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias SA. 1993

Capítulo 6.

(1)Hall, A. Parental psychiatric disorder and the developing child. Edit. Göpfert, M. Webster, J: Seeman, M.V. Cambridge University Press. 2004.

(2) Clasificación Diagnóstica 0 –3. Paidós. Evaluación Psicológica.Nº 73. 1998.

- (3) Cohn, D. Child-mother attachment of 6-year-olds and social competence at school. *Child Development*, 61, 152-162.. 1990.
- (4) When Mothers abuse Drugs. *Parental Psychiatric Disorders*. Cambridge University Press. Edit. Göpfert, M. 2004.
- (5) Stein, A. The Influence of Maternal Eating Disorder in the Postnatal Period on Child Development. Ponencia Congreso Internacional AED Barcelona. 2006.
- (6) Göpfert, M. Formulation and assessment of parenting. *Parental Psychiatric Disorder*. Cambridge University Press. 2004.
- (7) Marrone, M. La teoría del Apego. Un Enfoque Actual. Edit. Psimática. Psicología Clínica 2001.
- (8) Hirsch. Treating Attachment Disorders. From Theory to Therapy. The Guilford Press. Nueva York. 2004.
- (9) Grice, P. Logic and conversation. In P. Cole and J. L. Moran (Eds). *Syntax and Semantics III: Speech Acts*, pp. 41-260. Oxford, England: Clarendon Press. 1975.

Capítulo 7.

- (1) Tubert, Silvia , “Figuras del Padre”– Ed. Cátedra. 2000
 - .-Knibiehler, Ivonne, “Padres, patriarcado, paternidad”. En “Figuras del Padre”
 - .-Narotzky, Susana, “El marido, el hermano y la mujer de la madre: algunas figuras del padre”. En “Figuras del Padre”.

ANEXO I – Organización y evolución vincular en madres de pacientes con trastorno de conducta alimentaria

Introducción.

En el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria, son diversos los autores que han examinado la influencia del ámbito familiar sobre dichas patologías, desde los primeros trabajos en los años setenta de Hilde Bruch (1), sobre la interacción madre – hija, o de Selivini-Palazzoli (2), sobre las relaciones intra-familiares, a los más recientes de Lilenfeld y cols. (2000) o de Blake Woodside y cols. sobre los rasgos de personalidad de los padres.

La vinculación insegura se ha relacionado con los trastornos psiquiátricos en general y con los trastornos de la conducta alimentaria en particular. Slazman (1997), encontró una fuerte asociación entre vinculación insegura y anorexia nerviosa. A resultados similares llegan los estudios de los noventa de Cole-Detke y Kobak (3); Sharpe y al.; Evans y Wertheim; y Ramacciotti en el 2000 (4). Candelori y Ciocca (5) encontraron que el 83% de las pacientes con TCA tenían una vinculación insegura.

En el presente trabajo estudiamos el tipo de vínculo que una mujer-madre, estableció con sus cuidadores (en general los propios padres) y la relación que este tipo de vínculo pudo tener en la aparición de trastornos psicológicos en su propia prole.

Establecimos seis grupos con diferentes tipos y grados de patología y nos planteamos las siguientes hipótesis:

- a) Esperamos hallar diferencias en el tipo de vinculación existente en los seis grupos.

- b) Esperamos confirmar la incidencia de vinculación insegura en la muestra de TCA.
- c) Observar si ha habido evolución del vínculo con respecto a sus progenitores durante la adolescencia o la edad adulta (movimiento compensatorio vincular) en la madre de la paciente.
- d) Explorar la transmisión transgeneracional del vínculo considerando los vínculos con los propios hijos.

Metodología.

Población muestra.

El estudio se planteó con 120 entrevistas repartidas en seis grupos de 20 sujetos cada uno.

La entrevista no se realiza a la joven paciente, sino a la madre de ésta.

Todas las pacientes son mujeres jóvenes de entre 13 y 18 años.

Los grupos son los siguientes:

1--20 pacientes de Trastorno de Conducta Alimentaria Ingresadas.

2--20 pacientes con Trastornos Psiquiátricos Ingresadas sin relación con un Trastorno de Alimentación.

3--20 pacientes con Trastorno de Alimentación en Tratamiento Ambulatorio.

4--20 pacientes Psiquiátricas Ambulatorias sin Comorbilidad TCA.

5--20 pacientes con Diabetes.

6--20 pacientes de Grupo control.

Los grupos de pacientes ingresadas han sido elegidos al azar entre la población atendida en el Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid.

Las pacientes del grupo TCA Ambulatorio, y Diabetes han sido igualmente seleccionados al azar entre la población atendida en dicho hospital.

El volumen y la procedencia de la población atendida permitían una buena representación de la población general española.

De las veinte sujetos del grupo Psiquiátrico Ambulatorio, diez proceden de un Centro de Salud Mental de Madrid capital. Los otros diez se realizaron en el Hospital Universitario mencionado y en las consultas de las firmantes del trabajo ante la dificultad en el momento actual de encontrar casos sin comorbilidad de trastorno de alimentación en adolescentes de sexo femenino.

El Grupo Control se seleccionó entre las mujeres, madres de jóvenes en la banda de edad considerada, que acudían a ser atendidas por alguna enfermedad común en un Centro de Atención Primaria de Madrid Capital.

Dentro de la población entrevistada hay una pequeña muestra de mujeres emigrantes procedentes de Sudamérica, distribuida en todos los grupos, y con algún matrimonio mixto (marido de origen español).

Sólo hubo una entrevista que tuvo que ser rechazada en la corrección con un discurso caótico y lleno de contradicciones incluso en datos concretos. En los demás casos la colaboración fue francamente buena una vez superado el primer momento de encuentro.

Aproximadamente un 15% se ofrecía a una segunda entrevista si era necesario en todos los Grupos excepto en el Grupo Control, lo que parece coherente con los niveles de ansiedad y el momento de cada una de las sujetos.

Todos los estudios inciden en la importancia de las relaciones familiares en los Trastornos de Conducta Alimentaria. Nos parecía importante explorar desde el punto de vista de la madre de la joven paciente, su vi-

vencia de los vínculos que había establecido con sus propios padres en la infancia, los posibles movimientos compensatorios que podían haber tenido lugar a lo largo de su historia y la transmisión, o no, de dichos vínculos con respecto a sus propios hijos, entre los que se encuentra la paciente señalada.

Sólo una parte de las madres entrevistadas acudía regularmente a los grupos de padres que se realizan en el Hospital.

Dos madres del grupo Trastorno de Conducta Alimentaria Ambulatorio, habían recibido atención terapéutica por episodios depresivos asociados a su propia historia y sin relación aparente con el cuadro de la hija.

Se eligieron grupos de patología de largo recorrido que generan gran ansiedad y tensión en el núcleo familiar.

Los grupos de Trastornos Psiquiátricos sin comorbilidad Alimentaria resultaron difíciles de reunir dada la alta incidencia de los TCA en la población adolescente femenina, pero nos interesaba ver si el estudio del tipo de vinculación podía arrojar alguna luz sobre esos diferentes desarrollos psicopatológicos.

Se aceptó como índice de gravedad, el diagnóstico y la derivación a tratamiento –ingreso o ambulatorio– realizado por los clínicos del HUNJ –profesionales de reconocido prestigio– en la toma a cargo de cada paciente.

Esperábamos encontrar mayor índice de vínculo inseguro en los casos de mayor gravedad (Ingreso).

También nos parecía interesante poder comparar los cuadros de trastorno mental con una enfermedad de origen orgánico como la Diabetes y sus relaciones con el tipo de vinculación establecida.

El instrumento utilizado para el estudio ha sido una adaptación clínica de la entrevista Adult Attachment Interview de Main y Kaplan (6)

La AAI

Hay varias entrevistas que se han diseñado para evaluar el mundo representacional del adulto con propósitos de investigación. La más conocida sin duda es la Entrevista de Apego para Adultos (En inglés sus siglas son AAI).

La entrevista AAI, es una entrevista semiestructurada de aproximadamente 90 minutos de duración, que evalúa el mundo representacional del adulto a través de una serie de preguntas relacionadas con su historia vincular y lo que piensa de ella. Para Mary Main el propósito principal de la entrevista es “buscar y clasificar el estado mental del sujeto con respecto a sus vínculos”.

La AAI, fue creada en Berkeley en los años 80. Inicialmente fue formulada para estudiar procesos de transmisión intergeneracional.

La entrevista se ha difundido tanto que ha sido publicada en libros de texto y comentada en publicaciones de la bibliografía internacional.

Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn (1993) comprobaron a través de su estudio que posee un alto grado de fiabilidad y validez.

Las preguntas de la entrevista se realizan en un orden fijo. El entrevistador solicita recuerdos y evaluaciones generales de las experiencias, y episodios biográficos específicos. La entrevista se transcribe textualmente y su análisis implica el estudio global de la transcripción.

Cuadro-Resumen entrevista AAI

(Preguntas realizadas a la madre de la paciente)

Preguntas sobre la infancia:

- Calificar la calidad de la relación con ambos padres.
- Hechos traumáticos, separaciones y pérdidas precoces.
- Percepción de rechazo, abandono, miedo, preocupación.
- Sentirse amenazada, abusada.

Preguntas sobre evolución y cambios propios:

- Experiencias vividas con los padres que puedan influir en la personalidad.
- Experiencias de vinculación vividas con otros adultos.
- Cambios después de la infancia y como adultos en relación con los padres.
- Aprendizaje sobre las experiencias de la infancia.

Preguntas sobre los hijos:

- Calidad de la relación con ellos.
- Sentimientos al separarse de ellos.
- Preocupaciones, deseos, esperanzas.

La entrevista se realiza en un estilo conversacional, dando tiempo para las respuestas, teniendo en cuenta que no se trata ni de un cuestionario ni de una sesión terapéutica (7).

Para Mary Main, es más importante como cuenta el sujeto sus experiencias que lo que cuenta. La manera como un sujeto habla de su historia refleja la forma en que este sujeto maneja las ansiedades ligadas a estas experiencias. También el cómo, puede reflejar el grado de resolución de los duelos.

Uno de los descubrimientos de Main y colaboradores es que el grado de coherencia con que habla una persona indica su capacidad para tener acceso a la información relacionada con su historia vincular y mantener esta información organizada de una manera reflexiva. Una cualidad complementaria a la coherencia es la capacidad para mantener una actitud cooperativa con el otro durante el diálogo.

El filósofo Grice (8)(9) identifica el discurso racional o coherente y cooperativo de acuerdo a cuatro máximas, calidad, cantidad, pertinencia y coherencia.

Peter Fonagy (10), desarrolló el concepto de Función reflexiva, y su utilización en la AAI. Se trata de una capacidad psíquica que permite hacer una evaluación adecuada de la realidad y distinguir lo externo de lo interno.

Fonagy (11), sostiene la idea de que el reconocimiento de los estados mentales del otro es crucial para el desarrollo de la capacidad de reflexionar sobre situaciones interpersonales.

De hecho la capacidad de empatía supone entender los estados mentales del otro, lo cual a su vez mejora la comunicación.

La capacidad de reflexionar sobre asuntos personales e interpersonales, y de entender a otras personas como seres que tienen sus propios estados mentales, es un logro evolutivo. En general, esta capacidad surge en el contexto de las relaciones de apego seguras.

Tipos de apego.

Hemos considerado tres tipos de vinculación, uno Seguro y dos Inseguros (Desentendido y Preocupado).

Las personas con Vínculo Inseguro tienen un discurso incoherente en el sentido de que describen la relación con sus padres positivamente pero los ejemplos que ofrecen son negativos.

Las personas con **Vínculo Desentendido**, han conocido la soledad o el rechazo (como por ejemplo expresiones de fastidio por parte de la madre) en su infancia y han optado por desactivar su sistema de vinculación. Lo pueden hacer de forma inconsciente eliminando recuerdos lo que puede permitir idealizar las experiencias con sus padres, o bien recordando experiencias negativas, pero justificándolas como hechos aislados o racionalizándolas. El discurso viola las máximas de calidad y es excesivamente breve.

Algunas personas, aún reconociendo hechos negativos, aíslan estas cogniciones de sus emociones y estas experiencias son minimizadas y juzgadas sin importancia. Es decir que podemos hablar de una escisión entre cognición y afecto.

En la infancia este tipo de vinculación hace que el niño evite el contacto físico con la madre tras una separación (Vínculo Evitativo Infantil).

Al contrario de las anteriores, las personas con **Vinculación Preocupada**, hiperactivan su sistema de apego. Este fenómeno, se manifiesta por un cierto estado de irritación y por un discurso con excesiva información, a pesar de ello son incapaces de dar una impresión general de sus relaciones. El discurso no es coherente violando la máxima de modo de expresión (claridad y orden) y relevancia. También es excesivamente largo violando el principio de cantidad.

Estas personas están muy implicadas en las relaciones pasadas y quedan en sus conciencias numerosos acontecimientos que no han aceptado nunca. Les falta la certeza de haber sido realmente amadas, aceptadas y cuidadas por sus padres. Sus dudas, ambigüedad y confusión al respecto pueden referirse a una etapa concreta de su vida o a toda ella hasta el momento de la entrevista.

En la infancia las respuestas maternas se caracterizaron por no presentarse o por ser impredecibles. El niño se muestra pasivo o muy enfadado

tras reencontrarse con la madre después de una situación estresante (Vínculo Resistente/Ambivalente en la Infancia).

También las personas clasificadas como con Vínculo **Seguro** pueden desorganizarse ante un hecho traumático, pero en general su discurso sigue siendo coherente aunque el hecho traumático aún no esté asimilado del todo.

El sentimiento de seguridad permitiría una mayor flexibilidad cognitiva, mientras que el sentimiento de inseguridad para no ser reactivado llevaría a una restricción de las representaciones.

Se ha encontrado que las personas clasificadas como seguras, tienen una mayor capacidad de extraversión y cooperación. El estilo seguro se relaciona con un mayor índice de salud y bienestar que los estilos inseguros.

En la infancia este tipo de Vínculo Seguro se reconoce porque el niño establece contacto físico normal con la madre tras una situación estresante y reinicia en breve tiempo las conductas de exploración y juego.

Para Bowlby (12), las relaciones de apego tempranas, forman un prototipo de relación que se reproducirá en las relaciones posteriores. Si no hay experiencias compensatorias que produzcan un cambio, es decir, si los individuos que han tenido experiencias difíciles en la niñez no han conseguido una "Seguridad Adquirida", el prototipo de Vinculación Insegura establecido con los cuidadores en la infancia será, supuestamente, el que establecerán con los propios hijos.

Es preciso recordar aquí, que la teoría del apego no solo concierne a la infancia y al desarrollo temprano. Sabemos que se producen movimientos compensatorios vinculares durante todo el ciclo vital.

Análisis estadístico

Tº estadístico: SPSS

Estadístico: Chi- cuadrado de Pearson.

Para evitar en todo lo posible los sesgos subjetivos en la valoración, las entrevistas han sido corregidas y valoradas en equipo. Cada entrevista era leída y calificada por separado por cada una de nosotras. La evaluación final se realizaba con una puesta en común, discusión y conclusión definitiva.

Este procedimiento largo y costoso en tiempo aportaba ciertas garantías sobre la objetividad de la puntuación.

CUADRO RESUMEN PUNTUACIONES DE TODOS LOS GRUPOS*

	TCA		NO TCA		CONTROLES	
	Ingreso	Amb.	Ingreso	Amb.	Diabetes	Control
	S/P/D	S/P/D	S/P/D	S/P/D	S/P/D	S/P/D
VM Inf.	1/10/9	10/9/1	3/11/6	2/14/4	9/10/1	11/6/3
VP Inf.	3/10/7	12/8/0	5/8/7	5/9/6	7/5/8	10/4/6
VM Ad.	2/11/7	10/9/1	6/8/6	8/10/2	12/7/1	14/6/0
VP Ad.	4/9/7	17/2/1	9/5/6	8/7/5	9/5/6	13/2/5
V Pac.	2/17/1	1/19/0	2/15/3	4/16/0	5/15/0	15/5/0
V Her.	11/16/2	5/13/0	20/8/1	19/8/0	20/6/1	19/7/0

*Vínculo Seguro: S / Vínculo Preocupado: P/ Vínculo Desentendido: D

RESULTADOS

1) Vínculo con el padre y la madre en la infancia y en la edad adulta

- Las diferencias entre los distintos grupos son significativas ($p < 0,01$ tomando un intervalo de confianza del 90% mediante prueba de Chi cuadrado) cuando estudiamos el vínculo madre-adulta. Luego el vínculo madre-adulta es el que más diferencia a los diferentes grupos.

- Cuando estudiamos el resto de los vínculos (madre–infancia, padre–infancia y padre–adulta), las diferencias sólo son estadísticamente significativas con un intervalo de confianza de 95%, pero no de 90% (prueba de Chi cuadrado).
- Los controles son los que tienen un vínculo más seguro en todas las variables (madre–infancia, madre–adulta, padre–infancia y padre–adulta), seguidos de los diabéticos, los ambulatorios, y por último los ingresos son los que tienen peor vínculo (P ó D).
- Si tomamos sólo los ingresos frente a los ambulatorios (sin distinguir por patologías), vemos que las diferencias entre ambos grupos son significativas mediante un ANOVA de un factor ($p < 0,01$) en todas las variables (madre–infancia, madre–adulta, padre–infancia y padre–adulta). Los sujetos ingresados tienen un peor vínculo que los ambulatorios.
- Si tomamos sólo los TCA frente a los no TCA (sin distinguir si están ingresados o ambulatorios), vemos que las diferencias entre ambos grupos no son significativas mediante un ANOVA de un factor ($p > 0,01$) en ninguna de las variables (madre–infancia, madre–adulta, padre–infancia y padre–adulta). Los TCA no tienen peor vínculo que los no TCA.

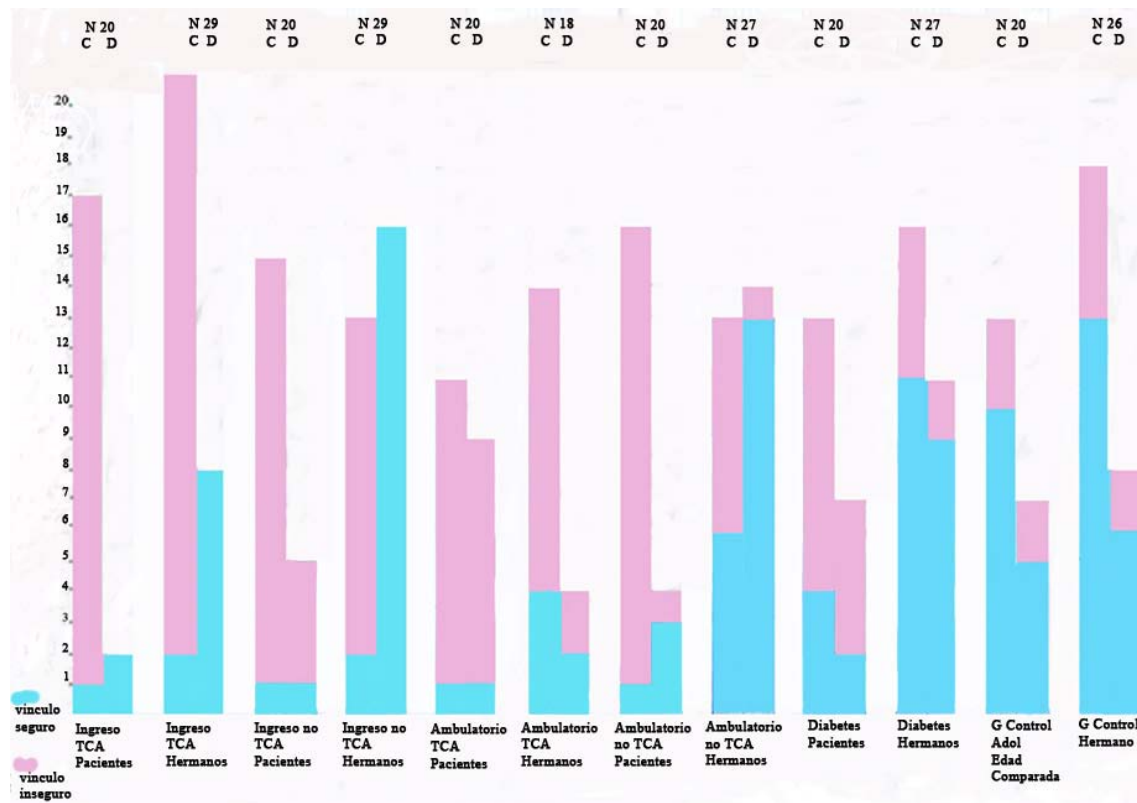
2) Cambios en el vínculo con el padre y la madre en la infancia y en la edad adulta

- El vínculo con la madre mejora en la edad adulta. Dicho cambio es estadísticamente significativo con un intervalo de confianza del 95% ($p > 0,05$), mediante una prueba T de medias relacionadas.
- El vínculo con el padre mejora en la edad adulta. Dicho cambio es estadísticamente significativo con un intervalo de confianza del 95% ($p > 0,05$), mediante una prueba T de medias relacionadas.

3) Pacientes y hermanos

- Hay diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y hermanos. Los pacientes tienen un vínculo peor que sus hermanos ($p > 0,01$ tomando un intervalo de confianza del 90% mediante prueba de Chi cuadrado).
- Por grupos, encontramos diferencias de vínculo entre pacientes y hermanos sobre todo en los grupos 2 (ingreso no TCA) y 5 (Diabetes), ($p > 0,01$ tomando un intervalo de confianza del 90% mediante prueba de Chi cuadrado).
- Los hermanos de los pacientes que tienen un mejor vínculo son los del grupo control, seguidos de los hermanos de diabéticos, hermanos de ingreso no TCA, hermanos de ambulatorio no TCA, hermanos del grupo de ingreso TCA y por último, lo de peor vínculo son los hermanos del grupo ambulatorio TCA.
- Los hermanos de los pacientes con TCA (tanto del grupo ingreso como del grupo ambulatorio) tienen peor vinculación que el resto.

CUADRO RESUMEN DE LA CONTINUIDAD Y DISCONTINUIDAD TRANSGENERACIONAL DEL VÍNCULO EN TODOS LOS GRUPOS



C- Continuidad en el tipo de vinculación transgeneracional

D- Discontinuidad ó cambio en el tipo de vinculación entre las generaciones.

Azul- N° de vínculos seguros resultantes

Rosa-N° de vínculos inseguros resultantes

Si observemos el cuadro resumen, la distribución de color nos muestra una mayor concentración de vinculación insegura en la parte izquierda y una mayor presencia de vinculación segura en el lado derecho.

Por otro lado, esa misma distribución, muestra claramente la diferencia entre los grupos de pacientes y de hermanos.

También vemos que son especialmente significativas las diferencias en los grupos no TCA (es decir grupos con diagnóstico psiquiátrico no acompañado de trastorno de alimentación), tanto si han precisado ingreso (mayor gravedad) como en tratamiento ambulatorio. Situación similar se da en el grupo de Diabetes.

¿Podemos pensar que la posibilidad de establecer otro tipo de vinculación (Discontinuidad hacia vínculo seguro) ha funcionado como protección ante el desarrollo de psicopatología?

También podemos observar que en el grupo control tanto las jóvenes-control como sus hermanos parten de una mejor vinculación y los cambios (discontinuidad) lo son también hacia mayor número de vínculos seguros.

RESULTADOS POR GRUPO

Grupo 1: Ingreso TCA.

S/ P/ D		S/ P/ D		S/ P/ D	
VMadre Inf.	1 /10/9	VPadre Inf.	3/10/7	VPacientes	2/17/1
VM.Adulto	2/11/7	VP.Adulto	4/9 /7	VHermanos	11/16/2

En el estudio del Vínculo con la Madre (vínculo de la 2º generación – madre de la paciente– con la 1ª generación –abuela de la paciente–) en la Infancia, los vínculos se reparten entre Preocupado (10) y Desentendido (9), habiendo un solo caso valorado como Vínculo Seguro. Es el grupo con menos Vínculo Seguro.

En cuanto a la vinculación con el Padre (vínculo de la madre de la paciente con su padre–abuelo de la paciente–) en la Infancia, sólo 3 casos están valorados como Vínculo Seguro, 10 son Vínculos Preocupados y 7 son Vínculos Desentendidos.

Considerados los dos tipos de Vinculación Insegura en la Infancia (Preocupados y Desentendidos) con ambos padres, el alto índice (36 de 40) de Vínculos vividos como Inseguros resulta significativo.

En cuanto al tipo de Vinculación con ambos Padres (1ª generación– abuelos de la paciente–), considerado en la edad Adulta, si bien se da una ligerísima mejoría en los Vínculos Desentendidos, la tasa de Vínculo Seguro sigue siendo la más baja de todos los grupos. Con respecto a la madre sólo en 2 casos el Vínculo puede ser clasificado como Seguro, 1 más que en la Vinculación Infantil.

Si observamos la Vinculación con la figura paterna, solo se aprecia 1 cambio. En un caso un Vínculo clasificado como Preocupado ha pasado a Seguro.

Esta situación nos hace pensar, que la posibilidad de Movimientos Compensatorios hacia una Seguridad Adquirida ó Lograda en estos casos ha sido casi nula.

En cuanto al tipo de vinculación establecido con todos los hijos (3ª generación.), la suma de Vínculos con los Pacientes y con los demás Hijos, es de 33 casos de Vínculo Preocupado y 3 de Vínculo Desentendido (36 de 49 hijos en total), lo que es el número más alto de todos los grupos, siendo 13 el número total de Vínculos Seguros.

Si estudiamos **la transmisión generacional** de los vínculos teniendo en cuenta la continuidad o discontinuidad del vínculo, vemos:

	Pacientes (N=20)	Hermanos (N=29)
Continuidad en el vínculo seguro	1	2
Continuidad en vínculo inseguro	17	19
Discontinuidad hacia vínculo seguro	2	8
Discontinuidad hacia vínculo inseguro	0	0

La continuidad Transgeneracional de vínculo inseguro es la más alta de todos los grupos tanto en pacientes (85%) como en hermanos (65%).

En todos los casos de discontinuidad se pasa de vínculo inseguro a seguro tanto en pacientes (10%) como en el grupo de hermanos (27%).

Grupo 2: Ingreso psiquiátrico:

S/P/D		S/P/D		S/P/D	
V.MadreInf.	3/11/6	V.PadreInf.	5/8/7	V.Pacientes	2/15/3
V.M.Adulto	2/11/7	V.P.Adult.	9/5/6	V.Hermanos	20/8/1

Este grupo recoge un conjunto variado de psicodiagnósticos como intentos autolíticos, crisis psicóticas, trastornos de conducta graves, etc. Sin Trastorno de Conducta de Alimentación asociado.

Los vínculos durante la Infancia en este grupo se reparten de manera diferente si consideramos el vínculo materno o paterno.

Con respecto al Vínculo Materno, sólo en 3 casos la representación del vínculo es Seguro. De los veinte casos estudiados, en 11 el tipo de Vínculo es Preocupado y en 6 el tipo de vínculo es Desentendido.

Con respecto al Vínculo Paterno, los resultados se reparten entre los tres tipos considerados, pero sólo una cuarta parte tiene una Vinculación de tipo Seguro.

Si consideramos estos mismos vínculos pero en la Edad Adulta, nos encontramos con que en el Vínculo Paterno se da una ligera mejoría hacia una mayor incidencia de Vínculo Seguro mientras que en el Vínculo Materno se da una mejoría pasando 3 casos de Vínculo Preocupado a Vínculo Seguro, pero 6 casos de Vínculo Desentendido no sufren ninguna modificación.

Este hecho hace pensar que dadas las características de ese tipo de vinculación resulta muy difícil la posibilidad de cambios a través de Movimientos Compensatorios. Esto nos hace pensar que es un tipo de Vinculación de Alto Riesgo sobre la que sería necesario trabajar, tras su detección con la madre de la paciente.

En cuanto al tipo de vínculo con respecto a los hijos, en este grupo aparece la mayor tasa de Vínculo Desentendido: 4. Hijas pacientes son 3 y sólo 1 en el grupo de hermanos.

En cuanto a Vínculo Seguro y Vínculo Preocupado, se reparten de forma inversa entre pacientes y hermanos, aunque la suma total se inclina ligeramente hacia el tipo Preocupado. En pacientes la mayor incidencia es de Vínculo Preocupado y en hermanos la incidencia mayor es la de Vínculo Seguro.

En cuanto a la **Transmisión Vincular Transgeneracional** podemos señalar:

	Pacientes (N=20)	Hermanos (N=29)
Continuidad Vínculo Seguro	1	2
Continuidad Vínculo Inseguro	15	11
Discontinuidad a V.Seguro	1	16
Discontinuidad a V.Inseguro	3	0

Sólo una paciente presenta Continuidad en la Transmisión de Vínculo Seguro. Se puede observar en este grupo de pacientes una importante representación de Continuidad de Vínculo Inseguro Transgeneracional solo superada por las pacientes ingresadas por TCA..

Llama la atención que los hermanos de este grupo presentan la mayor Discontinuidad Vincular hacia Vínculo Seguro de todos los grupos.

Grupo 3: Ambulatorio TCA

S/P/D		S/P/D		S/P/D	
V.MadreInf.	10/9/1	V.PadreInf.	12/8/0	V.Pacientes	1/19/0
V.MadreAd.	10/9/1	V.PadreAd.	17/2/1	V.Hermanos	5/13/0

En este grupo están representados distintos subtipos de Trastorno de Conducta Alimentaria.

Al estudiar los resultados obtenidos, nos encontramos con que el Vínculo con la Madre en la Infancia se reparte entre Vínculo Seguro, 10 casos y Vínculo Inseguro otros 10 (9 Vínculo Preocupado y 1 Vínculo Desentendido). Este reparto es similar al de los grupos de Diabetes y Control.

Incluso en este último aunque hay un caso más de Vínculo Seguro aparecen 3 de Vínculo Desentendido.

En cuanto al Vínculo con el Padre, es el grupo con mayor número de Vínculos Seguros y el único en el que no aparece Vínculo Desentendido en la Infancia.

Sin embargo, al analizar estos Vínculos en la edad Adulta nos encontramos con que la valoración con respecto al Vínculo Materno permanece inalterada en este grupo, mientras que en los otros dos grupos citados, hay cambios en la línea de aumentar los Vínculos Seguros y, por ejemplo, en el grupo Control desaparecen los 3 casos de Vínculo Desentendido.

En cuanto al Vínculo con el Padre, salvo en los grupos de Ingreso TCA e Ingreso No TCA, se produce un desplazamiento hacia Vínculo Seguro, siendo precisamente este grupo, (Ambulatorio TCA) el que más aumento registra en el número de Vínculos Seguros: 5 casos.

Este hecho sugiere diversas preguntas en cuanto al diferente peso de los vínculos maternos y paternos sobre la transmisión vincular con la hija, o sobre los cambios de actitud de la hija hacia el padre y del padre hacia la hija al alcanzar ésta la edad adulta.

En cuanto al vínculo con los hijos, nos encontramos en primer lugar con que el número de hijos es menor en este grupo que en los otros. Para un N de 20, este grupo tiene 18 hermanos mientras en los otros grupos para el mismo N, el número de hermanos va de 27 a 29.

En cuanto al tipo de vinculación, tanto en Pacientes como en sus Hermanos, hay predominio de Vínculo Preocupado, siendo mayor la tasa en el grupo Pacientes. Tan solo en un caso el Vínculo con el Paciente es Seguro. No hay ningún vínculo Desentendido.

Vemos también que en el grupo TCA Ingreso, la presentación de Vínculo Preocupado tanto en Pacientes como en Hermanos es alta.

Este tipo de Vinculación Preocupada aparece relacionado positivamente con los TCA.

Observando la **transmisión vincular** vemos:

	Pacientes (N=20)	Hermanos (N=18)
Continuidad Vínculo Seguro	1	4
Continuidad Vínculo Inseguro	10	10
Discontinuidad a V.Seguro	1	2
Discontinuidad a V.Inseguro	8	2

Llama la atención la Continuidad de Vínculo Inseguro tanto en Pacientes como en los hermanos..También es notable la Discontinuidad de Vínculo Inseguro en Pacientes. En ocho de ellos sus madres organizaron un Vínculo Seguro con las abuelas de las jóvenes. Sin embargo el Vínculo fué Inseguro con las hijas. Son las cifras más altas de Discontinuidad de Vínculo Inseguro de todos los grupos investigados.

Grupo 4: Ambulatorio Psiquiátrico No TCA.

S/P/D		S/P/D		S/P/D	
V.MadreInf.	2/14/4	V.PadreInf.	5/9/6	V.Pacientes	4/16/0
V.MadreAd.	8/10/2	V.PadreAd.	8/7/5	V.Hermanos	19/8/0

Este grupo incluye trastornos adaptativos, cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, fobia escolar trastornos obsesivo-compulsivo, etc.

Lo primero a tener en cuenta es la dificultad para completar este grupo sin que haya un TCA asociado. Aunque no sea el diagnóstico principal

es tal la insidia de dichos trastornos que la conducta de un altísimo número de jóvenes queda contaminada por los problemas de conducta alimentaria.

En esta muestra nos encontramos con solo 2 casos de Vínculo Seguro Materno en la Infancia.

En la edad Adulta la situación cambia significativamente de tal manera que en el Vínculo Materno hay 8 casos de Vínculo Seguro. Los mismos que podemos registrar en el Vínculo Paterno en la edad Adulta. En ambos casos disminuye el número de Vínculos Desentendidos. Es decir que se produce un desplazamiento positivo en el tipo de Vinculación a lo largo de la vida.

Con respecto a los Vínculos con los Hijos, no aparecen vínculos Desentendidos. Los Vínculos Preocupados son mayoría con respecto a los Pacientes y los Seguros con respecto a los Hermanos.

En cuanto a la **Transmisión Transgeneracional** vemos:

	Pacientes (N=20)	Hermanos (N=27)
Continuidad Vínculo Seguro	1	6
Continuidad Vínculo Inseguro	15	7
Discontinuidad a V.Seguro	3	13
Discontinuidad a V.Inseguro	1	1

Observando los datos vemos que la Continuidad de Vínculo Inseguro (teniendo en cuenta el Vínculo Infantil Materno y el Vínculo con la prole) es claramente más alta en el grupo de Pacientes.

La Discontinuidad hacia Vínculo Seguro (mejora en la vinculación con la prole) es claramente mejor en el grupo de Hermanos.

Sería importante analizar este aspecto más en profundidad porque se da esta situación más allá de la correlación de Vínculo Inseguro con patología.

Grupo 5: Diabetes.

S/P/D		S/P/D		S/P/D	
VMadreInf	9/10/1	VPadreInf	7/5/8	VPac.	15/5/0
VMadreAd	12/7/1	VPadreAd	9/5/6	VHer.	20/6/1

El Vínculo Materno en la Infancia se reparte entre Vínculo Seguro y Vínculo Preocupado, sólo en 1 caso aparece un tipo de Vinculación Desentendida, lo que resulta significativo tanto intra grupo como con respecto los otros grupos.

En cuanto a la Vinculación con el Padre en la Infancia, el tipo de Vínculo descrito se reparte entre los tres tipos considerados.

En la edad Adulta, con respecto al Vínculo con el Padre, hay una ligera mejoría en la calidad de los vínculos en este grupo mejoran los Vínculos Desentendidos.

En cuanto al Vínculo Materno se reparten entre los tres tipos, con un ligero aumento de Vínculos Seguros, descenso en los Preocupados y manteniéndose el caso de Vínculo Desentendido.

Estos resultados, nos indican que en este grupo ha habido Movimientos Compensatorios a lo largo de la vida que han permitido mejorar la calidad de los Vínculos Infantiles.

En cuanto a la vinculación con los Hijos, se reparte entre Vínculo Seguro y Vínculo Preocupado con ligera inclinación hacia el Vínculo Seguro. De todas formas la distribución es invertida entre pacientes (mayor tasa de Vínculo Preocupado) y Hermanos (mayor incidencia de Vínculo Seguro), como ocurre en los otros grupos.

En cuanto a la **Transmisión Vincular** encontramos:

	Pacientes (N=20)	Hermanos (N=27)
Continuidad Vínculo Seguro	4	11
Continuidad Vínculo Inseguro	9	5
Discontinuidad a V.Seguro	2	9
Discontinuidad a V.Inseguro	15	2

La continuidad de Vínculo Seguro en Pacientes es mayor que en el resto de los grupos que sufren patología pero menor que en el grupo Control. Aún así la continuidad Vincular Insegura es similar a los otros grupos que sufren patología.

Llaman la atención los datos de Discontinuidad vincular. La posibilidad de Movimientos Compensatorios Transgeneracionales fue mayor con los Hermanos. Nos preguntamos si la aparición en la infancia de una enfermedad grave y crónica alteró la posibilidad de realizar estos Movimientos Compensatorios con los Pacientes.

Grupo 6: Grupo Control

S/P/D		S/P/D		S/P/D	
V.MadreInf.	11/6/3	V.PadreInf.	10/4/6	V.Pacientes	15/5/0
V.MadreAd.	14/6/0	V.PadreAd.	13/2/5	V.Hermanos	19/7/0

En este grupo se entrevista a madres de adolescentes en la misma banda de edad que las pacientes consideradas pero sin trastornos psiquiátricos registrados.

Se trata del grupo en el que se da mayor número de Vínculos Seguros. Llama la atención que aparecen tres casos de Vínculo Desentendido en la Infancia con la figura Materna.

En cuanto a la Vinculación Infantil con el Padre, a pesar de que la mitad de los vínculos son valorados como Seguros, la tasa más alta de todos

los grupos, aparecen Vínculos Desentendidos en la misma proporción que en el resto de los grupos.

Al estudiar las vinculaciones en la edad Adulta, nos encontramos con que en el Vínculo con la figura Materna desaparecen los tres casos valorados como Desentendidos y aumenta el número de Vínculos Seguros. Este mismo tipo de cambios se da también en la Vinculación con la figura Paterna, aumentando el número de Vínculos Seguros y reduciéndose el de Preocupados y Desentendidos.

En las historias relatadas nos encontramos con cambios en el tipo de vinculación favorecidos por un tratamiento psicoterápico, la relación con la propia pareja, o incluso las enseñanzas aprendidas de la propia experiencia vital, de manera que en este grupo además de partir de mejor tipo de vinculación se dan en total 6 casos de cambio frente a sólo 2 en el grupo de Trastorno de Conducta Alimentaria con Ingreso.

En cuanto al tipo de relación establecida con los propios hijos encontramos que en las adolescentes de la banda de edad considerada se da el mayor número de Vinculación segura: 15, frente a solo 5 con Vínculo Preocupado y ningún registro de Vínculo Desentendido.

La pregunta que cabe hacerse es, ¿qué ha ocurrido en los casos de vínculos deficitarios, para que los hijos no presenten problemas? ¿Ha sido posible algún tipo de compensación que contrarreste estos vínculos inicialmente deficitarios?

Con respecto al tipo de vinculación con los demás hermanos, la distribución es igual a la de los grupos de Ingreso Psiquiátrico y Diabetes. Es decir que las diferencias se dan en cuanto al tipo de vinculación establecida con la hija paciente y no con el resto de la fratría.

En cuanto a la Transmisión Trigeneracional tenemos:

	Pacientes (N=20)	Hermanos (N=26)
Continuidad Vínculo Seguro	10	13
Continuidad Vínculo Inseguro	3	5
Discontinuidad a V.Seguro	5	6
Discontinuidad a V.Inseguro	2	2

La Continuidad de Vínculo Seguro y la Discontinuidad hacia Vínculo Seguro que implica un Movimiento Compensatorio Vincular a lo largo de las tres generaciones, es con diferencia la mayor de todos los grupos. La evolución hacia Vínculo Inseguro es la menos representada.

En cuanto a los hermanos de la adolescente comparada por edad con los pacientes los resultados son similares al grupo de diabetes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La mayoría de las madres entrevistadas, se muestran colaboradoras en el primer momento y francamente satisfechas de la experiencia al final de la entrevista. Llama la atención su ofrecimiento para una segunda sesión si fuera necesario, así como el comentario de lo interesante que sería que su marido acudiese a una experiencia similar.

La necesidad de hablar y sobre todo de explicarse, de contar su historia, verter algo de su angustia y poder, quizás, desculpabilizarse, es muy alta en estas mujeres. Sin duda queda patente su necesidad de entender, de encontrar un sentido a lo que sucede.

Creemos que sería muy interesante en algún momento- al inicio del tratamiento- realizar esta entrevista individual con la madre (y si fuera posible también con el padre), como una forma previa de conocimiento y compromiso con el trabajo terapéutico, para la organización de grupos de padres paralelos a la atención de las hijas, y para detectar los casos de mayor riesgo ya que se pueden apreciar aspectos sintomáticos que

sin duda influirán negativamente en la evolución de las hijas si no son abordados en un tratamiento.

Si comparamos los grupos de TCA con el resto, el número de Vínculos Preocupados es mayor, lo que iría en la línea de la Sobreimplicación en las relaciones descritas en estos cuadros.

En los grupos Ambulatorios hay más Vínculos Preocupados pero no Vínculos Desentendidos.

En los grupos de Ingresos y grupo Diabetes la calidad vincular está repartida entre Vínculo Seguro y Vínculo Preocupado, con mayor peso de Vínculo Preocupado en los Trastornos Psiquiátricos y de Vínculo Seguro en Diabetes.

En los grupos de Ingreso aparecen Vínculos Desentendidos mientras que en los otros no aparecen

En el conjunto de pacientes sólo en los dos primeros grupos (ambos con Ingresos), aparecen Vínculos Desentendidos, ¿Se podría pensar que en el vínculo desentendido hay menor implicación emocional con el hijo lo que es más desestructurante para este?

¿Implicaría también mayor dificultad de colaboración en el tratamiento ambulatorio y por tanto la necesidad del ingreso?

En todos los grupos el número de hijos es similar (47-49), mientras desciende en el grupo 3, Trastorno de Conducta Alimentaria Ambulatorio, en que baja hasta 38.

¿Se podría pensar que el sentimiento de responsabilidad (Vínculo Preocupado) anticipada y/o vivida sobre la crianza de los hijos hace que estas madres no se decidan a repetir la experiencia de maternidad?

En Trastorno de Conducta Alimentaria observamos:

- Alto número de Vínculos Preocupados respecto a los hijos.

- Vínculo Desentendido en el grupo Ingreso respecto a los hijos.
- Mayor número de Vínculo Seguro respecto a los Hermanos que a los Pacientes.
- Mayor número de Vínculo Desentendido en grupos con ingreso respecto a los Padres
- Menor número de Vínculo Seguro en grupo Ingreso respecto a los Padres.
- Mayor número de Movimientos Compensatorios en el grupo Ambulatorio.
- Mayor número de Movimientos Compensatorios con la figura Paterna en el grupo Ambulatorio.

En No Tca se puede señalar:

- En el grupo Ambulatorio no hay Vínculo Desentendido con la prole.
- En el grupo Ingreso hay Vínculo Desentendido con la prole y con los padres.

Con respecto a los Vínculos con los padres (abuelos), tenemos:

- Los Vínculos Inseguros (Preocupado y Desentendido) en la Infancia más altos se dan en los grupos de Ingreso.
- Hay menor número de Movimientos Compensatorios en los grupos de Ingreso.
- En la Infancia hay Vínculo Desentendido con la madre en todos los grupos.

Sólo desaparecen en el grupo Control.

- El grupo Ambulatorio TCA, es el que tiene más Vínculo Seguro con el padre en la Infancia y es el que más lo aumenta en la edad adulta.
- ¿Importancia de la transmisión matrilineal en los TCA?

Con respecto a los Vínculos con los hijos (paciente y hermanos.), vemos:

- Sumando los vínculos de Pacientes y Hermanos, los dos grupos que tienen mayor número de Vínculo Preocupado son el grupo 1 y el grupo 3 (TCA Ingreso y TCA Ambulatorio)
- Con respecto al Vínculo Desentendido aparece en los grupos 1 y 2, ambos de Ingreso y 1 solo caso en el conjunto de Hermanos del grupo 5 (Diabetes).
- Con respecto a la comparación Pacientes vs. Hermanos, en todos los grupos. el Vínculo Seguro es significativamente mayor en los Hermanos que en los Pacientes, aún en aquellos grupos en que el número de Vínculos Preocupados tanto en Pacientes como en Hermanos es mayor, como ocurre en los grupos. 1 y 3 (TCA Ingreso y TCA Ambulatorio).

Conclusiones finales:

- La aparición de Vínculo Desentendido con respecto a los Hijos correlaciona con Ingreso Hospitalario (mayor desestructuración).
- El Vínculo Preocupado correlaciona con Trastorno de Conducta Alimentaria tanto en Ambulatorio como en Ingreso.
- El Vínculo Seguro correlaciona con grupo Control (ausencia de Diagnóstico Psiquiátrico en Hijos y Pacientes).

–Los Movimientos Compensatorios (Seguridad Adquirida) correlacionan con menor gravedad (grupo Control, Ambulatorio). Por tanto, además de tener más Vínculos Seguros inicialmente, también parece haber mayor movilidad psíquica.

–El trabajo terapéutico como último Movimiento Compensatorio posible cuando no han funcionado otras opciones de la vida (figuras alternativas: maestros, amigos, pareja, o la propia. experiencia de maternidad/paternidad).

En cuanto a Continuidad/Discontinuidad Vincular:

–En los grupos 1 y 2, (Ingreso TCA y Psiquiátrico No TCA), es en los que se da mayor número de Vínculos Inseguros con respecto a la madre (abuela de la paciente) y también es en estos grupos donde menos Movimientos Compensatorios se dan. En estos grupos el Vínculo Inseguro Desentendido aparece con respecto a los hijos.

–Por el contrario en el grupo Control el número de Vínculos Seguros de partida es mayor. El número de Movimientos Compensatorios también y el número de Vínculos Seguros con respecto a los Hijos también.

–Ambos resultados hacen patente la existencia de una Transmisión de estilo de Vinculación entre generaciones.

Según las hipótesis planteadas al principio podemos resaltar que:

–Existen diferencias en el tipo de Vinculación existente en los seis Grupos.

–Se confirma la incidencia de Vínculo Inseguro en la muestra correspondiente a Trastornos de Conducta Alimentaria.

–En los Grupos de Ingreso (TCA y No TCA) se han producido menos Movimientos Compensatorios Vinculares por parte de la madre de la paciente. En el grupo Control se observa lo contrario. Se manifiesta más

Vinculación Lograda en la edad Adulta en los pocos casos de Vinculación Insegura en la Infancia.

–Los resultados son similares al considerar la Transmisión del Vínculo Trigeneracional con los hijos (pacientes y hermanos de las pacientes).

Continuando la Investigación:

Al realizar y evaluar las 120 entrevistas hemos afirmado la impresión clínica de mayor gravedad en los casos de adolescentes enfermas cuya madre había organizado un Vínculo Inseguro en la Infancia y lo había mantenido en edad Adulta sin Movimiento Compensatorio alguno.

La continuación de este trabajo puede plantearse desde el diagnóstico, pronóstico y tipo y duración del tratamiento de la adolescente enferma. Para ello podría pasarse la entrevista de Calidad Vincular Trigeneracional a la madre de la paciente y comprobar si la hipótesis que hemos hecho a partir de nuestra impresión clínica es real.

Se podría así hacer una aproximación, en el primer mes de Ingreso, de la gravedad de la paciente y de la previsión de la intensidad y duración del tratamiento a seguir, incluyendo la indicación psicoterapéutica familiar y/o materna.

Esta investigación, por su complejidad, no podría durar menos de dos ó tres años.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Bruch, H. Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. London: Routledge Keegan Paul. 1974

(2) Selvini-Palazzoli, M. et otros, "Los juegos psicóticos en la familia". Ed. Paidós. Paidós terapia familiar. 1995

- (3) Cole–Detke y Kobak, “Attachment processes in eating disorders and depression”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp 282–290. 1996
- (4) Ramacciotti, A. y otros, “Attachment processes in eating disorders”. *Eating and Weight Disorders*, 6, pp 166–170. 2001
- (5) Candelori, C y Ciocca, A. “Attachment and Eating disorders” en P. Bria, A. Ciocca y S. de Risio (Eds). *Psychoterapeutic issues on eating disorders: Models, methods and results*, pp 139–153. Roma: Societa Editrica Univero.
- (6) Main, M., Kaplan, N. “Adult Attachment Interview”. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley, 1996
- (7) Marrone, M., “La teoría del apego: un enfoque actual”. Ed. Psimática 2001
- (8) Grice, P., “Logic and conversation. In P. Cole and J.L. Moran (Eds). *Syntax and Semantics III: Speech Acts*, pp. 41–260. Oxford, England: Clarendon Press. 1975
- (9) Grice, P., “Studies in the way of words”, MA : Harvard University Press. 1989
- (10) Fonagy, P., “Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría”. Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo. A.P.A. Washington DC. 1999. Traducido en *Revista Aperturas* n° 3. 1999
- (11) Fonagy, P., “Apegos patológicos y acción terapéutica”. Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo. A.P.A. Washington DC, 1999. Traducido en *Rev. Aperturas* n° 4. 2000
- (12) Bowlby, J. “Una base segura”. Ed. Paidós, 1989.

ANEXO II – Guía práctica

TRANSMISIÓN VINCULAR GENERACIONAL

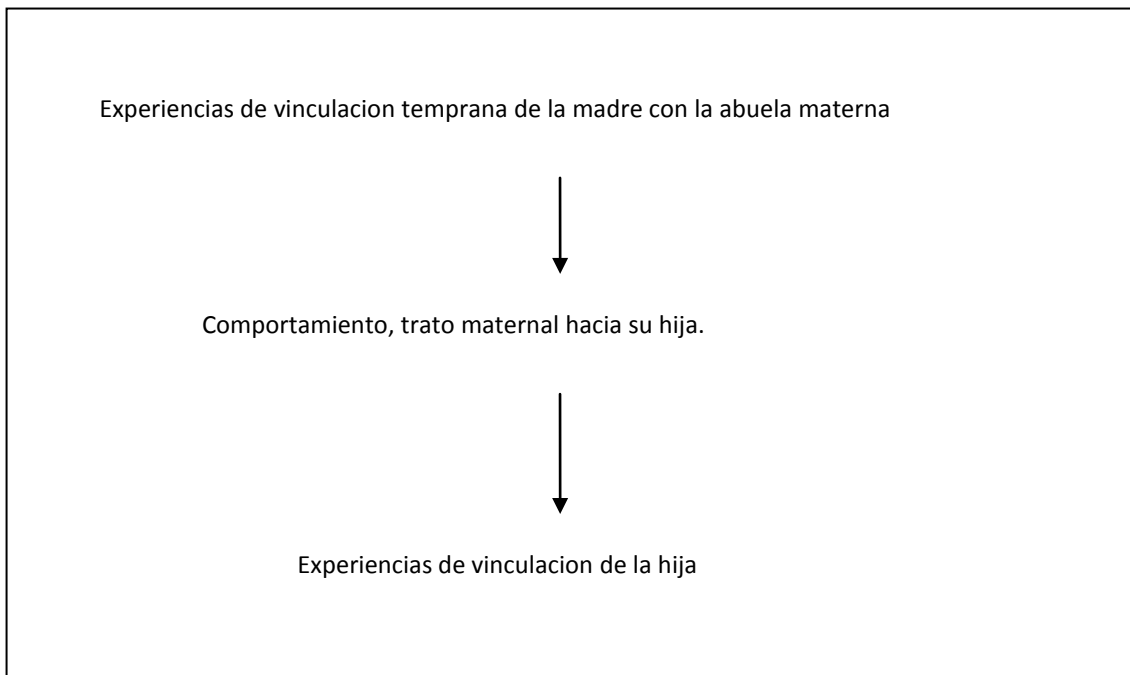
Juana Martínez-Ladrón, Begoña Gállego, Carmen Bayo.

1.- ¿Qué es la transmisión vincular generacional?

La transmisión vincular generacional es la cualidad del vínculo transmitida entre generaciones.

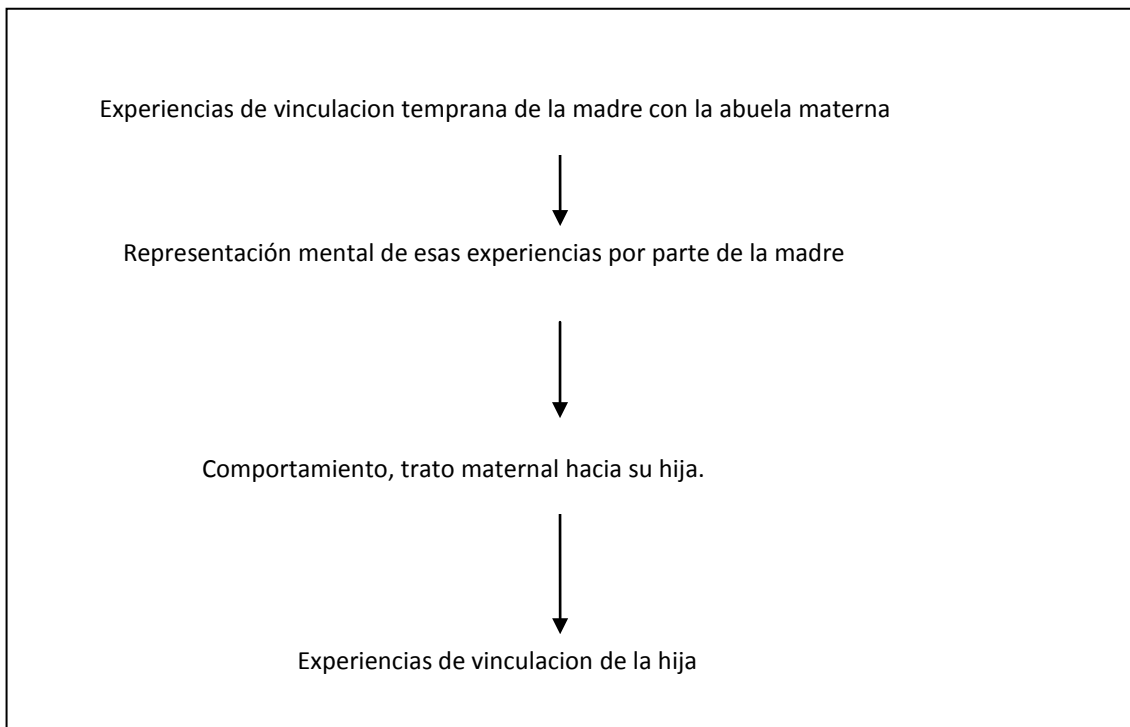
El planteamiento de esta Guía Práctica se centra en la transmisión vincular abuelos maternos-madre-hija. Se focaliza la atención sobre la transmisión vincular intergeneracional abuela materna-madre-hija.

El modelo básico que describe la transmisión vincular intergeneracional sería en su expresión más simplificada el siguiente:



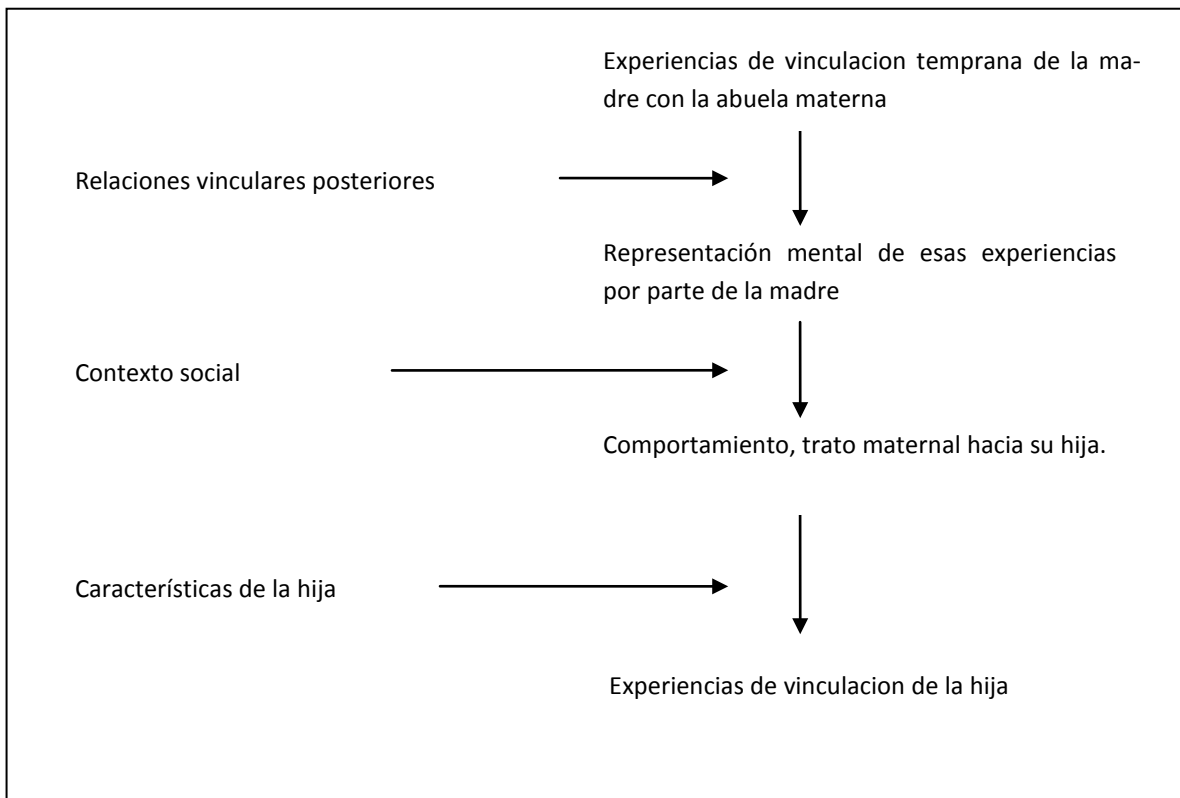
Cuadro 1

El siguiente modelo enfatiza la continuidad absoluta de la categoría vincular. No tiene en cuenta discontinuidades ambientales o de experiencia. Ej: En caso de que alguna de las figuras parentales hubiera sufrido malos tratos físicos los causará a sus propios hijos.



Cuadro 2

El siguiente modelo subraya que no existe un nexo directo entre las experiencias precoces vinculares de los padres y su conducta como padres. Las experiencias vinculares del pasado están siempre filtradas a través de la representación mental actual de la vinculación. Esto influenciará la conducta parental de la segunda generación sobre la tercera y ayudará a construir nuevas relaciones vinculares. Ej: La madre puede organizar un vínculo seguro con su hija incluyendo en esta organización un movimiento compensatorio vincular tras vivir un Vínculo Desentendido con su propia madre (abuela materna).



Cuadro 3

En un modelo más complejo se considera que la vinculación/relación con amigos, pareja y/o terapeuta puede ayudar a proveer una “base segura” desde la cual explorar y elaborar las experiencias adversas de la infancia. A nivel de contexto social la falta de una red de apoyo dificultará la moderación de efectos circunstanciales desfavorables durante la crianza de un hijo. En cuanto al temperamento infantil algunos niños ponen muy difícil a sus padres que éstos puedan dar respuestas sensitivas a la forma confusa (difícil o lenta) como expresan sus necesidades y afectos.

Al complejizar el modelo y aumentar las variables cualitativas que influyen en la experiencia vincular de la hija se puede contar con más posibilidades de realizar movimientos compensatorios vinculares, separación del vínculo u oportunidad de hacerlo otra vez, de nuevo bien, a lo largo de la vida.

SINÓNIMOS IMPORTANTES A CONSIDERAR:

Representación mental de la vinculación.

Recuerdo emocional del vínculo.

Modelo de trabajo vincular.

Modelo Operatorio Interno.

Cuadro 4

GUIA HNJ

Tipos de apego

Con objeto de distinguir las diferentes calidades de vinculación M. Ainsworth (3,4) investigó la reacción del bebé a la separación de su madre. La autora ideó “La situación ante el extraño o “La situación extraña”. Durante ésta el bebé vive en una habitación desconocida, en la cual hay también juguetes, diferentes circunstancias: está con su madre, con su madre y una mujer desconocida, solo con esta mujer y completamente solo. En estas circunstancias se observan las reacciones del bebé.

Los tipos de Vinculación: Seguro; Evitativo y Resistente/Ambivalente se valoran en base a la reacción del bebé al reencontrar a la madre tras la separación.

En nuestro estudio hemos considerado tres tipos de vínculo:

1. Vínculo seguro.
2. Vínculos inseguros (Vínculo desentendido y Vínculo preocupado).

El apego **seguro** se caracteriza por un modelo de funcionamiento interno en el cual la figura de apego es percibida como accesible y receptiva si se la necesita.

La receptividad del cuidador es básica para el tipo de vinculación que se establezca.

Se ha encontrado que las personas clasificadas como seguras, tienen una mayor capacidad de extraversión y cooperación. El estilo seguro se relaciona con un mayor índice de salud y bienestar que los estilos inseguros.

El discurso a lo largo de la entrevista AAI es colaborador. La descripción y evaluación de las experiencias relacionadas con el vínculo es consistente, ya sean experiencias favorables o desfavorables. El discurso no viola ninguna máxima de Grice (6,7,8).

En la infancia este tipo de vínculo seguro se reconoce porque el niño establece contacto físico normal con la madre tras una situación estresante, mostrando preferencia obvia por la madre frente a cualquier extraño. Tras una separación, puede calmarse y reiniciar en breve tiempo las conductas de exploración y juego.

Diversos autores establecen una relación entre apego seguro y capacidad de autorregulación afectiva y entre apego inseguro y las dificultades de regulación afectiva.

También las personas clasificadas como **seguras** pueden desorganizarse ante un hecho traumático, pero en general su discurso sigue siendo coherente aunque el hecho traumático aún no esté asimilado del todo.

El sentimiento de seguridad permitiría una mayor flexibilidad cognitiva, mientras que el sentimiento de inseguridad para no ser reactivado llevaría a una restricción de las representaciones.

Si los individuos que han tenido experiencias difíciles en la niñez no han conseguido una “seguridad adquirida” mediante experiencias compensatorias, el prototipo de vinculación insegura establecido con los cuidadores en la infancia será, supuestamente, el que establecerán con los propios hijos.

En nuestro estudio hemos considerado dos tipos de vínculo inseguro: vínculo desentendido y vínculo preocupado.

Las personas clasificadas con vínculo inseguro tienen un discurso incoherente en el sentido de que describiendo a sus padres positivamente, luego los ejemplos que ponen son negativos.

Las personas con **V. desentendido**, han conocido la soledad o el rechazo (como por ej. expresiones de fastidio por parte de la madre) en su infancia y han optado por desactivar su sistema de vinculación. Lo pueden hacer de forma inconsciente eliminando recuerdos lo que puede permitir idealizar las experiencias con sus padres, o bien recordando experiencias negativas, pero justificándolas como hechos aislados o con razones suficientes. El discurso viola las máximas de calidad y es excesivamente breve (según las máximas de Grice).

Algunas personas aún reconociendo hechos negativos, aíslan estas cogniciones de sus emociones y estas experiencias son minimizadas y juzgadas sin importancia. Es decir que podemos hablar de una escisión entre cognición y afecto.

En la infancia este tipo de vinculación hace que el niño evite el contacto físico con la madre tras una separación (vínculo evitativo infantil). A menudo no llora al separarlo de la madre y continúa jugando. No muestra disgusto ni enfado.

Al contrario de las personas desentendidas, las personas con **vinculación preocupada**, hiperactivan su sistema de apego. Este fenómeno, se manifiesta por un cierto estado de irritación y por un discurso con excesiva información, a pesar de ello son incapaces de dar una impresión general de sus relaciones. Las frases son a menudo largas, gramaticalmente enmarañadas o con expresiones vagas, violando la máxima de forma (claridad y orden) y relevancia. También es excesivamente largo violando el principio de cantidad (según máxima de Grice). (6, 7, 8).

Estas personas están muy implicadas en las relaciones pasadas y quedan en su conciencia numerosos acontecimientos que no han aceptado nunca. Les falta la certeza de haber sido realmente amadas, aceptadas y cuidadas por sus padres. Sus dudas, ambigüedad y confusión al respecto pueden referirse a una etapa concreta de su vida o a toda ella hasta el momento de la entrevista.

En la infancia las respuestas maternas se caracterizaron por no presentarse o por ser impredecibles.

El niño se muestra pasivo o muy enfadado tras reencontrarse con la madre después de una situación estresante. (Vínculo resistente/ambivalente en la infancia). Tras la reunión no se calma y permanece junto a la madre buscando consuelo. Suele llorar y no regresa a la exploración y el juego.

CUADRO CORRELACIÓN TIPOS DE APEGO

Estilo adulto de apego	Conducta esperable en el niño
Seguro Discurso coherente, colaborativo. Consistente con la experiencia.	Seguro Mayor habilidad para jugar y explorar. Disgusto adecuado en la separación. Capacidad para ser calmado.
Desentendido Discurso no coherente. No consistente con la experiencia relatada. Idealización.	Evitativo Más atentos a objetos que a la interacción personal. Evitan contacto y no lloran en la separación.

Preocupado Discurso no coherente. Preocupado por las relaciones pasadas. Largas frases. Enfadado, pasivo, miedoso.	Resistente Reaccionan fuertemente a la separación. Buscan reencuentro, pero no se calman. Rabia o pasividad. No retoman exploración.
---	---

Cuadro 5

RIESGO ETIOPATOGENICO: LA VINCULACIÓN INSEGURA (1;2;9;10;11;15;16;17)

TRASTORNOS CON LOS QUE SE RELACIONA LA VINCULACIÓN INSEGURA	
INFANCIA-ADOLESCENCIA	ADULTOS
<ul style="list-style-type: none"> . Trastorno de ansiedad por separación. . Trastorno reactivo de la vinculación. . Trastornos de Alimentación. . Trastorno del sueño. . Fallo en el medro de origen no orgánico. . Fobia escolar. . Bajo rendimiento escolar. . Agresividad. . Conducta Antisocial. Delincuencia. . Síntomas adictivos. . Trastornos Psicosomáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> . Trastornos de Alimentación. . Trastornos del estado de ánimo. . Trastorno de ansiedad. . Trastornos de personalidad. . Trastornos de personalidad. . Trastornos de personalidad: antisocial, límite, narcisista, por evitación, por dependencia. . Trastornos relacionados con usos de sustancias. . Trastornos Psicosomáticos.

Cuadro 6

Estudio realizado en el HNJ

Se planteó un estudio con 120 entrevistas repartidas en seis grupos de 20 sujetos cada uno.

Es importante recordar que en nuestro estudio, la entrevista no se realiza con la joven paciente, sino con **la madre** de ésta.

Todas las pacientes son mujeres jóvenes de entre 13 y 18 años.

Los grupos son los siguientes:

1--20 pacientes de TCA ingresados.

2--20 pacientes con trastorno psiquiátrico que no tuvieran relación con un trastorno de alimentación y que estuvieran ingresados.

3--20 pacientes con TCA y tratamiento ambulatorio

4--20 pacientes psiquiátrico ambulatorio, sin comorbilidad de TCA.

5--20 pacientes de diabetes.

6--20 pacientes Grupo control.

La entrevista AAI (2; 5)

El instrumento utilizado en el trabajo fue una adaptación de la entrevista de apego para adultos AAI

Hay varias entrevistas que se han diseñado para evaluar el mundo representacional del adulto con propósitos de investigación. La más conocida sin duda es la Entrevista de Apego para Adultos (En inglés sus siglas son AAI).

En nuestro estudio hemos utilizado una adaptación clínica de la entrevista de Kaplan y Maine (– *Anexo, entrevista AAI y Ficha resumen AAI*).

La entrevista AAI, es una entrevista semiestructurada de aproximadamente 90 minutos de duración, que evalúa el mundo representacional del adulto a través de una serie de preguntas relacionadas con su historia vincular y lo que piensa de ella. Para Mary Main el propósito principal de la entrevista es “buscar y clasificar el estado mental del sujeto con respecto a sus vínculos”.

La AAI, fue creada en Berkeley en los años 80. Inicialmente fue formulada para estudiar procesos de transmisión intergeneracional. Se ha difundido tanto que ha sido publicada en varios idiomas y textos.

Las preguntas de la entrevista se realizan en un orden fijo. El entrevistador solicita recuerdos y evaluaciones generales de las experiencias, y episodios biográficos específicos. La entrevista se transcribe textualmente y su análisis implica el estudio global de la transcripción.

Cuadro – Resumen ENTREVISTA AAI

Preguntas sobre la infancia:

- . Calificar la calidad de la relación con ambos padres.
- . Hechos traumáticos, separaciones y pérdidas precoces.
- . Percepción de rechazo, abandono, miedo, preocupación.
- . Sentirse amenazada, abusada.

Preguntas sobre evolución y cambios propios:

- . Experiencias vividas con los padres que puedan influir en la personalidad.
- . Experiencias de vinculación vividas con otros adultos.
- . Cambios después de la infancia y como adultos en relación con los padres.
- . Aprendizaje sobre las experiencias de la infancia.

Preguntas sobre los hijos:

- . Calidad de la relación con ellos.
- . Sentimientos al separarse de ellos.
- . Preocupaciones, deseos, esperanzas.

Cuadro 7

La entrevista se realiza en un estilo conversacional, dando tiempo para las respuestas, teniendo en cuenta que no se trata ni de un cuestionario ni de una sesión terapéutica.

Para Mary Main, es más importante como cuenta el sujeto sus experiencias que lo que cuenta. La manera como un sujeto habla de su historia refleja la forma en que este sujeto maneja las ansiedades ligadas a sus experiencias. También el cómo, puede reflejar el grado de resolución de los duelos.

Uno de los descubrimientos de Main y cols. Es que el grado de coherencia con que habla una persona indica su capacidad para tener acceso a la información relacionada con su historia vincular y mantener esta información organizada de una manera reflexiva. Una cualidad complementaria a la coherencia es la capacidad para mantener una actitud cooperativa con el otro durante el diálogo.

MÁXIMAS CONVERSACIONALES DE GRICE Y SUS VIOLACIONES (6, 7, 8)

1. CUALIDAD: “Sé fiel a la verdad y ofrece evidencia de lo que dices”. Ej. Violación: Idealización parental sin soporte en la realidad.
2. CANTIDAD: “Sé sucinto y sin embargo completo”. Ej. Violación: Insistencia en repeticiones, excesiva brevedad, discurso excesivamente largo.
3. RELACIÓN: “Sé relevante a los tópicos que se presentan”. Ej. Violación: Interceptar respuestas solicitadas acerca de las relaciones/interacciones en la infancia con respuestas referidas al momento actual.
4. MODO: “Sé claro y ordenado”. Ej. Violación: discurso vago, largas frases embrolladas gramaticalmente, no se terminan frases que se han comenzado.

HESSE. El estado mental de un individuo con respecto a su vinculación se revela en su habilidad para describir, discutir y evaluar experiencias vinculares mientras, simultáneamente, mantiene un discurso coherente y cooperativo.

Cuadro 8

Algunos hallazgos de nuestro estudio:

. Con respecto al tipo de vinculación entre las madres y las hijas adolescentes.

–Si comparamos los grupos de TCA con los otros grupos, el número de vínculos preocupados es mayor, lo que iría en la línea de la sobreimpliación en las relaciones descritas en estos cuadros.

–El Vínculo preocupado correlaciona con TCA tanto en grupo de pacientes ambulatorios como en pacientes ingresadas.

–La aparición de Vínculo desentendido con respecto a los hijos correlaciona con grupo de pacientes ingresadas, tanto en TCA como no TCA

(mayor desestructuración).

–El Vínculo seguro correlaciona con el grupo control (menor patología).

. Con respecto a la continuidad/discontinuidad Vincular

–En los grupos 1 y 2, (ingreso TCA y no TCA), es en los que se da mayor nº de Vínculos Inseguros. En estos dos grupos se dan menos movimientos compensatorios vinculares (Seguridad adquirida).

– Por el contrario en el grupo control, el número de vínculos seguros entre la madre y la abuela en la infancia es mayor. El número de Movimientos compensatorios en la historia vincular de la madre también es mayor.

– El número de Vínculos seguros con respecto a los hijos también es mayor.

Estos resultados irían en la línea de que la continuidad del vínculo seguro se transmite entre generaciones en este grupo.

Observamos la utilidad del trabajo terapéutico como posibilidad de último Movimiento compensatorio (Vínculo seguro adquirido) cuando no han funcionado otras opciones vitales (figuras alternativas: maestros, amigos, pareja, o la propia. experiencia de maternidad/paternidad).

PROPUESTAS PARA EL FUTURO

Creemos que sería muy interesante en algún momento – al inicio del tratamiento– realizar esta entrevista individual con la madre (y si fuera posible también con el padre), como una forma previa de conocimiento y compromiso con el trabajo terapéutico, para la organización de grupos de padres paralelos a la atención de las hijas, y para detectar , lo antes posible, los casos de mayor riesgo ya que se pueden apreciar aspectos sintomáticos que sin duda influirán negativamente en la evolu-

ción de las hijas si no son abordados en un tratamiento.

Al tratarse de una entrevista semiestructurada dirigida a explorar la historia de las vinculaciones de los padres, surgen vivencias personales previas de estos, que permiten comprender mejor el desarrollo de las relaciones familiares y su influencia sobre la aparición y el mantenimiento del cuadro.

El conocer los diferentes patrones de vinculación existentes en la familia de la paciente, nos ayuda a entender la génesis del cuadro y facilita el abordaje del proceso terapéutico.

Este hecho que resulta interesante en todo tipo de pacientes, puede aportar mayor utilidad en determinados casos. Por ejemplo en situaciones de ingreso o de mayor desestructuración para detectar aspectos a trabajar con los propios padres de cara a evitar la cronificación del cuadro.

En pacientes embarazadas y madres de bebés, la entrevista puede tener una vocación preventiva para intentar detectar los puntos de conflicto vincular de cara a evitar su repetición o una compensación patológica de los mismos a través de la relación con la prole.

Debido a la riqueza de datos que aporta el estudio de las relaciones de vinculación y siendo la entrevista AAI la herramienta más usada, nos parece interesante difundir su uso y animar a que miembros del equipo reciban un entrenamiento en la entrevista y su valoración clínica, así como asistir a los cursos específicos de formación. (2,5).

Hemos elaborado una ficha resumen de los datos obtenidos a través de la entrevista AAI

Con la idea de poder transmitir al resto del equipo, de una forma sencilla y clara, los contenidos más relevantes de la entrevista.(Ver anexo).

A través de la entrevista emerge un importante material proporcionado

por la persona entrevistada: angustia, sentimientos dolorosos, síntomas y dificultades en las relaciones interpersonales que requieren comprensión por parte del entrevistador. El recuerdo vívido de eventos significativos del pasado tiende a evocar emociones muy fuertes que habrá que contener con una respuesta empática. Es lo que hemos denominado devolución clínica. Estos datos también pueden utilizarse en un contexto terapéutico, lo que no se ha hecho en este estudio (12).

CUANDO UTILIZAR LA AAI

1. Siempre que haya que solicitar una colaboración o implicación especial de algún miembro de la familia en el tratamiento, como es el caso del tratamiento de hospitalización domiciliaria.
2. En los casos más graves que requieren ingreso.
3. En los casos de mala evolución o tendencia a la cronicidad.
4. En embarazadas y madres con finalidad preventiva.

Cuadro 9

ANEXO. INSTRUMENTOS. ENTREVISTA DEL VINCULO EN EL ADULTO

(A.A.I) (2;5)

(Recuerdos de 4/5 años a 12 años)

1. Datos iniciales. Descripción de la familia. Lugar de nacimiento. Lugar de residencia en la infancia. Cambios. Trabajo de los padres. Constelación familiar. Hermanos. Presencia de abuelos, etc.
2. Descripción general de la relación con los padres y el ambiente familiar.
3. Buscar cinco adjetivos o palabras que reflejen la relación de la persona entrevistada con la madre.

4. Lo mismo con respecto al padre.
5. ¿A qué padre se sentía más próximo y por qué? ¿Por qué no existía este sentimiento con el otro progenitor?
6. ¿Qué hacía Ud. cuando de pequeño se sentía disgustado o inquieto/preocupado por algo? ¿Podía confiarse a alguien ¿Puede recordar que pasaba cuando se lastimaba o sufría una pequeña lesión física? ¿Recuerda algún incidente específico? Alguna vez estuvo enfermo de pequeño? ¿Recuerda qué pasaba?
7. ¿Cuándo fue la primera que recuerda una separación suya de sus padres? ¿Cómo respondió? ¿Recuerda cómo lo hicieron ellos? ¿Existen otras separaciones que resalten en sus recuerdos?
8. ¿Se sintió rechazado alguna vez cuando era un niño pequeño? No es que sea real, sólo nos referimos al sentimiento (la percepción) de ser rechazado en la infancia alguna vez. ¿Qué edad tenía cuando se sintió de esa manera y que hizo Ud.? ¿Por qué piensa que sus padres se comportaban de esa manera? ¿Piensa que (ella o él) tenía conciencia de estarle rechazando?
9. ¿Alguna vez le amenazaron sus padres en algún sentido para imponer disciplina o quizás solo en broma? Tras dar algún detalle al respecto el entrevistado: ¿Qué edad tenía en ese momento? ¿Ocurría frecuentemente? ¿Siente que esa experiencia le afecta ahora como adulto? ¿Influye en la manera de acercarse a sus propios hijos?
10. ¿Cómo cree Ud. que estas experiencias con sus padres han afectado a su personalidad adulta? ¿Hay algún aspecto de sus experiencias tempranas que retrasaron o entorpecieron su desarrollo?
11. ¿Por qué piensa que sus padres se comportaron así durante su infancia? (Aunque todo lo referido por el/la entrevistado/a sea positivo).

12. ¿Había otros adultos cercanos aparte de los padres con los cuales tenía una relación cercana en la infancia?
13. Experiencias de pérdida (muerte de algún padre, hermano, familiar cercano, amigo, etc, durante la infancia) circunstancias de la muerte, reacción del sujeto, expresión de emociones etc. etc.
14. Otras experiencias potencialmente traumáticas. Experiencias graves o “terroríficas” (escenas de violencia contempladas en la familia o fuera de ellas.). (Información y valoración de la elaboración de duelos del sujeto). Se pregunta también sobre pérdidas en la época de adulto.
15. Cambios en la relación con los padres entre la infancia y la edad adulta (Movimientos compensatorios vinculares. Seguridad vincular o Inseguridad vincular adquirida).
16. ¿Cómo es la relación con sus padres en la actualidad? ¿Tiene mucho contacto con sus padres ahora? Fuentes de satisfacción e insatisfacción a través de la relación actual.

VINCULO/RELACION CON HIJOS

17. ¿Cómo responde Ud. actualmente en términos de sentimientos cuando se separa de su/s hijo/s? Detallar la respuesta en relación a cada hijo.

Imagine que tiene un hijo de un año. ¿Cómo piensa Ud. que respondería a nivel de sentimientos si tuviera que separarse de él?
18. Si pudiera formular tres deseos para su hijo (real) que se cumplieran dentro de veinte años, ¿cuáles serían?
19. ¿Qué siente que ha aprendido de sus propias experiencias infantiles?

20. ¿Qué desearía que su hijo/hija aprendiese de la experiencia de ser hijo de Ud.?

FICHA RESUMEN AAI

Nº Hta.:

–Nombre de la paciente

–Fecha:

–Nombre de la madre:

–Diagnóstico:

I

–Descripción de la familia. Constelación familiar. Lugar de nacimiento, de residencia en la infancia, cambios (de oficio y trabajo de los padres también).

–Quién le crió, quién cuidó de usted en la infancia? (5–12 años)

–Descripción general de la relación con sus padres durante la infancia (5–12 años)

–Relación con la madre y relación con el padre(describir la relación, no a la persona)

–Separación primaria

–Rechazo / Amenazas

–Pérdidas / Muertes

– Otras experiencias potencialmente traumáticas

II

–Cambios en la relación con sus padres después de la infancia. Cambios ocurridos en la adolescencia y la edad adulta. Relación actual. ¿Tiene mucho contacto con sus padres ¿ Fuentes de satisfacción o insatisfacción actualmente.

III

- Familia actual. Descripción general. Constelación familiar :
- Relación con los hijos. Relación con el/ la paciente
- Relación con el marido

VALORACION PROVISIONAL:

Vinculo con padres

	Madre	Padre
Vinculo en la infancia		
Vinculo en la edad adulta		
Movimiento compensatorio vincular		

Vínculo con hijos (especificar quien es el/ la paciente)

Hijo 1	
Hijo 2	
Hijo 3	
Hijo 4	

Vinculo con el marido:

Valoración relato:

BIBLIOGRAFÍA

1. – ATKINSON L.; ZUCKER, K.J. ed. Attachment and Psychopathology. The Guilford Press (1997):

- **ATKINSON, L**, Attachment and Psychopathology: From Laboratory to clinic.
- **RUTTER, M.** Clinical Implications of Attachment Concepts: Retrospect and Prospect.
- **VAN IJZENDOORN, M.H., BAKERMANS–KRANENBURG, M.J.** Intergenerational transmission of Attachment: A Move to the Contextual level.
- **FONAGY, P. TARGET, M.** Et all. Morality, Disruptive Behavior, Borderline Personality Disorder, Crime and their Relationship to Security Attachment.
- **ZEANAH, Ch. H** et all. Intergenerational transmission of Relationship Psychopathology: A Mother–Infant Case Study.

2.– MARRONE, M. La teoría del Apego. Un enfoque actual. Ed. Psimática. (2001).

- Cap. 2: La teoría del apego.
- Cap. 3: Entre la clínica y la investigación.
- Cap. 4: Sobre los modelos representacionales.
- Cap. 5: Las disfunciones de la parentalidad.
- Cap. 6: Instrumentos de evaluación del mundo representacional del adulto (Entrevista AAI).
- Cap. 18: La teoría del apego y la Psiquiatría General.

3. – **AINSWORTH, M.D.S; BLEHAR, M.C.; WATERS E y WALL S.** ed. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillisdale, NJ: Erlbaum (1978).

4.– **DEL VAL, J.** (1994). “El desarrollo Humano”. Siglo XXI.

5. – **GEORGE C.; KAPLAN N.; MAINE M.** (1996). “Adult Attachment Interview”. Unpublished Manucrist. Department of Psychology. University of California. Berkeley, Third edition. April.

6. – **GRICE, P** (1975) Logic and conversation. In P. Cole and J.L. Moran (Eds.). Syntax and Semantics III: Speech Acts p.p. 41–58 New York, Academic Press.

7. – **GRICE P** (1989) Studies in the way of words. Cambridge M.A. Harvard Uinversity Press.

8. – **HESSE, E.** (1996). Discourse, memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot Classify category. Infant Mental Health Journal, 17, 4–11.

9. – Attachment and Externalizing Disorders: A Development Psychopathology Perspective: **GUTTMAN– STINMETZ, SANT CROWELL, JUDITH A..** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, v45,n4, p 440–451. 2006.

10. – Attachment of Mothers and Children with recurrent Asthmatic Bronchitis.

Rosalinda **CASSIBA, MARINUS H. VAN IJZENDOORN** et all journal of Asthma. V41, 4) anuari 2005, p.419–431.

AAI. (Security of mothers attachment representation). Attachment Q–Sort (security of mother–child attachment).

11. – Attachment and contained splitting: a combined approach of groups and individual therapy to the treatment of patients suffering from borderline personality disorder. Felicity **DE ZULUETA**, Peter **MARK**. Group Analysis. V33, N4, 486–500 (2000).

12. – **BRISCH, K.H.** Treating Attachment Disorders. From theory to therapy (2004). The Guildford Press (2002).

- Section III Attachment therapy.
- Section IV Treatment Cases from Clinical Practice.
- Manifestations of Attachment Disorders Prior to Conception.
- Prenatal Attachment Disorders.
- Postnatal Attachment Disorder.
- Attachment Disorders in Childhood.
- Attachment Disorders in School-Age Children.
- Attachment Disorders in Adolescence.
- Attachment Disorders in Adults (Panic and Agoraphobia, Depressive, Narcissistic, Borderline, psychotic Symptoms).

13. – **STERN, D.** (1997). “El Mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva”. Paidós.

14. – **STERN, D.** (1997). “La constelación maternal”. Paidós.

15. – **JOSEFIK B.** (2001). “Intergenerational family patterns in eating disorders families and schizophrenic families. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. Volume 3, Issue2, June 2001, pages 27–39.

16. – **O, KEARNY, R.** (1996) « Attachment Description in Anorexia nervosa and Bulimia nervosa: A review of the theory and Empirical research”. International Journal of Eating Disorders. Vol. 20, nº2, 115–127.

17. – WARD A.; RAMSAY R.; TREASURE J. (2000). "Attachment research in eating disorders. British Journal of Medical Psychology, 73. 35–51.

ANEXO III – Mesa Redonda. “Teoría del Vínculo y Trastornos de Alimentación”.

Moderadores: Gonzalo Morandé. Jefe de Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Carmen Bayo. Médico Psiquiatra. Unidad de Trastornos Alimentarios de Madrid.

Participantes: María Carrera. Psicóloga Clínica. Ciclo vital, Vínculo y Anorexia Nerviosa. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

Begoña Gállego. Psicóloga Clínica. Vínculo Transgeneracional en los Trastornos de Alimentación. Práctica privada. Madrid.

Presentación de la mesa.

Teoría del vínculo y trastornos de alimentación.

Como psicólogos y psiquiatras infantiles hemos atendido a lo largo de nuestra vida profesional a madres y padres con bebés, con niños pequeños, con adolescentes. Hemos tenido que pensar en vínculos normales ó inseguros desde siempre.

Por experiencia clínica y a través de la bibliografía internacional conocemos que, aunque no sea causa etiopatogénica necesaria o suficiente para originarlos (1), las alteraciones ó los trastornos vinculares se asocian a los trastornos de alimentación. La vinculación insegura es un importante factor de riesgo psicológico en esta patología.

Esta mesa participa en el necesario esfuerzo común por comprender cómo es que se relacionan las alteraciones de la organización vincular segura con la manifestación subsecuente del trastorno de alimentación y de otros trastornos mentales (2). Para ello contamos con la participa-

ción de dos compañeras : María Carrera , psicóloga clínica de la Unidad de Trastornos de Alimentación del Hospital mallorquín de Son Dureta que hablará sobre ciclo vital, vínculo y Anorexia Nerviosa y Begoña Gállego psicóloga clínica que ha colaborado con este Hospital desde hace años y que realiza su práctica privada en Madrid.

Presentamos brevemente un marco teórico básico como referente (2) (3) (4).

Vínculo Seguro.

En general, las figuras de apego son percibidas como accesibles y receptivas. Existe una mayor capacidad de extraversión y cooperación. Se asocia salud y bienestar a la persona que vive este tipo de vínculo.

En la infancia esta persona ha mostrado una mayor habilidad para jugar y explorar, disgusto adecuado a la separación de la madre y capacidad de ser calmado por la madre tras el reencuentro (5).

En la edad adulta (AAI) (6), la evaluación de experiencias será consistente y su discurso será colaborador. Este discurso será coherente en calidad, cantidad, relación y modo.

Si la persona se angustia acude a los demás en búsqueda de consuelo y apoyo. Existe una mayor flexibilidad afectiva (4).

Vínculo Desentendido.

La persona desactiva su sistema de apego por haber vivido soledad o rechazo con respecto a sus figuras de apego.

En la infancia se puede observar evitación del contacto físico con la madre/ padre (vínculo evitativo infantil). No hay llanto al separarlo de las figuras de apego. No hay disgusto ni enfado (5).

En la edad adulta (AAI) (6), hay una eliminación de recuerdos, una idealización de experiencias. Una tendencia a justificar hechos aislados. El discurso es pobre y breve. En cuanto a la autorregulación afectiva, la persona restringe el deseo de reconocer la angustia y buscar apoyo. La persona puede llegar al aislamiento, a la escisión afecto/ cognición (4).

Vínculo Preocupado.

La persona hiperactiva su sistema de apego.

En la infancia (vínculo resistente/ambivalente) las respuestas maternas no se presentan o son impredecibles. El niño muestra pasividad o enfado tras el reencuentro con la madre. No se calma. Lloro y no regresa a la exploración y el juego (5).

En la edad adulta (AAI) (6) la persona muestra cierto estado de irritación, da excesiva información. El entrevistador tiene dificultad para obtener una impresión general de sus relaciones. El discurso muestra frases largas, gramaticalmente enmarañadas, expresiones vagas. Se viola la forma del discurso, su claridad y orden, la relevancia de lo que se dice. El discurso es demasiado largo. La persona está sobreimplicada en sus relaciones pasadas. Falta certeza de haber sido realmente amado.

En cuanto a la autorregulación afectiva, la persona se muestra hipersensible hacia las emociones negativas y las expresiones intensificadas de angustia (4).

Representación vincular. Recuerdo emocional del vínculo. (1) (2) (3)

Filtro emocional de las experiencias vinculares del pasado. Funciona relacionado con el Modelo Operativo Interno.

Modelo Operativo Interno. (1) (2) (3)

Sistema de representaciones sobre uno mismo en relación con los otros significativos construido a lo largo de la experiencia.

Los Modelos Operativos Internos son reinterpretados y remodelados a lo largo de todo el ciclo vital.

Seguridad adquirida. Seguridad lograda. Movimiento compensatorio vincular. (2)

Aunque la persona se haya vinculado de forma insegura en la infancia, puede conseguir vincularse seguramente a lo largo de su vida. Esto ocurrirá a través de su vinculación con otros familiares, pares, maestros, psicoterapeuta, vínculo matrimonial, hijos, padres en otro momento del ciclo vital familiar, etc.

Vínculo trigeracional. (1)

Calidad del Vínculo transmitido entre tres generaciones, ej.: abuela–madre–hija. Denominado también Vínculo transgeneracional en esta Mesa.

Tareas Vinculares en el Ciclo Vital Familiar. (7)

Nos referimos aquí a cómo facilita la familia la vinculación segura y el normal avance del desarrollo en cada etapa del ciclo vital familiar.

Formación de pareja.

Vinculación segura adulta a padres, hermanos, amigos, etc.

Organización de vínculo matrimonial, hacia la formación de la nueva familia nuclear, que implica nueva relación con familia de origen.

Resolver fallos ó defectos cualitativos vinculares antes ó alrededor del primer embarazo. Intervenciones psicoterapéuticas orientadas en este sentido pueden contribuir aquí a cumplir esta función.

Nacimiento del primer hijo.

Iniciar y reforzar el vínculo precoz con el bebé durante el embarazo.

Tras el parto, identificar, filiar al bebé. Facilitar la organización de estados del bebé en términos de Brazelton. Facilitar los repertorios del bebé y parental (D. Stern) en función de activar la organización vincular.

Aceptación y facilitación de los cambios de roles familiares. En esta y otras etapas: propiciar un ambiente estimulante, facilitar la conciencia y motivación de consulta y tratamiento si uno de los padres se encuentra en riesgo de padecer ó padece un trastorno mental.

El bebé en la familia. Hasta los dos años.

Facilitación, refuerzo y estimulación de capacidades emergentes: madurativas, emocionales, cognitivas y conductuales. Permitir la actividad exploratoria del niño. Disponibilidad como “Base Segura” (M. Mahler, M. Ainsworth) de esta actividad. Evitar la intrusión. Actuar como modelo siempre que la situación lo requiera. Propiciar conductas alternativas a conductas tales como morder, arañar, mostrarse negativista ó con pobre iniciativa. Propiciar el establecimiento de límites. Intentar resolver, si existen, problemas relacionados con el bienestar en el hogar, los ingresos y la salud familiar.

Ejemplo de esta etapa. Relación entre vínculo inseguro y trastorno de alimentación : Chatoor y Egan describen en 1980 un síndrome caracterizado por un cierto fallo en el medro, caracterizado por un rechazo del

alimento como una expresión de un trastorno de ansiedad de separación subyacente (Anorexia Nerviosa Infantil), consideran que este conflicto relacionado con la separación-individuación del bebé interfiere con la diferenciación somatopsíquica. En 1988 (8) realizan una investigación acerca de 42 bebés con Anorexia Nerviosa Infantil y un grupo control de 30 niños y sus madres. Observan a la diada en proceso de juego y de “dar de comer”. Participaron observadores neutros y se utilizaron grabaciones de vídeo y escalas de observación. Las diferencias que se observaron eran estadísticamente significativas. El grupo de trastornos de alimentación demostró menos reciprocidad diádica, menos contingencia materna, más conflicto diádico y más lucha por el control durante la alimentación del niño. El juego de este mismo grupo se caracterizó por menos reciprocidad diádica, más conflicto diádico, menos responsividad materna a las necesidades del niño y más intrusividad materna.

El Preescolar en la familia. De 2 a 4 años.

Propiciar la interacción continua con el niño. Apoyo y participación en juego simbólico. Uso del lenguaje relacionado con expresión de emociones. Apoyar al niño en el desarrollo de sus capacidades representacionales frente a dificultades tales como “sobrevinculación” hacia los padres ó capacidad inadecuada para controlar la expresión de sentimientos. Contención y modulación de la excitabilidad e irritabilidad del niño. Facilitar la diferenciación entre fantasía y realidad. Apoyar el nascente control de impulsos, la estabilidad del humor, el amor propio. Propiciar afecto, cercanía emocional y afectiva.

Infancia, hasta adolescencia en la familia. De 5 a 12 años.

Propiciar la optimización de la escolaridad (compromiso/ coordinación de la familia y el colegio). Atención especial a la salud física y psíquica.

Dar respuestas adecuadas al interés sobre función sexual. Propiciar confianza para plantear cualquier tema y/o preocupación. Atención especial a las dificultades de interacción con padres y de socialización en general. Propiciar sentimientos de filiación y pertenencia a la familia. Asegurar contención emocional y física del hijo. Adecuada supervisión desde la cercanía afectuosa. Facilitar la exploración. Propiciar la construcción de la identidad. Permitir y alentar la diferenciación. Propiciar y premiar la realización de esfuerzos. Apoyar en todo momento al hijo.

El adolescente en la familia.

Aceptación del cambio adolescente: privacidad, límites e independencia. Escuchar activa y seriamente, sin incurrir en “tendenciosidad crítica adulta” las preocupaciones del adolescente. Reconocimiento de las tareas emocionales del adolescente: establecer un nuevo tipo de relaciones, elegir valores éticos, amigos, vocación interés múltiples, tendencia sexual, pareja, aceptar la vía de madurez iniciada, cultivarla, reconciliarse con un cuerpo nuevo y cambiante. Construir identidad. Apoyar a superar las inseguridades del adolescente. Transmitir que esa inseguridad es normal y que se vencerá. Observar y ayudar a solucionar conductas de riesgo. Educar en relación a prevenir riesgos en posibles relaciones sexuales. Apoyar la potenciación de las capacidades del adolescente.

Ejemplo de esta etapa: puede considerarse que la organización vincular de pacientes adolescentes con trastorno de alimentación es de los tipos A (vínculo inseguro evitativo/desentendido) y C (inseguro resistente/ preocupado). Las hijas mostrarán estos patrones ante la amenaza al sistema vincular (9). Estas adolescentes fallarán en desarrollar autonomía al percibir las nuevas demandas intra y extrapsíquicas que alteran el sistema y que plantean otra relación con pares y mundo externo en general. Podemos valorar que la adolescente ANR inseguramente vinculada, en términos de evitación y ambivalencia, “buscará” la delgadez y

será dependiente de su peso y silueta para autoevaluarse y estimarse. Los síntomas de Anorexia funcionarían regulando y asegurando a la paciente una “distancia prudencial” frente a pares y padres en comparación con la proximidad que viven las adolescentes normales. La preocupación de la paciente con su cuerpo le permite restar importancia a las relaciones mencionadas y evitar la ansiedad de separación de la familia así como de adaptarse a los cambios devenidos de las nuevas relaciones con pares. Se puede considerar el énfasis en la figura corporal, el peso y la apariencia como un tipo de hipervigilancia al juicio de otros y a su criticismo, rechazo y abandono.

Tanto en pacientes que sufren ANR como BNP se registra una peor percepción de los padres a esta edad, más rechazantes y negligentes, menos empáticos, más inestables, ambivalentes, menos cuidadores, intrusos, sobreprotectores, idealizados, indiferenciados etc. Se han realizado multitud de trabajos al respecto basados en recuerdos y percepciones de pacientes y grupo control de los primeros 16 años de vida.

El adulto joven en la familia. La emancipación.

Propiciar la comunicación. Evitar posturas excesivamente ambivalentes en relación a la emancipación. Propiciar de forma realista la reflexión sobre las capacidades y formación del joven y sus aspiraciones. Facilitar la socialización de la persona joven. Facilitar su relación de pareja. Propiciar y apoyar autonomía: desde la dependencia a la constitución de un recurso social para la familia.

El adulto como eje del sistema trigeracional.

Propiciar la autonomía de los hijos. Reorganizar los padres su situación vital (familiar y social) de forma suficientemente satisfactoria. Aceptar la dependencia en aumento de la generación anterior. Prestar apoyo y

ayuda necesarios. Conciencia del posible aumento de estrés y de la necesidad de lidiar adecuadamente con él (económico, psicológico, social, de relación matrimonial, de salud, laboral, etc.) Alejarse lo menos posible de un clima general de armonía.

Ejemplos de esta etapa:– la pérdida de una figura vincular de la que se ha dependido de forma extrema se relaciona con el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. La paciente deja de comer como un síntoma más pero la pérdida de peso la agrada en un momento dado. Perder peso había sido para ella una “asignatura pendiente” desde siempre y se origina un Trastorno de Alimentación de tipo Restrictivo identificable como Anorexia Nerviosa.

El primer embarazo de una hija con la que ha tenido una relación de competencia intensa (vínculo inseguro resistente/preocupado) provoca en la madre de la embarazada la necesidad de diferenciarse y rejuvenecerse. La paciente inicia una serie de cuidados corporales entre los que está perder peso. Inicia al poco una sintomatología restrictiva y un cuadro de Anorexia Nerviosa Restrictiva.

Edad media tardía en la familia.

Apoyo en tareas emocionales relacionadas con jubilación: pareja, grupo de pares, actividades adecuadas al interés de la persona (aprendizaje, voluntariado, cultivo de aficiones etc.). Apoyo relacionado con problemas de salud física y mental. Propiciar contacto con personas de diferentes edades que continuará en la siguiente etapa del ciclo.

Ancianidad en la familia.

Propiciar el sentido de filiación y pertenencia a la familia. Apoyo para que la persona mantenga el control sobre su ambiente inmediato. Propiciar la conservación del sentido de control independientemente de las

dificultades de salud y deterioro. Propiciar el control de la vida cotidiana al objeto de conservar o mejorar la calidad de vida. Apoyo en la crecimiento ansiedad de pérdida. Plantear adecuado consejo y asistencia frente a los riesgos que generan las sucesivas crisis. Apoyo relacionado en general con problemas de salud, asistencia y dependencia.

Demos paso ahora a las ponentes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Atkinson, L. Ed. Attachment and Psychopathology. The Guilford Press, 1977.
- (2) Marrone, M. La Teoría del Apego. Un enfoque actual. Ed. Psimática, 2001.
- (3) Brisch, K.H. Treating Attachment Disorders. From Theory to Therapy. The Guilford Press, 2002.
- (4) Feeney, J. Apego Adulto. Editorial Descleé de Brouwer S.A. Bilbao, 2001.
- (5) Ainsworth, M. Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale. Erlbaum, 1978.
- (6) George, C., Kaplan, N., Maine, M., Adult Attachment Interview. Unpublished Manuscript. Department of Psychology. University of California. Berkeley, 1996.
- (7) Group for Advancement of Psychiatry. Psychiatric Prevention and the Family Life Cycle. Report num. 127. Brunner/ Mazel, inc., 1989.

(8) Chatoor, I., Egan, J., et al. Interactions in Infantile Anorexia Nervosa. 0890-8567/88/2705 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1988.

(9) O'Kearney, R. Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: a Review of Theory and Empirical Research. International Journal of Eating Disorders. Vol.20, num.2. 115-127, 1996.

CICLO VITAL, VÍNCULO Y ANOREXIA NERVIOSA

María Carrera Ferrer

Psicóloga Clínica

Unidad de Trastornos de alimentación. Hospital Universitario Son Dureta. Palma

INTRODUCCIÓN:

La teoría del apego intenta explicar el vínculo afectivo que establece una persona con otra, caracterizado por un conjunto de conductas de búsqueda de proximidad, intimidad y base de referencia en las relaciones con el entorno. Éste vínculo cuando se presenta como incondicional, competente para ayudar y consolar produce unos sentimientos de seguridad, estabilidad, creencia en las propias competencias, comunicación emocional y amor entre las dos personas. El apego facilita la construcción de unas representaciones mentales sobre la figura de apego, sobre el sí mismo y sobre la supuesta imagen que la figura de apego tiene de la persona apegada. (1)

La principal función biológica del apego es asegurar la protección garantizando así, la supervivencia.(2).

Para Bowlby el apego establecido desde el primer año de vida era estable (evitativo, seguro, ambivalente) aunque no descartaba cambios en el mismo debido a circunstancias vitales distintas.

Desde sus trabajos y los de su discípula Mary Ainsworth numerosos profesionales han profundizado en la teoría del apego presentando estudios diversos.

Algunos autores defienden la invariabilidad en el apego a través del ciclo vital, Sroufe, Egeland y Kreutzer(1) dentro de la corriente prototípica pero admiten que, aunque posteriormente, puedan darse otras influencias, el sistema original permanece inamovible en su esencia y no sólo por la estabilidad del ambiente sino por la naturaleza intrínsecamente estable del apego.(1)

La postura más revisionista defiende que el apego puede mantenerse o cambiar, puesto que se trata de un sistema flexible que se adapta y modifica ante nuevas experiencias, el apego no sería intrínsecamente estable, sino que dependería de la permanencia de las condiciones ambientales (1)

Si nos basamos en el modelo de Patricia Crittenden quien considera el apego como un patrón, un procesamiento de información y una estrategia para identificar y responder al peligro, hablaríamos de variaciones en el apego desde la “situación extraña” con cambios en la infancia, desorganización en la adolescencia para posteriormente configurar un tipo de apego en la edad adulta en una gama que iría desde el apego seguro hasta la psicopatía. (3)

Al intentar entender la Anorexia Nerviosa desde la Teoría del apego cabría preguntarse qué tipo de apego es el que daría lugar a un TA. No hay una respuesta clara, parecería que el patrón evitativo con sus dificultades para entender y mostrar los afectos predominando el mundo cognitivo sería el que más se aproximaría al patrón vincular anoréxico. Las conductas restrictivas junto con la delgadez serían la forma en que

la paciente podría mantener esa distancia emocional con los padres y pares propia del apego evitativo en la adolescencia. Cada paciente es diferente y en casos muy graves podríamos valorar un apego ambivalente.

Otra pregunta que cabría preguntarse es si en el proceso evolutivo de una paciente con Anorexia Nerviosa se producen movimientos vinculares y qué los produce. Si como creemos, la AN es el resultado de una vinculación insegura en la primera infancia con una reorganización en la adolescencia (3) ¿sería posible un movimiento vincular en la edad adulta hacia un apego seguro o por el contrario no vamos a encontrar cambios? ¿Puede la psicoterapia como base segura desde la que explorar el mundo ayudar a una paciente anoréxica a establecer un vínculo seguro o en su defecto a facilitar algunos cambios en las dimensiones confianza/desconfianza, seguridad/ansiedad, intimidad/evitación de la intimidad (4)?

OBJETIVOS

- 1.- El primer objetivo de este trabajo sería intentar aproximarse al entendimiento de la Anorexia Nerviosa como un proceso vincular estable o no.
- 2.- El segundo objetivo es realizar una reflexión sobre el papel de la psicoterapia en los posibles movimientos vinculares si los hubiere.

MATERIAL Y MÉTODO

Se expondrán dos casos clínicos.

El primero es el de una mujer adulta y el segundo el de una adolescente mayor y su bebé.

Se han utilizado: La entrevista de apego para adultos (AAI)(5) de Main en el primer caso y el cuestionario de apego para adultos de Feeney, Noller y Hanrahan en ambos (6).

CASO N° 1

Mujer de 62 años sin diagnóstico psiquiátrico en la actualidad.

En su biografía cabe destacar:

- .– Muerte del padre a los 4 años por accidente
- .– Ingresada sin sus hermanos en un internado hasta los 14, edad en la que es trasladada a otro centro con una hermana.
- .– Vuelve a casa a los 16 y es obligada a renunciar a sus estudios para cuidar a su madre
- .– Matrimonio a los 24 con un hombre alcohólico y mal tratador de ella y de sus dos hijos.
- .– Su madre abandona el domicilio en el que convivía con ella y su marido e hijos.
- .– Separación del marido a los 46 años.
- .– A los 54 inicia trabajo en un centro para minusválidos psíquicos.
- .– Su hija abandona al marido y a los dos hijos y corta cualquier contacto con su madre.

Antecedentes Psiquiátricos:

Mutismo selectivo en la infancia

Bulimia Nerviosa purgativa a los 16 años. Siempre mala comedora.

Diez ingresos hospitalarios por desnutrición y deshidratación. Anorexia Nerviosa Purgativa a los 46 y dos episodios depresivos mayores. En dos ocasiones ingresada para tratamiento con TEC. Escasa adherencia al tratamiento farmacológico por no confiar en su utilidad.

Tratamiento y seguimiento posterior:

Iniciamos tratamiento en la unidad de trastornos de alimentación enfatizando en que tuviera dos figuras claras de referencia, ya que en la evolución de su trastorno y aunque básicamente había sido tratada por el mismo psiquiatra, los numerosos ingresos en diferentes instituciones habían hecho muy complicada la vinculación con un terapeuta. Nos aseguramos de dejarle muy claras las pautas de tratamiento psicológico y farmacológico e insistimos en la necesidad de mantenerse nutrida para continuar el tratamiento con nosotras. Pactamos un IMC inferior a 17 para un reingreso o bien problemas electrolíticos severos.

A nivel psicológico se inició un tratamiento centrándose en la teoría del apego. Se comenzó haciendo una revisión de su biografía para que ver cuál era la narrativa sobre su historia personal y cómo podía estructurarla, así mismo se le pasó la entrevista de apego para adultos de Main (5).

Su narrativa estaba plagada de desatenciones y pérdidas de sus figuras vinculares principales y también de algunas figuras con las que se vinculó en la edad adulta: padre muerto, enviada a residencia de huérfanos, novio fallecido, madre que la obliga a cuidarla y luego la abandona en su desgraciado matrimonio, sacerdote que debe partir a misiones. No podía expresar emoción alguna, ni tan siquiera identificarlas. En aquel momento observamos un patrón vincular evitativo a caballo entre un patrón ambivalente. Poco a poco fuimos facilitando a la paciente la expresión de sus sentimientos y emociones y pudo poner palabras a su rabia y su dolor. En este proceso que duró tres años, sólo precisó un in-

greso por un cuadro epileptiforme que padeció y del que no se concluyó nada.

A menudo tuvimos que ofrecerle agua y algún alimento en la consulta para que no desfalleciera. Sentíamos que le servíamos como base segura para continuar su nuevo camino, pero con sus hermanos mantenía una relación fría y distante, discontinua y sin sentir confianza, intimidad o seguridad. La relación con el hijo mejoró en aquella época en parte debido a la incorporación de la novia de éste a la familia, una mujer cálida y que entendía las enfermedades crónicas debido a su diabetes. El hijo nunca ha entendido la enfermedad de la madre aunque procuraba hacerle un cierto “caso”. La hija se alejó de la madre al emparejarse y ante las demandas de atención de la paciente que sufría mucho con este distanciamiento, aunque no era capaz de expresar sus necesidades con claridad.

Consiguió empezar a ser crítica con su lugar de trabajo, a darse cuenta de que ella no era una minusválida y a exigir mejoras para todos en el ámbito laboral por lo que fue y sigue siendo sometida a un cierto acoso laboral.

Actualmente evita todo contacto con sus hermanos y sólo se relaciona con una sobrina que parece ofrecerle confianza y cierta intimidad. Ha recuperado la relación con su hija (probable TLP) y entre ambas están construyendo una relación de confianza mutua, intimidad y seguridad. Con su hijo mantiene una relación difícil, marcada por las quejas, gran desconfianza entre ambos y una gran rabia expresada porque no le dejan cuidar a su nieto. Ha cambiado de domicilio y vive en la ciudad pues siempre había soñado con esto. Realiza labores semanales de voluntariado y sigue en su trabajo en espera de la jubilación. Acude mensualmente a consulta e insiste en que deberíamos escribir un libro sobre su vida.

Se le aplicó la escala de apego de adultos de Feeney y Noller y obtuvo puntuaciones compatibles con el tipo de apego evitativo resistente (6).

Comentarios al caso 1:

El trabajar con esta paciente fue muy desalentador al principio hasta que enfocamos el caso desde la teoría del vínculo y rehicimos su historia personal. Esto nos permitió entender por qué le costaba tanto vincularse, por qué nunca protestaba pero continuaba con sus conductas restrictivas y purgativas hasta el punto de que en algún momento fue diagnosticada como trastorno pasivo – agresivo de la personalidad. A lo largo de estos años de tratamiento, 5 ya, hemos aceptado que su estilo vincular se mantiene estable, evitativo, con tendencia a la desorganización. El vínculo terapéutico le ha permitido el cuidado de sí misma y mantener un ánimo estable (ahora sigue medicada y lo acepta), no le ha ayudado a establecer relaciones vinculares adultas más seguras aunque ha mejorado notablemente la relación con su hija. En conjunto le ha permitido, quizá, cambiar un patrón evitativo muy rígido por otro algo más flexible.

CASO 2

Mujer de 19 años, soltera, madre de un bebé de 18 meses. Estudios elementales. Trabajo temporal en negocio familiar.

Actualmente sin diagnóstico psiquiátrico.

Datos biográficos:

- .– Posible acoso escolar entre los 11–12 años
- .– Emparejamiento a los 15 años
- .– IVE a los 16 años
- .– Maternidad a los 17 años

Antecedentes personales:

- .– Trastorno por ansiedad de separación en la infancia (sin diagnosticar ni tratar)
- .– Anorexia Nerviosa Purgativa a los 12 años que precisó 7 ingresos hospitalarios.

Tratamiento y seguimiento posterior:

La paciente acude con sus padres por primera vez con 12 años y precisando un ingreso por su bajo IMC y la imposibilidad de parar las conductas purgativas. Presentaba un miedo intenso a separarse de sus padres. Se la derivó a otro hospital por no disponer de camas infantiles en esa época. Al alta, las conductas restrictivas y purgativas habían empeorado por lo que precisó 6 ingresos más y alguna estancia breve en Hospital de Día. Lo que caracterizaba a esta chica era su incapacidad para vincularse con algún terapeuta, lo intentábamos todos, marcaba una gran distancia y manifestaba una absoluta desconfianza hacia el equipo terapéutico que transmitía a los padres o quizá era al revés. No era capaz de manifestar lo que sentía y sus palabras eran “voy a deslomar a mi caballo de lo que peso” transmitiendo una angustia intensa. Su desconfianza hacia nosotros se había instaurado y sentíamos que no podríamos ayudarle. Decidimos centrar su tratamiento en un solo terapeuta que trasladó a la paciente la responsabilidad del mismo y le dio la confianza necesaria para que ella empezara a creer en sí misma. Aparecieron dificultades enormes en sus relaciones con los pares y también con sus padres, viviendo una larga temporada muy aislada y sin poder acudir a clase. Al fin encontró algunos iguales, no muy recomendables, con los que identificarse y aparecieron conductas de riesgo como fumar hachís, beber, alguna autolesión, transgredir normas familiares etc. Todo apuntaba hacia la configuración de un trastorno de personalidad, sin

embargo algo había cambiado ya que empezaba a confiar en el terapeuta y la alimentación mejoraba poco a poco. Inició una relación de pareja estable, bastante mayor que ella consumidor de cannabis, consiguió hacer los cursos de la ESO (Educación Obligatoria Secundaria) que le faltaban y empezó a trabajar en verano en el negocio familiar. Un embarazo no deseado puso a prueba su incipiente estabilidad, pero le ayudó a sentir a sus padres como figuras vinculares seguras que responden ante las dificultades sin criticar. A los pocos meses queda nuevamente embarazada y decide proseguir esta vez el embarazo. Trabajamos la vinculación precoz al bebé que es muy pobre. No hay presencia de sintomatología depresiva tras el parto, pero sí activación de la distorsión de la imagen corporal y de su inseguridad. Después de vivir con la pareja en otro pueblo, vuelve a vivir con los padres y finalmente se separa de la pareja, pasa por períodos de gran insatisfacción corporal ligados al estado de ánimo pero aún no es capaz de darse cuenta de ello. La hija presenta un trastorno por ansiedad de separación. El abuelo del bebé se significa como figura vincular importante igual que lo era con sus hijas.

Comentarios al caso 2:

Con esta paciente no nos centramos en la narrativa de su historia personal, el tiempo corría rápido, había que conseguir una vinculación terapéutica para que la paciente empezara a caminar, involucrar a sus padres y ayudarles a proporcionar a la hija la seguridad que necesitaba a la vez que le permitían y le ayudaban a separarse. Al revisar el caso no dudamos del vínculo ambivalente de esta chica, siendo el de su madre evitativo y básicamente seguro el de su padre (6).

El reto ahora es darle un soporte y ayudarle en la construcción de un vínculo más seguro con su bebé que acaba de sufrir su primer revés, la separación de sus padres.

BIBLIOGRAFÍA

- 1– López F: Apego: Estabilidad y Cambio a lo largo del ciclo vital. Rev. Infancia y Aprendizaje 2006 vol. 29, nº1; pag. 9–25
- 2– Marrone M. La teoría del apego. Un enfoque actual Editorial Psimática. 2001
- 3– Crittenden PM. Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego. Promolibro. 2002
- 4– Feeney J, Noller P. Apego adulto. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. 2001
- 5– Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley. 1996
- 6– Feeney J, Noller P y Hanrahan M: Assessing adult attachment: Development in the conceptualization of security and insecurity. En M.B. Spearling y W.H. Berman (Eds.). Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives (pp 128–152) Guilford Press. 1994
- 7– Brisch KH. Treating attachment disorders. Guilford Press. 2004
- 8– Stern D. La primera relación madre-hijo. Ediciones Morata, S.A. 1983

VÍNCULO TRANSGENERACIONAL EN LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

Begoña Gállego Valverde
Psicóloga. Psicoterapeuta. Madrid

Introducción

Quizás Vds. recuerden una película del año 1982 dirigida por Ridley Scott y protagonizada por Harrison Ford, titulada **Blade Runner**. La película, que se ha convertido en un clásico del cine de ciencia ficción, se basa, aunque de forma un tanto libre, en la novela de Phillip K. Dick”
¿Sueñan los androides con ovejas eléctricas? “

Harrison Ford– Deckard– es un Blade–runner, es decir un policía especializado en detectar y eliminar replicantes.

Los replicantes son robots con aspecto humano (androides), y cualidades similares a las de las personas, con tiempo limitado de “vida” y que se utilizan en trabajos peligrosos. Ellos, los nexus–6, los replicantes de última generación, están tan cerca de los humanos que, no exentos de angustia y dolor, se saben máquinas con fecha de caducidad.

En la última versión de replicantes a algunos les han introducido recuerdos.

Así Rachael, de la que se enamorará el protagonista –Deckard–, se cree humana ya que “recuerda” perfectamente a su familia, escenas de su infancia y las fotos correspondientes...

Por qué les cuento todo esto?, porque son nuestros recuerdos, nuestra historia, esa que nos coloca en la línea de una genealogía, la que nos permite construirnos como humanos, como sujetos. En definitiva, ningún sujeto es para sí sino es antes para otro.

Todo sujeto está inscrito en un determinado sistema de parentesco, y de algún modo soporta la historia de sus predecesores. Todo hijo ocupa un lugar en la fantasmática de sus padres (como individuos y como pareja) relacionado con el sistema narcisista de cada uno de ellos.

Como dice **Osterreich** :” Para lo mejor y para lo peor, cada uno de nosotros transporta en sí a su familia original, como ingrediente, como

constituyente de su organización, unas veces como un peso y una fuente de limitaciones, otras como una fuerza y una riqueza”.

Y es precisamente a través de la transmisión transgeneracional que esa historia nos llega, no sólo en lo biológico-genético, sino también. en contenidos psíquicos, mitos, historias, secretos, valores, ideales, conflictos no resueltos, etc.

Así pues no es de extrañar que diferentes autores y desde diferentes perspectivas, hayan intentado estudiar las relaciones intrafamiliares, y estudiar las familias como un sistema.

En definitiva, si la familia puede ser el origen, o al menos un factor de riesgo para un desarrollo psicopatológico también puede ser un factor de curación.

¿Y qué relación puede haber entre los aspectos transgeneracionales y los TCA? Desde que se empiezan a estudiar los TCA en adolescentes, todos los autores en mayor o menor medida, han estudiado las relaciones de la joven paciente con sus familias y a las propias familias.

Entender las relaciones intrafamiliares parecía importante tanto para la comprensión del cuadro, como para la toma de decisiones terapéuticas.

Un poco de historia

Hilde Bruch, psiquiatra que en los años sesenta fue pionera en el tratamiento y estudio de la anorexia, puso el acento en la conflictiva relación entre madre e hija, y en el rechazo radical de la imagen materna por parte de la hija.

Encontró también, que sus pacientes tenían padres con ideas muy rígidas acerca de cómo debían ser sus hijas y se mostraban intolerantes con cualquier manifestación de independencia por parte de ellas.

Minuchin en los años setenta y **Selvini Palazzoli** en los ochenta, llegan a interesantes conclusiones relacionadas con la estructura familiar, la solución de conflictos, la comunicación, la dificultad en la emancipación e independencia de los miembros jóvenes de la familia, las lealtades, las triangulaciones, etc.

Selvini-Palazzoli, evoluciona a una perspectiva sistémica e incluye pronto en sus tratamientos a toda la familia.

Estudia las constelaciones familiares y establece correlaciones entre el tipo de familia y el modo de enfermar. Algo así como qué tipo de paciente anoréxica para qué tipo de familia.

En resumen, podemos decir que la familia de la paciente anoréxica de Bruch es sobreprotectora, ambiciosa y está preocupada por el éxito y las apariencias. Para Minuchin en estas familias se da la sobreprotección, son rígidas y tienen dificultad para la toma de decisiones. **Selvini-Palazzoli**, habla de familias con alianzas encubiertas, malas relaciones y falta de comunicación entre sus miembros al intentar cada uno imponer las reglas de la relación.

White, desde una perspectiva transgeneracional, describe a la familia de la anoréxica, como un sistema rígido de creencias implícitas que se transmiten de generación en generación. Este autor considera que son familias con dificultades para aceptar la individuación y para la solución de problemas.

Para **Lofrano**, las familias de anoréxicas en general idealizan tanto a la hija como a la familia, mientras que las de las pacientes bulímicas proyectarían en la hija los aspectos rechazados por los padres.

Sin embargo, en los últimos años se acepta que las familias, en los TCA, son heterogéneas, y que no existe una tipología familiar que explique por sí misma ningún desarrollo de estos trastornos. En su lugar, hoy se habla de factores de riesgo y de dificultades que actuarían como elementos predisponentes.

Teoría del apego. Otro acercamiento a lo transgeneracional

Otro acercamiento a lo transgeneracional viene desde la perspectiva de la teoría del apego. **Bowlby**, psicoanalista inglés, interesado en el estudio de los estados de privación de la presencia de la figura materna, es el autor que desarrolla esta teoría

Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby, describe el apego de la siguiente forma:

“ Este algo internalizado que hemos llamado apego tiene aspectos de sentimientos, de memorias, de deseos, de expectativas y de intenciones, todos los cuales sirven como una especie de filtro para la percepción de la experiencia interpersonal, como un molde que configura la naturaleza de una respuesta externamente observable”

Para Bowlby y los teóricos del apego este es interno y va más allá de las conductas. Tiene que ver con un vínculo emocional que permanece a través del espacio y el tiempo. Según este autor, las relaciones de apego tempranas, forman un prototipo de relación que se reproducirá en las relaciones posteriores.

A partir de estas primeras experiencias del bebé con sus figuras de apego, generalmente los padres, se constituyen los **MIO** o Modelos Operativos Internos.

Podemos definir los modelos operativos como mapas cognitivos, representaciones, o guiones que un sujeto tiene de sí mismo y de su entorno.

A pesar de la importancia de las primeras relaciones entre el niño y sus padres, hay que tener en cuenta que las experiencias vinculares posteriores permiten realizar Movimientos Compensatorios que pueden atenuar o corregir los efectos adversos de una carencia inicial.

A partir de las teorías de Bolwby y precisamente para intentar estudiar los procesos de transmisión transgeneracional , Mary Main y su equipo, desarrollaron en la universidad de Berkeley la entrevista **AAI**. (Entrevista de Apego para Adultos) (1985).

La **AAI**, es una entrevista semiestructurada que consta de 20 preguntas relacionadas con la historia vincular del entrevistado. Su propósito principal es buscar y clasificar el estado mental del sujeto con respecto a sus vínculos.

A la hora de valorar la entrevista más importante que las experiencias narradas es la forma en que el sujeto narra dichas experiencias.

El grado de coherencia y consistencia del relato nos dará datos acerca del grado de resolución de los duelos del sujeto y del manejo de las ansiedades ligadas a sus experiencias pasadas.

La entrevista permite considerar 3 tipos de modelos representacionales del apego en el adulto, uno Seguro-autónomo, y dos inseguros, el Desentendido y el Preocupado. También se puede añadir un tercer modo inseguro, el Desorganizado.desorientado.

Desde los años noventa, son numerosas las investigaciones que se han ido realizando con esta perspectiva utilizando la AAI u otras entrevistas o cuestionarios similares. A través de estos estudios se intenta profundizar en los estilos de vinculación de un sujeto y en los mecanismos de transmisión vincular de una generación a otra.

Todas estas investigaciones parecen concluir que el tipo de vinculación segura funciona como un factor de protección ante los eventos de la vida.

Así tenemos por ejemplo que, estudios realizados por **Fonagy, los Steele, Target** y otros (1996, 2000, 2004), muestran que los estilos de apego inseguro se asocian con trastornos de personalidad en los adolescentes y los adultos.

En otro estudio con pacientes femeninas se encontró que aquellas con un estilo de apego inseguro tenían un número significativamente mayor de síntomas físicos y visitas a atención primaria. **Ciechanowski y cols.** (2002).

Myers (1998), halló que las personas con estilo de apego seguro tenían niveles más altos de competencia personal y autoestima, y niveles más bajos de malestar psicológico

La vinculación segura permite tanto al niño como al adolescente explorar por más tiempo y más lejos y buscar nuevas figuras de apego. Cuando el vínculo es seguro resulta más fácil negociar la autonomía al llegar a la adolescencia.

Cuando el vínculo no es seguro la probabilidad de dificultades en el proceso de individuación es mayor. Así podemos encontrar un alto porcentaje de vínculos inseguros en las conductas adictivas, antisociales y delincuencia o procesos psicósomáticos.

Se ha visto que los dos factores de mayor peso en el sentimiento de seguridad de los hijos son: la capacidad de ofrecer empatía y una respuesta sensible por parte del adulto y la habilidad para entablar conversaciones significativas en las que se muestre la capacidad de reflexionar sobre temas interpersonales.

Vinculación y TCA

Con respecto a los trastornos de alimentación, por ejemplo, tenemos que **A. Ramacciotti** y cols. en un estudio realizado en Roma en el año 2000 encontraron un estilo de apego inseguro, temor al abandono y dificultades con la autonomía en las jóvenes con TCA.

Consideran que la cualidad del vínculo desarrollada por estos sujetos a partir de sus primeras experiencias puede ser tomada en cuenta como un cofactor en el desarrollo del desorden de alimentación.

Otra investigación realizada en Francia por **Michel Bader y otros** (2004) estudia las representaciones mentales de un grupo de jóvenes con TCA severos y otro con toxicomanías y compara las constelaciones familiares y los componentes transgeneracionales en ambos grupos.

Los toxicómanos describen la predominancia de intensas vivencias familiares, de conflictos familiares, separaciones, duelos no elaborados y figuras y funciones transgeneracionales insuficientemente estructurantes.

Los sujetos con conductas alimentarias graves exponen frecuentemente conflictos entre los padres, problemas transgeneracionales madre/hija, y contraste entre las funciones paternas periféricas y las funciones maternas generalmente muy presentes

En el hospital del Niño Jesús de Madrid, las **Dras. Bayo, Martínez-Ladrón y yo misma**, realizamos un estudio con 120 entrevistas, divididas en seis grupos de veinte sujetos cada uno.

Utilizamos una adaptación de la AAI y la entrevista se hizo con las madres de las jóvenes pacientes.

Entre los resultados encontramos que el mayor índice de vínculo seguro y de Movimientos compensatorios hacia vínculo seguro se daba en el grupo control, tanto con respecto a los hijos como con respecto a sus padres, abuelos de las jóvenes, incluso aunque los recuerdos relatados incluyen hechos vitales difíciles como emigración, enfermedad o muerte.

En los grupos más graves que precisaron ingreso aparecía vínculo inseguro de tipo desentendido, tanto respecto a los hijos como con respecto a los padres.

En los grupos de TCA aparecía un índice más alto de vínculo inseguro de tipo preocupado tanto con las pacientes como con los hermanos, siendo mayor el índice de vínculo inseguro en el grupo de pacientes.

También encontramos que el valor que más discriminaba entre grupos correspondía a la representación mental del vínculo de la madre con respecto a su propia madre durante la infancia.

Estos resultados como los obtenidos por otros estudios correlacionan el vínculo inseguro con mayor malestar psíquico y la transmisión transgeneracional del tipo de vinculación.

Dejando hablar a las protagonistas

Finalmente, me gustaría dejar hablar a las protagonistas y para ello les traigo dos entrevistas de nuestro estudio. La primera corresponde a un caso de ANR que precisó ingreso por su bajo IMC y la segunda a un caso de Bulimia con tratamiento ambulatorio.

Viñeta clínica 1:

Esta primera entrevista corresponde a una mujer de 46 años madre de una chica de 18, que padece una ANR de 4 años de evolución, que necesitó un ingreso prolongado por su bajo IMC y que en el momento de la entrevista tiene una buena evolución.

Esta madre es la segunda de cuatro hermanos. El mayor es un varón y tras ella hay dos hermanas gemelas. Nació en un pueblecito de Castilla en el seno de una familia dedicada a las labores del campo. Vivió en su lugar de origen hasta los 22 años, edad en la que contrajo matrimonio y se trasladó a Madrid. Trabajó durante un tiempo en casa y posteriormente se hizo cargo de un negocio de hostelería, negocio que continúa en el presente.

“Yo recuerdo el campo como algo...no sé...no como Madrid”. Le cuesta encontrar un calificativo para su recuerdo. Desde el comienzo de la entrevista y a lo largo de toda ella, transmite añoranza por los años pasados en su lugar de origen.

Entre sus primeros recuerdos, hay un hecho que probablemente marcó el ser de esta mujer. Dice, " Recuerdo perfectamente el nacimiento de mis dos hermanas en el campo" y cuenta a continuación como su madre dio a luz a las niñas en el camino de vuelta al pueblo. El padre y los dos hijos mayores de cinco y tres años respectivamente tuvieron que atender el parto en un frío día de invierno. Fue un momento de grave riesgo para la vida de la madre (tuvo una intensa hemorragia) y los dos bebés, que esta niñita pasó sosteniendo la mano a su madre. Todo se resolvió bien e incluso este hecho dio a la familia un pequeño momento de notoriedad. "No hay nada que se celebre más en mi casa", comenta y añade, "Yo tengo algo con mi madre...y con una de mis hermanas...algo muy especial". La expresión de este vínculo especial madre-hija (es decir abuela-madre de la joven paciente), se repetirá a lo largo de todo el encuentro.

Más adelante en la entrevista, contará que a los 12 años pasó por una pequeña intervención pero que un exceso de anestesia la tuvo 15 días en coma. "Mis padres no se separaron de mi cama".

Con respecto a la relación con su madre, contesta " No recuerdo que me haya dicho nada en contra, nunca...solo cuando me eché novio... (Rápidamente cambia el tono) y añade... pero siempre muy bien...tengo pena de no estar con ella...como si hiciera algo que no está bien..."

Con respecto al padre, dice "Yo siempre iba con mi padre, era su lazari- llo...le traducía lo que le decían..." (El padre tenía un problema de audición y ella hacía de intermediaria cuando era necesario) "Siempre confió mucho en mí...incluso ahora". Sólo al responder a otras preguntas surge algún comentario crítico respecto a su forma de actuar.

Insiste en el dolor que a todos les produce al distancia, "Una piñita los hijos y los padres...ahora estamos más apartados, la niña (su propia hija), no quiere mucha reunión familiar"... "Pensaban que yo había cambiado...no entendían el sufrimiento de que la niña no come...ahora lo

entienden más”. Más adelante añade, “Necesito hablar con ella (su propia madre), para mí es como si respirara...” También sus hermanas que viven en el lugar de origen, le cuentan que la madre está mucho mejor cuando habla con ella.

La primera separación fue al venir a Madrid. “Lloré mucho... todos los fines de semana íbamos al pueblo...los jueves ya tenía la maletita preparada “.”Yo era muy blandita...he cambiado mucho...ahora soy dura...por la vida en Madrid”.

Considera que con respecto a sus padres no ha habido cambios en la relación y añade muy seria “Espiritualmente estoy unida a ellos”.

Al final de la entrevista, al hablar de sus hijos dice que ellos no han querido nunca ir de campamento. Con respecto a su hijo dirá que aunque no ha querido estudiar, la ayuda mucho y que es estupendo en el negocio.

Su hija sí fue de viaje en fin de curso “...entonces ya vino mal, picadita, justo en el inicio de la enfermedad”. Luego añadirá “Con mi hija me pasa lo que con mi madre, no puedo estar sin verla...”

A lo largo de la entrevista vemos a una mujer que no ha tenido una vida fácil, buena madre, trabajadora y protectora con sus hijos, como ella misma dice. Creo que también podemos ver en sus respuestas la dificultad para la evolución del vínculo entre las generaciones y las angustias que genera la separación y autonomía de los hijos, sobre todo en la línea femenina (abuela–madre– nieta).

Tampoco los vínculos paternos parecen haber ayudado en este proceso sin que podamos apreciar movimientos compensatorios, así la relación queda idealizada llevando a una interdependencia que dificulta el desarrollo de la alteridad y la individuación.

Viñeta clínica 2:

La segunda entrevista AAI, corresponde a una mujer de 54 años madre de una paciente adolescente de 16 años con un tratamiento ambulatorio por bulimia nerviosa purgativa.

Es una mujer con una diplomatura universitaria que trabaja fuera de casa en su profesión. De aspecto agradable. Al inicio de la entrevista se muestra a la defensiva. Me pregunta incómoda que porque las madres y no los padres. Su forma de expresarse me hace pensar en los sentimientos culposos que puede experimentar esta mujer con respecto a la situación de su hija.

En un primer momento cruza los brazos sobre el pecho y poco a poco los irá soltando y moviendo acompañando a su relato.

Al despedirnos tras hora y media de conversación me dará dos besos.

Al corregir la entrevista con mis compañeras, calificamos su estilo de vinculación con respecto al padre como seguro y como preocupado con respecto a su propia madre, su hija y su marido, sin que aparezcan movimientos compensatorios a lo largo de su historia.

Durante la entrevista se expresa adecuadamente y sonríe, pero su actitud general transmite tristeza.

Nacida en Madrid, es la quinta de siete hermanos. Cinco varones y dos mujeres, ella y la hermana mayor de la fratria.

Nunca ha habido traslados ni situaciones graves durante su infancia.

El padre inspector de hacienda falleció hace pocos años y la madre vive todavía.

Con respecto a sus primeros recuerdos de la relación con sus padres en la infancia dice:

“Yo creo que para aquellos tiempos era buena. Mi padre era superafectuoso y mi madre más fría. Pero claro tenían que repartir su corazoncito

entre siete...Yo...siempre lo he echado de menos ...llegaba a casa y decía dónde está mamá?..."

A lo largo de la entrevista incidirá sobre esta diferencia," si me encontraba mal seguro que iba a mimitos con mi padre". Aunque luego añadirá que en la adolescencia discutieron mucho:... "era muy afectuoso, pero machista...puso problemas en que fuera a la universidad, pero tuve el apoyo de mis hermanos y yo lo tenía claro"

Con respecto a la relación con la madre dirá : " siempre me sentí que estaba en segundo término" y en otro momento añade que " seguro que soy injusta, pero en fin, seguro que ella lo intenta, pero no es cariñosa...mi hermana mayor que se llevaba fatal con mi padre siempre dice pobre mamá...ella vino a Madrid (procedía de otra ciudad española) y era un poco infantil...siempre dependió de mi padre...no sé yo tengo un contencioso ahí con ella...que en fin ...era dura la vida de las mujeres...supongo que ella se debía de valorar muy poco...en fin ...no sé ...antes de que muera..."

Con respecto a la relación con sus hermanos. Relata una anécdota referida a su falta de capacidad para dibujar y luego añade, "Yo aún lo recuerdo fatal. Mis hermanos. Eran cáusticos y yo les tenía pavor sobre todo a los dos mayores. No era rechazo pero eran bromas y risas, hacía pupita, nunca he vuelto a pintar."

Ante la pregunta 10 ¿Cómo cree Vd. Que estas experiencias han podido afectar a su personalidad adulta? Contesta, "No sé, siento que me falta mucho por madurar... en muchas cosas...tal vez estaba muy protegida...aunque yo trate de volar por mi cuenta".

De hecho esta mujer a los ventares años se fue a vivir con su novio, hoy su marido y el padre de su hija, a pesar de la oposición paterna.

Un poco más adelante respondiendo aún a esta misma pregunta esta mujer que se crió con 5 hermanos varones, dirá, "Me da envidia mi hija

que desde pequeña ha estado con chicos...para mí era un corte cuándo empecé a salir por la noche, o luego en la facultad”.

Llama la atención como a pesar de algunos movimientos en la realidad esta mujer capaz de oponerse a las opiniones paternas y seguir las suyas propias, transmite una inquietud interna y una falta de confianza en sí misma que sin duda debieron de pesar en la decisión de ser madre. Tenía 37 años cuando decide dar el paso.

“Nos lo pensamos mucho. Cuando nació la niña yo me sentí feliz pero con una gran hiperresponsabilidad...yo estaba diciendo–yo no te voy a fallar nunca–me llené de esas cosas...empecé a trabajar a los 3 meses...mi marido por las mañanas y yo por las tardes...lo pasé fatal...no tuve apoyo...yo creo que tuve una depresión...fue una etapa mala entre los dos...”. Luego añadirá, “Ahora siento culpa por no haber dejado a C. un hermano...pero no me sentí con fuerza para repetir. Mi marido tampoco quería otro y se descartó”.

La maternidad aparece como una vivencia conflictiva aunque fuera una experiencia meditada durante años y finalmente buscada.

Tampoco la relación con su pareja parece haber facilitado movimientos hacia una seguridad adquirida. (Algunas mujeres a lo largo de estas entrevistas apuntan que la relación con su pareja y su apoyo las han ayudado a cambiar y resolver relaciones conflictivas con sus familias de origen y a sentir confianza en sí mismas).

Ya al final de la entrevista al explorar sobre la relación con su hija, esta mamá hace hincapié en los estudios, y añade, “que sea independiente, una profesional del tipo que fuese, que no necesite casarse ni de nadie...”

Finalmente al preguntarle que desearía que su hija aprendiese en su experiencia como hija, se pone muy nerviosa y parece no entender la pregunta. Trato de ayudarla y darle un tiempo para calmar la ansiedad y por fin responde, “No sé...soy insegura y temo que mi hija ha aprendido

lo negativo, mi inseguridad...” Se queda pensativa y añade, “Entonces...no sé...quizás mi madre es una mujer con muy baja autoestima...no sé...yo en mi hija me he volcado...pero...no sé...yo es que ahora estoy yendo a un psicólogo”. (Hecho que hasta ese momento no había mencionado).

Me gustaría pensar, que como ocurre en algunos casos, la enfermedad de su hija llegue a ser también una oportunidad para que esta mujer pueda resolver, por fin, algún contencioso, como ella señalaba al principio de la entrevista, y pueda avanzar hacia una seguridad adquirida y hacia un mayor confort consigo misma.

Nada más, muchas gracias por su atención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1– Osterrieth, P., en “Introducción a la psicología del niño”, Editorial Herder, Barcelona 1986.
- 2– Bruch, Hilde – “La jaula dorada”. Ed. Paidós 2002.
- 3– Minuchin, S y Fishman, H.Ch. – “Técnicas de Terapia Familiar”. Ed. Paidós 1984.
- 4– Selvini, Matteo (compilador) – “Crónica de una investigación”. Ed. Paidós, 1990.
- 5– Bowlby, J. “Una base segura” – Ediciones Paidós, 1989.
- 6– Ainsworth, M., “Patterns of Attachment: a Psychological Study of Strange Situation. Hillsdale 1978.
- 7– Main, M., Kaplan, N. “Adult Attachment Interview”. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley, 1996.

- 8- Fonagy,P.,- “Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría”. Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo. A.P.A. Washington DC. 1999. Traducido en Revista Aperturas nº 3. 1999
- 9- Fonagy,P.,- “Apegos patológicos y acción terapéutica”. Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo. A.P.A. Washington DC, 1999. Traducido en Rev. Aperturas nº 4. 2000.
- 10- Ramacciotti, A. y otros, “Attachment processes in eating disorders”. Eating and Weight disorders, 2001.
- 11-Bader, Michel y otros “Estudio de los componentes transgeneracionales en la toxicomanía y TCA de adolescentes”, Psychiatrie de L’enfant – nº 47. 2004.

DISCUSIÓN DE LA MESA REDONDA: Resumen

María Carrera explica que su experiencia hasta el momento le hace pensar que la psicoterapia no cambia el tipo de apego pero que, en la paciente de 19 años, ayuda a organizar un camino, crear una tendencia que ayude a salir de la patología alimentaria.

Las implicaciones de esta tendencia desde el punto de vista terapéutico son las siguientes: el tipo de apego puede aportar elementos técnicos a la terapia. Por ejemplo un paciente evitativo (vínculo desentendido) puede complacer al terapeuta anulando sus afectos e intentando protegerle ya que vive su vínculo como incompetente u hostil.

Un paciente vinculado de forma ambivalente (vínculo preocupado) se empeña en mostrar al terapeuta lo mucho que le interesa pero sin que haya trabajo cognitivo. El mundo cognitivo del paciente está distorsionado ó reprimido para poder responder a las inconsistencias de la figura vincular. Es decir, una paciente puede venir encantada a consulta y no

trabajar nada porque su experiencia es de incongruencia y ese es su estilo vincular.

Begoña Gállego habla en su exposición de un caso de Bulimia Nerviosa Purgativa en tratamiento ambulatorio y diferencia la vinculación de la madre de la paciente con respecto al otro caso que presenta, un caso de Anorexia Nerviosa Restrictiva ingresado.

Considera que la madre del caso ambulatorio concientiza su inseguridad vincular. Sufre por ello, realiza tratamiento psicoterapéutico e intuye que puede romper la transmisión del vínculo a la siguiente generación.

La madre de la paciente que sufre Anorexia Nerviosa y que está ingresada, no se da cuenta de que no ha pasado por una fase de individuación, de autonomía con respecto a su propia madre (abuela materna de la paciente). Tampoco es consciente de que su hija enferma tendrá que realizar esta tarea emocional por las dos. Esto probablemente lastre la evolución de la hija.

Carmen Bayo añade una hipótesis conjunta: cuando existe un vínculo inseguro de la madre con la abuela y no ha habido un movimiento vincular compensatorio posterior, la evolución clínica de la paciente puede ser más difícil.

Pensamos que trabajar sobre la vinculación en general es una forma de alejar a la paciente del riesgo psicológico, de mejorar su evolución, de trabajar en la línea de prevención de recaídas.

