

# EL PESO DE LAS RELACIONES VINCULARES EN EL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍAS GRAVES<sup>1</sup>

Macarena Letelier Carvajal<sup>2</sup>

---

## **Resumen**

El presente artículo es el análisis de un caso ocurrido en el servicio de salud mental del Hospital Roberto del Río, donde el trastorno del vínculo temprano madre-hijo complejiza el diagnóstico y evolución de un paciente con esquizofrenia resistente. El artículo muestra la importancia de las relaciones vinculares tempranas, y cómo su conocimiento por parte del equipo tratante es esencial en el diagnóstico de patologías mentales graves. Se destaca que, incluso en enfermedades muy estigmatizadas por su fuerte peso genético, habría determinantes medioambientales que han marcado o, quizás, causado el desenlace del cuadro clínico.

### **Palabras Clave:**

Vínculo madre-hijo, apego, esquizofrenia resistente.

---

## **Abstract**

*This article comprises the analysis of a case in the mental health service at the Roberto del Río Hospital (Santiago, Chile), in which the disorder of the early mother-infant bonding complicated the diagnosis and evolution of a patient with resistance schizophrenia. This case provides evidence of the importance of early attachment relationships, and how its knowledge by the medical team is essential in the diagnosis of serious mental disorders. It highlights that even in diseases strongly "stigmatized" by its strong genetic weight, major environmental factors may have an impact in its development or, even more, they may play a major role in the outcome of the clinical condition.*

### **Key Words:**

*Mother-infant bonding, attachment, resistance schizophrenia.*

---

1 Trabajo presentado en las 27ª Jornadas Interregionales de Niños y Adolescentes, FEPAL, Santiago, Noviembre de 2015.

2 Residente Psiquiatría Infanto-Juvenil Hospital Roberto del Río

---

## Material clínico

Paciente de 16 años, diagnosticado en junio del 2013 con una Esquizofrenia Paranoide por una psiquiatra de nuestro servicio. Llega a nuestro equipo en enero del 2015 debido a la jubilación de la psiquiatra tratante. Al momento de su derivación, el paciente presentaba una descompensación de su patología. Si bien negaba la presencia de pseudoalucinaciones y la agresividad inicial había desaparecido, insistía en pertenecer a una religión griega y a un grupo "scout-paramilitar" que no existían. Además manifestaba una sobre valoración de todo lo que fuera extranjero, sintiéndose superior por tener ascendencia francesa. Esto último lo llevaba a fabular sobre parientes franceses ricos que lo estaban esperando.

Dado lo anterior se decide hospitalizar al paciente y comenzar con un tratamiento farmacológico de tercera línea (clozapina), diagnosticándose Esquizofrenia Paranoide resistente a tratamiento.

Lo interesante de este caso es la evolución del paciente una vez que la clozapina comienza a hacer efecto. Se constató que durante el tratamiento con el fármaco disminuyen las ideas delirantes. Sin embargo, y lo que es inusual, aparecen una serie de nuevas características en su personalidad que nos hicieron incluso repensar el diagnóstico.

A medida que pasaban los días, nos fuimos dando cuenta que el paciente no sentía dolor, no sentía frío y no extrañaba a ningún familiar cercano, pese a que éstos (abuela y madre) habían estado muy presentes en su vida. Además, durante la hospitalización provocó ciertos altercados entre compañeros, en los cuales el paciente mentía descaradamente para evitar culpas, mostrando bastante conexión con la realidad en sus respuestas o iniciativas. Además, no lograba empatizar en ningún momento con el daño que ocasionaba, mostrando un discurso ganancial y acomodado. Empezamos a evaluar estas características asociales de su personalidad y determinamos como hipótesis la posibilidad que el rasgo hubiese aparecido con la adolescencia siendo teñido por una esquizofrenia, o bien, que estábamos frente una "esquizofrenia psicopática". En efecto, diferentes estudios han mostrado altos niveles de rasgos antisociales (personalidades psicopáticas) en sujetos con esquizofrenia (Guizar et al, 2012). La conducta final del equipo fue adherir al tratamiento con clozapina, terapia electroconvulsiva y comenzar a recabar información sobre la historia de vida y de desarrollo del paciente. Fue en ese momento cuando nos dimos cuenta de la existencia de antecedentes esenciales de su historia de vida y que podían estar determinando el cuadro clínico.

En efecto, entre sus antecedentes más significativos estaban el ser hijo de una familia desligada re-ensamblada y haber sido fruto de la relación entre una madre adolescente (14) y un padre mayor (26), que termina durante el embarazo debido a violencia intrafamiliar psicológica del padre a la madre. Sin embargo, la madre siguió mucho tiempo enamorada del padre, lo que la hizo insistir mucho en que el padre se vinculara con el niño, promoviendo las visitas pese a la desmotivación de éste. Madre y abuela materna describen al padre como un personaje: "muy raro", "él mentía mucho, era un delincuente de corbata", "competía con sus hermanos por seducir mujeres, embarazarlas y luego abandonarlas".

La madre fue apoyada por la abuela materna, dio lactancia por un mes: "se me cortó la leche por pena". En efecto, durante los primeros días de vida del paciente, la madre comienza a elaborar la relación con el padre del paciente como estupro. Efectivamente, el padre había seducido a esta madre a muy temprana edad (13 años) - con una asimetría de edad de 12 años -para comenzar una vida sexual activa. Dado lo anterior, la madre comienza una depresión postparto severa y después de un proceso psicoterapéutico logra desvincularse definitivamente del padre cuando el paciente tenía 1 año. A los meses la madre comienza una relación con su marido actual. El padre, resentido con la madre, secuestra al paciente llevándose lo por algo más de una semana. El paciente es encontrado por Carabineros y en condiciones de cuidado deplorables. La abuela recuerda que cuando se lo entregaron, lo primero que el niño pide fue bañarse. Esa fue la última vez que el paciente tuvo contacto con su padre.

Es así como la pregunta sobre el por qué de la evolución clínica del paciente, fue respondida por la historia del vínculo afectivo madre-hijo y la historia familiar. Sabemos que el ser humano nace con una predisposición a vincularse a sus cuidadores bajo la conducta de apego, esta conducta crea un vínculo temprano entre el bebé y su cuidador principal, generalmente la madre, que organiza/regula su pensamiento y conducta (Besoain et al., 2009; Santiago, 2013). Esta predisposición al vínculo está comandada por esquemas relacionales grabados en las zonas inferiores cerebrales (área orbitofrontal y hemisferio derecho) como memorias procedimentales, es decir, como registros corporales inconscientes (Schoore, 1994 citado en Santiago, 2013). El período crítico para la consolidación de estos esquemas es aproximadamente entre los 0 y 2 años, después de ese periodo ya no es posible desarrollar estos sistemas (Dörr et al, 2010). La importancia de un vínculo adecuado con la figura de apego durante los primeros años de vida, que sea capaz de brindar una nutrición afectiva, es primordial para el desarrollo de la

empatía y la capacidad de amar del bebé en su vida adulta (Dörr et al, 2010). Para explicar lo anterior, Bowlby (1988) se apoya en el concepto de “modelo operante interno”, al cual describe como una representación del sí mismo, y a una representación de la interacción que la persona tiene de sí con la figura de apego, en un ambiente cargado emocionalmente. Este modelo se mantiene de forma más o menos estable a lo largo de la vida, y actúa de forma inconsciente, determinando cómo la persona se siente respecto a sí mismo y a su progenitor. Esto último da pauta de cómo la persona espera ser tratada por otros y cómo ésta tratará a los demás a lo largo de su vida (Besoain et al, 2009; Santiago, 2013).

Para la creación de una conducta de apego seguro, la interacción con la figura de apego debe construirse en torno a la capacidad de “mentalización” del cuidador, es decir a la capacidad que éste tenga para explicar la experiencia de uno mismo y de los otros como estados subjetivos reactivos a procesos mentales. La mentalización es un proceso cognitivo adquirido durante los primeros años de vida y que fue regulado afectivamente por las figuras de apego. En efecto, la mentalización de los cuidadores fue alcanzada a su vez por relaciones de apego seguro con sus propias figuras de apego; donde deseos, sentimientos y pensamientos fueron adecuadamente entendidos por estos adultos (Fonagy et al, 2007; Besoain et al, 2009). Esto daría a entender que las conductas de apego tendrían un componente transgeneracional (Besoain et al., 2009).

Sin embargo, existen estudios que muestran una relación no significativa entre las experiencias de apego de los cuidadores y el apego que desarrolle el bebé. Esto último muestra la existencia de diferentes variables contextuales - tanto del cuidador como del bebé - que influyen en el desarrollo de la experiencia de apego del bebé (Quezada et al, 2010). Entre estas variables se encuentran las ideas de la madre sobre el futuro hijo y de su propia competencia como madre (Levendosky et al., 2004 citado en Quezada et al, 2010), la sincronía, la mutualidad, el apoyo emocional, la actitud positiva materna (Van Ijzendoorn, 1997, citado en Quezada et al., 2010), la presencia del padre u otras figuras de apego alternativas y el contexto socio-ambiental (Quezada et al., 2010). Estas variables pueden estar determinadas por experiencias de maltrato, abuso, traumas, insatisfacción de pareja (Weinfield, 1992, citado en Quezada et al., 2010) y el debut de psicopatologías maternas (Quezada et al., 2010).

Sabemos que el estado depresivo materno o la separación temprana materna, altera el vínculo de la diada madre-hijo, impidiendo que la madre mentalice el vínculo con el hijo y logre regular las emociones y necesidades de éste (Adams, 2005, citado en Quezada et al, 2010). A su vez, el hijo no logra regular a la madre centrándose en sí mismo y siendo

ineficaz la interrelación de ambos (Dörr et al., 2010). De esto se deduce que el hijo no aprende a mentalizar, ya que su madre no fue capaz de enseñárselo en un momento clave de su desarrollo neurobiológico. Esto afectaría el auto-concepto, la autoestima y por ende, la forma de relacionarse con el entorno a lo largo de su vida (Mason et al, 2005, citado en Quezada et al., 2010). Si el vínculo madre-hijo no logra establecerse de forma sana los primeros años de vida, las consecuencias pueden ser graves para el hijo, llegando a ser más vulnerable a psicopatologías y con difíciles posibilidades reparatorias (Mardomingo, 1994, citado en Dörr et al., 2010; Mason et al., 2005, citado en Quezada et al., 2010).

Dado que la mentalización tiene que ver con el reconocer las conductas del otro como procesos mentales de estados subjetivos, estudios muestran que al alterarse las conductas de apego, una de las áreas más susceptibles de daño y de más difícil reparación son las conductas sociales como la empatía (Dörr et al., 2010). Además, existen otros aspectos de la personalidad que también pueden afectarse, como la capacidad de mantener relaciones profundas, la impulsividad y el interés por proyectos a largo plazo (Mardomingo, 1994, citado en Dörr et al., 2010). En efecto, Bowlby (1998), citado en Dörr et al. (2010), refiere que la pérdida de la figura materna puede producir personalidades psicopáticas. Por otro lado, Winnicott (1991) (citado en Dörr et al., 2010), refiere que la alteración de un comportamiento materno óptimo, provoca alteraciones mentales que impiden una estructura interna sana formadora de la esencia de la persona, pudiendo desarrollarse conductas antisociales.

En su primera infancia, el paciente recién descrito experimentó varias de las variables que alteran las conductas de apego, y por ende su forma de relacionarse con el mundo en edades más tardías. En efecto, el paciente presenta una madre afectada por un trastorno depresivo; una relación de pareja entre los padres abusiva y maltratadora; una separación materna temprana (dos años) traumática; y maltrato paterno en el periodo del secuestro.

Una de las características llamativas de la historia de este paciente, es que si bien presentó una niñez relativamente normal, con una historia de desarrollo, escolaridad y sociabilidad sin nada llamativo, es en la adolescencia donde comienzan los conflictos y síntomas. Esto último nos hace sentido al leer a Mardomingo (1994) (citado en Dörr et al. 2010), quien refiere que la privación psicosocial puede ocasionar anomalías en el sistema neuroendocrino y efectos en la conductas que pueden observarse en la adolescencia.

Por otro lado, desde el post-racionalismo, Ruiz (1998) explica que en la adolescencia, secundario al surgimiento del pensamiento reflexivo abstracto, los jóvenes comienzan a percibir diferencias entre las experiencias personales y la búsqueda de la coherencia de sí mismo. Según Ruiz, la capacidad de abstracción del adolescente es lo que le permite integrar las discrepancias de las experiencias actuales y del pasado en una coherencia de continuidad proyectada en el tiempo. Sin embargo, familias con vínculos de interacción alterados interferirían en la capacidad de integración del adolescente, haciendo más difícil esta tarea para ellos. Para Ruiz un adolescente con una interferencia en la integración debido a una disfuncionalidad vincular, puede vivir episodios delirantes al tratar de conectar la experiencia inmediata de sí mismo y la imagen consciente de él, como una forma de búsqueda desesperada de la integridad del sí mismo. Volviendo al caso anterior, nos planteamos la dificultad que debe haber tenido el paciente para integrar la imagen paterna de un abusador y secuestrador en una historia de vida más o menos coherente.

Finalmente, el resultado de la terapia electroconvulsiva fue bastante positivo para el paciente, sin embargo, éstas fueron acompañadas con intervenciones ocupacionales y psicoterapias, con especial atención en la historia vincular madre-hijo. En efecto, el paciente poco a poco comenzó a prestar más atención en su entorno (se dio cuenta que habían cambiado el color de las paredes), empezó a sentir dolor, no tenía interés en asuntos bélicos, su vestimenta ya no era paramilitar e incluso nos dijo: “renuncié a ser militar”. Por el contrario, comenzó a interesarse en la historia de pueblos indígenas del sur, adquiriendo insignias y poleras con bandera mapuches. Además, comenzó con inquietudes escolares, planificando una re-vinculación escolar para el próximo año. Desde una mirada post-racionalista, podríamos decir que el paciente presentaba un procesamiento de conocimiento más flexible e integrado (Ruiz, 1998). Si bien, su sociabilidad mantenía rasgos psicopáticos, donde le era imposible ver al otro, es importante subrayar que el tenor de sus inquietudes se volvieron más sanas y su impulsividad bajó, lo que fue considerado como un éxito para el equipo.

---

## **CONCLUSIONES**

Este ensayo nos hace reflexionar sobre el rol de lo ambiental en enfermedades tan graves como la esquizofrenia o las psicopatías. Es importante tener en cuenta que incluso enfermedades muy “estigmatizadas” por su fuerte peso genético, pueden presentar grandes determinantes ambientales que han marcado, o quizás provocado, el desenlace del cuadro. La mayoría de los enfoques teóricos en psicología concuerdan con el

rol protagónico de la familia, sobre todo del vínculo madre-hijo, en el desarrollo de las psicopatologías de niños y adolescentes. Sin embargo, en el caso de psicopatologías con sintomatología grave, tendemos a olvidar antecedentes ambientales esenciales que nos pueden guiar hacia diagnósticos e intervenciones más certeras. Se ve aún lejano poder identificar el peso biológico o ambiental en las diferentes psicopatologías, pero es interesante observar que incluso en patologías con heredabilidad constante en la población - como la esquizofrenia - es fundamental la evaluación del contexto, ambiente y los relatos del paciente.

---

## 📖 Bibliografía

- 1.- Besoain C y Santelices M (2009). Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: una revisión. *Terapia Psicoalógica*, 27(1):113-118.
- 2.- Bowlby J (1988). *A Secure Base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- 3.- Dörr A y Banz C (2010). Ventanas de oportunidades y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños ferales v/s niños abandonados en instituciones. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(1).
- 4.- Fonagy P y Bateman A (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16:83-101.
- 5.- Guízar D, Álvarez R y Orellana A (2012). Rasgos de personalidad en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 35(4).
- 6.- Quezada V y Santelices M (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1):53-61.
- 7.- Ruiz A (1998). La psicosis: perspectiva cognitiva post-racionalista. Presentado en Symposium "La dinámica de los desbalances psicóticos: procesos y perspectivas". VI Congreso Internacional de Constructivismo en Psicoterapia. Siena, Italia. 2-5 septiembre de de 1998. Disponible en [[http://www.inteco.cl/articulos/010/texto\\_esp.htm](http://www.inteco.cl/articulos/010/texto_esp.htm)]
- 8.- Salvador M (2013). La sabiduría del cerebro profundo. *Bonding* 9(141).

Email: macarenapazletelier@gmail.com