



Repercusiones clínicas de los trastornos de las relaciones de apego desde la infancia a la adolescencia ¹

Karlen Lyons-Ruth, Ph.D.²

Grupo de Boston para el Estudio de los Procesos de Cambio

En esta presentación se expone acerca de los resultados de los estudios longitudinales que describen como son las trayectorias de apego que conducen hacia los rasgos clínicos de la personalidad límite a partir de diferentes tipos de interacción padres-hijos en la infancia y en la adolescencia.

Palabras clave: Apego, Trastorno de Personalidad Límite, Investigación longitudinal

In this presentation longitudinal findings are depicted, describing attachment pathways to borderline personality clinical traits from childhood and adolescent parent-infant different kind of interactions.

Key Words: Attachment, Borderline Personality Disorder, Longitudinal Research

English Title: Clinical Implications of Disordered Attachment Relationships from Infancy to Adolescence

Cita bibliográfica / Reference citation:

Lyons-Ruth, K. (2010). Repercusiones clínicas de los trastornos de las relaciones de apego desde la infancia a la adolescencia. *Clinica e Investigación Relacional*, 4 (2): 340-356.

[[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tabid/648/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939] [ISSN 1988-2939]

Factores que contribuyen a la Salud Mental.

Siempre me gusta empezar recordándonos a todos, que hay muchos factores que contribuyen a la Salud Mental y a la psicopatología y que sólo incluiremos en nuestra charla a un pequeño número de los que se conocen actualmente. Aquellos en los que vamos a centrarnos están alrededor del apego y del trauma, y un poco sobre los datos genéticos. De manera que, otros muchos factores, desde luego, son muy importantes, pero no vamos considerarlos en esta exposición.

Sabemos también, que los que padecen el *Trastorno límite de personalidad* (TLP) son responsables de un índice de uso muy elevado de los servicios clínicos. De modo que, desde el punto de vista de la Salud Pública es muy importante que se comprendan mejor las trayectorias que llevan a este Trastorno. Y también, por supuesto el hecho de un elevado índice de mortalidad asociada al TLP nos subraya la importancia de una buena comprensión de este trastorno.

Así pues, ¿Qué sabemos acerca de la etiología de los trastornos de la personalidad límite? Hay una enorme cantidad de teoría y relativamente pocos datos empíricos. Se ha pensado en las dinámicas familiares desde el punto de vista de los fracasos en la separación-individuación, partiendo de las influencias de las teorías tempranas de Mahler. Más recientemente, Marsha Lineham ha sugerido que la falta de validación en las relaciones padre-hijo es de gran importancia en el desarrollo de las características *borderline*. Una vez más, no disponemos de ningún dato empírico que respalde esta propuesta teórica. Peter Fonagy nos habla de la inhibición de la mentalización ante el odio parental, pero una vez más no disponemos de datos a favor o en contra de esta hipótesis.

La etiología del trauma.

De lo que sí tenemos muy buenos datos empíricos es acerca de que los pacientes TLP tienen una alta incidencia de trauma en sus historias. Mary Zanarini, por ejemplo, nos muestra que una alta proporción de pacientes adultos informan retrospectivamente de elevados índices de abuso y negligencia. Lo que no podemos explicar a partir de este tipo de informes personales retrospectivos es qué otro tipo de procesos familiares se encuentran también alterados. El abuso y la negligencia tienen lugar habitualmente en un contexto familiar en el que se dan también otro tipo de alteraciones en otros aspectos de las interacciones padres-hijo que se dan en el minuto-a-minuto. En consecuencia es muy difícil aislar el abuso y la negligencia sin considerar, a su vez, cómo se ve el contexto familiar en un sentido más amplio. Por eso, es muy útil disponer de datos longitudinales prospectivos y de datos a partir de la observación directa con el objeto de desentrañar los múltiples procesos que podrían haberse desarrollado mal.

También sabemos que los factores genéticos muy probablemente juegan un papel en los TLP. Disponemos de estudios de gemelos que nos muestran una alta concordancia entre gemelos en cuanto a los trastornos de personalidad en general, y también de estudios de familias que demuestran elevadas frecuencias de rasgos

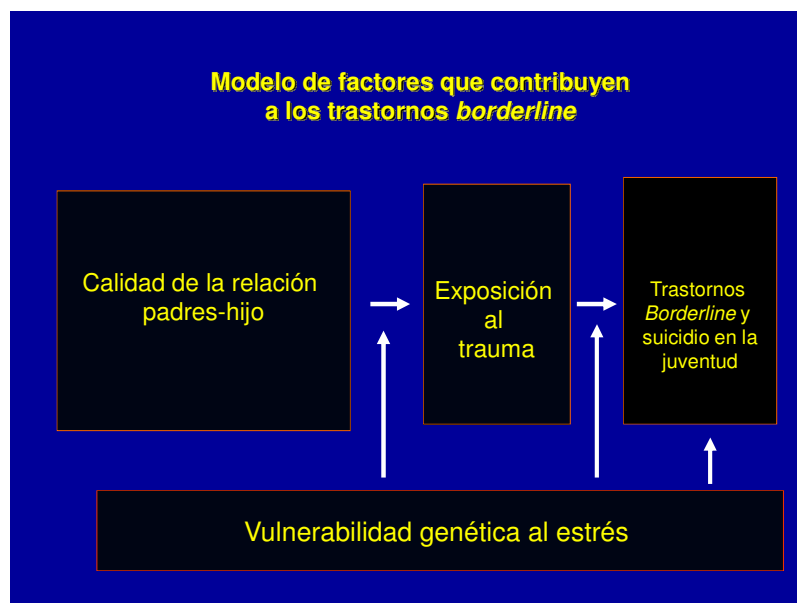
límites en parientes de primer grado; por tanto, como clínicos, necesitamos ser conscientes de los componentes genéticos.

Vamos pues a describir algunos de los hallazgos del estudio longitudinal que hemos llevado a cabo en la Facultad de Medicina de Harvard. Nuestros resultados se basan en los datos obtenidos de 120 personas jóvenes, de 18 a 23 años de edad, que provienen de familias con ingresos bajos o moderados, la mitad de ellos de sexo masculino y la otra mitad femenino. Hay dos grupos en este trabajo. Examinamos a las 120 familias a los 20 años de edad, aunque la mitad de ellas habían sido seguidas desde la infancia. En la primera parte de esta exposición, hablaré de lo que sabemos a partir de nuestros datos a los 20 años, y luego volveré atrás en el tiempo y os presentaré los hallazgos en las familias seguidas longitudinalmente desde la primera infancia y la niñez. Dentro de este grupo longitudinal de 56 familias, la mitad fueron derivadas en su primera infancia a los *Servicios clínicos a domicilio* por la preocupación acerca de la calidad de las atenciones y el cuidado de los niños en su primer año de vida. De modo que en el grupo longitudinal hay un grupo de alto riesgo y un grupo de bajo riesgo. En cuando lleguemos hacia la mitad del estudio, mostraré algunos videos que van de la primera infancia hasta la niñez, al objeto de poner algunos ejemplos de cómo son estas interacciones en la primera infancia y en la niñez.

Hemos tenido muchos colaboradores en este trabajo³ a lo largo de los años, como bien podéis imaginar, de manera que la nota muestra únicamente una lista muy parcial. Estamos también muy agradecidos a todas las familias que quisieron compartir su tiempo y sus pensamientos con nosotros.

¿Qué tipo de modelo podrían revelar nuestras observaciones a partir de los datos que sabemos respecto de los factores de desarrollo del TLP? Hay montones de teorías acerca de las relaciones padres-hijo, las cuales por cierto observaremos al detalle, pero también queremos examinar el haber estado expuesto a un trauma, y luego, me gustaría echar un vistazo a las contribuciones genéticas, tanto cuando son el factor principal como cuando hay una interacción gen-ambiente (Figura 1).

Figura 1



Hay nueve posibles rasgos en el TLP, pero algunos de los más prominentes desde el punto de vista clínico, aquellos con los que peleamos más, son la característica principal: dos o más formas de comportamiento lesivo hacia sí mismo -cosas como abuso de sustancias, promiscuidad sexual, ingestiones bulímicas y conducción temeraria; Y la segunda característica: suicidabilidad recurrente o autolesiones, relaciones intensamente inestables, ira intensa e inapropiada, e inestabilidad afectiva. Esas son las características de comportamiento con las que tenemos que luchar constantemente y son de la mayor importancia para nosotros en el ámbito clínico.

Detrás de ellas y menos observables, están los síntomas en relación con la ideación, los síntomas paranoides o pensamientos disociativos, y los sentimientos de vacío, de los que no vamos a hablar hoy.

Rasgos borderline en la muestra actual

Volvamos a los hallazgos del estudio en los jóvenes adultos.

Para evaluar la psicopatología borderline a los 20 años, aplicamos la *Structured Clinical Interview for Diagnosis (SCID)*. Sólo el 4% cumplía los criterios diagnósticos (5 o más características), comparados con el nivel del 1-2% en la población general. Teniendo en cuenta este bajo índice de diagnóstico completo en la población general, utilizamos el número de rasgos tipo *borderline* en nuestros análisis. Averiguamos que el 37% de los jóvenes de nuestro estudio cumplían criterios, para uno o más de los rasgos límite, y que el 18% cumplía criterios para 2 o más rasgos.

¿Qué tipo de características nos muestran? Los jóvenes adultos que investigamos, mostraban especialmente dos o más formas de comportamiento impulsivo o autolesivo. Y el segundo síntoma prominente, fue la suicidabilidad recurrente y las autolesiones. De manera que el 80% de los que presentaban dos o más características límite, manifestaban dos o más de estas características. Naturalmente son de gran importancia desde el punto de vista de la Salud pública la suicidabilidad y las autolesiones en sí mismas y el 14 % de la muestra desplegaban suicidabilidad o comportamiento autolesivo, de modo que vamos a analizar separadamente cada característica.

Así pues, ¿cómo evaluábamos estos tres posibles factores etiológicos? En primer lugar, para clasificar la vulnerabilidad al sufrimiento, nos fijamos en las variantes genéticas del gen transportador de la serotonina (5-HTT). En algunos estudios, la forma corta de este gen se ha asociado con respuestas intensificadas al estrés. En los *macacos rhesus*, los monos que tiene la forma corta del gen, ponen de manifiesto una respuesta hormonal incrementada al estrés y la separación social. En los humanos, de manera similar, los portadores de la forma corta del gen muestran mayor activación de la amígdala cuando se les enseña imágenes que contengan emociones negativas. Hasta el presente estos hallazgos se han replicado ocho veces. De modo que este es un factor genético que claramente aumenta la respuesta a los acontecimientos estresantes.

Factores que predicen el abuso.

Nosotros valoramos la severidad del abuso infantil de varias maneras. Con las familias de nuestro estudio longitudinal, pudimos documentar el grado de implicación de los servicios de protección en cada momento de nuestra evaluación. Con los

adolescentes, pedíamos que rellenaran el *Conflict Tactics Scale* (Escala de Tácticas de Conflicto), y el *Traumatic Stress Schedule* (Registro de Estrés Traumático), para tener informes directos. También llevamos a cabo la *Adult Attachment Interview* (Entrevista de apego adulta) de una hora de duración aproximada, cuya finalidad es sondear la calidad de las relaciones con cada padre, incluyendo los episodios de trauma y abuso. Un evaluador entrenado, codificaba la entrevista en cuanto a la severidad de la violencia observada, el abuso emocional, el abuso sexual y el abuso físico.

Factores que predicen la calidad de los cuidados.

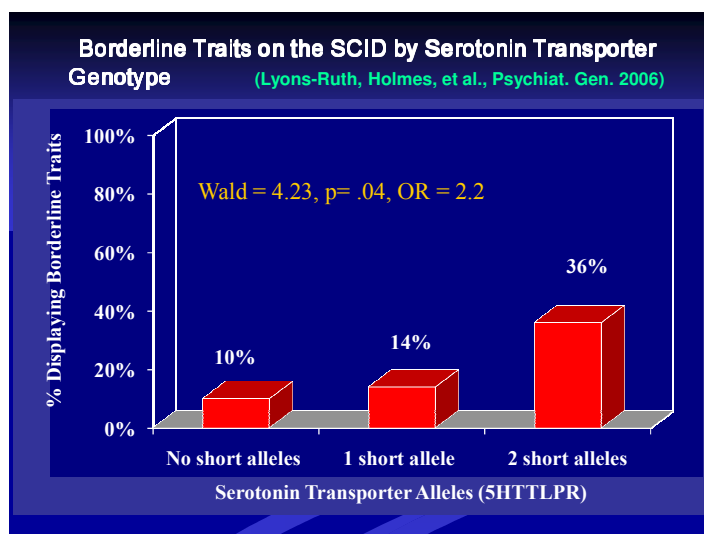
¿De qué modo pudimos observar la calidad de los cuidados? En primer lugar como ya he dicho, los clínicos de nuestra comunidad nos derivaron la mitad de los participantes en la primera infancia debido a sus inquietudes a cerca de la calidad de los cuidados. Las demás familias del estudio longitudinal no provenían de una derivación, pero fueron igualmente evaluadas durante visitas a domicilio de una hora, por nuestros investigadores clínicos, que juzgaban si proporcionaban unos cuidados adecuados. También disponemos de observaciones de laboratorio, que llevamos a cabo mediante videos de las interacciones en la primera infancia, infancia media y en la edad adulta. Nos detendremos en estos datos en la segunda parte de nuestra presentación, cuando hablemos de este subgrupo en particular.

¿Qué es lo que encontramos en términos de una contribución genética?

Sí que encontramos una contribución genética importante.

Como pueden verse en la figura 2, entre los participantes que no portaban el alelo corto, un 10% manifestaban dos o más características borderline. Entre los participantes con un solo alelo corto, el porcentaje era un poco más alto, pero si los participantes tenían los dos alelos cortos, un 36% manifestaban dos o más características. De manera que parece que sí importa cómo son nuestros temperamentos en términos de cómo respondemos a los acontecimientos estresantes.

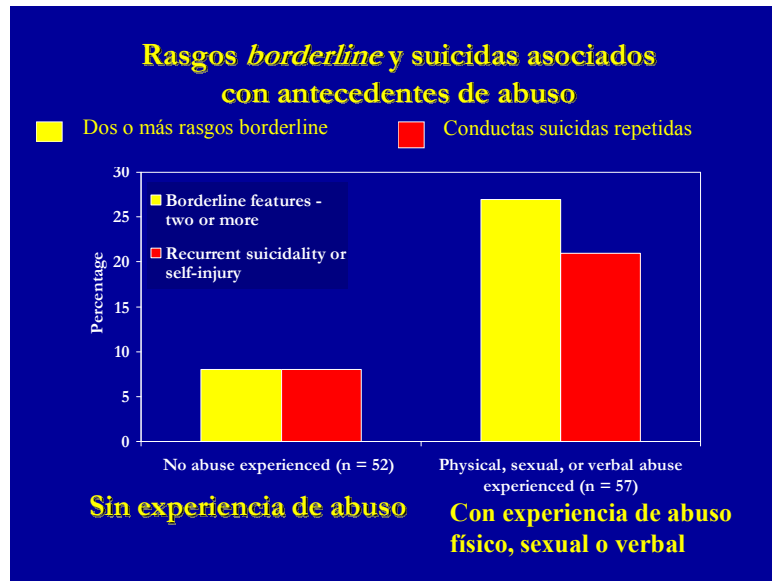
Figura 2



¿Qué sabemos del abuso como predictor?

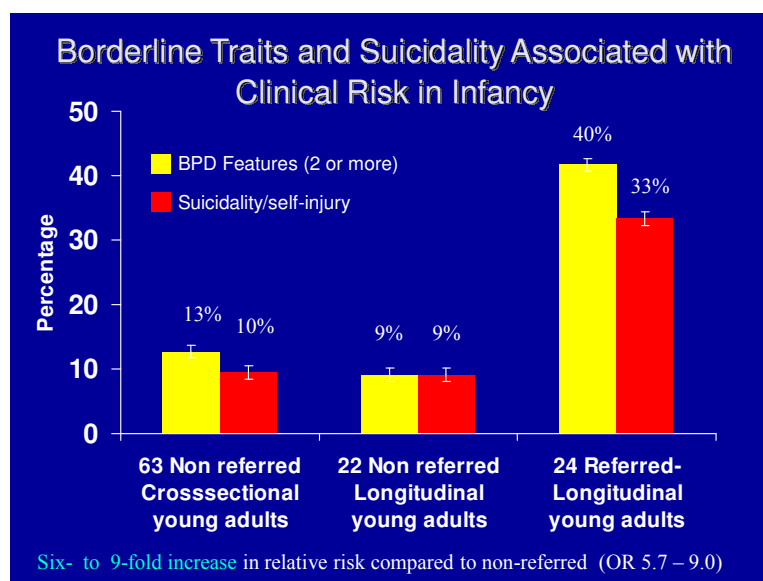
Como sabemos con la certeza de otros muchos estudios, hay una correlación significativa entre el haber sido expuesto al abuso físico o emocional y los elevados índices de rasgos límites y suicidabilidad. Por tanto, nuestro estudio también mostrará que ambos rasgos se incrementan por el abuso (Figura 3).

Figura 3



¿Qué nos dicen las derivaciones clínicas tempranas? ¿Tiene ello relación con los resultados de 20 años más tarde? Y la respuesta es que de hecho, sí que tiene relación.

Figura 4



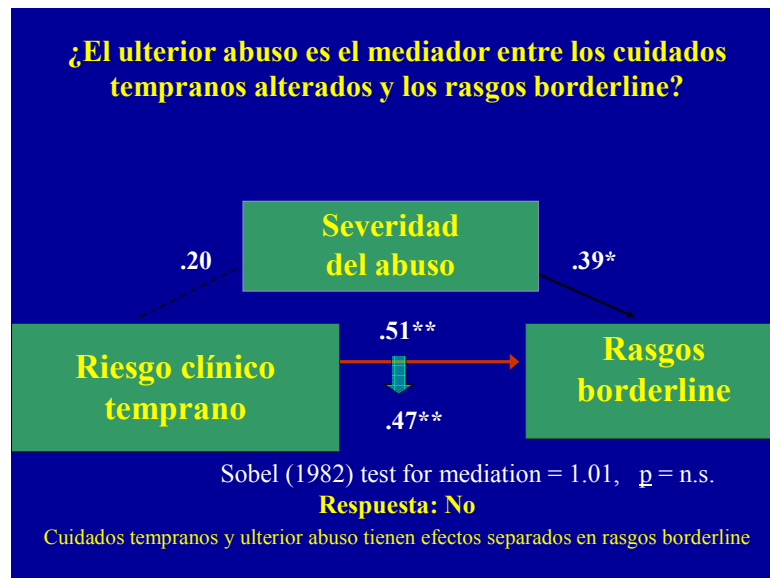
Se trata del grupo que los clínicos identificaron durante el primer año de vida por padecer unos cuidados problemáticos (Figura 4). La columna amarilla muestra los resultados para los criterios *borderline*, y la roja muestra los resultados para la suicidabilidad. Así pues, los clínicos identificaron muy pronto en la infancia a aquellos que estaban bajo un elevado riesgo de tendencias suicidas a los veinte años. Y los que tuvieron unos cuidados empobrecidos en el primer año de vida, muestran significativamente más síntomas en comparación a las demás familias del estudio longitudinal, que no habían sido derivadas y también en relación a las familias del estudio transversal que fueron evaluadas únicamente como adultos.

¿Y el abuso como mediador?

La pregunta básica que nos hacemos es si la calidad de la relación padre-hijo nos predice los rasgos limítrofes directamente, o si la calidad de la relación primaria es importante porque nos diferencia a los niños que más tarde van a experimentar algún tipo de abuso. Por tanto, ¿Es el abuso la “pista decisiva” real, en términos de causación de las características *borderline*?

Cuando evaluamos el modelo de mediación, lo que encontramos se ve en la figura 5. Como se observa, el abuso está significativamente relacionado con los rasgos *borderline*, tal como hemos visto. La línea de abajo nos muestra lo que sucede si uno controla la severidad del abuso. Así que nos preguntamos si, cuando ya sabemos que el niño ha sufrido abusos, ¿podría la calidad de los cuidados tempranos añadir algo que nos ayudara a predecir más adelante las características *borderline*? Y la respuesta es que sí que lo hace. Incluso después de tener en cuenta los efectos del abuso, la importancia de la calidad de los cuidados tempranos apenas disminuye. Algo claramente importante está teniendo lugar en la relación temprana que nos predice la posterior impulsividad y conductas autodestructivas.

Figura 5



Creo que el mensaje clínico a partir de los datos es que necesitamos conceptualizar de forma diferenciada “el trauma del abuso” y “el trauma debido a la pobreza en los cuidados tempranos”, y nos gustaría estar seguros de que estamos considerando

separadamente cada una de estas contribuciones. Otra precisión realmente importante es el voto de confianza que emerge de estos datos para nuestra comunidad clínica. Los clínicos en la comunidad pueden identificar, durante el primer año de vida, al grupo de niños que corren el riesgo de desarrollar estos comportamientos impulsivos y autodestructivos, con unos índices de acierto más elevados que si fuera por casualidad. Por tanto, necesitamos poder proporcionar ayuda temprana a las familias, ya que nuestros clínicos llevan a cabo un buen trabajo al identificar tan tempranamente a los niños de riesgo.

Modelo de regresión final

Para aquellos de vosotros cuya orientación sea la investigación, la figura 6 brinda el modelo completo de efectos para una cohorte íntegra de jóvenes adultos. Nos enseña que tenemos tres contribuidores distintos e independientes para los comportamientos impulsivos y autodestructivos en los primeros años de la vida adulta. Tenemos un efecto genético, un efecto a partir del abuso y también tenemos un efecto por la pobreza de la calidad de los cuidados tempranos. Pueden existir independientemente, o podrían -claro está-, coincidir los tres en un mismo joven adulto.

Figura 6

Predictores Independientes de Rasgos Borderline en la SCID-II					
		Wald	d.f.	p	Odds Ratio
Regresión Logística N = 96 (Simultaneous entry)					
Vulnerabilidad genética		4.36	1	.04	3-fold increase
Severidad del abuso		4.13	1	.04	3-fold increase
Riesgo clínico temprano		6.03	1	.02	5-fold increase
(Una vez controlado el riesgo de Genero y socioeconómico)					

Ahora, volvamos a la muestra longitudinal, y veamos más detenidamente la calidad de la relación padres-hijo a lo largo del tiempo.

Interacción figura parental-hijo.

En el tramo del estudio de la primera infancia, disponíamos de dos medidas acerca de las relaciones con los cuidadores. Una de ellas era la medida estándar de evaluación de la seguridad del apego, que ha venido siendo estudiada durante treinta años. Ha habido abundante teorización por parte de Liotti y Fonagy y algunos otros con respecto a que los patrones de apego desorganizados que se ven en el niño pudieran ser los precursores de la psicopatología límite. Los pequeños con apego desorganizado,

manifiestan un comportamiento conflictivo muy llamativo en lo relacionado con acercarse a la figura parental en demanda de consuelo. Y Liotti y otros hicieron notar la similitud con las transferencias conflictivas y cambiantes que se dan con los pacientes borderline. Veamos un video⁴ para observar algunos de estos comportamientos conflictivos en tan solo un momento. El comportamiento del niño se codifica (clasifica) a partir de la evaluación de la situación extraña, que es el estándar de la valoración de apego en la primera infancia. Esta evaluación contiene 8 episodios de 3 minutos cada uno. En alguno de esos episodios la figura parental se va, y luego vuelve con el niño dos veces. De manera que se dan dos separaciones y dos reuniones, las cuales son estresantes para los niños de 12 a 18 meses. Actualmente poseemos una comprensión muy amplia de los patrones normativos y no normativos que pueden observarse en el comportamiento del niño hacia el cuidador cuando éste vuelve. Está muy bien documentado que puedan observarse comportamientos desorganizados muy conflictivos, así como formas de comportamiento evitativas o resistentes hacia la figura parental hacia finales del primer año y entrando ya en el segundo año. Es decir, el niño responde a la calidad de la regulación en la relación padres-hijo y responde a algunos de los patrones defensivos de comportamiento de la figura parental.

Resultados en el Attachment en la primera infancia.

¿Qué es lo que observamos cuando nos fijamos en los comportamientos de apego de los niños como predictores de características *borderline*? Los comportamientos desorganizados no las predicen en absoluto; La evitación del niño pequeño, que es otra forma de comportamiento inseguro, tampoco los predice; la resistencia en los niños pequeños tampoco predice; y el cómputo del llorar durante la evaluación tampoco. Sólo la tendencia del pequeño a buscar contacto con la figura parental bajo estrés predice el ulterior comportamiento impulsivo auto-destructivo.

Codificación AMBIANCE.

A la vez, codificamos el comportamiento de la madre hacia el pequeño, y disponemos de un protocolo detallado para esta codificación. Se codifican cinco clases de comportamiento maternal considerados como que contribuyen a la desorganización infantil. Codificamos comportamiento intrusivo negativo, como la mofa o la burla hacia el niño; la confusión de roles, en los cuales la figura parental pudiera estar atrayendo la atención hacia sí misma mientras el niño llora, está enfadado, o necesitado de alguna manera. Codificamos las comunicaciones afectivas contradictorias, como, por ejemplo, la figura parental hablando con una voz tentadora pero apartándose del niño o no permitiéndole el contacto. Codificamos la desorientación de la figura parental, como cuando la figura parental parece confundida, dudando, o asustada con el niño. Y finalmente, codificamos el retraimiento o distanciamiento, aunque no se trate de un profundo distanciamiento, sino cosas como interactuar a distancia, interactuar en silencio, o andar alrededor del niño.

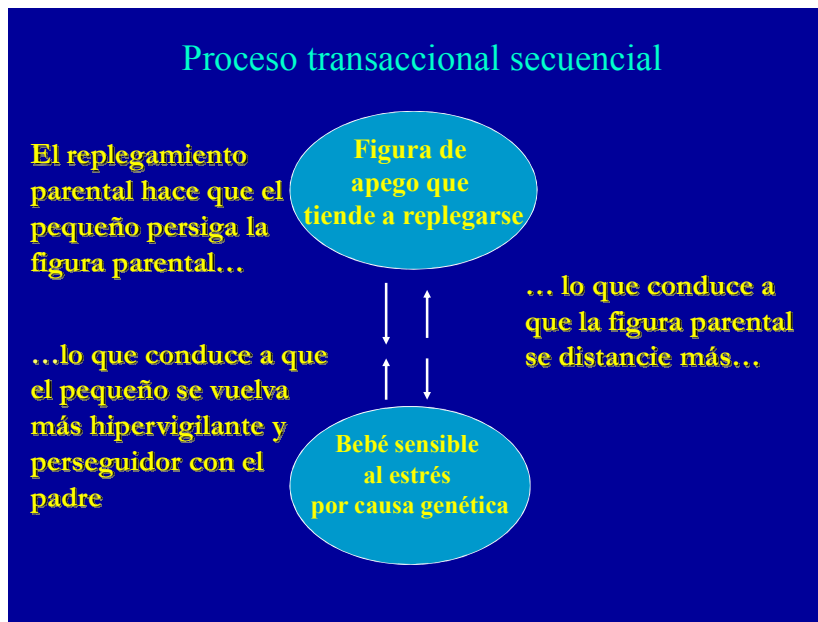
Existen un cierto número de estudios que utilizan este nuevo sistema de codificación, con un total de 384 madres y niños. El sistema tiene una buena validez en cuanto que es predictivo de la desorganización infantil, y tiene una buena estabilidad de estas conductas maternas durante períodos de cinco años.

¿Y qué es lo que encontramos cuando nos fijamos en los rasgos límites? Lo que vimos es que no son los errores afectivos los que son predictivos, no es la confusión de roles, no es la desorientación y en particular no es el comportamiento intrusivo negativo, como se podría haber esperado si se tiene en cuenta la asociación entre rasgos *borderline* y abuso. Por otro lado el comportamiento intrusivo ha podido predecir muchos resultados evolutivos negativos en este estudio. Pero el retraimiento parental es realmente lo que parece asombrosamente importante para la regulación de los afectos del joven adulto a los 20 años, y obtuvimos los mismos resultados por lo que respecta a la tendencia al suicidio. De manera que hay algo francamente importante cuando el cuidador se distancia del pequeño en lugar de acercarse a él cuando éste se encuentra bajo tensión o estrés.

Tensión infantil y retraimiento maternal.

Si juntamos todos estos hallazgos, en lo que concierne a los jóvenes adultos que se han vuelto impulsivos y autodestructivos, vemos al principio un pequeño genéticamente sensible al estrés, que tendrá una mayor probabilidad de tener un alelo corto y una mayor tendencia, cuando está bajo estrés, a buscar el contacto con la figura parental. Más adelante este pequeño puede encontrarse con una figura parental que tenga una mayor tendencia al retraimiento cuando hay que regular al niño. Esto es claramente una combinación que hemos podido ver que conduce a consecuencias muy difíciles para el niño y la figura parental (Figura 7).

Figura 7



Perfil de retraimiento.

Constataremos ahora a través de dos de videos⁵ cómo son estos comportamientos de distanciamiento. Lo que vemos en el video en términos de comportamiento parental en el *cluster* de retraimiento, son cosas como: **A/** La Figura Parental no muestra iniciativa tratando de acercarse y aliviar al niño, no actúa consolando al niño; **B/** Responde con retraso, como por ejemplo cuando la figura parental duda en el momento que el niño señala algo y espera unos segundos, con clara renuencia a acercarse y responder al niño. **C/** Respuesta rápida cuando se encuentra ante “la patata caliente”: recoger al niño/dejarlo, de modo que el cuidador va hacia el niño, levanta al niño, pero en cuanto puede librarse, lo deja en el suelo y se va otra cosa; **D/** reconduciendo al niño fuera de la atención compartida hacia los juguetes, una secuencia muy frecuente se da cuando la Figura Parental recoge “la patata caliente” del levantar y dejar en el suelo y luego rápidamente dirige al niño hacia los juguetes, en general como forma de desconectar de la interacción con el niño. No se trata de “Vamos a jugar los dos juntos y hablar de los juguetes juntos”, lo que sería altamente apropiado a esta edad, sino más bien “Deja que los juguetes me sustituyan” . **E/** Suele haber también una interacción distanciada -como sentarse en la silla e interactuar a distancia-. Notarán que ninguno de estos comportamientos supone hostilidad o intrusión. Es decir, como observador, uno tiende a identificar rápidamente un comportamiento hostil o intrusivo porque uno se siente mal cuando lo observa. Pero con padres retraídos, hay muy poca hostilidad e intrusión. Nuestro pensamiento clínico es que estos padres se están defendiendo contra cualquier tipo de afecto de enfado u hostil, probablemente a causa de sus propias historias con figuras vinculares negativas y que asustaban. Pero eso no se ve, lo que vemos es un alejarse y distanciarse mucho más sutil.

Media Infancia.

Ahora nos vamos hacia la edad de la media infancia. Conocemos por la literatura que se da una tendencia a la asociación entre la desorganización en la primera infancia y el cambio, durante los años preescolares, hacia formas de comportamiento controladoras hacia los padres. El comportamiento controlador se manifiesta de dos formas diferentes, que serían el comportamiento controlador cuidador y el comportamiento controlador punitivo. Y para otros niños su comportamiento desorganizado permanece durante la media infancia. El comportamiento controlador empieza a aparecer hacia los 3 años y puede codificarse a partir de esa edad. Es decir que el comportamiento controlador requiere de una mayor capacidad de empatía y de autoregulación de la que podría disponer un niño en su primera infancia. De todos modos es una forma patológica de organizar la relación con los padres. ¿Y cómo es eso del comportamiento controlador? El comportamiento punitivo parece lo esperable en el sentido de que el niño manda, castiga o humilla al padre. A alguno de estos niños se les diagnosticaría como *Trastorno Oposicionista Desafiante*. Pero otros son niños más tranquilos y mandan a los padres de una manera sádica y humillante. El comportamiento Controlador-cuidador es un poco más difícil de ver, y a primera vista, parecería algo precoz y positivo. El niño organiza, guía, alaba y divierte a la figura parental. Estos niños cantan canciones y hacen toda suerte de cosas, para mantener la interacción en marcha, para que las cosas vayan bien, para que las hostilidades desaparezcan. Y por último, están los niños desorganizados, que manifiestan comportamientos raros y fuera de contexto.

Pensamos que la función del comportamiento controlador es la de tomar el control de la relación de apego con la Figura Parental, para mantener su atención de la manera en que pueda hacerlo.

Recordando el niño desorganizado que hemos visto en el video, la madre vuelve silenciosamente, se queda en la puerta, el niño vuelve para atrás con un sonido asustado, y luego, ¿quién toma la iniciativa de acercamiento? La madre no va hacia él, el niño hace toda la tarea y va hacia su madre. Así pues, creemos que incluso en la primera infancia, ya se empieza a ver al niño cargando con todo el trabajo y de hecho, este desequilibrio se intensifica a medida que el niño entra en la edad preescolar.

También sabemos que ninguna de esas formas se asocia a consecuencias positivas. El grupo de niños cuidadores tiende a terminar con altos niveles de comportamiento internalizado, a ser victimizado y agredido por sus compañeros y a la inhibición en los juegos de ficción. Por tanto hay una conexión entre el hecho de coger demasiada responsabilidad ante el padre-madre y el enterrar su propio mundo interno, su propia espontaneidad.

El comportamiento punitivo, como uno podría esperar, se asocia con comportamiento agresivo en la escuela y con formas caóticas de juego imaginativo. Obsérvese que ni los niños punitivos ni los cuidadores consiguen utilizar el juego como un vehículo para la expresión imaginativa, para la relación con sus compañeros.

¿Se da algún vínculo entre los comportamientos controladores en la infancia y la psicopatología *borderline*? Llevamos a cabo un estudio con Peter Hobson en Londres, que había entrevistado a 12 pacientes externos adultos *borderline* y 11 controles con depresión. Codificamos estas entrevistas en cuanto a la referencia espontánea de comportamiento punitivo o cuidador hacia sus Figuras Parentales. Se trata de una entrevista de una hora sobre su relación con sus padres, aunque no estaba diseñada para obtener este tipo de información específica.

Averiguamos que algunos decían cosas como “Le llevé hasta el extremo de...empezó a desmoronarse... porque yo me ponía como, muy insolente, muy de cara, en plan caña” de manera que como adulto, esta persona puede informar de su propio comportamiento punitivo. Creemos que la función de apego que subyace, no implica que se quiera que la figura parental se derrumbe, sino que este comportamiento mantiene a la figura parental totalmente atenta. Es decir, pensamos que ello tiene una función de apego en el sentido de mantener a la figura parental altamente centrada e involucrada en el niño.

“creo que la única manera de poder sentir intimidad es cuidarla. Llevarle el té cuando vuelva del trabajo y salir con ella y ayudarla...”

Más aún, Pudimos encontrar que las referencias al comportamiento controlador, estaban relacionadas con las características *borderline*. El 75% de los pacientes limítrofes, hacían alguna referencia al comportamiento controlador, mientras que los pacientes depresivos no hacían tales referencias frecuentemente (véase figura 8).

Examinamos también, los comportamientos controladores en nuestra base de datos del estudio longitudinal prospectivo. Lo que encontramos fue que los comportamientos desorganizados predicen significativamente las características limítrofes a los 20 años y que los niños de 8 años de edad que manifestaban

combinaciones de comportamientos punitivos, cuidadores y desorganizados, con mayor probabilidad manifestarían más tarde características del Trastorno de personalidad límite (figura 9).

Figura 8

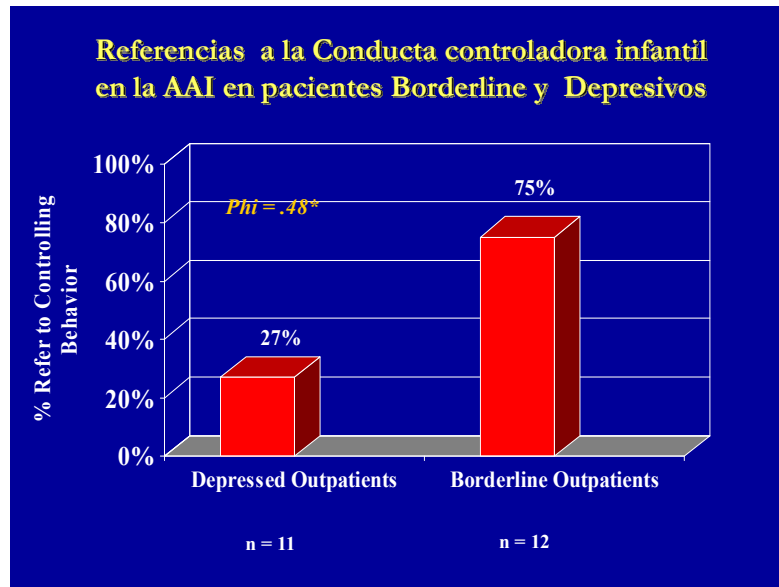


Figura 9

Conductas de apego a los 8 años que predicen características Borderline en jóvenes adultos

N = 56	p
Middle Childhood Attachment Behavior:	
1. Caregiving Control Only	n.s.
2. Punitive Control Only	n.s.
3. Behavioral Disorg. Only	.05*
4. Combinations of above	.01**

(Logistic Regression; Gender and demographic risk controlled;

La situación de Evaluación.

Permítanme mostrarles tres ejemplos en video⁶. Primero, un ejemplo de “Seguro” como base de lo que se observa normalmente en niños a los 7 años. Los niños de siete años no lloran ni se angustian por el hecho de que los padres le dejen en el laboratorio con actividades de una hora de duración. Lo que evaluamos es la calidad de la relación entre el padre y el niño. Primer punto, ¿se ve al niño a gusto y contento cuando ve a la figura parental, e inmediatamente se mueve para conectarse con la figura parental? Segundo, ¿vemos si la figura parental lleva a cabo el rol parental, es decir que sigue la conversación activamente, a la vez que está pendiente de las cosas que al niño le llaman la atención, de manera que se observa un buen intercambio entre ellos? A los siete años de edad, el niño suele ser relativamente independiente y se centra en su propio juego, sin una atención constante en la figura parental, pero queremos sentir que se da una buena conexión entre ellos⁷.

Descripción del comportamiento de cuidados⁸

La secuencia de las conductas cuidadoras es:

- El pequeño lleva la carga de crear la interacción
- El pequeño entretiene con un afecto exagerado
- El pequeño estructura la interacción
- El pequeño difumina la hostilidad parental
- El pequeño sigue el foco de atención de los padres (en lugar de viceversa)
- El pequeño anima y alaba a los padres
- Los padres renuncian a su papel

Descripción del comportamiento desorganizado⁹.

- El niño cambia bruscamente de humor al entrar madre
- El niño utiliza un afecto exagerado
- El niño intenta salir de la habitación cuando entra la madre
- El niño usa voz rara e infantil ante la madre
- Madre también voz infantil como renuncia a su rol adulto
- El niño muestra conductas extrañas e inexplicables en presencia de los padres (en contraste con lo sucedido con la ayudante de investigación)

Observación clínica sobre la toma de control.

Lo que vamos averiguando es que estos comportamientos controladores y desorganizados, deben de ser tomados en serio como indicadores potenciales de lo que serán, más tarde, serios trastornos.

¿Y qué ocurre con estas estrategias en la Adolescencia?

Voy a terminar planteando rápidamente la adolescencia. Naturalmente, nos preguntábamos qué pasaría con estos niños cuando llegaran a la adolescencia.

Se dispone de pocos estudios de las relaciones de *attachment* en la

adolescencia. Sin embargo, ahí va una cita de un adolescente con trastornos de la alimentación que revela un comportamiento controlador: *“le dije que el problema de mi familia es siempre por mí. Soy completamente responsable. Le conté a un amigo el sábado que simplemente me portaría peor y peor hasta que consiguiera que mi madre llorara. Y cuando lo hizo, me sentí bien, Me gusta llevar el control de mi familia. Es mucho mejor que sentirse desamparada. Lo controlan todo, todo”*. Nos dice que se ha estado relacionando con comportamiento punitivo hacia sus padres, pero también que intenta contrarrestar su dolorosa impotencia que está por detrás de su comportamiento punitivo.

Situación de Evaluación en la Adolescencia.

Al objeto de llenar la brecha en nuestra comprensión, hemos desarrollado un sistema codificador para estas conductas controladoras en la adolescencia. Para observar estos comportamientos, situamos al adolescente y a la figura parental en una interacción no estructurada durante cinco minutos, seguida por una discusión de 10 minutos de una área de conflicto en su relación. Medimos estas interacciones con doce escalas que codifican los tres tipos de interacciones alteradas, a la vez que las interacciones de tipo seguro y positivas.

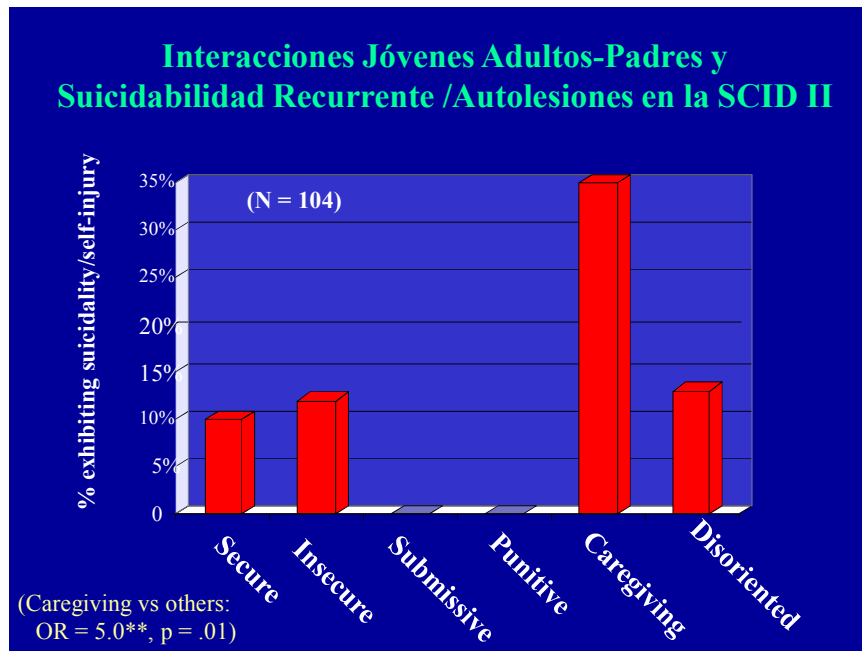
Estrategia segura en la adolescencia

En la adolescencia, lo que estaríamos buscando en una relación padre-hijo de carácter seguro, sería que el adolescente pudiera explorar sus ideas y pensamientos con la figura parental de forma flexible y colaboradora. Lo deseable es que la figura parental despliegue un claro rol parental, valore las contribuciones del adolescente y mantenga una interacción tranquila con el adolescente.

En la estrategia punitiva, similar a la de mediana infancia, vemos al adolescente intentando anular o hacer oídos sordos ante las aportaciones de los padres, a través de hostilidad o humillación. La estrategia cuidadora es mucho más sutil hacia los 18-23 años. Podemos observar que la persona joven guía la conversación, divierte o entretiene al padre-madre, le inyecta humor, contiene la agresión parental y maneja la situación, en cambio el padre-madre no lleva a cabo estas funciones de relación. Observamos que el padre-madre abdica del rol parental, es decir no estructura la interacción, no valida la contribución del adolescente, y no es protector en los momentos de vulnerabilidad por parte del adolescente. En el comportamiento desorientado, también observamos comportamientos raros, inexplicables, fuera de contexto por parte del adolescente.

Lo que encontramos (ver figura 10) fue de algún modo inesperado ya que los jóvenes adultos con suicidabilidad y autolesiones tenían mayor probabilidad de manifestar comportamientos controladores-contenedores hacia la figura parental, en lugar de formas de comportamiento francamente punitivas o desorganizadas en la interacción. Este tipo de comportamiento cuidador estaba también relacionado con características *borderline*.

Figura 10



Comportamiento Cuidador/contenedor.

La secuencia que sigue describe cómo un joven adulto cuidador maneja la interacción con su figura parental. El joven adulto asume un montón de responsabilidades para llevar la conversación, bromeando, seguir con la tarea, halagando a la figura parental, y llenando los silencios¹⁰.

Para finalizar, algunos conceptos básicos sobre el desarrollo

Hay precursores evolutivos/relacionales, que se inician en la primera infancia, de los rasgos borderline y de la suicidalidad en la juventud, basados en los estudios longitudinales prospectivos que hemos realizado. Se ocupan de las cualidades del bebé y de las cualidades del entorno. Nos muestran que las trayectorias del desarrollo no están establecidas en la primera infancia, sino que continúan evolucionando y crean un riesgo adicional al llegar a la infancia media, y probablemente a la adolescencia.

¿Y cuáles son los efectos duraderos de la regulación en la primera infancia?: El replegamiento materno temprano tiene asociaciones duraderas e independientes con la regulación afectiva en la juventud, no explicadas por la vulnerabilidad ante el estrés de causa genética, ni explicadas por trauma ulterior, ni tampoco explicadas por la calidad de la ulterior interacción.

Original recibido con fecha: 10-4-2010 Revisado: 17-4-2010 Aceptado para publicación: 30-5-2010

NOTAS

¹ Texto de la segunda conferencia de la Dra. Karlen Lyons-Ruth en las II Jornadas de IARPP-España, celebradas el 16 y 17 de Abril de 2010 en Barcelona sobre el tema "El cambio psíquico". Traducción castellana del original inglés a cargo de Jordi Roig y Ramón Riera, y ajuste del montaje final de Alejandro Ávila. Se ha conservado, en lo posible, la frescura del texto original, escrito para ser leído, y apoyado en transparencias y videos. Las menciones a referencias pueden ser fácilmente encontradas en otros trabajos de la Dra. Lyons-Ruth

² Karlen Lyons.-Ruth, Ph.D.; Department of Psychiatry. Harvard Medical School. Cambridge Hospital 1493 Cambridge Street Cambridge, MA 02139 (USA).

³ Los principales colaboradores de este proyecto son: Bjarne Holmes, Ph.D., Director del Proyecto; Jean Francois Bureau, Ph.D., Becaria Post-Doctoral; Nancy Hall Brooks, LicMHW, Coordinador Clínico; Elisa Bronfman, Ph.D.; Sharon Melnick, Ph.D.; Kate Hennighausen, Ph.D. Genetistas Colaboradores: Dr. Maria Sasvari-Szekely, Department of Medical Chemistry, Semmelweis University, Budapest, Hungary; Dr. David Pauls, Psychiatric and Neurodevelopmental Genetics Research Unit, Mass. General Hospital. Se ha contado con la financiación del US National Institute of Mental Health (R01MH062030) y US Fogarty International Research Center (RO3TW06014).

⁴ En este momento se proyectó un video sobre variedad de comportamientos de interacción parento-filial

⁵ En este momento se proyectaron dos videos (interacción con retraimiento a los 18 meses; Interacción con retraimiento a los 12 meses)

⁶ Sigue una secuencia de proyecciones de video que se comentan en el texto

⁷ En este momento se proyectó un video de Interacción segura

⁸ En este momento se proyectó un video de Control cuidador

⁹ En este momento se proyectó un video de comportamiento desorganizado.

¹⁰ En este momento se proyectó un video de interacción parental-adolescente