

**DESARROLLANDO EL CONTEXTO RELACIONAL Y VINCULAR:
LA IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y EL
VÍNCULO MATERNO EN UN PREADOLESCENTE CON
MALFORMACIÓN LABIO PALATINA¹**

**DEVELOPING THE RELATIONAL AND BONDING CONTEXT: THE
IMPORTANCE OF EMOTIONAL REGULATION AND MATERNAL
BOND IN A PREADOLESCENT WITH MALFORMATION LABIO
PALATINA**

CAROLINA ORTIZ SILVA
Instituto Humaniza Santiago
carolinaortiz0210@gmail.com

PRISCILLA TOBAR PÉREZ
Instituto Humaniza Santiago
priscilla.tobar@live.cl

RESUMEN

Existe poca información sobre cómo abordar en psicoterapia los problemas emocionales de niños que tienen algún tipo de malformación. El presente trabajo intenta analizar la relación entre los conceptos de regulación emocional y vínculo materno a través del caso de un preadolescente de 12 años con una fisura labiopalatina que presenta dificultades en su autorregulación emocional. Se pudo concluir que los modelos de interacción familiar y la transmisión transgeneracional de patrones vinculares tienen una incidencia muy importante, dado que se constituyen en el contexto relacional y emocional de las secuelas físicas de una malformación.

Palabras clave: Regulación emocional, vínculo, preadolescencia, patrones transgeneracionales, malformación.

ABSTRACT

There is few information on how to approach in psychotherapy the emotional problems of children who have some type of malformation. This paper attempts to analyze the relationship between the concepts of emotional regulation and maternal bond through the case of a 12-year-old preadolescent with a cleft lip and palate that presents difficulties in their emotional self-regulation. It was concluded that the models of family interaction

¹ Este artículo corresponde al trabajo final, desarrollado por las autoras para el "Postítulo en Psicoterapia Sistémica Vincular Centrada en la Niña, el Niño, el Adolescente y su Familia", que dicta el Instituto Humaniza Santiago. La docente asesora fue la Ps. Mónica Rodríguez Verdugo.

and the transgenerational transmission of relational patterns have a very important incidence, given that they are constituted in the relational and emotional context of the physical sequelae of a malformation.

Key words: Emotional regulation, bond, preadolescence, transgenerational patterns, malformation.

Introducción

NACER CON UNA MALFORMACIÓN, en este caso, una fisura labiopalatina bilateral, es un hecho que impacta la vida de quienes la padecen, debido a los distintos tipos de intervenciones a las que deben someterse, tales como cirugías reconstructivas, controles periódicos de salud, rehabilitación con fonoaudiólogo, kinesiólogo, entre otras. Crecer rodeado de estos tratamientos y de la mirada curiosa de los otros, forma parte del contexto que tienen que enfrentar a lo largo de su desarrollo, e implica desafíos que se suman a los cambios normativos propios de cada etapa (MINSAL, 2015).

En Chile, las fisuras orofaciales, según el Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC), entre el 2001 y 2010, tuvieron una incidencia para la fisura de paladar de 0,7 por 1000 recién nacidos vivos y para la fisura de labio de 1,4 por 1000 recién nacidos vivos (Nazer y Cifuentes, 2014, citado en MINSAL, 2015).

La preadolescencia es una etapa del desarrollo de transición, donde se despide la infancia para abrir paso a la adolescencia, siendo un momento que invita a sentirse vulnerable y frágil. Para un preadolescente con malformación puede resultar especialmente difícil hacer frente a los obstáculos que aparecen en esta etapa del ciclo vital, debido a los cambios que va experimentando; la aceptación por parte del grupo de pares y la imagen corporal cobran un gran protagonismo, lo que puede suponer una importante presión para el o la púber; a lo cual se suma que constituye una época proclive a presentar dificultades emocionales y tender al ánimo depresivo (Fischman, 1989).

Por lo tanto, para un preadolescente con una fisura labiopalatina, además de todos los cambios físicos y psicológicos que experimente, junto a las distintas experiencias sociales que atraviese, la familia cumple un rol central y de suma importancia para su identidad, ya que es fuente de seguridad, contención y apoyo (MINSAL, 2015). Es aquí donde se hace necesario el fortalecimiento de los vínculos y la capacidad para autogestionar las emociones, ya que, tal como dice Vetere y Dallos, “la teoría del apego se ocupa fundamentalmente de cómo los hijos aprenden, con la ayuda de sus padres, a gestionar sus sentimientos y a tranquilizarse cuando se sienten irremediamente inquietos” (2012, p.76). De esta manera, la familia constituirá un modelo de transmisión de comportamientos en torno a lo afectivo, favoreciendo en mayor o menor medida que el preadolescente pueda sortear las vicisitudes de su entorno teniendo como base el aprendizaje que sus padres le brindaron en torno a la gestión de las emociones.

Resulta relevante abordar esta temática ya que al poseer una baja incidencia médica, en el ámbito de la salud mental se carece de herramientas técnicas que permitan a los terapeutas infanto juveniles ofrecer un espacio terapéutico a los afectados y sus familias, quienes pasan por una gran cantidad de cirugías y por el consecuente estrés emocional que

esto conlleva, tanto para el afectado por la malformación como para el resto del grupo familiar. Es por esto que creemos que el enfoque sistémico vincular ofrece un aporte concreto, más allá de la recuperación física, para trabajar en esta problemática. En torno a estas consideraciones cabe hacerse la pregunta sobre cuánta importancia tiene el vínculo de apego en un preadolescente con una malformación física respecto a su capacidad de autorregulación emocional.

Desde este problema de investigación y considerando que en la actualidad se cuenta con escaso material bibliográfico que vincule malformación y terapia sistémica, es que el presente trabajo se plantea como objetivo general mostrar la relevancia del vínculo de apego por sobre la huella física, social y emocional que genera una malformación, ya que éste será el pilar fundamental para la autorregulación emocional de la persona y facilitará o dificultará la relación con su entorno, visualizándolo a través del caso clínico de un preadolescente que presenta una malformación labiopalatina, ampliando el entendimiento desde lo físico e individual a lo vincular y contextual.

Marco conceptual

A.- Preadolescencia y Malformación labiopalatina.

La preadolescencia es una etapa de cambios y de mayor vulnerabilidad, donde los estados de ánimo deprimidos y la negatividad son frecuentes y pueden ser una forma de hacer frente a las presiones externas en este momento de extrema fragilidad, agravando aún más su debilidad (Dolto, 2005). Se puede señalar que “la adolescencia es un periodo con propensión a lo depresivo, más aún si pensamos en el extremo narcisismo, propio de la búsqueda del sí mismo y de la identidad, y la fragilidad de la autoestima que se pone en juego en la interacción social” (Morales y Olivari, 2011, p. 159). De esta forma, el adolescente no tiene un concepto constante de sí mismo y suele boicotear su autopercepción, lo que hace inestable su autoestima, haciéndose dependiente de la opinión de su entorno (González, Romero y Favira, 1986, citado en Morales y Olivari, 2011).

Una característica central de esta etapa es la importancia que adquiere el grupo de pares, teniendo una gran relevancia en la integración de las diversas áreas de su desarrollo así como en la construcción de su identidad (Morales y Olivari, 2011).

La familia representa un contexto o escenario de desarrollo para el adolescente y, simultáneamente, la adolescencia en tanto etapa vital es un contexto para los procesos que experimenta la familia, convirtiéndose, de esta manera, en escenarios el uno para el otro (Morales y Olivari, 2011). De esta manera, los cambios de la adolescencia entendidos como una crisis normativa del ciclo vital familiar plantean el doble desafío, por una parte, de reestructuración o readecuación por parte de la familia al mismo tiempo que de conservación de su organización y, por otra parte, de individuación como proceso personal del adolescente (Morales y Olivari, 2011).

Dolto (2005) plantea que el estado como “adolescente” se prolonga de acuerdo a las proyecciones que estos reciban por parte de sus padres, quienes tienen el deber de ayudar a los jóvenes a crecer y hacerse cargo de sus responsabilidades.

Es probable que esta etapa para alguien que tiene una malformación, como una fisura labiopalatina, sea vivida con mayor angustia que sus pares sin esta marca, ya que el sistema familiar de estos preadolescentes suelen percibirlos desde pequeños como más frágiles, por lo que buscan protegerlos, llevándolos a limitar su autonomía e independencia, repercutiendo en el desarrollo de la confianza en sí mismo y su seguridad, aspectos necesarios para enfrentarse al mundo (Williams y Morris, 1984; Madrazo, 1996; Corbo y Marimón, 2001; Moreno y Terrazas, 2002, citados en MINSAL, 2015).

Es así como al llegar a la preadolescencia, es esperable que el paciente con fisura cuente con una falta almacenada de habilidades sociales que ha ido acumulando desde su infancia, y que haga crisis al entrar en la adolescencia, por ser un período en que el área social y las relaciones toman protagonismo. Se trata de una etapa clave, donde la o el adolescente con fisura estaría expuesto a presentar perturbaciones del ánimo y conductuales, encontrándose evidencias que indican que tendrían más obstáculos en el área social (déficit en las relaciones sociales o de pareja, mayor dependencia de la familia de origen), más dificultades de adaptación en general y menor autoestima y calidad de vida, que sus pares sin fisuras (Peter et al, 1975; Sarwer et al, 1999; Berk et al, 2001, citados en MINSAL, 2015).

B.- Regulación emocional y malformación labiopalatina.

Durante el primer año de vida, el bebé se encuentra sensible a las experiencias sensoriales y afectivas, quedando en él un registro que marcará una base respecto a cómo será el despliegue de sus relaciones interpersonales futuras. Tal como plantean Siegel (2003) y Stern (1991), en las interacciones tempranas del bebé se configura su experiencia subjetiva de la relación interpersonal y la representación cerebral correspondiente a dicha experiencia (citados en Kimelman, 2010). Esto se explica debido a lo que ocurre durante la comunicación emocional que surge entre la diada madre-bebé. Para que la madre logre sintonizar en la comunicación con su bebé, debe convertirse en un cuidador sensible atento a las expresiones no verbales de excitación del bebé y luego regular estos estados afectivos, sean tanto positivos como negativos. De esta manera, la relación de apego media la regulación diádica de la emoción, donde la madre (cuidador principal) co-regula el desarrollo nervioso postnatal del bebé a través del desarrollo del sistema nervioso central (SNC) y autónomo (SNA) (Schore, 2012).

En este proceso, en la medida que la madre sintonice a tiempo con las necesidades afectivas de su bebé, este podrá tranquilizarse de mejor manera en los periodos en que ella no esté; y cuanto más se repita esta dinámica en el tiempo, más sincronizada se vuelve su interacción. Es así como la emoción en el bebé comienza siendo regulada por un otro, pero mientras va creciendo y avanzando su desarrollo neurofisiológico, el niño logra cada vez una mayor autorregulación (Schore, 2012).

Sin embargo, cuando existen dificultades en la salud del recién nacido, como sería el caso de una malformación labiopalatina, es probable que la madre se encuentre en un escenario donde se vuelve complejo estimular la regulación de las emociones. Incidiría en ello el contraste que ocurre entre el bebé imaginado y el real, el cual puede ser tan significativo que se vuelva difícil para la madre aceptarlo, afectando negativamente la

sintonía entre madre-bebé (Kimelman, 2010). Este es un duelo esperable debido a que han perdido al niño imaginado y deseado, y deben enfrentarse a un hijo que no tenían incorporado en sus expectativas (Klaus y Kennell, 1978, 1981; Madrazo, 1996; Cohen, 1997; Otero, 1998-2002, citados en MINSAL, 2015). Otro sentimiento de pérdida es el hecho de que muchos bebés fisurados presentan dificultad para succionar de forma adecuada el pecho materno y muchos definitivamente no pueden hacerlo, lo que genera gran frustración a las madres que deseaban amamantar a su bebé (Otero, 1998-2002, citado en MINSAL, 2015). Por último, está el hecho de portar una malformación, con los cuidados y atenciones especiales que implica, así como el tener que verse sometidos a cirugías desde recién nacidos o durante los primeros meses de vida, todo lo cual dificultaría la vinculación con el bebé (Rossel, 2004).

Investigaciones desde el ámbito de la pediatría han demostrado que las parejas que cuentan con un diagnóstico desalentador respecto a su bebé durante la etapa prenatal están cuatro veces más satisfechos con la experiencia respecto a aquellos con diagnóstico postnatal, ya que cuentan con tiempo para aceptar e informarse del diagnóstico antes del nacimiento. El diagnóstico prenatal influye en una mejor experiencia y en la capacidad de apego en el período del puerperio (Paul, Cerda, Correa, Lizama, 2013).

C.- Vínculo de apego y patrones transgeneracionales

Para hablar sobre el vínculo que se forma entre una madre y su hijo(a), es indispensable pensar en la historia de origen y de desarrollo de esa madre y el vínculo entre ella y sus propios padres; es decir, se debe pensar en la familia de origen de aquella madre para entender e hipotetizar cómo puede darse la historia vincular con su hijo. Al respecto, Canevaro (2010) señala: “la familia de origen no es sólo aquella que fue una vez, allá en el pasado. Es la que nos acompañará siempre, de una manera obviamente modulada y calibrada en función de la fase del ciclo vital individual y familiar, hasta el último día de vida” (pag. 104). En relación a esto, Bowen (1991) señala que lo que ocurre durante el proceso de vinculación entre padres e hijos guarda relación con lo que ocurrirá en el transcurso de la vida y en la forma en que se establecerá relaciones con los otros.

La interrogante acerca de cómo las pautas de interacción tempranas con las figuras significativas influyen en la vida adulta, ha llevado a los investigadores a poner hincapié en estos aspectos. Las relaciones de apego juegan un papel clave en la transmisión transgeneracional de la deprivación o la seguridad; esto lo muestran los datos de Van Ijzendoorn (1995, citado en Fonagy, 1999) que indican que los adultos con apego seguro tienen 3 o 4 veces mayor probabilidad de tener niños que estén apegados de manera segura a ellos. Fonagy (1999) explica esta transmisión con el dato de que los adultos con apego seguro son más sensibles a las necesidades de sus hijos, con lo cual promueven la expectativa en los infantes de que la desregulación será rápida y efectivamente enfrentada.

Dentro de las relaciones existentes en el sistema familiar, Hill y cols. (2003, citados en Morales y Olivari, 2011) han observado que las conductas de apego también se manifiestan generando “marcos compartidos de interpretación”. Mientras este marco genere confianza en los miembros de la familia y existan comunicaciones familiares funcionales, caracterizadas por padres sensibles y con capacidad de sintonizar con sus hijos, el niño no

tendrá temor en la interacción y se permitirá explorar tranquilo y confiado, permitiéndose ser espontáneo y generando un concepto claro de su self, ya que existe coherencia entre su actuar y la respuesta que recibe por parte de sus padres. Sin embargo, cuando no existen marcos compartidos de interpretación dentro de la familia, se formará un ambiente de inseguridad y desconfianza, sus experiencias y el significado que se le otorgue a sus propias reacciones emocionales serán confusas, lo cual interferirá en el desarrollo de una definición clara de quién es y generará un manejo desadaptativo de las emociones que surjan en momentos de estrés, generando pautas relacionales disfuncionales entre los miembros de la familia.

Caso clínico

El caso que se presenta a continuación fue atendido en la Unidad de Fisurados de un hospital público de la V Región. En este caso, la familia llega derivada por otro profesional de la unidad. Los consultantes son una familia de tipo extensa, constituida por Elisa (74), Elisa (44), Javier (45), Alejandra (21), su pareja (21) y el bebé de ambos (7 meses), Carolina (15) y Martín (12) paciente índice².

Elisa es la menor de 7 hijos, sus padres se separaron cuando ella tenía 8 años. Fue su madre (Elisa) la que se encarga de sostener económicamente a la familia y sacar a sus hijos adelante. Elisa señala que en relación a la crianza, su madre fue muy estricta, ya que su padre, Fernando (75 años) hace abandono del hogar y no responde económicamente, lo que obligó a los hijos a “madurar y crecer más rápido” para ayudar a su madre. La relación entre ambas ha sido cercana en lo físico pero distante y poco expresiva en lo emocional. La abuela Elisa mantiene una relación cercana y sobreprotectora con Martín.

Javier es el hijo único de una familia nuclear. Su crianza la describe como “relajada”, ya que sus padres siempre fueron de conversar y no castigar. Javier se siente identificado con este tipo de crianza e intenta ser comprensivo y cariñoso con sus hijos.

Martín es un preadolescente de contextura muy delgada y talla pequeña, físicamente no representa la edad que tiene, sino que aparenta 9 o 10 años. Tiene una fisura labiopalatina bilateral que afecta la anatomía de su nariz y dificulta su habla. Asiste a un colegio tradicional, donde ha mantenido un buen promedio de notas, es creativo y muy bueno en las manualidades. Ambos padres lo ven como un niño “bien portado, que poco reclama y que poco retamos”. Ha renunciado a talleres extra programáticos señalando “sentirse incómodo con otras personas”. En casa sólo juega con su primo, ya que en su barrio no tiene pares con quién jugar. Su pasatiempo es jugar play station, lo cual realiza durante varias horas y además lo utiliza como medio para comunicarse online con compañeros de curso; actividad que prefiere por sobre otras que impliquen salir de su casa. Sus contextos significativos son su familia, donde se siente protegido “por ser el menor y

² Los miembros de la familia han firmado un consentimiento informado autorizando la publicación resguardando sus datos personales. A fin de resguardar la confidencialidad se han modificado los nombres y datos reconocibles de las personas.

ser muy apegado a ellos” y su grupo de amigos de su curso, con quienes comparte desde kínder. Según señala la profesora, “Martín es querido y protegido por el grupo”.

Elisa tenía 4 meses de gestación cuando se entera del embarazo de Martín. Enfrenta el diagnóstico de fisura cuando el niño nace, señala que para ella la noticia “le afectó más en lo práctico que en lo emocional”, ya que tenía dificultades para alimentarlo, tenía bajo peso y se enfermaba mucho, por lo que se centra en las necesidades de su hijo para que pueda ser operado. Martín desde los 3 meses de edad ha estado sometido a intervenciones quirúrgicas para la corrección de la malformación.

Ambos padres son dueños de un negocio de abarrotes cerca de su casa, en el que ambos trabajaban. Además, Javier hace más de un año se va a trabajar a otra ciudad como administrador de un edificio, regresando el fin de semana a la casa. Por lo que Elisa se encarga sólo del negocio durante la semana y ambos el fin de semana, lo que la ha mantenido más ocupada y estresada. La visión de Martín es que desde que se generan estos cambios, ve a sus padres discutir los fines de semana. A este cambio, se suma que Carolina se cambia de colegio para continuar la enseñanza media, después de haber compartido siempre colegio con Martín, quien queda desprovisto de su compañía y fuente de seguridad. Por último, señalar que nace el primer sobrino de Martín, y desde entonces que Alejandra convive con su pareja en la casa.

Motivo de Consulta

Martín es derivado a evaluación psicológica por kinesióloga ya que le preocupa ver que desde hace un par de meses llora en las sesiones sin motivo aparente. La madre señala que Martín siempre ha sido muy sensible y llora con mucha facilidad frente a distintas situaciones tensas, como cuando los padres discuten, lo retan o si algo lo frustra, también frente a cualquier situación en que se siente sensible, como con respecto a temas que se relacionan a la fisura. Otra observación de los padres es que el preadolescente no se integra a situaciones sociales con otros grupos de chicos de su edad. Martín refiere que siempre se ha relacionado con cuatro amigos del colegio a quienes conoce bien y que le cuesta mucho interactuar con personas que no pertenecen a ese círculo, incluso con compañeros del mismo curso. Dice sentir miedo al dolor físico y sufrir por extrañar a su familia cuando ha estado hospitalizado. Martín agrega que desde que el padre trabaja en otra ciudad, lo percibe más lejano, “antes era más cariñoso y ahora cuando está en la casa siempre está ocupado y estresado”, lo mismo pasa con su madre, “ahora pelean y discuten más”.

Se co-construye el motivo de consulta con el padre, la madre y Martín, entendiendo que la familia ha tratado de apoyar al preadolescente frente al llanto y timidez de distintas formas, algunos siendo más sobreprotectores y la madre exigiéndole que supere sus dificultades, lo que ha dejado al preadolescente con menos oportunidades de descubrirse a sí mismo en sus capacidades y con más sensación de invalidez frente a situaciones que le han exigido desenvolverse y autorregularse. Lo anterior se suma a las dificultades que tanto Martín como su familia han tenido para adaptarse a los cambios del paso de la niñez a la adolescencia, teniendo que considerar sus necesidades actuales; por lo que la sensibilidad de Martín estaría expresando su parte más frágil y le faltaría desarrollar su parte más fuerte, sus recursos y capacidades, con la que podrá ajustarse a su entorno y enfrentar las situaciones en las que se encuentra.

Creencias y atribuciones del sistema familiar

La madre considera que en su rol de padres no han sido sobreprotectores y menos con respecto a la fisura, y señala que las dificultades de integración social que presenta Martín se explicarían por la posibilidad de que haya sido motivo de burlas por el grupo de pares en el colegio.

El padre cree que Martín desde muy pequeño mostró ser el más sensible, debido a su llanto, y que necesitaría adquirir herramientas para que esta sensibilidad no le afecte o sea un problema para él.

Su hermana Carolina considera que a Martín le afecta tener una fisura y lo que implica para su vida tener que enfrentar esta situación lo dejaría vulnerable frente a los demás. Plantea que frente a esto su madre no estaría considerando tratar a Martín con más tacto. La abuela ve a Martín como el más pequeño y débil de la casa, por su fisura, razón por la cual necesitaría ser protegido.

Sistema de hipótesis

La familia se encuentra inserta en una dinámica de exigencia por las tareas y deberes que se han reforzado desde los modelos de crianza transgeneracionales de la madre, quien conserva una expectativa de logro e independencia en Martín, como una forma de entregarle herramientas para desenvolverse y poder protegerlo del sufrimiento. Sin embargo, esto genera frustración, sobreexigencia y ansiedad en Martín, dado que necesita una respuesta más habilitante y empática de parte de sus padres.

En cuanto a la hipótesis vincular, Elisa tuvo un embarazo no programado y se entera en el parto de la malformación de su hijo. Probablemente, como una forma de enfrentar la situación, adopta una actitud práctica centrada principalmente en las necesidades físicas y alimenticias en desmedro de las necesidades de contacto emocional del bebé, mostrando un tipo de vínculo que tiende a la evitación, caracterizado por otorgar menos atención a lo emocional; lo que tiene como efecto que la madre disponga de pocas estrategias afectivas tendientes a disminuir la angustia y ayudar a contener a su hijo. Martín disminuye sus necesidades adoptando una postura más pasiva y hermética con respecto a lo que le afecta, mostrando un vínculo evitativo en la forma de relacionarse.

Martín desde pequeño ha tenido que enfrentarse a la estigmatización social de su fisura, lo que ha ido creando en él una imagen de sí mismo disminuida, que repercute al enfrentarse al campo social y que resuelve buscando entornos seguros para funcionar, como son su grupo de pares a quienes conoce desde la infancia, y su entorno familiar. La etapa de la preadolescencia por la que atraviesa ha abierto nuevas necesidades que precisa cubrir, como formar parte de un grupo social más amplio y sentirse igual al resto, lo cual se vuelve difícil ya que su imagen física es distinta a los demás y no se atreve a compartir con quienes están fuera de su círculo de confianza.

Los padres estarían presentando dificultades para facilitar el desarrollo y autonomía de Martín, lo cual se refleja en la práctica de permitir que duerma con ellos. Esto podría estar ocurriendo debido a que se encuentran enfrentados al proceso de emancipación de su hija mayor, lo cual implica un proceso de duelo, siendo ésta la forma en que han logrado la ilusión de permanecer en la etapa de crianza.

Proceso terapéutico

Como objetivo amplio del proceso, se establece el acompañar a Martín y sus padres en la adaptación al período vital que está cursando, favoreciendo un mayor conocimiento de sí mismo y de su mundo emocional, junto a la acogida que los padres puedan brindar a las necesidades afectivas de su hijo.

En un comienzo, el llanto inesperado sorprendía y angustiaba a la terapeuta, pero al transcurrir las sesiones, ésta logró aceptar y controlar sus propias emociones, y contener las de él, lo que permitió que pudiese narrar y expresar con facilidad lo que le ocurría y sentía, conformando un vínculo de confianza y cercanía.

Al principio del proceso terapéutico, el vínculo con la madre tendía a ser evitativo, ya que rehuía hablar de sus emociones, pero al ir incorporando y reconociendo sus fortalezas, poco a poco fue mostrando una mayor apertura, lo que permitió a la madre y a la terapeuta poder ir fortaleciendo más el vínculo y la comunicación. Una vez que la familia fue encontrándole sentido a la terapia, se percibió en toda ella el deseo de lograr cambios para el bienestar del grupo, mostró compromiso con la terapia y permitió por parte de la terapeuta la legitimación de su trabajo.

La estrategia terapéutica consistió en trabajar con Martín en el conocimiento de sí mismo y de su mundo emocional, permitiendo la visualización y conexión con sus sentimientos respecto a las distintas temáticas relacionadas a su realidad a lo largo de su desarrollo. Con la madre, la estrategia fue trabajar en torno al vínculo afectivo que existía con Martín. Para esto, se exploró en el proceso de vinculación con su hijo y en las pautas relacionales y los patrones transgeneracionales que podían observarse en la historia vincular de su familia de origen, así como en el reconocimiento de habilidades parentales específicas. Con el resto de la familia la estrategia se centró en trabajar en la aceptación del ciclo vital en que se encontraban. En cuanto a las técnicas, se trabajó con técnicas narrativas y el uso de metáforas, para permitirles identificarse con éstas y a partir de ellas describirse a sí mismos y generar recursos.

A medida que el proceso fue avanzando, fue posible notar cómo Martín iba expresando sus afectos sin llorar. Logró identificar una serie de estrategias para contener el llanto cuando evaluaba que el contexto era poco apropiado; comenzó a autorregular su funcionamiento emocional sintiéndose más satisfecho, empezó a “sentirse más fuerte”. El cambio en la madre fue notorio. De aparecer como una mujer muy distanciada emocionalmente, transitó a admitir que se notaba más conectada con su hijo cuando lloraba en sesión (en varias oportunidades era ella la que comenzaba a preguntar a Martín qué era lo que provocaba su llanto y qué sentía).

La familia fue logrando resituar sus roles al tomar conciencia de lo que estaba sucediendo al interior del grupo familiar, así como readecuarse al proceso de individuación personal del preadolescente y también del proceso de crisis normativa del ciclo vital familiar en que se encontraban. La madre comenzó a tener una adecuada acogida a las necesidades afectivas de su hijo, lo que permitió que Carolina dejara de encargarse de esta tarea. El padre empezó a tener una mayor comunicación con su esposa, intentando consensuar sus estilos de crianza. En este contexto, también se destaca que los padres hayan decidido construir un dormitorio para Martín en el mediano plazo y paralelo al transcurso de la terapia, elemento importante para ayudar a crecer a Martín.

Al cierre de la terapia, Martín había logrado tener claridad respecto a sus capacidades y fortalezas, dándose cuenta que su mayor fortaleza era justamente su sensibilidad, porque esto le permitía darse cuenta de lo que le pasaba y conocer su mundo interno, en combinación con su dulzura y sutileza para contactarse con su entorno, ya que la suma de estas cualidades le posibilitaban expresar a otros de manera agradable temas difíciles de abordar, y por tanto, lograr una recepción positiva por parte de los otros. Esto le permitió desarrollar respuestas más adaptativas al momento de enfrentar dificultades, como cuando debía defender su postura y expresar sus sentimientos dentro del ámbito familiar, logrando enfrentar sus temores y hacerlo con la seguridad y confianza de tener una recepción y respuesta apropiadas por parte de todos los miembros de su familia.

Discusión

Síntoma y funcionamiento familiar

Se puede comenzar el análisis de este caso pensando en qué ocurría dentro del funcionamiento familiar que hacía que Martín mantuviese el síntoma, lo cual se relaciona a no encontrar coherencia en la forma en que enfrentan los procesos dolorosos como familia, ya que cada uno intenta ayudarlo de forma contraria a lo que propone otro miembro de su grupo familiar, creando un ambiente de confusión para el preadolescente. Tal como se evidencia en los planteamientos de Hill y cols. (2003, citados en Morales, 2011), si no existen marcos compartidos de interpretación dentro de la familia, se genera un ambiente de inseguridad y desconfianza, logrando que las experiencias y el significado que se le otorgue a las propias reacciones emocionales sean confusos, lo cual interfiere en el desarrollo de una definición clara de sí mismo y genera un manejo desadaptativo de las emociones en los momentos de estrés. Martín no tiene la confianza ni seguridad suficiente para compartir sus dificultades en su entorno familiar porque teme que su queja no sea bien recibida, debido a que su llanto es censurado o no comprendido. La familia no se ha convertido en un espacio que le brinde la oportunidad de entenderse a sí mismo, lo que llevaría a que genere un repertorio limitado de respuestas para enfrentar situaciones estresantes, respondiendo siempre con el llanto.

De esta forma, la familia coloca en Martín el control del foco del problema a través de atribuciones hacia su sensibilidad como una dificultad intrínseca de su persona, sin considerar el papel que juega en el síntoma la forma en que se relacionan entre ellos. A partir de esto, la co-construcción del motivo de consulta les permitió apreciar desde otro ángulo la situación que estaba presentando Martín, comprendiendo que el síntoma que

evidenciaba era un reflejo del funcionamiento familiar. Esto posibilitó que surgiera la preocupación por modificar las dinámicas relacionales observadas por la terapeuta y abordar la psicoterapia con una motivación diferente, puesto que ahora posee un sentido para ellos.

Desarrollo del vínculo en contextos de dificultades en la salud del recién nacido

Durante la terapia, se llevó a la madre a recordar los episodios que marcaron el inicio de su historia vincular con Martín, reconociendo que al centrarse principalmente en sus necesidades biológicas y dejar de lado las emocionales, se sentaron las bases para que conectara menos con las emociones displacenteras de Martín de ahí en adelante.

Relacionado a la malformación labiopalatina, esta madre se encontró con tres obstáculos que la llevaron a tener dificultades en el proceso de vinculación con su hijo. Primero, el gran contraste entre el bebé imaginado y el real, lo cual se apoya en lo planteado por Kimelman (2010), quien menciona que la sintonía entre madre y bebé se puede ver afectada negativamente cuando esto ocurre, a lo cual se suma que recibe un diagnóstico postnatal de la malformación, lo cual afecta con más intensidad la capacidad de apego en el período del puerperio que un diagnóstico prenatal (Paul, Cerda, Correa, Lizama, 2013). Además, Martín fue un bebé con dificultades para succionar el pecho materno, lo cual es algo esperable en bebés con malformación, como plantea Otero (citado en MINSAL, 2015), y que se convirtió en algo inesperado para su madre y difícil de aceptar. Por último, estaba el estrés por la condición de la malformación de su bebé, con los cuidados y atenciones especiales que implicaba, y las reiteradas cirugías a las que se tuvo que someter desde recién nacido, lo que Rossel (2004) considera como factores que dificultan la vinculación con el bebé.

Vínculo materno filial y patrones transgeneracionales

Desde la óptica de la transmisión transgeneracional del apego, el tipo de vínculo que Elisa adquirió en su familia de origen también influye en el apego que establece con Martín. Al respecto, Fonagy (1999) explica que los adultos que desarrollan un apego seguro con sus padres son más sensibles a las necesidades de sus hijos y estimulan la regulación emocional en ellos. De esta manera, se entiende que la dificultad de Elisa para contener el llanto de su hijo tiene que ver con los aprendizajes del estilo vincular desarrollados en la relación con su madre, la abuela Elisa, quien le transmitió que las emociones no son lo suficientemente importantes porque hay otras cosas más urgentes que atender. Esto lleva a Elisa a presentar dificultades para desarrollar la sensibilidad y empatía en su rol como madre, lo que tiene como efecto que disponga en su repertorio pocas estrategias tendientes a disminuir la angustia y priorice por calmar con argumentos o razones a su hijo. De esta manera, Martín disminuye la actitud de alerta y de mayor conciencia de sus necesidades, adoptando una postura más pasiva y hermética con respecto a lo que le afecta.

Preadolescencia, malformación e inseguridad.

De forma paralela al trabajo con la madre, se trabaja con Martín respecto a su contexto individual. La etapa de la preadolescencia por la que atraviesa ha abierto nuevas

necesidades que precisa cubrir, como formar parte de un grupo social y sentirse igual al resto, lo cual se vuelve difícil ya que su imagen es distinta a los demás. Además de la malformación, tiene la apariencia física de un niño, mientras otros ya demuestran características propias de la etapa, evidenciando desarrollo puberal. A esto se suma que sus pares han desarrollado habilidades sociales que les permiten integrarse a nuevos grupos y ser aceptados, mientras Martín carece de estas herramientas, no explorando conocer personas y entornos nuevos, debido a su inseguridad. Se puede entender lo que le ocurre a Martín a partir de los planteamientos de Dolto (2005), quien señala que para el adolescente la opinión de sus pares se convierte en su punto de referencia para todo. A partir de esta idea, se puede pensar que probablemente Martín estaría optando por no participar en nuevos grupos sociales por no tener la seguridad suficiente en su imagen física, lo que concuerda con lo señalado por González, Romero y Favira (1986, citado en Morales y Olivari, 2011), respecto a la autoestima del adolescente, la cual se vuelve inestable ya que este no tiene una opinión firme de sí mismo y tiende a boicotear su autopercepción, haciéndose dependiente de la opinión externa. De esta forma, Martín se percibe frágil y anticipa ser rechazado, lo que con facilidad puede llevarlo a sentirse deprimido.

Psicoterapia, regulación emocional y preadolescencia

Con respecto a la sensibilidad de Martín, el llanto representaría el desborde y la forma en que se manifiesta su desregulación frente a lo que le afecta, para compensar esto, busca entornos que lo regulen. En este sentido, la hermana ocupa ese rol, sirviendo de apoyo y sostén, ya que a Martín le faltan destrezas y habilidades propias para autorregularse. Según López y cols. (2001), el reconocimiento y control de los estados internos son habilidades últimas en alcanzar por los adolescentes, lo que permite entender que las capacidades de Martín para afrontar las dificultades en su entorno se vean desbordadas con mayor facilidad.

En la última fase de la terapia, se busca acompañar a la familia en la aceptación del paso de la niñez a la adolescencia en Martín, permitiendo y fomentando su autonomía. En esta familia, Martín es percibido como alguien frágil y que necesita ayuda. Autores como Williams y Morris (1984), Madrazo (1996), Corbo y Marimón, (2001) y Moreno y Terrazas (2002, citados en MINSAL, 2015), señalan que es esperable que familias con hijos con algún tipo de malformación tiendan a mostrarse sobreprotectores, lo que repercute en la autonomía y seguridad percibida por los hijos. De esta manera, se puede entender que Carolina trate de compensar las habilidades y fortaleza que le falta desarrollar a su hermano al defenderlo en el colegio y en la casa, así como el comportamiento de la abuela Elisa, quien a través de su discurso lo intenta proteger y justifica su comportamiento, al considerarlo como el más indefenso de la casa. Otra forma en que se puede apreciar la sobreprotección es a través de la práctica de los padres de compartir la cama con Martín, quienes normalizan esta situación, dificultando el desarrollo de su hijo y su autonomía. Esto concuerda con los planteamientos de Dolto (2005), quien señala que el estado “adolescente” tiene un inicio y un fin de acuerdo a las proyecciones que estos reciben por parte de sus padres, quienes tienen el deber de ayudar a sus hijos a crecer y hacerse cargo de sus responsabilidades. Al compartir la cama con su hijo a esta edad, los padres no están cumpliendo su deber de fomentar el sano crecimiento de Martín e impulsar el paso a la siguiente etapa de su desarrollo, ya que no cuenta con un dormitorio que le permita tener

espacio para sí mismo y desarrollar sus gustos e intereses, así como la búsqueda de su identidad, con lo que finalmente se le entrega el mensaje de que aún es un niño pequeño.

Las conductas de sobreprotección reflejadas en las situaciones anteriores podrían explicarse como una forma de contrarrestar el tener que enfrentar el proceso de emancipación de su hija mayor, quien está comenzando a formar su propia familia, lo cual ya implica un proceso de duelo pese a que la hija viva en la misma casa, por lo que podrían estar encontrando consuelo en ver a Martín más pequeño y así no hacer frente a los cambios que se aproximan. Esto guarda relación con lo señalado por Morales y Olivari (2011), respecto a que el duelo de la etapa infantil dejada atrás no solo es vivenciado por el adolescente, sino que lo experimenta todo el sistema familiar, por lo que conlleva exigencias de adaptación para todos.

El trabajo vincular con la madre permitió elaborar nuevas pautas de relación frente a los temas emocionales, lo cual a su vez posibilitó al preadolescente y su familia poder sentirse más cómodos a la hora de abordar temas difíciles y hacerse cargo de ellos, adoptando un estilo relacional más saludable. De esta forma, la madre tomó una postura más sensible y fue capaz de sintonizar con su hijo, lo que facilitó la desestigmatización del llanto de Martín, el cual fue disminuyendo durante el proceso de psicoterapia, mostrando formas más adaptativas regulación.

Resignificación en el sistema familiar y autorregulación

De forma transversal, se trabajó con la familia en el reconocimiento, aceptación e incorporación de la fisura como parte de Martín y del contexto familiar, ya que tal como se menciona en MINSAL (2015), tener una fisura deja secuelas a nivel del habla, estéticas, auditivas, psicológicas y sociales, por lo que un paciente fisurado, al igual que su familia, se ven enfrentados a un extenso proceso de recuperación física y emocional; lo que en terapia implicó validar el tratamiento y darle un significado más alentador a un tratamiento que es lento y extenso en el tiempo.

La nueva postura de la familia frente a la malformación, sumado al reconocimiento y acogida materna de las necesidades afectivas de Martín y la mejora en las relaciones familiares, crearon una ambiente propicio para generar cambios, lo que concuerda con lo señalado por Morales y Olivari (2011) respecto a que la familia representa un contexto para el desarrollo del adolescente y ambos se influyen entre sí. Este escenario con nuevos matices hizo posible el florecimiento del “lado más fuerte” en el preadolescente, quien percibió el apoyo de su familia y comenzó a sentir una mayor seguridad y confianza, y a desarrollar la asertividad y autonomía dentro del ámbito familiar, ampliando su repertorio de respuestas frente al estrés.

Finalmente, la familia logra resituar sus roles al tomar conciencia de lo que estaba sucediendo en su interior, readecuándolos al proceso de individuación personal de Martín y al proceso de crisis normativa del ciclo vital familiar en el que se encontraban. De esta manera, al ir aceptando el proceso en el que estaba su hija mayor y, tomando conciencia de las dinámicas que entorpecían el proceso de maduración de su hijo menor, pudieron ayudar a que Martín avanzara en su desarrollo.

Al finalizar el proceso de psicoterapia se observaron cambios favorables en el preadolescente, como una mejora en su autonomía y un mayor conocimiento de sus fortalezas y necesidades, por parte de él y su familia. Asimismo, se favoreció el desarrollo del proceso de resignificación individual y colectiva de las atribuciones en torno a la fisura de Martín, junto a cambios en la dinámica familiar.

Reflexiones y aportes a la mirada del tratamiento de personas con fisura labiopalatina

Después de concluir este trabajo, aprendimos como terapeutas que es necesario realizar una evaluación minuciosa del estado emocional en aquellas madres de un bebé con una anomalía como lo es una malformación, así como de la percepción de sus familias, debiendo indagar en las demostraciones de negación frente al problema y realizar seguimiento en las distintas etapas del desarrollo del niño o niña, para que no afloren síntomas emocionales a mediano o largo plazo. Esta revisión puede realizarse durante un acompañamiento al embarazo y luego monitorear a la madre con posterioridad al parto. Además, teniendo en consideración que las madres están sensibles y vulnerables afectivamente producto del parto y sus efectos biológicos y psicológicos, por lo que requieren de una acogida emocional de apoyo para la crianza de sus bebés. El embarazo y el puerperio son momentos claves para la evaluación ya que de detectar redes de apoyo insuficientes, es recomendable que los profesionales que acompañan intenten gestionar y facilitar la conformación de dichas redes así como fortalecer las existentes.

Es por esto que surge la reflexión respecto a lo importante que es la forma en que las madres viven la experiencia de la maternidad, ya que cuando no existe una conexión con las emociones propias y las del hijo(a) al que se cuida, impacta de manera negativa el proceso de vinculación con el bebé.

Una sugerencia para el sistema de salud que nos surge después de este análisis es que pudiese formarse una entidad capacitadora que sensibilice en esta temática a otros profesionales de la salud; especialmente aquellos que están en contacto directo con la familia, los bebés y principalmente, las madres y padres.

En este sentido, también podría considerarse como parte de la intervención en salud pública con bebés con algún tipo de malformación o discapacidad, la implementación de trabajos grupales con la díada madre-bebé que favorezcan la sintonía y formas significativas de alimentación alternativas al pecho materno, entre otras; que busquen desculpabilizar a las madres y demostrarles que no amamantar a sus hijos no guarda relación con el amor que les puedan expresar, existiendo muchas otras maneras significativas de demostrar afecto y preocupación hacia sus hijos. Trabajar en un formato grupal, que permita acompañarlas y guiarlas, así como que puedan acompañarse entre ellas en el proceso de la maternidad de un hijo(a) que es diferente, compartiendo experiencias y emociones.

Finalmente, nos gustaría aportar también la reflexión acerca de que no necesariamente tiene que existir bullying para que niños o adolescentes con algún tipo de malformación se sientan inseguros e incapaces de explorar, pese a ser más propensos a este

tipo de burlas o a algún tipo de rechazo, sino que en muchas ocasiones puede deberse a la falta de una construcción clara de quiénes son y cuáles son sus capacidades, lo cual les permita tener la seguridad necesaria para desenvolverse en su entorno, pese a las dificultades que puedan encontrar en el camino.

Comentarios finales

Este trabajo buscó relacionar los conceptos de regulación emocional, vínculo materno filial y malformación en la preadolescencia. Para el proceso terapéutico y su análisis, el enfoque sistémico vincular nos permitió concluir que la construcción de la confianza básica de una persona viene dada desde los modelos de interacción familiar y de la transmisión transgeneracional de patrones vinculares, los que repercuten en la seguridad con la que se va a transitar por la vida y hacer frente a las adversidades, teniendo una incidencia muy importante, la cual se constituye en el contexto relacional y emocional de las secuelas físicas de una malformación.

Es por esto que sugerimos incorporar investigaciones con respecto a terapia sistémica en niños que presentan fisuras labiopalatinas y que den cuenta de la relevancia de incorporar un enfoque vincular y relacional para revertir no solo dificultades que se presenten en este contexto, sino que desestigmatizar la forma en que se aborda el problema, enfatizando los procesos relacionales.

Referencias bibliográficas

- Bowen, M. (1991). Capítulo: Hacia la diferenciación del sí mismo en la familia de origen. En *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Canevaro, A. (2010). Capítulo V: Recorrido terapéutico. En *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Dolto, F. (2005). *La causa de los adolescentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Fischman, Ch. (1989). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Revista Aperturas psicoanalíticas*, nº 3.
- Kimelman, M. (2010). Manual de Apego. En *Apego, Lactancia y Desarrollo Humano*. MINSAL CCC.
- MINSAL (2015). *Guía Clínica AUGE Fisura Labiopalatina*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Morales, G. y Olivari, C. (2011). Los adolescentes y la terapia sistémica: un sujeto en contexto. Pg. 11-37. En *Psicoterapia de Niños, Niñas y Adolescentes: Una Mirada Sistémico/Relacional*. Germán Morales y Carmen Olivari editores. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Paul, M., Cerda, J., Correa, C., & Lizama, M. (2013) ¿Cómo reciben los padres la noticia del diagnóstico de su hijo con síndrome de Down? *Revista médica de Chile*, Vol 141(nº7), 879-886.
- Rossel, K. (2004). Apego y vinculación en el Síndrome de Down. Una emergencia afectiva. *Revista Pediatría Electrónica Universidad de Chile*. Vol 1.
- Schore, A. (2012). The Science of The Art of Psychotherapy. En *El Método Oaklander*. Santiago: Editorial Cuatro Vientos.