



## **VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES**

### **SIBLING ATTACHMENT AND THE BASIS OF DEVELOPMENT OF SOCIAL RELATIONS**

Begoña Gállego Valverde, Juana Martínez Ladrón, Carmen Bayo Fernández

Consulta Privada. UTAM-PM

[begonagallego@yahoo.com](mailto:begonagallego@yahoo.com)

#### **RESUMEN**

A lo largo del trabajo intentamos explorar la importancia de las relaciones fraternas en la constitución del sujeto, si estas pueden influir en el desarrollo de una psicopatología y también como la enfermedad, física o mental, de un hermano puede pesar en el crecimiento y desarrollo subjetivo de los otros hermanos.

Nos preguntamos también cual puede ser el peso del vínculo padres-hijos, padres que son a la vez los mismos y diferentes con cada uno de sus hijos, en el establecimiento de esas relaciones entre hermanos favoreciéndolas o interfiriendo en la constitución de dichas relaciones.

Por otro lado, podemos pensar la fratria como el primer espacio social con el que se encuentra un individuo. ¿Cómo influyen, si es así, estas primeras relaciones con iguales en los vínculos sociales posteriores?

Hacemos un breve repaso a la presencia de los vínculos fraternos en los mitos y en los cuentos infantiles; recogemos el concepto de complejo fraterno y sus funciones desarrollado por René Kaës y Luis Kancyper y nos acercamos al trabajo con sujetos que han tenido o tienen un hermano gravemente enfermo.

Como ejemplo de las ideas expuestas, comentamos cuatro casos clínicos y proponemos algunas acciones que nos parecen pertinentes para abordar situaciones problemáticas.

#### **ABSTRACT**

Throughout this project we explore the importance of sibling relationships in the human constitution, if these can influence the development of psychopathology. We also deal with examine how the illness, whether physical or mental, of a sibling can have an effect on the growth and subjective development of other siblings.

We also look at possible effects on the parent-children bonds, parents who are both similar to and different from lack of their children, in the establishment of these relationships between siblings, favouring or interfering in such relationships.

On the other hand, we can consider sibling relations as the first social sphere with which an individual has to deal. If so, how do these first relations with equals influence later social bonds.

We review briefly the presence of sibling bonds in ancient myths and children fairy tales.

We include the concept of a "sibling complex" and its functions developed by René Kaës and Luis Kancyper and we approach this project with subjects who have or have had a seriously ill sibling.

To illustrate our work we make references to four clinical cases and we recommend some intervention aspects.

# VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

## INTRODUCCION

El interés por este tema procede de la experiencia clínica del trabajo con pacientes adolescentes y del conocimiento de que la disfunción familiar es un importante factor de mantenimiento de la enfermedad mental. Por esta razón, pensamos que debemos conocer lo más posible acerca del ámbito que rodea al paciente y desde luego también de sus hermanos a los que, en un momento dado, podemos detectar en riesgo psicológico.

Nuestro Equipo disponía hace 20 años del dato de que el 77.7% de los hermanos de nuestros pacientes no presentaban ningún tipo de trastorno mental, la experiencia clínica vivida hasta ahora nos ha conducido a cuestionarnos esta información.

Los padres de dos o más hijos pueden ejercer la misma Práctica de Crianza, o un Estilo Educativo similar para con todos ellos y, sin embargo, uno de los hijos puede enfermar de gravedad y el resto, no.

Los estilos de Crianza y Educación afectan tanto a los hermanos sanos como al paciente, por ello no podemos dejar de preguntarnos, ¿por qué ha enfermado ese hijo y no otro?

Para poder conseguir una mejor comprensión multietiológica, intentamos conocer que hermano ha tenido un temperamento más difícil; cual ha podido ser más duro de "soportar" para padres y hermanos; cómo se han desarrollado los diferentes hermanos; que problemas de desarrollo, emocionales, o de aprendizaje han podido presentar ¿Es nuestro paciente el foco de todos estos aspectos o no han habido diferencias entre los hermanos?

Por otro lado, todas estas cuestiones hay que plantearse en el marco de lo que ha estado aconteciendo a la pareja parental. Las diferentes fases que atraviesa el ciclo vital familiar (1); la relación con el medio social y las expectativas familiares con respecto a éste; las diferentes presiones externas a la familia nuclear; lo escolar; lo formativo; los eventos vitales traumáticos, felices, ó de éxito; etc.

## LAS RELACIONES FRATERNAS EN LA HISTORIA Y EN LOS CUENTOS

Es el año 753 antes de Cristo. Dos hermanos Rómulo y Remo deciden construir una ciudad. Tras discutir, se ponen de acuerdo en el lugar de ubicación y Rómulo construye un gran muro en el sitio acordado, el Monte Palatino. Remo, se burla de la idea de su hermano y salta a través del muro. Pero esta burla le costará la vida. Su hermano lo manda matar y se corona rey.

Tras poner su propio nombre a la ciudad (Roma), la leyenda cuenta que Rómulo es llevado al cielo por el dios Marte, su padre, y él se convierte también en dios.

La burla y la rivalidad entre los dos hermanos tiene un final trágico.

En el antiguo testamento se puede leer: "Y aconteció al cabo de mucho tiempo que Caín presentó al Señor ofrendas de los frutos de la tierra. Ofreció así mismo Abel, de los primerizos de su ganado y de lo mejor de ellos; y el Señor miró con agrado a Abel y a sus ofrendas. Pero de Caín y de las ofrendas

## **VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES**

suyas no hizo caso, por lo que Caín se irritó sobremanera, y decayó su semblante. Dijo después Caín a su hermano Abel: salgamos fuera. Y estando los dos en el campo Caín acometió a su hermano Abel y lo mató”.

Caín y Abel eran hermanos, uno pastor y el otro labrador. La preferencia de Dios padre por uno los enfrenta y esto lleva a la muerte del otro.

La importancia de las relaciones fraternas aparece pronto en la historia y en la literatura. Son numerosas las parejas de hermanos famosas a lo largo de los mitos, pareja de varones como Rómulo y Remo, fundadores de Roma o Caín y Abel, los primeros hijos de Adán y Eva, o la historia de José (hijo predilecto de Jacob) y sus hermanos, en la Biblia.

Tampoco las mujeres están exentas, aunque aparecen mucho más tarde en el tiempo, como ejemplos están, las hermanas Bolena, nobles inglesas del siglo XVI o las hermanas Tatin, inspiradoras de los personajes de “Las criadas” de Jean Genet.

Las relaciones fraternas están también presentes en muchos cuentos infantiles, como por ejemplo el de “Hansel y Gretel”, que nos presenta la cooperación entre dos hermanos (un chico y una chica) o el de “La Cenicienta”, que nos muestra la rivalidad entre hermanas.

La Cenicienta es el cuento de hadas más conocido de todo el mundo. De hecho hay diferentes versiones en distintas culturas. Se trata de un relato sobre las esperanzas y las angustias presentes en la rivalidad fraterna y sobre el triunfo de la heroína rebajada por las hermanastras que abusan de ella.

En los cuentos es habitual que las relaciones fraternas se sustituyan por relaciones entre hermanastros, lo que hace más aceptable, para el lector u oyente, los sentimientos de rivalidad que se plantean.

En Cenicienta la perversidad de la madrastra y hermanastras, resulta muy atractiva para el niño ya que justifica sus sentimientos hacia ellas. Cenicienta es la hija injustamente desposeída.

Bruno Betelheim (2) señala que bajo la aparente humildad de Cenicienta en cierto modo está la convicción de ser superior a su madre y hermanas y, al final, llegará un príncipe y ella será la elegida.

Aunque aquí los hermanos son del mismo sexo, en la vida real esta situación se da también entre hermanos de sexo diferente.

En un nivel manifiesto la historia del cuento ayuda al niño a aceptar la rivalidad como algo común y le enseña que no debe temer que dicha rivalidad le destruya- Cenicienta al final triunfa- . De alguna manera el cuento transmite al niño que si es sincero consigo mismo podrá vencer y que la virtud será recompensada y el mal castigado.

En Hansel y Gretel (La casita de chocolate), en cambio, prima la colaboración entre hermanos.

Este cuento encarna las ansiedades y las duras tareas de aprendizaje que debe emprender un niño hasta lograr su autonomía.

Antes de que un niño pueda aventurarse a descubrir el mundo y a sí mismo, vivirá un tiempo de dependencia en el que de forma pasiva puede obtener las gratificaciones que precisa. Pero según crece tendrá que renunciar a ese tipo de gratificación y enfrentarse a la realidad.

## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

La casita de turrón o chocolate que los niños se comen felizmente en el cuento representa, según Betelheim, en el inconsciente del niño, "a la madre buena que ofrece su cuerpo como fuente de alimento. Es la madre original que todo lo da y a la que todo niño espera encontrar de nuevo en algún lugar del mundo cuando su propia madre empieza a imponerle exigencias y limitaciones".

Hansel y Gretel es uno de los numerosos cuentos en que dos hermanos colaboran para salvarse. Estos cuentos estimulan a los niños a superar la dependencia de sus padres y confiar también en la colaboración con sus iguales. En algunos casos, sin embargo, los hermanos seguirán caminos diferentes y tendrán destinos diferentes.

Estos relatos muestran muy bien que tanto el quedarse a salvo en casa con los padres como el separarse completamente del pasado son malas soluciones para el adecuado desarrollo de la propia autonomía y autoafirmación.

Podemos comprobar que las relaciones entre hermanos generan tanto sentimientos de rivalidad como sentimientos positivos de afecto y cercanía. Además hay que tener en cuenta que las relaciones entre hermanos están influidas por los sentimientos generados en la relación con los padres dentro del ámbito familiar. El nacimiento de un nuevo hijo, por ejemplo, influye y cambia la dinámica familiar existente reeditando tanto el vínculo paterno-filial como inaugurando o replanteando los vínculos fraternos anteriores.

## RELACIONES FRATERNAS EN LA LITERATURA PSICOANALITICA

La literatura psicoanalítica se ha ocupado pronto de los vínculos entre hermanos. Freud, hace referencia a estos vínculos y a su peso sobre el desarrollo del sujeto en diferentes escritos a lo largo de su obra.

Lacan en 1938, en su trabajo "La familia", expone por primera vez la noción teórica de la expresión complejo fraterno. Al hablar del desarrollo de las relaciones fraternas Lacan plantea tres formas de acercamiento al otro, el intruso, el rival y el semejante. En este artículo da a los celos un lugar privilegiado en la base de la construcción de lo social.

Recientemente, autores como René Kaës y Luis Kancyper han estudiado las relaciones entre hermanos, el peso de la fratria en la constitución de la subjetividad de cada individuo y desarrollado en profundidad el concepto de complejo fraterno,

Kancyper L. (3), plantea la existencia de un complejo fraterno y lo define como un "*conjunto organizado de deseos hostiles y amorosos que el niño experimenta respecto de sus hermanos*". Considera que este complejo tiene una gran importancia sobre la estructuración de la vida psíquica y el desarrollo de la identidad. Este autor considera que este complejo puede cumplir con cuatro funciones: Función Sustitutiva, Defensiva, Elaborativa y/o Estructurante.

**La función sustitutiva** se refiere a la posibilidad de que el vínculo fraterno sea una alternativa para reemplazar o compensar funciones parentales fallidas.

## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

**La función defensiva**, aparece en situaciones en las que el complejo fraterno sirve para encubrir conflictos edípicos y narcisistas no resueltos, desplazando sobre los hermanos sentimientos hostiles y angustias relacionados con los progenitores.

En **la función elaborativa**, el complejo fraterno colabora en la tramitación y elaboración del complejo edípico y del narcisismo, y por último,

**La función estructurante**, se refiere a que el complejo fraterno influye en los procesos de identificación del yo y de los grupos, en la constitución del superyo y del ideal del yo y en la elección del objeto de amor.

Las relaciones entre hermanos serán de los vínculos más duraderos que experimenta una persona. Dichas relaciones activan complejas problemáticas como son, la paridad, la exclusión, la rivalidad, los celos y la envidia, la competencia, el amor, la intimidad, la solidaridad, la lealtad, etc. Sin duda estos vínculos pueden ser tanto fuente de sufrimiento psíquico como de crecimiento y maduración.

Los hermanos sirven también como figuras de identificación diferentes a los padres. En ocasiones cuando las figuras paternas faltan o son insuficientes, un hermano o hermana puede llegar a sustituir en parte la función de la figura paterna faltante o incluso todo el grupo de hermanos ejercerla de forma colegiada, al modo de la Función Sustitutiva planteada por Kancyper.

El texto "El legado invisible" (4) recoge una investigación realizada por las autoras con 120 madres de mujeres adolescentes. Entre estas entrevistas podemos destacar, como ejemplo, una historia familiar en la que la función de un padre enfermo y muerto prematuramente es recogida por dos hermanos mayores quienes con el apoyo de la madre ejercen de figuras paternas alternativas para los cuatro hermanos menores reorganizándose de esta manera el núcleo familiar.

La situación de complejo fraterno afecta por igual a niños y niñas e incluso al hijo único que puede creer que los demás niños gozan de mayores ventajas, lo que puede provocar intensos celos. Hay que tener en cuenta que el hijo único también establece su propio vínculo fraterno a través de los hermanos imaginarios, los primos, etc.

Diferentes autores como Kancyper, o Käes (5), encuentran que los (re)sentimientos que surgen a partir de la dinámica vincular fraterna pueden tener tal relevancia en algunos sujetos, que hasta pueden determinar, en gran medida, el destino de sus vidas y de sus descendientes.

Freud, en su artículo "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina" (6), consideró que la rivalidad fraterna podía influir tanto en la elección de objeto sexual como en la elección vocacional.

La película "Los Fabulosos Baker Boys" (7), muestra muy bien la historia de dos hermanos pianistas que constituyen un dúo artístico. En ella podemos ver como el hermano menor, mucho más brillante que el mayor, renuncia a su desarrollo profesional y artístico para no abandonar al mayor con el que le une un fuerte compromiso. La aparición de una cantante a la que contratan para modernizar el dúo provoca la crisis que llevará a la evolución del vínculo y al desarrollo diferenciado de dos vías vitales detenidas hasta ese momento.

## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

La nueva dinámica que se establece entre los tres personajes incide en el vínculo fraterno rompiendo la función defensiva de este llevándolo a una fase elaborativa que permite relanzar el proceso vital de ambos hermanos.

Si dentro de las dinámicas familiares, podemos encontrar que una conflictiva edípica permanece oculta tras la rivalidad fraterna, otras veces, los efectos negativos del complejo fraterno no resuelto, pueden desplazarse al vínculo paterno-filial, dónde un progenitor proyecta los conflictos de sus relaciones fraternas sobre sus propios hijos colocándose en un plano de igualdad con estos.

Los efectos del complejo fraterno pueden influir también sobre los vínculos conyugales según la Función Defensiva de Kancyper. En nuestra investigación (citada más arriba), y en nuestra clínica, tenemos algunos ejemplos en este sentido. Un ejemplo claro lo constituyen un par de núcleos fraternos constituidos por mujeres. Estos núcleos de hermanas aceptan mal al varón externo (novio de una de ellas) viviéndolo como un intruso. La boda e incluso el nacimiento de dos sobrinas en un caso y de una niña en el otro, no mejoran las relaciones. El nacimiento de estos bebés provoca una situación de rivalidad en la que el padre es excluido y dicha función ejercida de forma colegiada por las tías. La hermana casada, en ambos casos, termina separándose y volviendo a la convivencia familiar previa.

### RELACIONES FRATERNAS Y TEORÍA DEL APEGO

También la teoría del apego se ha interesado por las relaciones dentro de la fratria.

Luisa Brunori (8) señala que la llegada de un hermanito reactiva la conducta de apego porque el hijo mayor se siente desplazado. Esta reactivación muestra el grado de seguridad o inseguridad que el niño ya ha establecido. Más aún el recién nacido es un desconocido que se interpone en la pareja del niño con su madre. Por otra parte ambos hermanos se convierten en objeto de apego mutuo. Sin embargo esto ocurre de una manera diferente para cada uno, debido a que el hermano mayor es parte del paisaje al que el recién nacido llega. La relación genera conflictos inherentes, tanto para el mayor, como para el recién llegado. El mayor quiere formar una relación con el nuevo hermano pero teme ser desplazado. El recién llegado se vuelve de inmediato un objeto de ambivalencia, tanto para el hermano mayor como para la madre, que quiere establecer una relación con su hijo pequeño pero se siente culpable de desplazar al mayor.

Desde el punto de vista de la teoría del apego la dinámica familiar puede incrementar o contener estos conflictos. Además, es interesante explorar cómo las vicisitudes de las relaciones entre hermanos afectan a la relación de cada uno con cada padre. La manera en que la madre reaccione ante sus hijos también dependerá de la posición que ella tuvo en la familia de origen y de cómo sus padres manejaron estos conflictos. Otro punto para recordar es que en la historia de las familias donde hay abuso, la víctima y el que victimiza pueden ser hermanos.

Para Minuchin y la **Teoría Sistémica**, la familia es un sistema social al que el individuo debe adaptarse. La fratria forma un subsistema con funciones propias. El subsistema fraterno es el primer

## **VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES**

laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales

### **HERMANOS GEMELOS**

Kancyper (3) argumenta que la condición de mellizos tiene una potencialidad traumática, la cual determina a su vez, conductas particulares entre los hermanos y en la dinámica de los progenitores hacia ellos. En cuanto a los gemelos, el autor expone una argumentación original al afirmar que en éstos, al menos en muchos casos, existe la fantasía relacionada con la existencia de un solo espacio, de un solo tiempo y de una sola posibilidad para dos. Es decir que, según esta fantasía, existe por ejemplo una sola carrera profesional, una belleza excluyente, una sola posición económica y social.

Siguiendo esto, podríamos suponer que: si una hermana gemela es madre, la otra sólo será tía; si una es inteligente, la otra es tonta; si una es guapa, la otra es fea; si una es rica, la otra es la pobre; etc.

En nuestra clínica, con pocos casos gemelares, una situación similar la hemos podido encontrar en hermanas cercanas en el tiempo, que parecen funcionar según un cuadro gemelar aunque no lo sean.

Los nombres no importan. Se pueden llamar Marta y María, Sara y Elena, Marisa y Beatriz...siempre son dos hermanas cercanas en el tiempo. Una envidia a la otra que mamá le hace más caso, que tiene novio o que saca buenas notas; o que tiene éxito social; o todas esas cosas a la vez. ("Ella tiene todo lo que yo deseo", dirá una de estas jóvenes.)

A veces esa hermana exitosa inició un trastorno TCA del que salió pronto. La otra empezó después pero, años más tarde, aún no ha salido. Su gravedad casi hace pensar que, al menos en esto, va a ser la "mejor". Como si solo en la enfermedad pudiera triunfar o como si solo se tratara de una vida y no hubiera sitio para las dos. Si una triunfa la otra fracasa. Si una vive la otra muere.

### **HERMANOS CON MINUSVALIA**

Mercedes, Julia, Susana,....hermanas con hermanas/os con déficits (intelectuales, psiquiátricos,...) que consultan por ellas mismas ya en la veintena por diferentes dificultades. Sólo al hacer la historia surge el hermano/a enfermo/a.

Al profundizar en sus sentimientos podemos encontrar: culpa por ser el sano; obligación de compensar a los padres por el sufrimiento y decepción causado por la situación de minusvalía ; rabia, vergüenza, por el hermano minusválido sobre todo en la infancia/adolescencia; sentimiento de abandono y pérdida, por no poder disponer de los padres más pendientes del hermano enfermo; a veces celos o envidia más o menos negada por la atención que recibe este hermano; cierto temor al futuro por el hermano minusválido y por ellas mismas al sentirse atrapadas en la responsabilidad

## **VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES**

sobre este hermano; en las mujeres, temor a la maternidad, e incluso renuncia a ella, ante la posibilidad de repetir la situación (dolorosa y limitante) vivida por sus propias madres.

En estas situaciones (fratría con un hermano con minusvalía) no se puede hablar de que exista un perfil determinado. Cómo influirá y se resolverá esta experiencia vital dependerá del orden de nacimiento, edad, tipo de minusvalía, sexo, número de hijos, reacción de los padres, reacción del entorno, etc., pudiendo ser positiva o negativa en función de estos factores.

Lo que sí es común es que ante la urgencia, al menos en un primer momento, los otros hermanos queden postergados, para posteriormente, en algunas ocasiones, ser solicitados como ayuda para resolver la situación.

Por otro lado, mientras los padres hablan con los profesionales, acuden a los grupos de ayuda o terapia, etc., los hermanos, en general, tienen pocas oportunidades de contar con ayudas similares.

### **ALGUNOS EJEMPLOS CLINICOS**

#### **Caso 1**

Imaginemos a dos hermanas. Se llevan un año y medio. Pensemos sobre el tipo de relación que se puede establecer entre ambas; los sentimientos de rivalidad y los de afecto y cercanía. Pensemos sobre la manera de crecer juntas diferenciándose una de la otra cuando a la menor los padres le dicen que cuide de la mayor, que la saque con sus amigas, que no la critique, que la aguante porque ya "sabemos todos cómo es". También conocemos por el relato de la menor que, en plena adolescencia, sintió que había hecho suya la carga de su hermana mayor "con un problema" y que eso fue demasiado para ella.

El problema de la mayor es, según lo percibe la pequeña, que desde siempre fue una niña triste y con muchos miedos; con tendencia a aislarse; dificultades de relación; impulsiva; muy intensa en sus reacciones y afectada desde la primera adolescencia de síntomas alimentarios y alteración grave de su percepción corporal.

Por otro lado, esta hermana mayor predispone a la menor contra los padres. Les considera violentos, impositivos, no confía en ellos. Aparentemente la hermana menor la escucha. Hay temporadas largas en las que nadie se habla en la casa.

También hay que valorar la manifestación de cuadros depresivos de diferente intensidad en ambos padres, previos al comienzo insidioso de la patología fraterna.

La hija mayor funciona en un perpetuo acting. Se compara con la menor en todos los ámbitos y se ve inferior a esta a pesar de sus esfuerzos por superarla. Alterna esta actitud con una admiración e idealización extremas que confunden a la menor en su interacción y relación con ella.

La hermana menor atraviesa etapas similares a las de su hermana mayor. Tiene también, problemas de conducta y síntomas TCA, aunque de menor gravedad que su hermana.



## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

Realiza una psicoterapia y acaba estabilizándose, termina sus estudios, afianza paulatinamente una vida profesional, crea una familia. Se reconcilia con sus padres a los que puede comprender. Literalmente, los considera sus salvadores porque confiaron en ella cuando eso era muy difícil. Valora que esta confianza fue la base para que ella pudiera salir adelante.

Quizá es a partir de aquí cuando conciencia el trastorno mental de su hermana y cómo éste ha condicionado la vida familiar y la suya propia. Aún así, no critica a su hermana mayor, solo le preocupa, intenta no romper la relación con ella, intenta poder ayudarla. Pero la mayor no lo consiente. En prolongadas etapas de tiempo no habla a ningún miembro de la familia, se aísla, casi desaparece tras originar discusiones y conflictos.

Ambas hermanas tienen en común su interés y esfuerzo en realizar un trabajo vocacional tras superar unos estudios que les interesaron. Hay una esperanza abierta para toda la familia a través de la tercera generación que ha comenzado a aportar la menor. ¿Podrán unirse finalmente? ¿Podrán ser una familia en la cual la mayor no se excluya dolorosamente de por vida?

Vamos a realizar algunos comentarios a este caso teniendo en cuenta los apuntes teóricos que hemos expuesto en la primera parte del artículo.

Apoyándonos en lo descrito desde el mundo literario de los cuentos, en concreto "Hansel y Gretel", podríamos plantear que la hermana mayor, enferma desde niña, ha percibido que "no podía obtener las gratificaciones que precisaba" y ha intentado convencer a la menor que ella tampoco las obtendría de unos padres incapacitados para proporcionarlas. La mayor siente que sus padres no le han dado ni le darán nunca nada, y lo llamativo en este caso es que logra persuadir a la menor durante los años de adolescencia de que esto es así.

El cuento citado, que nos muestra como dos hermanos colaboran para salvarse "superando la dependencia de sus padres" que en algún momento han sido "suficientemente buenos", se altera en el caso de estas dos hermanas y se transforma en otra cosa. La mayor no consigue independizarse normalmente, ni logra "confiar en la colaboración con sus iguales" en ningún ámbito, excepto en el aprendizaje de las técnicas relacionadas con su trabajo.

La menor, después de vivir años desarrollando diferentes trastornos de conducta, logra finalmente comprender emocionalmente, a través de la actitud y conducta de sus padres hacia con ella, y a través de la psicoterapia, lo que en realidad ha estado aconteciendo. Así logra iniciar una vía de individuación-separación y autonomía adecuadas.

La mayor no ha podido "integrar su personalidad pasando por un periodo de maduración", precisamente porque la organización de su personalidad constituye su mayor problema, es la base de su trastorno mental. La hermana menor sigue "un camino diferente" al inicial común/indiferenciado y su destino desde hace años es distinto. La mayor recorre un bucle perpetuo que no le deja avanzar ni personal ni profesionalmente a pesar de su afán y sacrificio en este ámbito.

Al pensar en el "complejo fraterno" tendremos en cuenta el tipo de relación cuasi simbiótica que la hermana mayor logró con la menor en el pasado, cómo la idealizó, cómo se enrocó tras ella para defenderse y atacar a unos padres que consideraba y considera disfuncionales, crueles incluso. En este contexto podríamos valorar que la menor aparece como "intrusa" cuando empieza a organizarse

## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

e independizarse de su hermana mayor. Sería como un proceso al revés en el tiempo, una evolución invertida dónde ambas tendrían enormes dificultades para encontrarse como "iguales" ya que la menor ha sido identificada como enemiga- aliada de los padres por la mayor.

### Caso 2

La paciente es una joven a la que llamaremos Elena. Acaba de cumplir 17 años y cursa primero de Bachillerato aunque por prescripción facultativa solo acude a parte de la jornada lectiva.

Está diagnosticada de Anorexia Nerviosa Restrictiva y en los dos últimos años ha tenido varios ingresos de distinta duración debido a la pérdida de peso hasta límites que ponían en riesgo su vida por su negativa a ingerir cualquier tipo de alimento.

La paciente parece no tener conciencia de enfermedad. "Me cuido", asegura. Y dice que su padre siempre cuida lo que come.

Mide 1,66 m. y como peso más bajo reconoce 36 kg. (IMC.13, un índice que es claramente motivo de ingreso)

La joven es la tercera de seis hermanos. Los dos hermanos mayores están ya en la universidad, y los tres menores acuden al mismo colegio.

La madre tiene un peso normal y el padre es muy delgado

Extracto algunas frases de las primeras entrevistas,

"Nací sana, sin complicación alguna.....Siempre he tenido una gran admiración por mi madre.....ejemplo a seguir.....siempre perfecta, respetuosa, responsable, cariñosa...

Mi padre siempre fue temido por nosotros. Sus enfados daban miedo...pero cuando no estaba enfadado se convertía en el padre más tierno y cariñoso...

Mi hermana, un año mayor....es como la perfección en persona...ella me protegía, le contaba mis sueños, soñaba mucho con asesinos que aparecían en mi casa y mataban a mi familia y a mí también...comencé a ir al colegio con dos años y estaba con mi hermana.....luego nos separaron...en los recreos jugaba al fútbol, mi gran pasión...un año suspendí unos exámenes, me causó un trauma, me hundí...Con doce años fui a Inglaterra con mi hermana...no quería separarme de mi familia.....me uní todavía más a mi hermana...había dejado de comer chucherías y mi hermana estaba cada vez más delgada y decidí vigilarla.....allí comencé a sentirme culpable después de comer.....suprimí los desayunos....mi hermana preocupaba y mi madre la vigiló.....después de merendar cereales yo pensaba, ahora lo quemo corriendo en tenis....Mi padre siempre me ha llamado espagueti,...desde pequeña recuerdo medirme los muslos con las manos... me juré ponerme a dieta.....con 14 años fui a Canadá de campamento, con mi hermana.....al volver me fijé como objetivo perder peso.....la gente me lo decía pero yo me veía gorda...

En la actualidad la hermana mayor totalmente recuperada, tras esos meses de pérdida de peso, está a punto de acabar sus estudios universitarios, tiene pareja y lleva la vida de una joven de su edad. Elena sigue gravemente enferma y aunque ha seguido con sus estudios ha necesitado de varios ingresos más.

## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

### Caso 3

Se trata de una joven de 20 años de edad en el momento de la consulta. Estudia un módulo de formación profesional y acude a un hospital de día desde hace un año. Previamente ha estado ingresada en varias ocasiones con infrapeso. En la actualidad también tiene un peso muy por debajo del que le correspondería.

Fue una niña gordita y una joven obesa. Durante el primer año de sus estudios universitarios perdió 50 kilos y aunque sacó muy buenas notas, en su segundo curso hubo de abandonar la universidad.

Es la menor de dos hermanas. La hermana mayor, estudiante de medicina, inició un trastorno de TCA que superó en poco tiempo (meses). Según la paciente se parece a la madre y entre ellas hay muy buena relación. Ambas han ido al mismo colegio de monjas y siempre se ha sentido comparada con ella. De alguna manera es una chica perfecta que tiene éxito social, amigas/os, novio, cae bien, es guapa, saca buenas notas...

En esta familia, el padre, alto ejecutivo fue obeso en su juventud. En la actualidad muestra un infrapeso notable. La paciente describe las mínimas ingestas de su progenitor. Ella inició económicas porque quería seguir la carrera de su padre y abuelo paterno y que aquel estuviera orgulloso de ella. La madre, secretaria de dirección, siempre ha estado en normo peso.

Algunos comentarios a ambos casos:

Los dos tienen muchos aspectos en común. En ambos, las jóvenes pacientes parecen volverse hacia el padre. Las dos dicen parecerse físicamente a ellos, siguen sus estudios, los admiran. Ambas parecen envidiar la relación de la hermana mayor con la madre y ambas se vuelven hacia el padre en la búsqueda de consuelo y como figura de identificación, al final, imposible.

En ambos casos, parecería que la hermana sana se "lo" ha llevado todo y a la hermana enferma sólo le queda la enfermedad como forma de vida.

En estas dos historias la hermana mayor es la que sale mejor parada, pero también hay ejemplos en los que la menor es la afortunada y la hermana mayor la enferma.

Estas historias hacen pensar que la madre parece gratificada en su relación con la hija mayor y la pequeña no ha logrado encontrar un espacio de relación adecuado.

Por otro lado, en estos ejemplos, parece que para la hermana mayor la pequeña no ha pasado de la posición de intruso o rival (Lacan), sin llegar a establecer una relación de cooperación entre ambas y sin que ninguna de las dos haya podido elaborar los sentimientos de envidia y celos propios de la relación.

Podemos aventurar algunas hipótesis explicativas generales como:

- Fallos en las tareas vinculares de primera infancia por diferentes motivos como, madres primerizas, o madres implicadas en otros proyectos; duelos sin terminar de resolver; etc.
- La primera hija es un vínculo gratificante para la madre lo que dificulta el investimento de esta nueva hija.

## **VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES**

- Características temperamentales de la hija enferma y dificultades para implementar idoneidad con respecto a estas (goodness to fit) (9).
- Dinámica de hijo/a favorita/usurpadora frente a hermano/a desposeída/damnificada lo que genera celos, envidia y rivalidad y por tanto legitimidad para la crítica por parte de este último frente a la culpa y remordimientos que puede experimentar el hijo/a elegido/a.

### **Caso 4**

En este último ejemplo proponemos el caso de un chico en la veintena con síntomas de ansiedad: agorafobia y fobia social. La familia está constituida por tres hermanos, él es el mayor. Tiene un hermano varón un par de años menor sin patología psiquiátrica. La fratria la completa una hermana más joven con un trastorno de alimentación. La madre es ama de casa y el padre alcohólico prejubilado por su deterioro físico y psíquico. Los dos hermanos pequeños están estudiando y asisten a sus clases regularmente, con un rendimiento académico medio, la hermana está en tratamiento ambulatorio psiquiátrico y psicológico por su trastorno de alimentación.

Este varón, hermano mayor, ha ido abandonando distintos tipos de actividades, estudios y ocio y permanece en casa todo el día junto con los padres.

Desde hace años el padre tiene conductas violentas con la madre y con los tres hijos. Este chico desde muy pequeño se ha enfrentado al padre físicamente en defensa de la madre y de sus hermanos pequeños. Poco a poco, ha asumido un papel de protector familiar ante la agresividad del padre que le dificulta salir de casa "abandonándoles" a su suerte.

Este hermano mayor está renunciando a su propia vida a través de un síntoma incapacitante asumiendo una función sustitutiva del vínculo frente a sus hermanos ante la función parental fallida.

### **¿COMO ACTUAR CUANDO HAY UN HERMANO ENFERMO?**

Como apuntábamos al comienzo, en nuestra experiencia clínica, los padres, pasado el momento de urgencia, comienzan a preocuparse por la influencia que la enfermedad o minusvalía puede tener sobre el resto de la fratría, que sentimientos pueden tener al respecto y como puede influir sobre su propio desarrollo. Intentan proteger a los otros hijos, y/o solicitan ayuda para ellos a través de grupos como los que ellos mismos tienen o con atención individual en casos concretos.

Así, en todos los grupos de padres del programa de tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria del Hospital Niño Jesús de Madrid, uno de los temas importantes a tratar es la actitud a tomar frente a los otros hermanos y la repercusión sobre posibles trastornos de conducta, o el "contagio" del Trastorno de la Alimentación en las hermanas o incluso en los hermanos menores que la paciente.

Creemos que en todo momento hay que tener en cuenta:

## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

- Edad, momento evolutivo, desarrollo psicológico y emocional del hermano sano
- Presencia de elementos correspondientes al complejo fraterno (Kancyper y Kaës)
- Problemas surgidos en la relación con el hermano sano
- Indicaciones para los padres en apoyo de la reorganización de la función fraterna normal
- Indicaciones terapéuticas para el hermano "sano" si fuera preciso

Sin duda, puede ser importante trabajar con los hermanos, tal vez a través de asociaciones de familias o de los mismos centros en los que se atiende a los hermanos con una minusvalía o enfermedad grave.

Se trataría de crear un espacio en el que los hermanos pudieran desde entender el déficit o la enfermedad que padece el hermano/a, su evolución y pronóstico, hasta las ayudas sociales, etc., de las que se puede disponer. Hay que escuchar los sentimientos y los temores que despierta, tanto a nivel familiar como a nivel individual, adaptando esa escucha a la edad y situación del hermano no enfermo.

En ocasiones puede ser importante poder compartir esos sentimientos, siempre complejos y ambivalentes, con otros hermanos en situación similar.

La respuesta psicopatológica, o no, del hermano del paciente va a depender del tipo de relación, sufrimiento y patología previa de la familia y de sus integrantes por separado y como sistema.

Comentábamos antes la importancia de la edad y el momento evolutivo de los hermanos.

Sabemos que hay más factores, como por ejemplo la salud o enfermedad mental de alguno de los padres, aunque aquí nos estamos centrando en el subsistema fraterno.

Sabemos que con frecuencia los hermanos, adolescentes y jóvenes adultos, "miran para otro lado" cuando hay otro hermano enfermo mental grave en la familia. Podemos entenderlo de varias maneras, desde el miedo, la angustia de no saber qué va a suceder, el "egoísmo"/autoprotección o la indiferencia por experimentar o prever la afectación familiar y personal de la enfermedad del paciente hasta un "hacerse invisible" en función de no suscitar atención y permitir que los padres actúen y realicen todo lo necesario para ayudar y tratar al hermano enfermo.

Nos planteamos hasta dónde se puede forzar a los hermanos sanos en el desempeño de obligaciones de soporte y apoyo (10). Es un tema delicado y diferente en cada familia.

Sería necesario observar los sentimientos y el sufrimiento siempre presente en los hijos sanos, valorar qué problemas pueden surgir y hacerles ver a estos hijos que se les comprende y se valoran sus esfuerzos en diferentes áreas relacionadas con la enfermedad mental del hermano.

Una serie de preguntas pueden ayudar de forma práctica en esta coyuntura:

¿Sabe el hermano lo que le pasa al paciente?

¿Se han podido compartir dudas, explicaciones, problemas surgidos en familia o bien en intervenciones hospitalarias o en consulta ambulatoria con los padres o con alguno de ellos?

¿Han explicado los padres al hermano sano por qué están más nerviosos, dan malas contestaciones, o no hacen la vida normal de siempre?

¿Ha hecho éste hermano preguntas claras y apropiadas relacionadas con la situación en general?

## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

¿Cómo creen los padres que sufre este hermano la angustia y desorganización de la vida familiar?, ¿Cómo se manifiesta si es que lo hace?

¿Está el hermano, en función de la lealtad debida a la familia, aislándose socialmente para que nadie sepa nada acerca de la enfermedad mental del paciente?

¿Podemos valorar que el hermano funciona en cambio de rol, pasa a ser cuidador, colaborador de los padres, se "adultiza", se aproxima al riesgo de evolucionar psicológicamente en "pseudoself"?

¿Se siente culpable de lo que le ocurre al paciente, considera que su conducta y/o presencia ha afectado al hermano enfermo?, ¿No sabe qué hacer para corregir su supuesta influencia negativa?

Sabemos que en esta cultura, en esta sociedad, los planes realizados, las expectativas de mejora si no se pueden llevar a cabo en la medida y ritmo predeterminados en el seno familiar equivalen a pérdidas de esperanza, de posibilidades de futuro, de vitalidad en suma. ¿Qué siente la familia, los padres, el paciente en relación con esto?

Debemos considerar también la eventualidad de una hospitalización psiquiátrica para el paciente. Se despejarán dudas acerca de cómo será el ingreso, cuáles son sus objetivos, cuánto durará, qué esperamos de él. Los hermanos querrán saber, habrá que explicar aquí sin esperar demasiado a las preguntas que quizá no querrán hacer en toda su extensión.

Y en otro orden de cosas ¿Tiene el hermano miedo al contagio? ¿Y a traspasar la enfermedad a sus propios hijos? Valoramos que podemos abordar este tema con eficacia transmitiendo que cada enfermedad tiene sus ritmos y pronósticos y que los conocimientos y diferentes tratamientos han evolucionado favorablemente en los últimos veinte años.

Por otra parte recordemos que la OMS informa de que el año 2020 la Depresión Clínica será la segunda causa de morbilidad. Sabemos que existe un efecto correlativo por diferentes causas con este Trastorno en hijos, este hecho plantea la necesidad de extender el interés a otros miembros de la familia cuando se detecta un cuadro así o de características similares (Trastornos Bipolares, Psicóticos, de Alimentación) en un padre, una madre o uno de los hijos. Veremos que si se pretende hacer una atención integral y preventiva deberemos optar por realizar esta función (11).

La duración de la enfermedad puede prolongarse, avanzar y evolucionar escasamente durante un largo periodo de tiempo. Todo ello repercute en la fatiga emocional de padres y hermanos en función de la resiliencia de cada uno. Ese cansancio puede llegar a traducirse en sintomatología adaptativa de tipo ansioso ó depresivo.

Hay algunas actuaciones básicas con respecto a hermanos de enfermos mentales graves como:

- Propiciar confianza e intimidad suficientes para que los hermanos sanos puedan preguntar.
- Intentar esperar, si es posible, a que ellos hagan las preguntas.
- Dar respuestas sinceras, contestar a lo que se sabe con más certeza, facilitar la misma información que tienen todos en relación al momento evolutivo/edad del hermano, propiciar preguntas sobre expectativas y sobre formas de colaboración o retirada.
- Pedir asesoramiento, apoyo y ayuda para todo ello al Equipo médico-psicológico que atiende al paciente.

## **VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES**

- Permitir expresiones emocionales del hermano: rabia, ira, temor, enfado por diferentes motivos, desde la enfermedad del paciente a las repercusiones en la vida y costumbres familiares y en las propias.

En esta etapa se utilizan Técnicas Psicoeducativas y de Apoyo y Contención Emocional (12).

Se informará para aclarar y tranquilizar al hermano y para apoyar y ayudar al paciente. Se plantean, definen y propician cambios familiares a hacer, quién y qué debe cambiar y cómo.

Qué funciones y actividades concretas se incluyen, qué esfuerzos hay que hacer, cómo y porqué, teniendo en cuenta la edad y momento evolutivo de cada hermano.

Realmente lo planteado no es sencillo de hacer. Nos estamos refiriendo al manejo terapéutico de la Emoción Expresada en el ámbito familiar. Se trata de ver el tipo de interacción que puede propiciar, acentuar e intensificar la sintomatología o, al contrario, evitarla. Analizar y evitar la disfunción comunicacional como es no escuchar, criticar, interrumpir, descalificar, y excluir en general a determinados miembros de la familia.

Los hermanos del paciente pueden necesitar que se planteen temas como responsabilidad y culpabilidad, asegurándoles con ejemplos claros que ellos no han influido directamente en causar la enfermedad mental del paciente. Es necesario solventar, e intentar aclarar malentendidos. Miedo y malentendidos suelen ser sinónimos en estos casos.

Un objetivo importante es que la familia intente conseguir un trato, una interacción diaria normales. Sobre qué temas es preferible no incidir, qué hay que decirle, que hay que no decirle, en qué hay que ayudar al paciente, qué hay que pedirle que haga, en que aspectos concretos es necesario reforzar su autonomía y en cuáles no. Será necesario trabajar el porqué, el cómo es que damos estas indicaciones, qué objetivos perseguimos.

Esta intervención sobrepasa con mucho lo Psicoeducativo. Aborda de forma más amplia las posibles necesidades de los hermanos y de los padres. Busca también un apoyo mutuo desde el cual entender mejor qué se pretende y porqué. Incide, cuando se considera necesario en las pautas de Interacción familiar.

Buscamos en definitiva que los hermanos sanos tomen conciencia, junto con los padres, de lo que supone, para la vida familiar y para la de cada uno de sus miembros, la enfermedad del paciente.

El marco general de intervención, circunscrito en las tareas vinculares del ciclo vital familiar, sería : atender y colaborar en el tratamiento del paciente, aprender y aceptar los cambios biológicos (13), psicológicos y sociales de los hijos, aceptar los cambios de relación familiar, observar la salud mental y evolución de los hermanos sanos, ayudarles en su proceso de autonomía, vigilar y trabajar contra la Emoción Expresada, ayudar y apoyar y hacer crítica constructiva con objetivos claros y delimitados en lenguaje contenedor. Por último atender a sus propias necesidades de salud mental si fuera necesario.

## VÍNCULOS FRATERNOS, BASES DEL DESARROLLO DEL SUJETO Y DE LAS RELACIONES SOCIALES

Los padres, tendrían que poder pensar en cómo propiciar que todos contribuyan al bienestar de la familia sabiendo que conflictos previos al diagnóstico psiquiátrico en la relación padres-hijos y/o entre hermanos podrían ser parte del origen multietiológico y/o factores mantenedores del cuadro.

Los padres y otros familiares transmitirán con su actitud y comportamiento a los hermanos sanos que están interesados en que se desarrollen con normalidad, que se les va a querer y cuidar, apoyar y potenciar en sus necesidades.

La realidad que todos conocemos es que los procesos de Diagnóstico y Tratamiento en Equipo han cambiado en los últimos veinte años y que estamos en condiciones de escuchar a los padres y hermanos de los pacientes en entrevistas ocasionales para detectar Riesgo Psicológico y que también estamos en condiciones de decirles a los hermanos que el paciente va a mejorar y que él no debe tener miedo a hacer su vida, ser autónomo, que no es culpable de nada, que no se le va a abandonar, que se le va a apoyar. En definitiva estamos en condiciones de poder ayudar a los hermanos de nuestros pacientes si lo necesitan.

### BIBLIOGRAFIA

1. Group for the Advancement of Psychiatry Report nº 127. Pschychiatria Prevention and the Family Life Cycle. BRUNNER/MAZEL. New York 1984.
2. **BETTELHEIM**, Bruno. Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Editorial Crítica. Barcelona 1999.
3. **KANCYPER**, Luis. El complejo fraterno y sus cuatro funciones. Congreso FEPAL 2002.
4. **BAYO**, Carmen; **GÁLLEGO**, Begoña; **MARTINEZ LADRÓN**, Juana. El legado invisible. (e-book en la página de AEETCA) 2012.
5. **RENÉ**, Kaës. Complejo Fraterno. PUF 2004.
6. **FREUD**, Sigmund. Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. OC.T.VII, pg.2545. Editorial Biblioteca Nueva.
7. **KLOVES**, Steve, Los Fabulosos Baker Boys 1989.
8. **MARRONE**, Mario. Teoría del Apego, pg.61. Editorial Psimática. Madrid 2001
9. **THOMAS, CHESS Y BIRCH**, Temperament and behaviors disorders in children, New York, New York University Press, 1968.
10. **DIAZ ASPER**, Hortensia; **MADRID MARTÍN**, M<sup>a</sup> Clara; **GONZALEZ**, M<sup>a</sup> José. Intervención en el momento del diagnóstico y durante el tratamiento de su enfermedad. Intervención psicosocial en adolescentes con Cáncer. Comisión de Psicología de la Federación Española de padres con niños con Cáncer. Primera Edición. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
11. **MORANDÉ**, Gonzalo. Cuando la familia enferma. Un peligro llamado Anorexia. Temas de Hoy. Colección Fin de siglo 1995.
12. **KRENTZ**, Annette. Psicoterapia familiar en la Anorexia Nerviosa. Editores Luis Rojo y Gloria Cava. Ariel Ciencias Médicas. 2008.
13. **TURÓN GIL**, Vicente J. Prevención de los Trastornos de Alimentación: Anorexia y Bulimia Nerviosas.