



XVII Jornadas. La comorbilidad en la práctica clínica

Apego, vulnerabilidad psicológica y psicopatología

Arun Mansukhani

Psicólogo Clínico. Subdirector IASP

Las transparencias están disponibles en www.arunmansukhanii.com/documentos

Puntos a recorrer:

- La Tª del Apego.
- Trauma agudo y trauma de apego. Apego, vulnerabilidad psicológica y psicopatología.
- Indicaciones para el tratamiento desde una perspectiva de apego.

THE NATURE OF THE CHILD'S TIE TO HIS MOTHER

By

JOHN BOWLBY, LONDON

1. An abbreviated version of this paper was read before the British Psycho-Analytical Society on 19th June, 1957.
2. Although in this paper I shall usually refer to mothers and not mother-figures, it is to be understood that in every case I am concerned with the person who mothers the child and to whom it becomes attached rather than to the natural mother.



The Nature of Love

Harry F. Harlow (1958)[[1](#)]

University of Wisconsin

First published in *American Psychologist*, 13, 673-685

Address of the President at the sixty-sixth Annual Convention of the
American Psychological Association, Washington, D. C., August 31, 1958.

First published in *American Psychologist*, 13, 573-685.

**“Attachment is the propensity of human beings to make strong affectional bonds to particular others”.
Bowlby 1977.**



- Vínculo afectivo primario, basado en un sistema de activación psicobiológico innato, que se genera entre los infantes y sus cuidadores a lo largo de las interacciones (Bowlby 1969, Condon, Corkindale y Boyce, 2008).
- “The infant and young child should experience a warm, intimate and continuous relationship [...] find satisfaction and enjoyment [...] will result in severe anxiety conditions and psychopathic personality”. (Bowlby 1951, WHO Report).



Mary Ainsworth

- Diseña la situación extraña. Inicia investigación.
- Convierte el apego en una variable interactiva y dimensional.

Identifica tipos (1964):

- Apego seguro
- Apego inseguro (el cual divide en evitativo (A) y resistente-ambivalente (C)).



Mary Main

- Identifica el Apego desorganizado (D) (1986).
- Diseña la EAA (AAI).
- Extiende el estudio del apego a adultos (nivel narrativo y relacional).

Apego Tipos

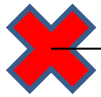
(*clasificación Ainsworth-Main, 1964, 1986)

EVITATIVO

SEGURO

AN-AMBVL

DESORGANZD



A



B

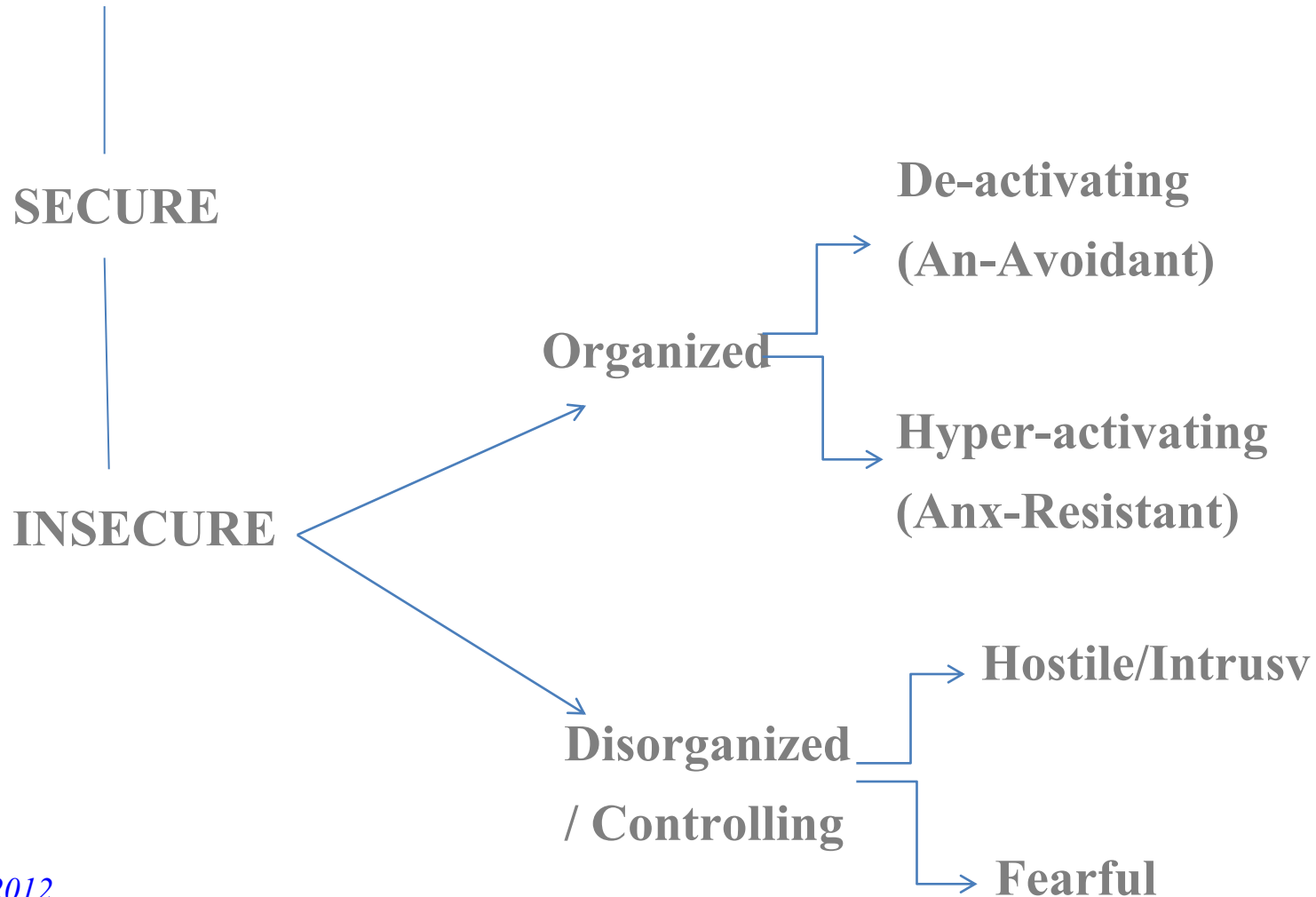


C



D

Attachment Types



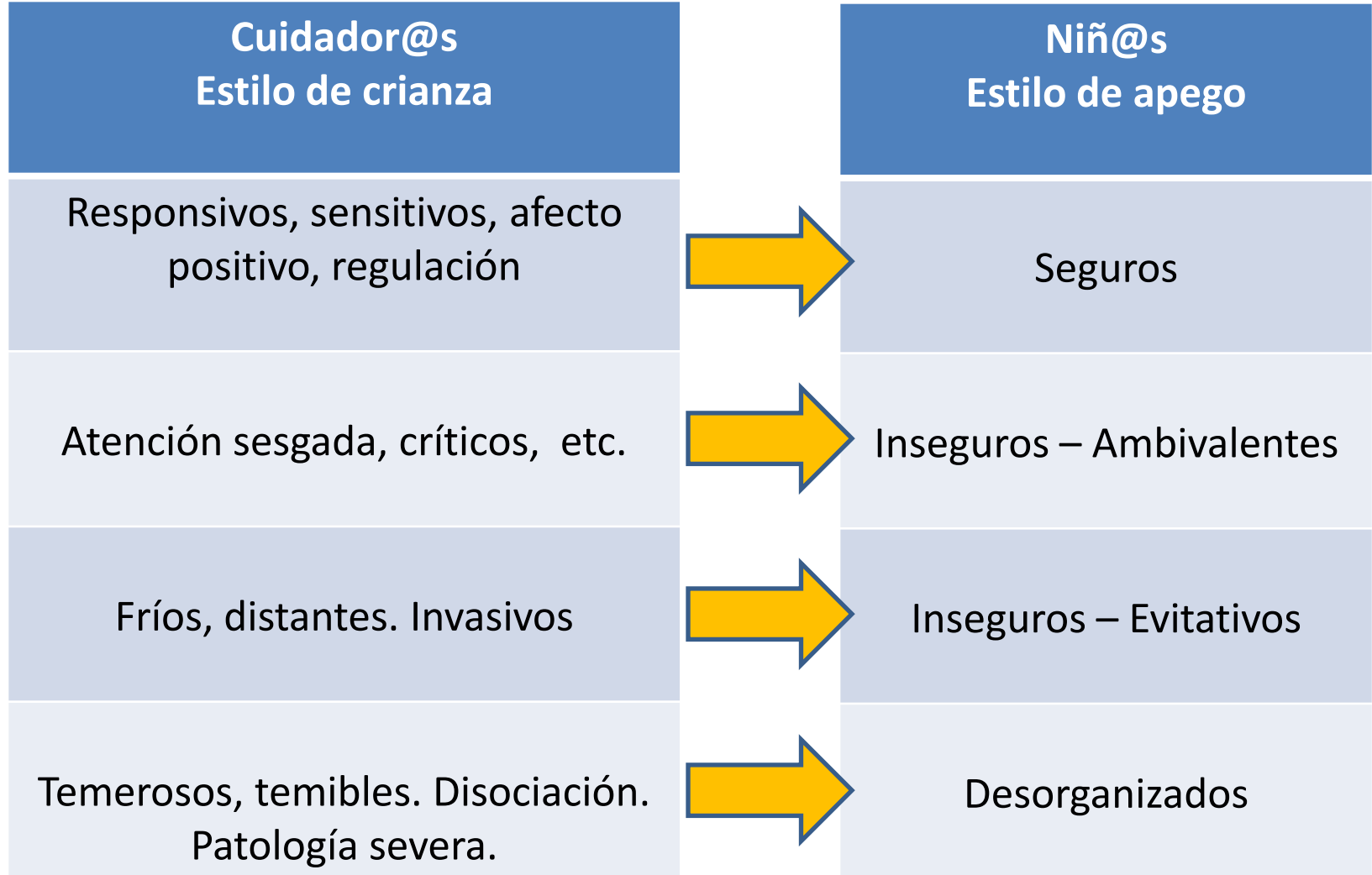
**Holmes, 2012*

**Mikulincer and Shaver 2008 (De and Hypo-activating).*

**Lyons-Ruth and Jacobwitz, 2008 (Hostile/Fearful).*

Características de cuidadores apego seguro

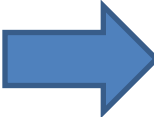
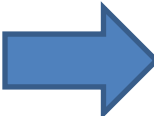
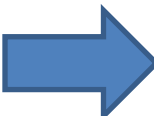
- ▶ PROXIMIDAD – ACCESIBILIDAD – FIABILIDAD.
(Proximity-Accessibility-Reliability)
- ▶ ATENCIÓN – RESPONSABILIDAD – SINTONÍA.
(Sensitivity-Responsiveness-Attunement) (Ainsworth, 1989)
- ▶ AFECTO POSITIVO – JUEGO:
(Engagement-Positive affect/mental state-Play)
- ▶ REGULACIÓN – REPARACIÓN – LIMITES
(Regulation-Repair-Limits).



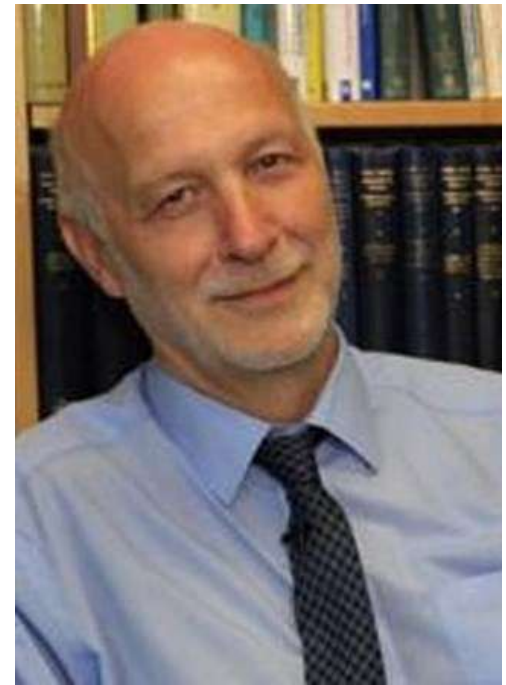
**adaptado de Wittenberg, 2009*

Los tipos de apego son universales (Hazan y Shaver 1994) y presentan una alta fiabilidad y validez (West y Sheldon-Keller, 1994)

Distribución en población.

- Tipo A*  21%
- Tipo B  65%
- Tipo C*  14%

Van IJzendoorn, M.H., & Kroonenberg, P.M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange-situation" *Child Development* 59, 147-156. N=2000



Jeremy Holmes. Patricia Crittenden. Peter Fonagy. Allan Schore. Daniel Siegel.

Apego y ciclo vital

- ▶ 0-6 meses: Apego Primario o Dual.
- ▶ 6-9 m en adelante:
 - ▶ Figuras de apego subsidiarias: hermanos, abuelos, familiares, profesores, mascotas, etc.
 - ▶ Padres como modelos y agentes (en relación al mundo y los demás)
- ▶ 2-3 años: aumento de independencia
- ▶ Adolescencia: grupo de iguales y primeras relaciones romántic.
- ▶ Adultez:
 - ▶ Apego recíproco con amigos
 - ▶ Apego con pareja.
 - ▶ Hijos, sobrinos, etc.
 - ▶ Cambio relaciones padres

Continuidad del apego

- **Holmes 2001:**
 - Transmisión intergeneracional cuidadores (AAI) – hijos (SSP): 75%.
- **Waters et al 2000; Hamilton 2000:**
 - Mantenimiento a los 20 a (entre SSP y AAI): 72%
 - Cambio de los seguros a los inseguros correlacionaba con situaciones traumáticas. **Weinfiel et al 2000:** Mientras más experiencias vitales adversas, mayor discontinuidad entre los patrones infantiles y adultos.
- **O'Connor; Croft y Bokhorst et al 2003; estudios con gemelos:**
 - Alta influencia genética sobre el temperamento, prácticamente nula o muy baja influencia sobre estilo de apego.
- **Slagt et al 2016; Van Ijzendoon y Bakersman 2009:**
 - Diferencias de vulnerabilidad – permeabilidad de las experiencias paternas (tanto positivas como negativas). Posible relación con receptor D4 .

Apego adulto

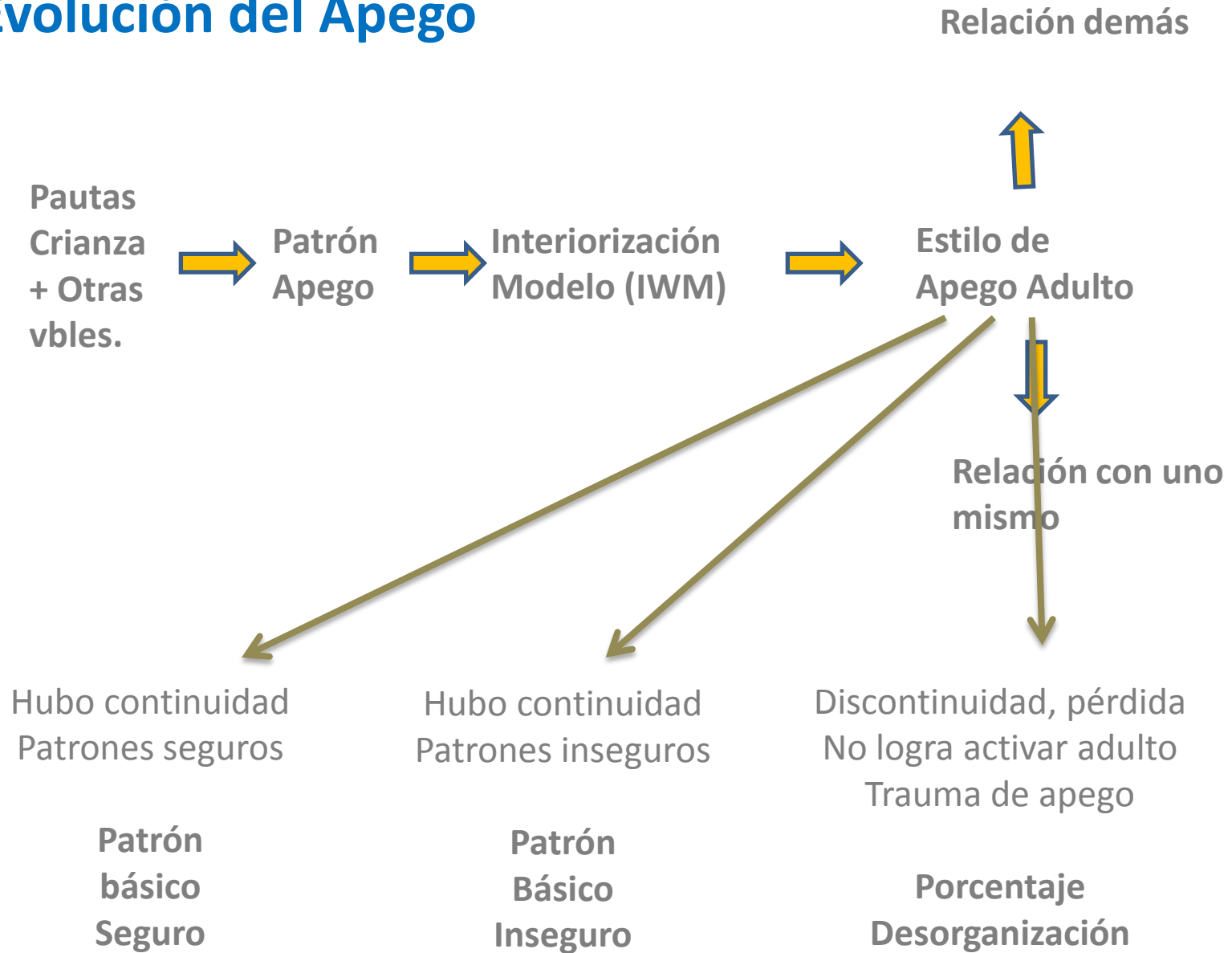
A lo largo de su vida la persona irá creando un IWM (Bowlby 1988) que se activará siempre que se active el SA (estrés, soledad, dolor, separación, relaciones cercanas...).

Se tiene más de un IWM, suele haber uno principal. Variarán en flexibilidad.

Es un sistema de **memoria implícita** (Amini et al. 1996), aquella que:

- No “conlleva sensación interna de que algo es recordado, sintiendo y actuando sin reconocer la influencia que tiene la experiencia del pasado sobre nuestra realidad presente” (Siegel, 1999).
- Son accesibles “dada una situación” (Brewin 2001) y por tanto son activadas por estímulos internos y externos.
- Es dependiente de estado emocional y de posturas físicas (Stepper y Strack 1993; Senhall y Laird 2003; Dijksta et al 2006).

Evolución del Apego



Seguro Autónomo

- Seguro-Autónomo (S2-F2)
- Seguro distanciante (S1-F1)
- Seguro preocupado (S3-F3)
- Seguro adquirido (S4-F5)

Distanciante

- Inatento (D1)
- Devaluador (D2)
- Emociones restringidas (D3)
- Temeroso (D4)

Preoccupied Hyperactivating

- Pasivo-sumiso (E1)
- Enfadado (E2)
- Enredado-enmeshed (E3)
- Controlador-cuidador

Unresolved Disorganized

- Hostil-Intrusivo
- Temeroso

Apego adulto

La mayoría de los pacientes tienen rasgos de apego ansioso-ambivalente y a la vez de apego ansioso-evitativo (Holmes 2009; Steele 2016). En algunos casos presentarán un porcentaje de desorganización.

Rasgos evitativos	Rasgos ambivalente
Hipo – Activación parasimpática	Híper-Activación simpática
Corticales: distanciamiento interno	Límbicos: desregulación interna
Auto-regulación – distanciantes	Co-regulación – dependientes
Tienden al auto-cuidado	Tienden a cuidar a los demás
Priman el cambio interno	Primar el cambio externo (demás)

Puntos a recorrer:

- La Tª del Apego.
- Trauma agudo y trauma de apego. Apego, vulnerabilidad psicológica y psicopatología.
- Indicaciones para el tratamiento desde una perspectiva de apego.

Estudio del trauma en Psicología

- ▶ S. XIX: el estudio de la histeria. Charcot.
- ▶ Las investigaciones post-bélicas: IGM, IIGM y Guerra de Corea-Vietnam.
 - ▶ El trauma agudo: PTSD.
- ▶ Finales del s. XX y principios del s. XXI:
 - ▶ la violencia de género e intrafamiliar
 - ▶ la progresiva admisión de los niveles pandémicos de los abusos sexuales.
 - ▶ La comprensión del trauma y el trauma de apego y su papel en el desarrollo de la psicopatología.

Trauma agudo:

- ▶ Desborda sistemas de supervivencia: lucha, huida, parálisis o congelación alta vs. sumisión y muerte fingida
- ▶ Emoción básica pánico y/o asco. Relacionado con emociones de culpa tipo I, rabia, etc.

Apegos subóptimos (inseguros):

- ▶ Desregula el sistema de apego: híper o hipo activación : protesta (miedo e ira), desesperanza (pasividad) y desconexión emocional.
- ▶ Emoción básica: ansiedad y/o tristeza. Relacionado con emociones de culpa tipo II, vergüenza, tristeza, rabia, desconfianza desconexión emocional con uno mismo y con los demás, etc.

Trauma de apego (desorganizado):

- ▶ Situaciones de negligencia o abandono graves
- ▶ Cuando figuras de apego son a la vez perpetradoras del trauma: activación conjunta de los sistemas de supervivencia y de apego.

EVT y psicopatología

- Friedrich 1986; Briere 1992;Faller 1993; Kendall-Tackett et al 1993; Finkelhor 1994; McLellan 1995; Gautier et al 1996; Widom 1999; Dozier 1999; Roosa, Reinholtz y Angelini, 1999; Dinwiddie et al, 2000; Ross 2000; Nelson et al 2002; Levitan 2003; Frank 2003; NIDA notes 2004; Arnow 2004; Freyd et al 2005; Arehart-Treichel 2005; Whealin 2007; Widom, DuMont y Czaja 2007; etc.
- No hay patrón específico (Fergus. y Mullen 1999). ASI **fuerte predictor de Psicopatología** (Mullen 1996) .
- Hay correlación entre severidad de los distintos trastornos y gravedad del trauma infantil (*Perry 1990, Famularo 1991, Van der Kolk 1996, Schore 1994, Saer 2001*)

Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years[☆]

Margaret C. Cutajar^{a,*}, Paul E. Mullen^a, James R.P. Ogloff^a, Stuart D. Thomas^a, David L. Wells^b, Josie Spataro^c

Table 1

Comparison between the rates for various mental disorders in all the child sexual abuse and the control subjects.

Child Abuse Negl. 2010

Diagnostic group	Controls (n = 2677)		Cases (n = 2688)		OR	95% CI	p
	n	%	n	%			
<i>Mental health contact</i>	206	7.7	627	23.3	3.65	3.09–4.32	<0.001
<i>Axis I clinical disorders</i>	187	7.0	495	18.4	3.01	2.52–3.59	<0.001
Psychotic disorders	37	1.4	78	2.9	2.13	1.44–3.17	<0.001
Affective disorders	86	3.2	173	6.4	2.07	1.59–2.70	<0.001
Organic disorders	0	0.0	9	0.3	–	–	–
Posttraumatic stress disorder	20	0.7	108	4.0	5.56	3.44–8.99	<0.001
Other anxiety disorders	60	2.2	155	5.8	2.67	1.97–3.61	<0.001
Eating disorders	6	0.2	7	0.3	1.16	0.39–3.46	0.79
Paedophilia	0	0.0	3	0.1	–	–	–
Known alcohol abuse	13	0.5	75	2.8	5.88	3.26–10.63	<0.001
Known drug abuse	20	0.7	115	4.3	5.94	3.68–9.58	<0.001
Other disorders	17	0.6	60	2.2	3.57	2.08–6.14	<0.001
<i>Axis II personality disorders</i>	18	0.7	96	3.6	5.47	3.30–9.08	<0.001
Non-cluster B PD	7	0.3	31	1.2	4.45	1.96–10.13	<0.001
Cluster B PD	12	0.4	65	2.4	5.51	2.97–10.22	<0.001
Borderline PD	8	0.3	48	1.8	6.07	2.87–12.85	<0.001
Antisocial PD	4	0.1	17	0.6	4.26	1.43–12.66	0.007 ^a
<i>Non-psychiatric complaint</i>	18	0.7	92	3.4	5.24	3.15–8.70	<0.001

^a Fisher's exact test.

Cortesía Dr. **Benedikt L Amann**

FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation CIBERSAM

Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies

Filippo Varese^{†,1,2}, Feikje Smeets^{†,3}, Marjan Drukker³, Ritsaert Lieve³, Tineke Lataster³, Wolfgang Viechtbauer³, John Read⁵, Jim van Os^{*,3,4}, and Richard P. Bentall¹

¹Institute of Psychology, Health and Society; University of Liverpool, UK; ²School of Psychological Sciences, University of Manchester, UK;

³Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University, The Netherlands; ⁴King's College London, King's Health Partners, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, UK; ⁵Department of Psychology, University of Auckland, New Zealand

Table 1. Characteristics of Studies Reporting Adverse Childhood Events in Psychosis included in the Meta-Analysis

Case-control studies^a

Friedman and Harrison¹¹ (United States)
Convoy et al¹² (Czech Republic)

Furukawa et al¹³ (Japan)
Agid et al¹⁴ (Israel)
Dell' Erba et al¹⁵ (Italy)
Giblin et al¹⁶ (UK)
Fennig et al¹⁷ (Israel)
Morgan et al¹⁸ (UK)
Weber et al¹⁹ (Germany)
Rubino et al²⁰ (Italy)
Cohen et al²¹ (United States)
Fisher et al²² (UK)
Husted et al²³ (Canada)
Bartels-Velthuis et al²⁴ (The Netherlands)
Evans²⁵ (UK)
Heins et al²⁶ (The Netherlands)
Varese et al²⁷ (UK)
Daalman et al²⁸ (personal communication)
McCabe et al²⁹ (Australia)

Prospective cohort studies^a

Mäkiyö et al³⁰ (Finland)
Janssen et al³¹ (The Netherlands)
Spauwen et al³² (Germany)
De Loore et al³³ (The Netherlands)
Schreier et al³⁴ (UK)
Arseneault et al³⁵ (UK)
Cutajar et al³⁶ (Australia)
Wigman et al³⁷ (The Netherlands)

Cross-sectional studies^a

Murphy et al³⁸ (United States)
Ross and Joshi³⁹ (United States)
Whitfield et al⁴⁰ (United States)
Kim and Kim⁴¹ (Republic of Korea)
Shevlin et al⁴² (United States)
Shevlin et al⁴³ (United States)
Houston et al⁴⁴ (United States)
Kelleher et al⁴⁵ (Ireland)
Nishida et al⁴⁶ (Japan)
Shevlin et al⁴⁷ (United States)
Harley et al⁴⁸ (Ireland)
Bebbington et al⁴⁹ (UK)
Van Nierop et al⁵⁰ (The Netherlands)

→ N=41 estudios

Adversidades en la infancia: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física, negligencia emocional, bullying, muerte de padre/madre, pérdida padre/madre o separación.

Cortesía Dr. **Benedikt L Amann**

FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation CIBERSAM

¿Por qué es tan importante el apego?

Es “el principio organizativo alrededor del cual el desarrollo psicológico tiene lugar” (Holmes 2001):

- ▶ Determina los mecanismos de regulación del yo: auto y co-regulación (Tronick 1989, Sroufe 1995, Schore 2000).
- ▶ Influye la imagen de sí mismo y autoestima. Autocompasión (Zessin et al 2015).
- ▶ Marca la pauta para la relación con los demás, el conocimiento implícito de “como hacer cosas con los demás” (Lyons-Ruth, 1988).
- ▶ Tiene influencia en las relaciones interpersonales íntimas (Main y Solomon, 1986).
- ▶ Es factor de protección contra las experiencias adversas en la infancia: protección, prevención y reparación.

Apego y salud mental

- ▶ Los **apegos sub-óptimos** se relacionan con patología adulta como: **Problemas de relación e intimidad** en la adulta (West y Sheldon-Keller, 1994), Trastornos de **ansiedad** como AG, FS, pánico, etc (Schimenti y Bifulco 2015), Trastornos relacionados con **desregulación emocional**: TLP, adicciones (Mikulincer y Shaver 2003, Ein-Dor y Doron 2015), **TOC** (Doron et al 2012), PTSD (Ein-Dor et al, 2010), **TCA** (Illing et al 2010), **Depresión** (Catanzaro y Wei 2010, Holmes 2010), **TP** (Meyer y Pilkonis 2005, Crawford et al 2007). **No hay patrón específico** (Ein-Dor 2015).
- ▶ El apego **desorganizado** se ha relacionado con **EMG** (Lioti 2014, Ein-Dor, Viglin y Doron 2016).
- ▶ Los **patrones de apego inseguros en la infancia** actuarían como **factor de vulnerabilidad y los desorganizados como factor causal de psicopatología severa** (Holmes 1993, Siegel 1999, Schore 2000, Baird 2008, Liotti 2009, Ein-Dor y Doron 2015).

Puntos a recorrer:

- La Tª del Apego.
- Trauma agudo y trauma de apego. Apego, vulnerabilidad psicológica y psicopatología.
- Indicaciones para el tratamiento desde una perspectiva de apego.

Tratamiento – Relación terapéutica

- ▶ “La terapia es un *experimento in-vitro de intimidad*” (Holmes, 2010).
- ▶ Pacientes activan su SA durante la terapia:
 - ▶ Alto riesgo de descompensación tanto por hiper como por hipo activación.
 - ▶ ▲ Emocionalbilidad y ▼ Regulación (tanto auto como co). Problemas de dependencia-evitación. Son muy sensibles a cualquier fallo (inevitable) en la relación IP.
 - ▶ Pacientes muy conflictivos a nivel IP (problemas de apego, rol víctima-agresor, BTF, evitativos, no conectan etc). Muy sensitivos a cualquier error o situación conflictiva en terapia.
- ▶ Con frecuencia se darán situaciones de escenificación (“enactments”) en los que el terapeuta se verá arrastrado, activando escenarios de su propio pasado.
- ▶ Activarán el sistema de apego del terapeuta: frecuentemente ansioso ambivalente (Diamond et al 2003; Holmes 2010; Barr, 2006).

Tratamiento – Terapeuta

- ▶ Haber trabajado sobre su propia historia de apego (attachment-blind; Holmes, 2006). Tener apego seguro adquirido (Earned Secure Attachment, Mayn & Goldwyn, 1984; Hess 2008).
- ▶ Ver el tipo de apego del paciente y a qué tipo de relación lleva al terapeuta:
 - ▶ Inicialmente, entrar en la estrategia complementaria. Sólo poco a poco, en la sesión y en la terapia, ir hacia estrategias que obliguen al paciente a reflexionar/cambiar.
 - ▶ Si es difícil, utilizar estrategias más colaborativas a la vez que se mantienen los rasgos de base segura.
 - ▶ Las estrategias colaborativas corticalizan y ayudan al insight. Cuando el sistema de apego está muy dañado, evocar el sistema cooperativo en el paciente puede ser muy útil. Seguir en el sistema de apego puede ser un error en los casos más graves.
 - ▶ Prever, en función del tipo de apego del paciente y el propio, cuales van a ser los puntos de conflicto y escenificación.

Tratamiento

- ▶ **Comprensión y conceptualización del caso:** Adult attachment interventions (Main y Solomon 1986). Attachment informed Psychotherapy (West y Sheldon Keller 1994). Mentalization based therapy (Bateman y Fonagy, 2004). Attachment Interventions (Holmes 2001-2012). Modelo Transdiagnóstico del apego (Ein-Dor 2016).
- ▶ **Intervenciones específicas:**
 - ▶ Las terapias Mindfulness based: MBCT, MBP, etc.
 - ▶ Algunas de las TC de 3ª generación.
 - ▶ Las terapias del trauma: EMDR.
 - ▶ Las nuevas terapias corporales: Sensorimotor Psychotherapy.



Arun Mansukhani

+34 607 803 803

www.arunmansukhani.com
arun@arunmansukhani.com

¡Muchas gracias!