



Intervención con adultos víctimas de abuso sexual en la infancia

Este documento es una obra protegida por derechos de autor. No se permite su reproducción sin el consentimiento escrito del autor.

equipo clínico

- 1 Psiquiatra, especialista en sexología.
- 1 Psicólogo Clínico y Sexólogo, especialidad en apego y disociación. Cognitivo-Conductual. EMDR. SP. Hipnosis.
- 3 Psicólogas sanitarias y sexólogas, especialidad en apego, disociación. Cognitivo-Conductual. Gestalt. EMDR. SP.
- 1 Psicóloga sanitaria Cognitivo-conductual, especialidad en Neurofeedback.
- 1 Psicóloga sanitaria especialidad en infantil.
- 1 Psicopedagoga.



programa:

- Epidemiología y prevalencia del abuso sexual infantil.
- Trauma, apego y abuso sexual infantil (asi):
 - Recorrido histórico: la estigmatización del trauma.
 - Visión contemporánea: la objetivación del trauma.
 - Tipos de trauma psicológico. Trauma de apego. ASI y apego.
 - Características de los victimizadores.
- Diagnóstico. Asi y psicopatología en el adulto:
 - Síntomas eje I y eje II. Disociación.
 - Recuerdos recuperados vs. falsos recuerdos.

programa:

- Tratamiento del abuso sexual ocurrido en la infancia:
 - Precauciones específicas con estos pacientes.
 - Las habilidades y características del terapeuta.
 - Modelos psicológicos específicos para tratamiento del ASI.
 - Tratamiento psicológico por fases del ASI.

conceptualizacion



abuso sexual en la infancia (asi): una epidemia

- Afecta a 1 / 4-5 niñas y 1 / 6-8 niños.
- 7-8 / 10 veces cometido por una persona conocida.
- Suelen durar años.
- 90% de los casos no se denuncian. 20% de los casos del TS son de asi.
- La edad más frecuente a la que se suelen comunicar: 35-45 años.
 - Cada vez se reconocen más.
 - Sigue habiendo muchos tabúes (infancia, sexo, familia).
 - Las personas que lo exponen se enfrentan a grandes dificultades .

estudio del trauma

- “El estudio del trauma psicológico tiene una curiosa historia de amnesia episódica” (Solvey 2004).
- El estudio es intermitentemente abandonado:
 - Conflicto entre perpetrador/víctima: silenciar o desacreditar.
 - Los EVT ocurren fuera de la realidad validada socialmente. (Marshall 2003, Keegan 2003).
- Para mantener la realidad del trauma en la conciencia se requiere un contexto social que lo permita

estudio del trauma

Este contexto social se ha dado en 3 momentos en los últimos siglos:

- S. XIX con el estudio de la histeria.
- Las investigaciones de entreguerras y sobre todo tras la guerra de Vietnam.
- Finales del S. XX con la progresiva admisión de los niveles pandémicos de los abusos sexuales.

estudio del trauma

Este contexto social se ha dado en 3 momentos en los últimos siglos:

- S. XIX con el estudio de la histeria.
- Las investigaciones de entreguerras y sobre todo tras la guerra de Vietnam.
- Finales del S. XX con la progresiva admisión de los niveles pandémicos de los abusos sexuales.

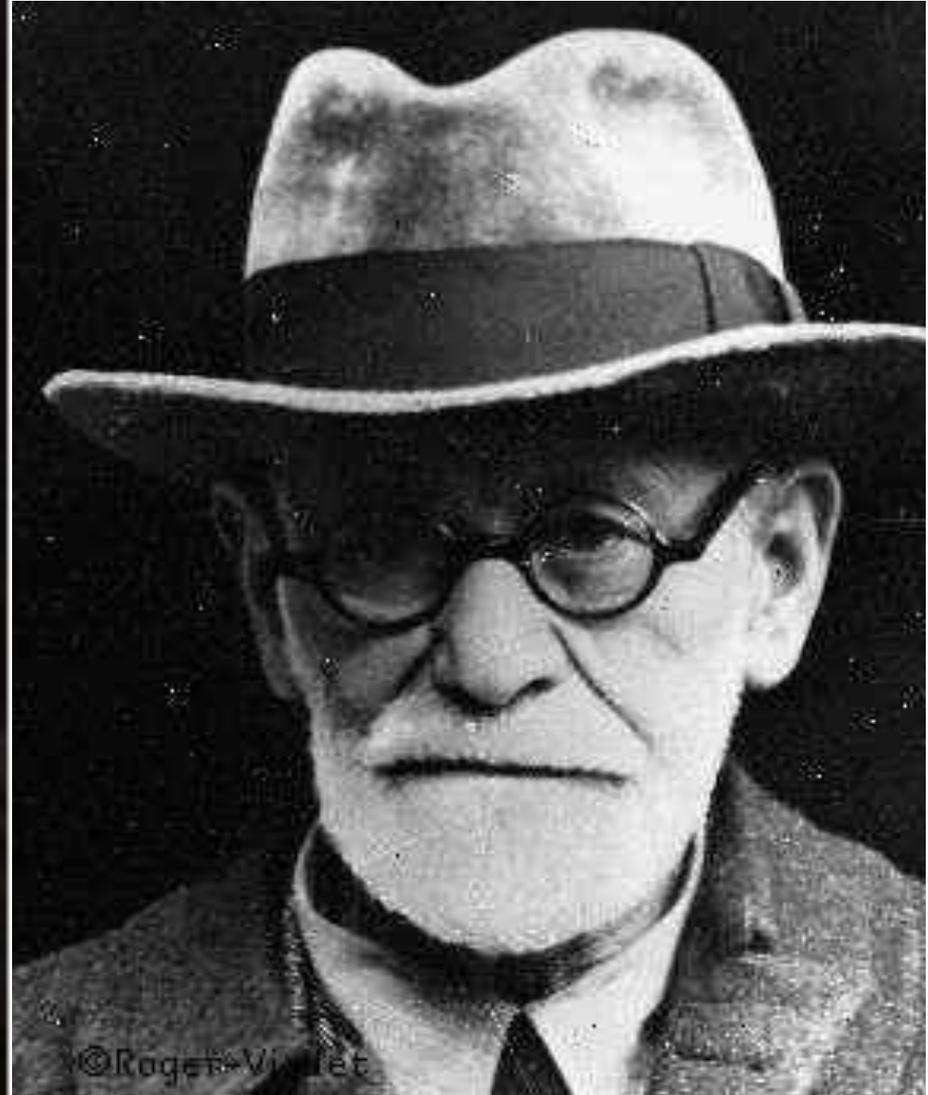
S XIX, Charcot y la histeria:

1. Da credibilidad al diagnóstico de la histeria, descripción de los síntomas.
 2. 1880 afirma que es de origen psicológico.
 3. No interesado en el aspecto subjetivo (vida interior).
- Las sesiones de los Martes: William James, Pierre Janet y Sigmund Freud.

- Charcot: Apretemos ahora el punto histerogénico (un hombre toca zona ovárica)... Aquí vemos que se muerde la lengua, miren la espalda arqueada tan típica.
- Paciente: Mamá, tengo miedo.
- Charcot: Observen la descarga emocional. Si dejamos seguir pronto tendremos la conducta epileptoide.
- Paciente: Mamá, mamá (llora).
- Charcot: Observen esos gritos. Es mucho ruido acerca de nada.

GOETZ 1987-Charcot the Clinician: The Tuesday Lessons.

hacia 1880...



“Propongo la teoría de que detrás de cada caso de histeria hay uno o más episodios de experiencias sexuales prematuras, episodios ocurridos en la más temprana infancia, pero que pueden ser recuperados por el psicoanálisis a pesar de las décadas transcurridas”.

Freud 1896: The Etiology of Hysteria.

“Me vi por fin obligado a reconocer que estas escenas de seducción nunca habían ocurrido, eran sólo fantasías que mis pacientes inventaron”.

Carta a Fliess, 1897 (de Masson 1984).

“Si se da el caso de mujeres que cuentan un evento así en la historia de su infancia, en la cual el padre figura habitualmente como el seductor, no podemos albergar ninguna duda de la naturaleza imaginaria de esta acusación ni del motivo que llevó a ella [...] que hayan ocurrido en realidad o que sean resultado de fantasías [...] hasta el momento no hemos encontrado ninguna diferencia en cuanto a las consecuencias [...] las fantasías tienen una realidad psíquica y gradualmente comprendemos que en el mundo de las neurosis es la realidad psíquica la determinante”

Freud: Introducción al Psicoanálisis.

- 1890: William James describe hace descansar sobre el trauma la patología mental en *Principles of Psychology*.
- 1890 Alfred Binet desarrolla el concepto de trauma y disociación en *On Double Consciouness*.
- 1893: Pierre Janet publica Disociation, relacionando patología mental con el trauma.
- 1893: Freud y Breuer describen Double Conscience.
- 1896: Alfred Binet publica describe a los alters en *Alterations of Personality*.
- 1910-1970: no se publica ningún trabajo relevante respecto a disociación y trauma.

estudio del trauma

Este contexto social se ha dado en 3 momentos en los últimos siglos:

- S. XIX con el estudio de la histeria.
- Las investigaciones de entreguerras y sobre todo tras la guerra de Vietnam.
- Finales del S. XX con la progresiva admisión de los niveles pandémicos de los abusos sexuales.

- 1910-1970: no se publica ningún trabajo respecto a disociación, salvo:

- 1917: Rivers: Soldier's Declaration.

- 1915: Myers: *Psychic Injuries of Soldiers*.

Síntomas:

- Tinnitus, anorexia, business, tremor, and noise.
- Neurasthenia, headache,
- Conversion disorder and fugue.

- **1940: Descriptions of the Normal Part of the Personality**



estudio del trauma

Este contexto social se ha dado en 3 momentos en los últimos siglos:

- S. XIX con el estudio de la histeria.
- Las investigaciones de entreguerras y sobre todo tras la guerra de Vietnam.
- **Finales del S. XX con la progresiva admisión de los niveles pandémicos de los abusos sexuales.**

- 1970 Hilgard plantea el nuevo concepto de disociación; 1977: Conciencia dividida.
- 1980: TEPT y Personalidad Múltiple incluidas en el DSM-III.
- Mayor conciencia y estudios en abusos y violencia doméstica.
- 1994 Trastorno Disociativo de la Identidad en DSM-IV (DID).
- DSM V: División de PTSD en adultos y niños mayores de 6 y para niños menores de 6. Inclusión del trastorno traumático del desarrollo.

prevalencia asi - estudios

- 1973 Ann Burgess y Lynda Holstrom: Efectos psicológicos de la violación.
- Diana Rusell 1983: Abuso intrafamiliar.
- Finkelhor 1990: 1st National Survey.
- 1994: Estudio estatal Español.
- Cabello (con Mansukhani y Gonz. De la Rosa) 1995. N=3000.
- CDC 2005; 2008. N=17.000
- Govt of India 2007 Study on Child abuse. N=15000.

prevalencia asi - datos

Países desarrollados:

25% niñas - 16% niños (1 d 4 / 1 d 6)

Sólo 1-2 de cada 10 es denunciado.

Países en vías (India):

53.22% total. 52%94 niños. 47.06% niñas.

21.90% sever forms of sexual abuse.

psicopatología y trauma

- Hay un espectro de trastornos relacionados con el trauma (tanto de acción como de omisión). (*Van der Kolk 1988, Herman et al 1989, Perry et al 1991, Holmes 1993 y 2001, Siegel 1999, Schore 2000*).
- 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*)
- Los patrones de apego inseguros y desorganizados en la infancia actuarían como factor de vulnerabilidad. (*Holmes 1993, Siegel 1999, Schore 2000, Baird 2008, Liotti 2009*)

trauma y salud

Cada vez más evidencias de la relación entre trauma y salud mental por diversas vías:

- Causal directa
- Trauma (ALE) empeora pronóstico de cualquier trastorno.
- Causal indirecta: Tóxicos y hábitos no saludables. No cuidarse (apego).

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.

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

Mäkikyrö 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

asi 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)

victimizadores

- 60% conocidos, 30% familiares, 10% extraños.
- Abuso contra niñas más probable que sean conocidos.
- 80-94% son hombres.
- Sufrieron abusos en su infancia (Finkelhor 1994; Messman-Moore y Long 2000; Gorey y leslie 1997; etc).
- Sufre psicopatología, sobre todo si fue abusado en su infancia.
- Patología oculta: personas con atractivo social.
- Se sospecha una relación alta con tasa de suicidio. Abusador como víctima.



concepto actual de trauma

memoria

autobiográfica

vs.

traumática

- MLP explícita, episódica y/o semántica.

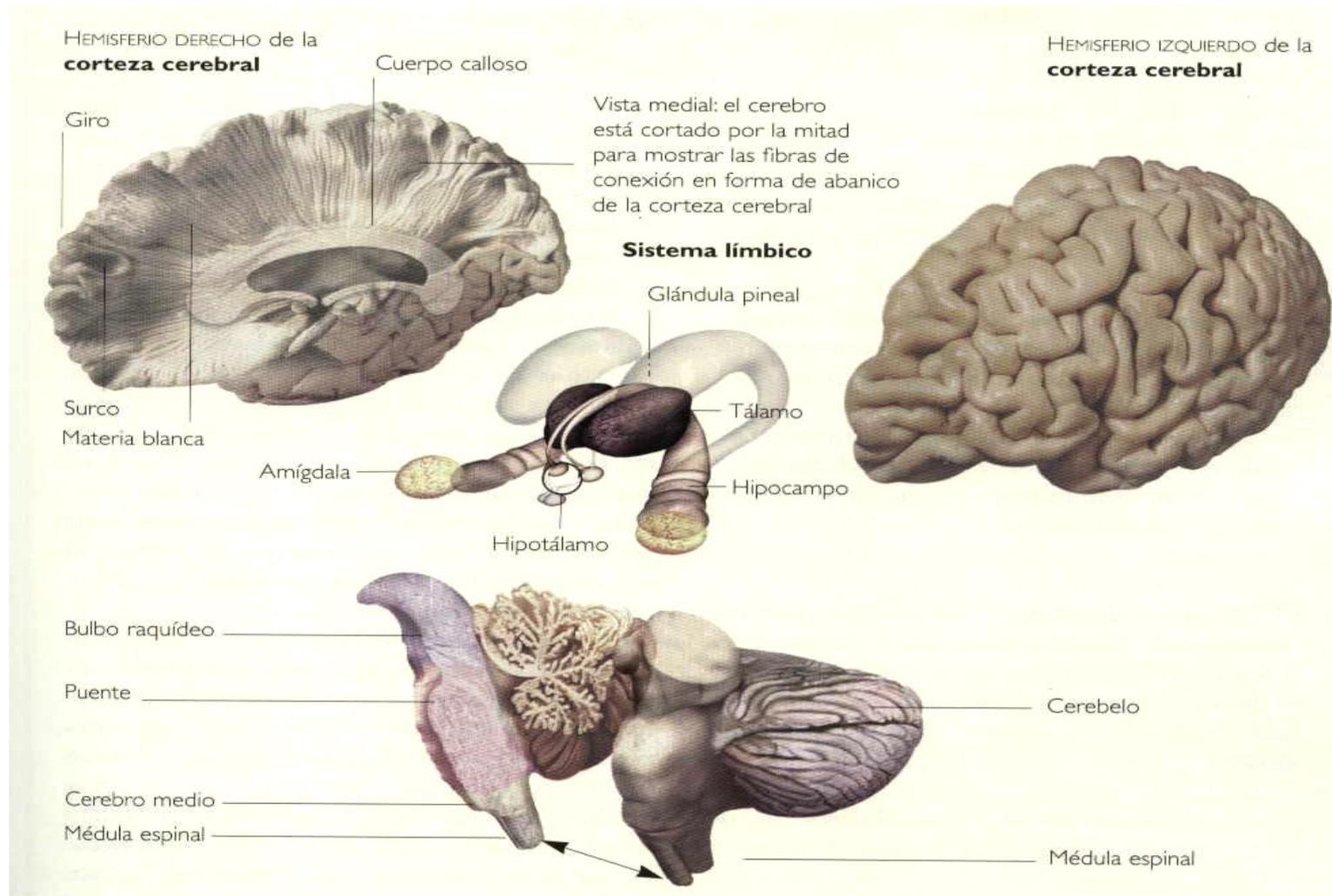
**Sheldon et al, January 2016, CórteX Volume 74. (206–216)*

- Baja activación emocional
- Cortical: occipital y parietal / parte inferior y medial prefrontal

- MI y MCP, modalidades sensoriales. MLP implícita y DE.

**Van del Kolk y Fisler, 1996.*

- Alta activación emocional – fuera de ventana de tolerancia
- Subcortical (región hipocampal derecha) y sublímbica.



James Papez 1930.

Paul MacLean 1952, 1970.

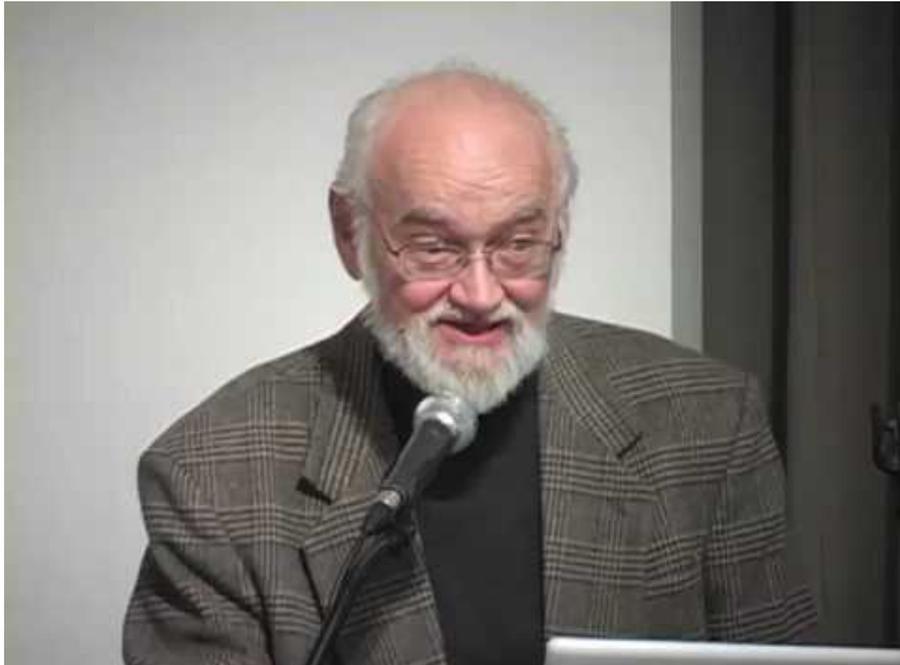
tipos: T y t

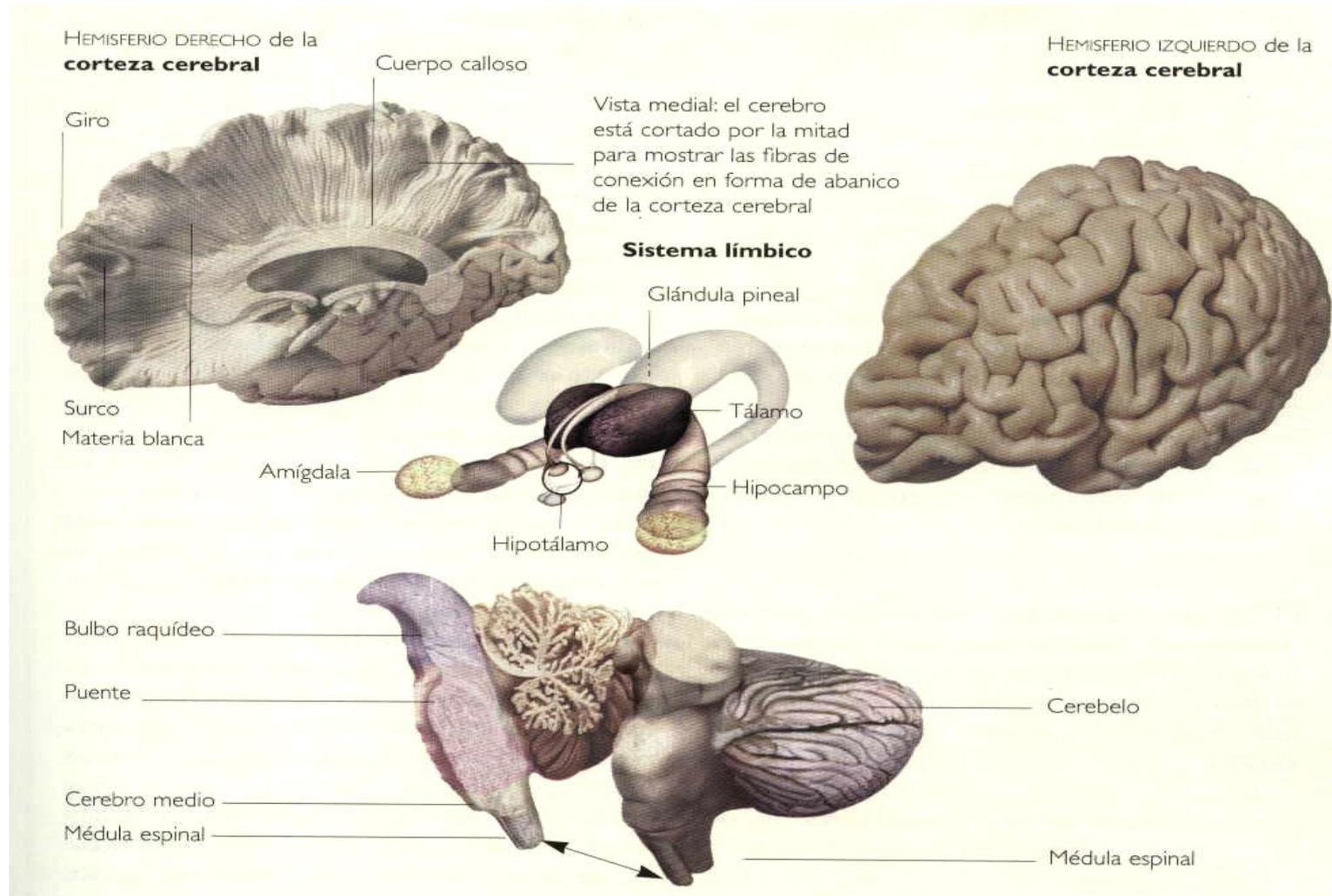
- **Trauma agudo (T)**: situación abrumadora, supera los recursos de la persona, impide su conversión en memoria episódica. Por acción.
- **Trauma crónico**, relacional o de apego (T y t): hechos traumáticos de naturaleza interpersonal. Pueden ser por acción u omisión.

trauma en la actualidad

- Los episodios traumáticos, debido a su alta activación, alteran el PAI y no son procesados e impiden su integración en las redes mnémicas biográficas (Shapiro 2004, Porges 2005).
- Los recuerdos (episodios) no procesados por el paciente son la causa de un amplio rango de condiciones patológicas en el presente (Perkins y Rouanzoin 2002, Liotti 2011, etc.).

Un poco de Neuro...





James Papez 1930.

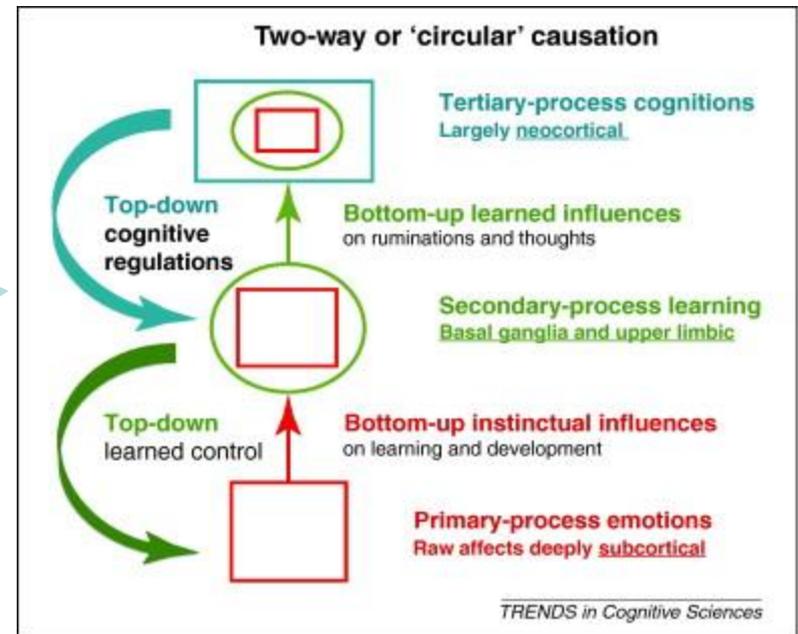
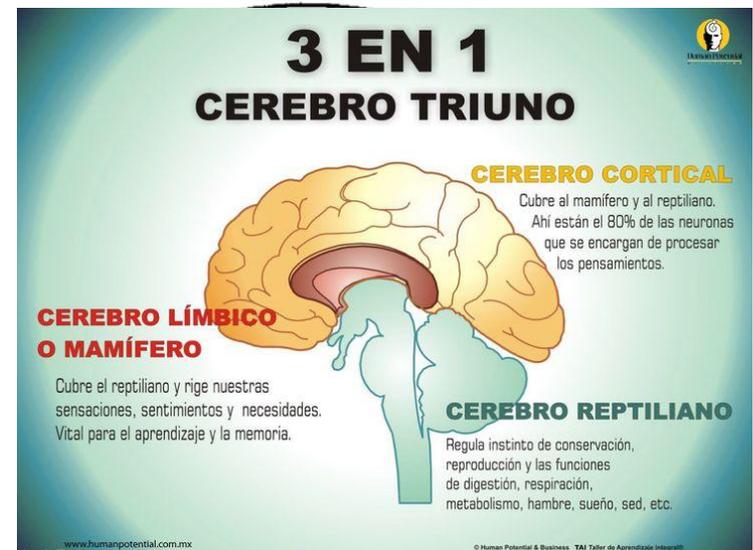
Paul MacLean 1952, 1970.

SNA:

- Stephen Porges:
CVD, SNS y CVV.

SNC:

- Paul McLean:
Complejo R, Sistema
Límbico y Neocórtex.
- Jaak Panksepp:
Procesos primarios,
secundarios y
terciarios.



“Higher levels function best when the lower ones are regulated”. *Jaak Panksepp*

trauma agudo vs. crónico

- Todo/nada vs sutil e insidioso
- Visible vs. oculto y no articulado.
- Corta duración vs crónico e insidioso.
- De acción vs. de omisión.
- Mecanismos de defensa: trauma agudo genera básicamente disociación, trauma de apego genera estructuras defensivas y de carácter.
- Suele ir acompañado de otros tipos de maltrato/abuso (desprotección).
- Implica traición (contradicción entre sistemas de acción).



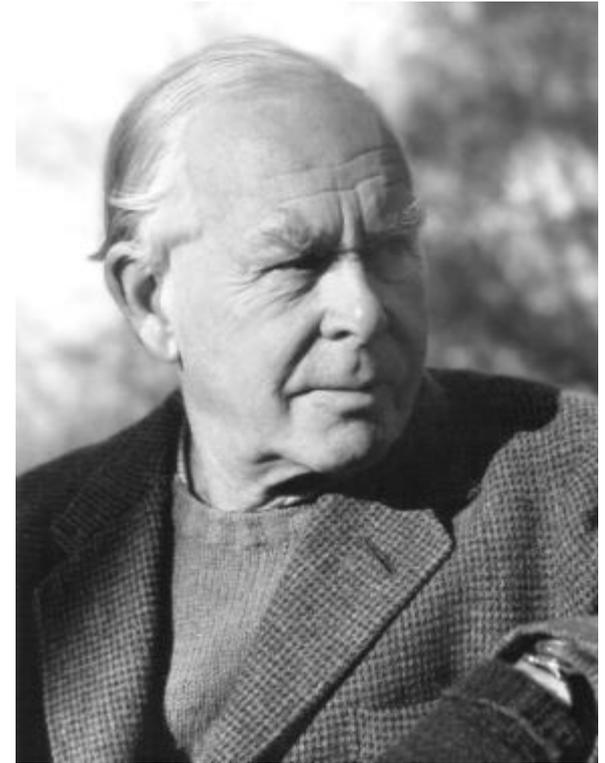
**trauma relacional temprano
(apego)**

THE NATURE OF THE CHILD'S TIE TO HIS MOTHER₁

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.

“The infant and young child should experience a warm, intimate and continuous relationship with his mother (or permanent mother substitute) in which both find satisfaction and enjoyment [and if this should not occur] will result in severe anxiety conditions and psychopathic personality”.

*Bowlby, 1951 Maternal care and mental health
(WHO Report)*

Apego

- Vínculo que se genera entre los infantes y sus cuidadores, de forma diádica. Es un vínculo primario.
- Es uno de los sistemas innatos (behavior control systems) y se activa en situaciones percibidas como distresantes o peligrosas.
- Un niño puede tener difer. apegos con difer. personas pero debe tener al menos uno para un desarrollo socio-emocional sano; el desarrollo del niño es de naturaleza social.

Vínculo del apego

Aspectos definitorios

1. Mantenimiento de la proximidad.
Disponibilidad.
2. Ansiedad de separación
(Attachment cry).
3. Base segura:
 1. Refugio (Safe Haven).
 2. Base (Secure Base).
Exploración.



Mary Ainsworth

- Diseña la situación Extraña. Inicia investigación.
- Convierte el apego en una variable interactiva y dimensional. Identifica:
 - Apego seguro
 - Apego inseguro (el cual divide en evitativo (A) y resistente-ambivalente (C)).



Mary Main

- Identifica el Apego desorganizado (D).
- Diseña la EAA (AAI).
- Extiende el estudio del apego a adultos.

Apego Tipos

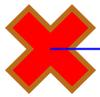
(* *clasificación Ainsworth-Main*)

EVITATIVO

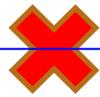
SEGURO

AN-AMBVL

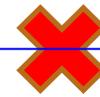
DESORGANZD



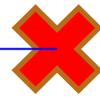
A



B

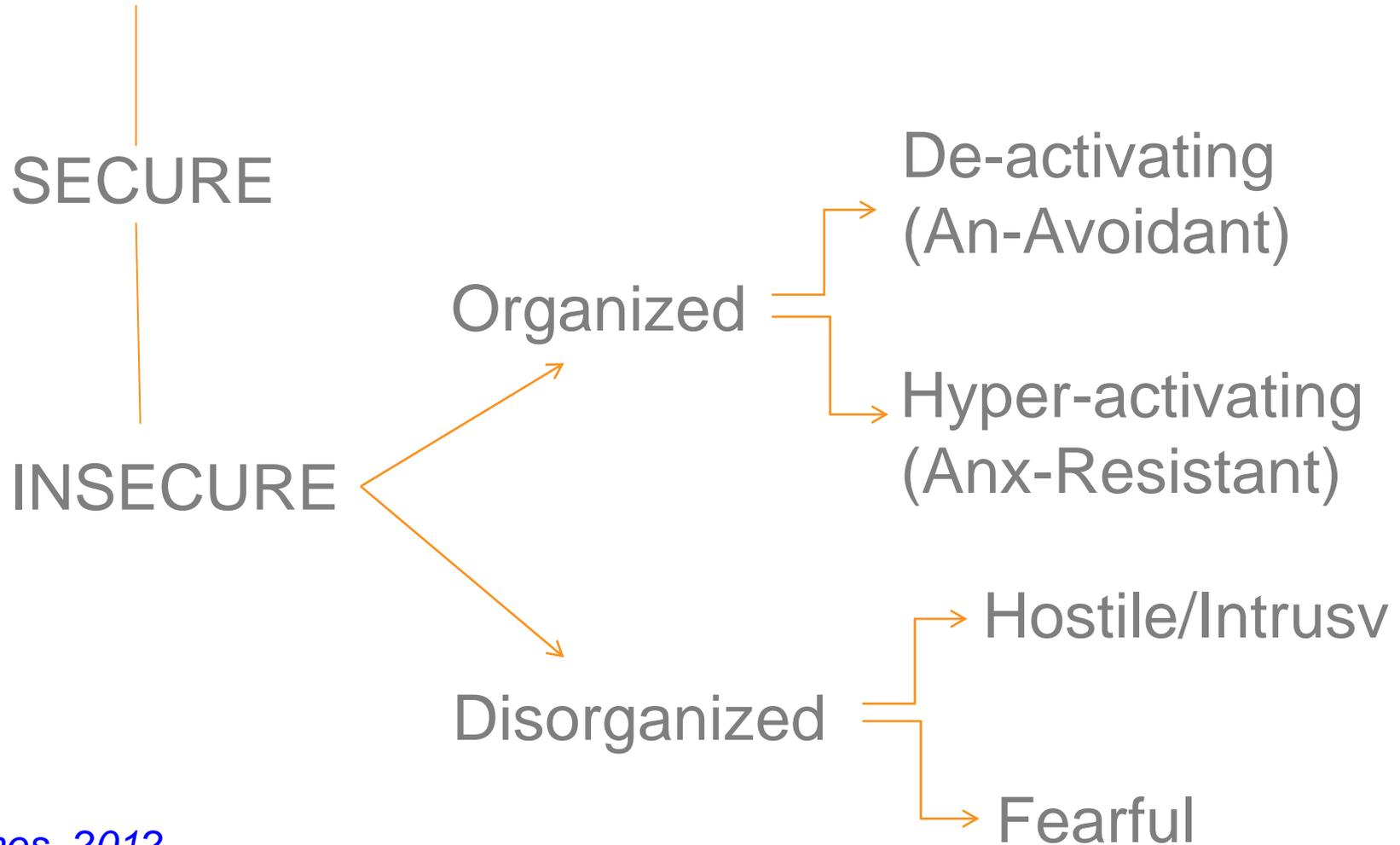


C



D

Attachment Types



**Holmes, 2012*

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

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

Comportamiento casa

SEGUROS:

- Equilibrio entre exploración y apego
- Madre como base segura
- Lloran menos
- No se desregulan si madre abandona la habitación y se alegran a su vuelta.
- Comunicación más completa y sutil con madre
- Más cooperativo
- Muestra menos ira
- Mantienen más contacto ocular y corporal

EVITATIVOS:

- Poco apego. Madre no es base segura. Conductas de acercamiento-evitación.
- Menos comunicación, menos contacto ocular.
- Dificultad en el contacto físico. Tocan preferentemente partes periféricas.
- No se relajan en brazos de la madre (“yield”).
- Muestran más conductas de enfado y rechazo.

Comportamiento en casa

RESISTENTES:

- Demandantes, buscan contacto con la madre y se enfadan si madre pretende que jueguen.
- Pocas conductas exploratorias.
- Llanto frecuente.
- Frecuente desregulación.
- Dificultades en la comunicación madre-hijo.
- Mantenían más contacto ocular y corporal

DESORGANIZADOS:

- Muestran comportamientos temibles o temerosos. Frecuentes problemas con iguales en entornos escolares.
- Contacto físico inapropiado: poco o excesivo.
- Impulsividad. Desregulación emocional.
- Evitan la interacción y tienden a aislarse o se muestran indiscriminadamente amistosos.

Características de cuidadores apego seguro.

- Afecto positivo (estado de ánimo) hacia el niño. Mantienen contacto ocular frecuente.
- Responsivos cuando se desregula.
Cuidadores.
- Mindsight (Siegel) .
- Cooperación (vs Interferencia). Aceptación de las necesidades del niño
- Disponibilidad y continuidad (Base segura)
- Predictibilidad.
- Capacidad de mentalización (Fonagy & Steele)

Características de cuidadores

apego ansioso-evitativo.

Fríos emocionalmente o excesivamente intrusivos. No impredecibles.

apego ansioso-resistente.

Atención selectiva o sesgada ante estímulos incorrectos. Centrados más en si mismos y sus emociones.

apego desorganizado.

Temerosos o temibles. Ausentes. Hostilidad-indefensión. Disociación.

Apegos Múltiples

Schaffer and Emerson, Glasgow Study 1965

- 7 m: 29% apegados a 2 personas.
- 10 m: 60% más de una figura de apego.
- 18 m: 87% más de una figura y 30% tenía 4-5 figuras de apego.

Hasta los 18-24 meses, el niño exhibirá diferentes patrones de apego en función de la relación del momento. A partir de los dos años, irá estabilizando progresivamente su estilo de apego.

Main y Weston (1981).

Apegos Múltiples

Bowlby (1997).

- Lo normal es que un niño tenga más de una figura de apego. Estarán jerarquizadas (figura principal y subsidiarias) .
- El tipo de apego principal correlaciona con la relación con otros adultos y niños.
- Monotropía: “sesgo del niño para apegarse especialmente a una persona que será casi siempre su madre natural”. Concepto más criticado.
- Las figuras subsidiarias suelen ser padres, hermanos, abuelos, tías, vecinos, mascotas...” .
- Mientras más figuras de apego, más fuerte suele ser la intensidad del vínculo con la figura principal (y vcv).
- Hay autores que consideran que se puede tener más de una figura principal (“dual primary attachment”, Crow y Randolph)

Apego Dual Primario

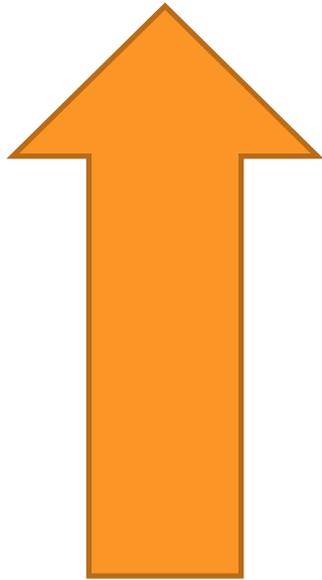
Crow y Randolph (1997).

- Los niños tienen la capacidad de hacer un apego dual primario, además de otros subsidiarios.
- Se observa más en parejas igualitarias.
- Funciones diferenciales:
 1. Figura primaria principal: Amor incondicional, protección, no cuestionamiento, etc.
Relacionada con la sensación de valía básica (con merecer ser querido)
 2. Figura primaria secundaria:
 - Da seguridad y alivia a la primaria principal.
 - Sirve más de nexo con el mundo: ayuda a afrontar pequeños retos y da sensación de valía en el mundo (capacidad).

apego y salud mental

- Relación con los demás: confianza y seguridad.
- Mecanismos de regulación del yo: auto y co-regulación.
- Imagen de sí mismo y autoestima.
- Apego infantil es factor de protección contra las experiencias adversas en la infancia (CAE).

apego y autoestima

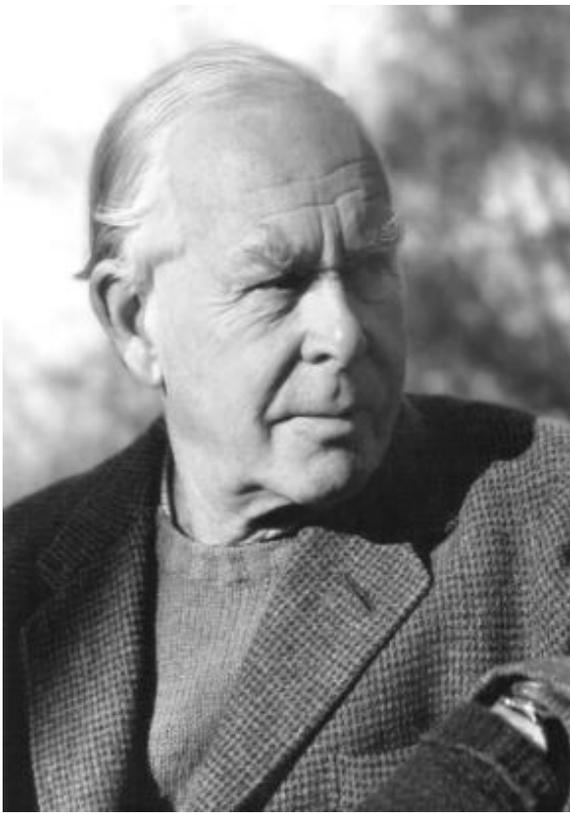


Se producen
fenómenos de
compensación
y sobre-
compensación

- Auotestima base (relacionado con primario)
- Auto-imagen (relacionado con primario, fundamentalmente)
- Auto-concepto (relacionado con primario-secundario). Es independiente y se relaciona con áreas de competencia: profesional, cuidador, ma/paternidad, sexual-fertilidad, etc.

apego seguro como factor de protección en la infancia

- Directo (maltrato primario)
- Externo I (protección)
- Externo II (reparación)
- Interno I (competencia)
- Interno II (resiliencia).



"Attachment theory regards the propensity to make intimate emotional bonds to particular individuals as a basic component of human nature, already present in germinal form in the neonate and continuing through adult life into old age". "It performs a natural healthy function, even in adult life".

Bowlby, 1988, 1992.

"There is a strong continuity between infant attachment patterns, adolescent patterns and adult attachment patterns"

Main & Goldwyn, 1993



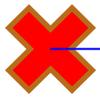
Apego y ciclo vital

- 0-6 meses: Apego Primario o Dual (Crow & Randolph, 2005).
- 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

Apego Tipos

(* *clasificación Ainsworth-Main*)

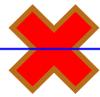
EVITATIVO



A

DISTANCIANTE

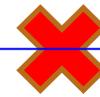
SEGURO



B

AUTÓNOMO

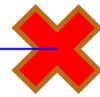
AN-AMBVL



C

PREOCUPADO

DESORGANZD



D

NO-RESUELTO

Apego Adulto - Evaluación

- AAI (Main y Godwyn 1993).
- AAI – Reflective Function (Fonagy y Target 1997).
- AAP (George y West 2001):
www.attachmentprojective.com
- Escala ECR (Brennan, Clark y Shaver 1998):
www.psyweb2.ucdavis.edu/labs/Shaver
- RSQ (Bartholomew y Horowitz 1991)
www.sfu.ca/psyc/faculty/bartholomew/research/index.htm

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...).

Es un sistema de memoria implícita (Amini et al. 1996)

Se puede tener uno principal o varios, Variarán en flexibilidad.

El IWM depende de:

- Sensitividad genética (Kagan 2011, Schuengel 1999).
- Circunstancias y eventos vitales.
- Circunstancias vitales actuales.
- Patrón de apego de los cuidadores (que explica el 70%).
- Otros subsistemas activados.

Apego Adulto Autónomo

- Narrativa coherente, explica largamente, entra en detalles. Realista, no polarizado ni idealista.
- Amplio rango de modelos internos de trabajo (IWM). Flexible.
- Distingue las relaciones sanas. Valora las interacciones positivas.
- Se muestra cooperativo y es capaz de protegerse.
- Tiene una comprensión intuitiva del apego y considera muy importantes los vínculos del apego.

Apego Adulto Preocupado

- Define su infancia como buena. Da muchos detalles pero contradictorios o erróneos.
- Pasa de exagerar a minimizar la importancia del apego.
- Alta expresividad emocional. Expresa diferentes emociones hacia la misma persona.
- Muestra frecuentemente patrones de dependencia.
- Dificultades en la auto regulación y sobre todo co-regulación.
- Inseguro. Baja autoestima

Apego Adulto Distanciante

- Define su infancia como “buena”, “sin problemas” o “normal”. No da muchos detalles. Pocos recuerdos.
- Minimiza la importancia de las relaciones de apego y la importancia de la infancia (en sí mismo y los demás).
- No percibe a los otros adultos como reguladores o confortantes.
- Auto-dependiente. Buena capacidad de análisis social.
- Hostilidad encubierta o manifiesta contra iguales.
- Capacidad emocional restringida. Mucho análisis cognitivo.
- Estrategias de evitación de intimidad.

Apego Adulto Desorganizado

- Muy pocas recuerdos. Narrativa desorganizada e incoherente. Frecuente fabulación.
- No tiene sensación de seguridad.
- Cambios bruscos emocionales o comportamiento disociado.
- Impulsivo. Conductas cambiantes.
- Dificultades con la autoregulación.
- Impulsivo. Comportamientos bizarros: temeroso o temible.
- **Puede mostrarse muy controlado hasta que se active el sistema de apego, volviéndose confuso en ese momento (Liotti 2011).**

**T
I
P
O
S

A
D
U
L
T.**

**Seguro
Autónomo**

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

**Dismissing
Deactivating**

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

**Preoccupied
Hyperactivating**

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

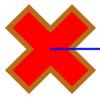
**Unresolved
Disorganized**

- Hostil-Intrusivo
- Temeroso

Apego Tipos

(* *clasificación Ainsworth-Main*)

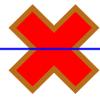
EVITATIVO



A

DISTANCIANTE

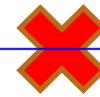
SEGURO



B

AUTÓNOMO

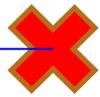
AN-AMBVL



C

PREOCUPADO

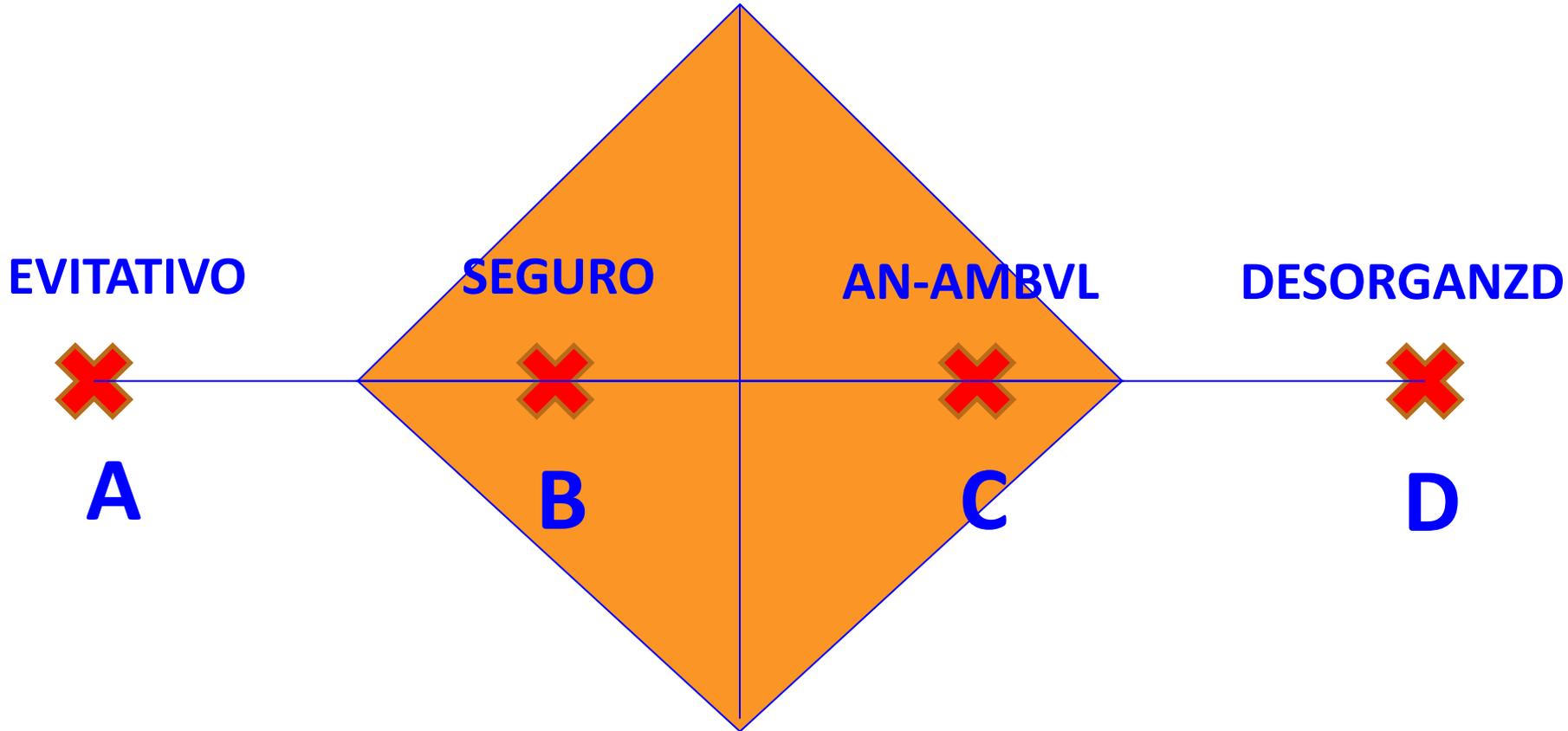
DESORGANZD



D

NO-RESUELTO

Apego Tipos



Sistemas de acción

*(*Bowlby 1958, Panksepp 1998, Hilburn-Cobb 2004)*

Apego		Adulto (dar cuidado) Child (buscar cuidado)
Jerarquía Social		Dominancia Sumisión
Afiliación		Cooperación Juego social
Exploración		Exploración
Defensa		Lucha / Huída Parálisis / Muerte Fingda
Sexualidad		Sexualidad primoridial Vínculo sexual

Estrategias de control que pueden sustituir al sistema de apego

- Controlador-punitivo (estrategias dominantes)
- Controlador-cuidador (apego invertido)

Lyons-Ruth and Jacobwitz, 2008

- Controlador sumiso.
- Comportamiento sexualizado.

Liotti 2011, 2014

- Usar figuras de apego como “agentes”:
obtener recursos instrumentales para
protección y confort,

Hilburn-Cobb 2004

Apego y asi

Se activará el sistema de apego junto con otros:

- Sexual: hiperactivación.
- Jerarquía social.
- Afiliación: condicionará todas las relaciones sociales.
- Defensa: contradicción y disociación.

Afectará la autoestima en las tres vertientes vistas y provocará percepciones del self:

FA=maltr.
Yo=victim

FA=buena
Yo=mala

FA=vícti.
Yo=rsct

La búsqueda de la regulación

*(*adaptado de Crow & Randolph, 2005)*



diagnóstico



12 síntomas “normales” en el caso de una violación por un extraño a una persona adulta sin psicopatología previa ni historia previa de trauma (Ross, 2000)

- Disociación peritraumática.
- PTSD: pesadillas, p intrusivos y flashbacks. Elevado arousal
- Desorden disociativo
- Evitaciones fóbicas y AP que derivarán a AGF y FS.
- Trastornos somáticos.
- Trastorno del sueño.
- Abuso de sustancias.
- Delusiones

- Disfunción sexual.
- TEA: depresión, ira, culpa...
- TOC
- Trastorno de Personalidad

-Persona normal se ha transformado en polisintomática

-Afectadas todas las áreas vitales.

-Remisión; sin tto. no total

infantil vs. adulto

- Menos violento. A veces, sin coerción explícita.
- Excitación (J. Shaw “la traición de los cuerpos”).
- Mayor duración, a veces años.
- Menor integración experiencial. Conflictos de apego (dual primario). (R Sololomon: traición de las mentes).
- Perpetrador conocido, en ocasiones principal FA. Betrayal Trauma (Freyd, 1996). Relación ambivalente con agresor.
- “Ley del Silencio”. Disociación y negación familiar. No validación externa. Figuras no protectoras. Traumas de omisión y oculto.
- Disociación: Amnesia. Negación. Recuerdo demorado. Comprensión demorada. Duda
- Junto a otros tipos de maltrato (a veces varias víctimas).

asi y psicopatología

- Despers y desrealz.
- TA: AP y Agf. TOC
- PTSD: Asco.
- TEA: Depresión, ira, culpa, verguenza.
- Alta intensidad emocional, baja regulación.
- Abuso de sustancias.
- Trastornos de la imagen y autoestima
- TCA.
- SIB, autocastigo y suicidio.
- Somáticos. Convers.
- TP: TLP. DID.
- Problemas de apego: relaciones íntimas, familiares y sociales.
- Síntomas disociativos graves y psicóticos.

**Sin síntomas (Finkelhor 1993)

patología sexual

- Aversión al sexo
- Vaginismo y dispareunia
- Falta de deseo. Hipersexualidad (parcialismo)
- Paidofilia
- Celotipia
- Inhibición desinhibición.
- Orientación sexual.
- Problemas en la relación de pareja.

pacientes trauma crónico

- Son polisintomáticos y de diagnósticos comorbidos.
- Presentan síntomas del Eje I y del Eje II. Obligarán a reformar diagnósticos antiguos, en especial TP y DID.
- Requieren diagnósticos nuevos:

Complex PTSD
(Judith Herman, 1992).

DES-NOS
(Shapiro 2000, Forgash 2008).

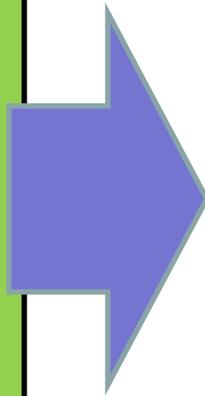
Developmental Trauma
(Van der Kolk, 2005)

recuerdos

- Jennifer Freyd:
 - Betrayal Trauma (1996)

Elizabeth Loftus
y Katherine Ketcham:

- The myth of repressed memory (1996)



Existen evidencias claras :

1. Recuerdos parciales o totales (comprensión demorada).
2. Recuerdos recuperados tras periodo de amnesia parcial.
3. Recuerdos tras amnesia profunda. Duda.
4. Recuerdos falsos verosímiles (Pezdeck, 1995).
5. Recuerdos delirantes.

L. Meyer (N=206/129; a 12; 17):
38% no recuerda (55% en casos +G)
20% recuerda un período de amnes.

tratamiento - trauma

- EMDR
 - F. Shapiro (1987-2001).
- FOCUSSING
 - E. T. Gendling (1982-2001).
- SOMATIC EXPERIENCING
 - P. Levine (1997).
- SENSORIOMOTOR PSYCHOTHERAPY
 - P. Ogden y K. Minton (2000).

tratamiento – apego y personalidad disgregada

- Ttos. basados en T^a del Apego (Crow 2005; Randolph 2002). Jeremy Holmes (2014).
- Hipnosis-Keith Livingstone (2006).
- Voces-Colin Ross (2000).
- Internal Family Systems – Schwartz (1995).
- Modelo PSV-Rodríguez (2005).
- Disociación Estructural-Van der Hart (2005).
- Ego State Therapy-Forgash y Copeley (2008)..

tratamiento – el 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) y características de base segura:
 - Accesibilidad (disponibilidad, consistencia y fiabilidad)
 - Responsividad (sintonizado: “attunement”)
 - Regulador (manera las rupturas y reparaciones)
- Entender el estilo de apego (apegos) del paciente y sus partes, (“monstruos internos”).
- Capaz de estar en MF y ser un co-regulador activo.
- Tener capacidad empática a la vez que establecer claramente límites.

tratamiento – pacientes

- Alto riesgo de descompensación; abreacciones disociativas y retraumatización.
- ▲ Emocionalbilidad y ▼ Regulación (tanto auto como co).
- Pacientes muy conflictivos a nivel IP (problemas de apego, rol víctima-agresor, BTF). Problemas de dependencia-evitación.
- Emociones especiales:
 - Culpa y vergüenza, grandes defensas.
 - Asco: condicionamiento (simbólico) y descondicionamiento. Retraumatización.

tratamiento – pacientes

- Pacientes son “apego-ciegos” (mind-blind) con respecto a sus cuestiones de apego no resueltas (Siegel, 2012):
 - Hay que hacer mucho trabajo de mentalización (metacognición), comprensión, aceptación, duelo... a lo largo de la terapia.
 - Esto hace que la persona vaya siendo capaz de hacer una narrativa coherente de su vida.
 - A lo largo de este trabajo surgirán las emociones que deben ser constantemente reguladas.
 - A veces las cogniciones y la excesiva racionalización sirven para no conectar a nivel emocional.

tratamiento por fases

0. Recepción y acogida:

- Adecuar la interacción al estilo de apego del paciente.
- Crear un espacio de calma y aceptación desde el cual la exploración es posible y no genera miedo.

*Con los evitativos, ayudar a entender:

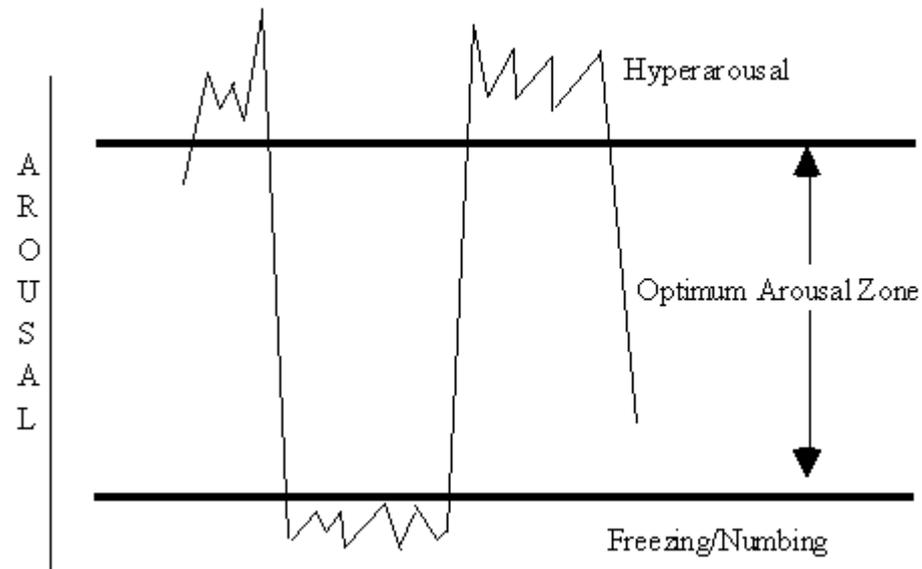
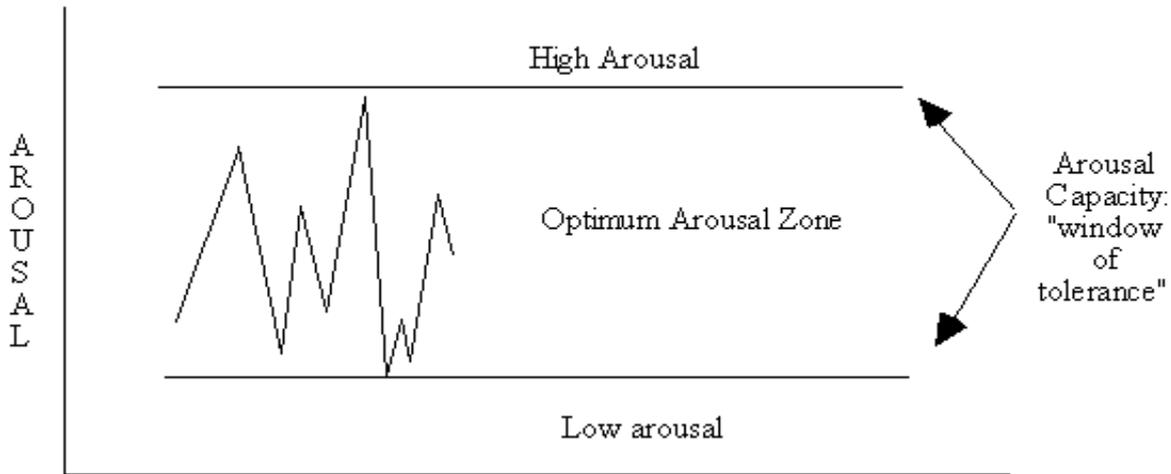
- Que el terapeuta no va a ser invasivo o manipulador.
- Ser consciente de sus zonas de confort y no confort.
- Empezar a entender la razón tras su gran evitación experiencial (Hayes et al, 1996).
- Trabajar desde la delicadeza y la sutileza.
- Ojo género del terapeuta y paciente.

tratamiento por fases

1. Estabilización:

- Restaurar seguridad y auto y co-regulación:
 - Ventana de tolerancia
 - Inicio lenguaje de partes.
- Reducción del conflicto.
- Prescripción de recaída.
- Aprendizaje y valoración de diferencias entre respuestas correctas e incorrectas.
- Empezar a entender el conflicto como una ventana a otro tipo de relación.

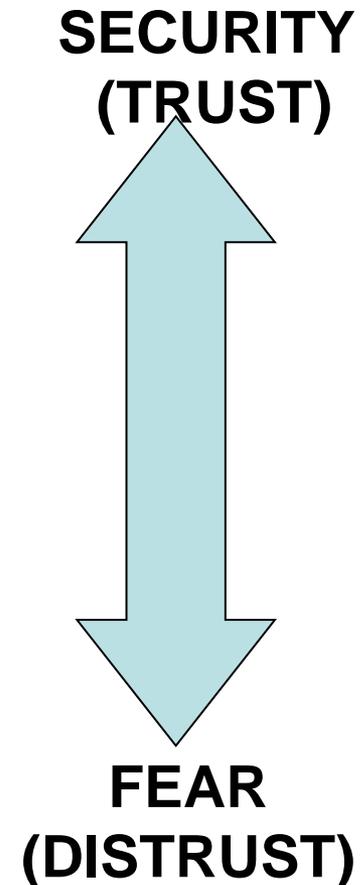
window of affective tolerance



****Dan Siegel***

tratamiento por fases

2. Detectar, comprender y modificar tendencias individuales de seguridad y regulación del yo.



tratamiento por fases

3. Instalar y fortalecer recursos.

- Autocuidado (empezando en homeostático).
- Creación de rutinas y estructuras.
- Inicio de actividades placenteras: hedónicas y eudaimónicas.
- Fortalecer PAN. Trabajo con el niño interior.
- Trabajo con regulación de niveles energéticos.

tratamiento por fases

4. Resolver problemas actuales de intimidad e interacción.

- Trabajo con límites.
- Comunicación e interacción. Co-regulación y co-desregulación.
- Comprensión de dependencia y sus ciclos.
- Terapias específicas para problemas de pareja.
- Conflicto como ventana hacia los siguientes puntos.
- Conflicto como paso a una relación más auténtica.

tratamiento por fases

5. Trabajo con partes y trabajo con recuerdos:

- Co-conciencia. Tipos de interacción y cooperación interna y externa.
- Comprender necesidades de las partes, etc.
- Reducción de fobias. Aceptación de partes.
- Trabajo específico con recuerdos que impiden la integración.
- Trabajo específico con recuerdos que van emergiendo

Partes del yo

Una distinción muy importante que se puede hacer desde el principio es:

- Partes sociales, de funcionamiento para la vida diaria.
- Partes heridas
- Partes defensivas
- Partes desorganizadas (son defensivas pero con rasgos muy destructivos).

diferentes partes del yo pueden tener:

- Diferentes ideas sobre el yo, el mundo y los demás (Nijenhuis 2008).
- Diferentes edades.
- Diferentes necesidades.
- Diferentes funciones.
- Diferentes tendencias de acción.
- Diferentes estilos de apego y vinculación.
- El mismo objetivo final.

tratamiento por fases

6. Análisis de los patrones de apego y su formación.

- Trabajo con traumas de apego. *Madre.
- Formación de estilo propio de apego y eventos relevantes.
- Duelo de la familia idealizada (Jung, 1967)

7. Aprendizaje de patrones vinculatorios sanos:

- Capacidad para auto-regularse y co-regularse.
- Sanar relaciones pasadas.
- Generalizar a relaciones futuras.
- Habilidades de auto-conciencia y auto-protección.



Arun Mansukhani

**Instituto Andaluz de
Sexología y Psicología**

+34 607 803 803

www.arunmansukhani.com

arunmans@hotmail.com

Muchas gracias!