

## Manejo del apego adulto

### Arun Mansukhani

Psicólogo Clínico. Máster en Sexología.  
Máster en Psicología Clínica.  
Experto Univ. en Hipnosis.  
Consultor-Facilitador EMDR. Facilitador SP

Transparencias disponibles en:  
[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### Equipo clínico – IASP

- ▶ 1 psiquiatra.
- ▶ 1 psicólogo clínico.
- ▶ 3 psicólogas sanitarias.  
Especializadas en EMDR.
- ▶ 1 psicóloga sanitaria infantil.
- ▶ 1 psicóloga sanitaria  
especializada en  
neurofeedback.





## Conceptualización

Trauma en psicología y visión actual

### Estudio del trauma

- La historia de la psicología se inicia con el 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:

- 1ª etapa-S. XIX: el estudio de la histeria.
- 2ª etapa-Las investigaciones post-bélicas: IGM, IIGM y Guerra de Corea-Vietnam. El trauma agudo: PTSD.
- 3ª etapa-Finales del s. XX y principios del s. XXI:
  - La progresiva admisión de:
    1. violencia de género e intrafamiliar
    2. los niveles pandémicos de los abusos y agresiones sexuales.
  - La distinción de los distintos tipos de trauma (agudo T, agudo t, apego, etc). y su papel en el desarrollo de la psicopatología.



## 1ª etapa-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.



*www.arunmansukhani.com*

- 
- 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.

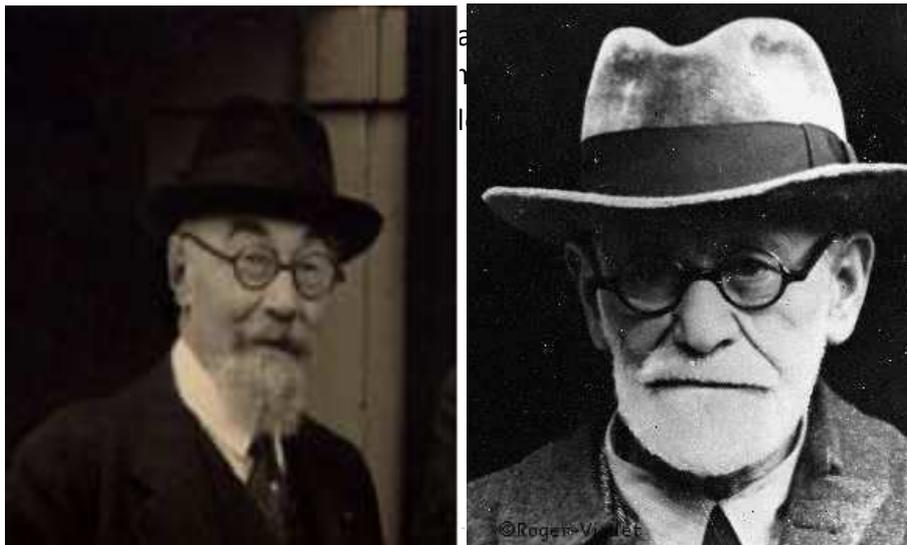
*GOETZ 1987-Charcot the Clinician: The Tuesday Lessons.*

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### **Hacia 1880...**

---



[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### Hacia 1880...

- ▶ La enfermedad mental (histeria) estaba causada por un trauma psicológico (frecuentemente un abuso sexual).
- ▶ Éste provoca un estado alterado de la conciencia, lo cual provoca muchos síntomas.

#### JANET

- Disociación (Disgregación).
- Crea el método del análisis psicológico.

#### FREUD Y BREUER

- Conciencia doble
- Crea el Psicoanálisis.

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

“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 Ethiology 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).*

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

“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”

EVENTO REAL x FANTASÍA/DESEO

TRAUMA x FRUSTRACIÓN

DISOCIACIÓN x REPRESIÓN

Freud: Introducción al Psicoanálisis.

www.arunmansukhani.com

- ▶ 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 prácticamente ningún trabajo relevante respecto a disociación y trauma (excepciones como Mayers, etc).

www.arunmansukhani.com

### 2ª etapa-investigaciones post bélicas

- ▶ 1910-1970: no se publica ningún trabajo respecto a disociación, salvo:
- ▶ 1917: Rivers: Soldier's Declaration.
- ▶ 1915: Myers Shell Shock, The Lancet. Síntomas:
  - ▶ Tinnitus, amnesia, headache, dizziness, tremor, and hypersensitivity to noise.
  - ▶ Neurasthenia: fatigue, anxiety, headache, neuralgia, depressed mood
  - ▶ Conversion disorder, mutism and fuge.
- ▶ 1940: Describes Apparently Normal Part of the Personality / Emotional Part of the Personality
- ▶ II GM: Soldier fatigue.
- ▶ PTSD tras la guerra del Vietnam.

### 2ª etapa-investigaciones post bélicas

- ▶ 1910-1970: no se publica ningún trabajo respecto a disociación, salvo:
- ▶ 1917: Rivers: Soldier's Declaration.
- ▶ 1915: Myers Shell Shock, The Lancet. Síntomas:
  - ▶ Tinnitus, amnesia, headache, dizziness, tremor, and hypersensitivity to noise.
  - ▶ Neurasthenia: fatigue, anxiety, headache, neuralgia, depressed mood
  - ▶ Conversion disorder, mutism and fuge.
- ▶ 1940: Describes Apparently Normal Part of the Personality / Emotional Part of the Personality
- ▶ II GM: Soldier fatigue.
- ▶ PTSD tras la guerra del Vietnam.



- 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).
- 1995 Francine Shapiro publica 1º libro sobre EMDR: efectos patógenos de los “recuerdos almacenados disfuncionalmente”. Modelo PAI.
- 2000 Colin Ross publica “The Trauma Model”:
- DSM V: División de PTSD en adultos y niños mayores de 6 y para niños menores de 6. Inclusión del trastorno traumático del desarrollo.

*www.arunmansukhani.com*

### **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.

---

*www.arunmansukhani.com*

## **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.

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## **abuso sexual en la infancia (asi): una epidemia**

---

- ▶ 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.

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## 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)

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)



Contents lists available at ScienceDirect

Child Abuse & Neglect



### Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years<sup>☆</sup>

Margaret C. Cutajar<sup>a,\*</sup>, Paul E. Mullen<sup>a</sup>, James R.P. Ogloff<sup>a</sup>, Stuart D. Thomas<sup>a</sup>, David L. Wells<sup>b</sup>, Iosie Soataro<sup>c</sup>

**Table 1**

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

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 <sup>a</sup>
<i>Non-psychiatric complaint</i>	18	0.7	92	3.4	5.24	3.15–8.70	<0.001

<sup>a</sup> Fisher's exact test.

Cortesía Dr. **Benedikt L Amann**  
FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation CIBERSAM

## psicopatología y trauma

- ▶ Hay un espectro de trastornos relacionados con el trauma (tanto de acción como de omisión) que no sólo incluye al TEPT sino a un número cada vez mayor de trastornos: trastornos de pánico, fobias, adaptativos, depresivos, dependencias, disociativos, de personalidad, etc. (*Van der Kolk 1988, Herman et al 1989, Perry et al 1991, Holmes 1993 y 2001, Siegel 1999, Schore 2000, Centonze et al 2005, Kendler et al 2003, Ekman y Ametz 2006, Teicher et al 2006*)
- ▶ 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, Ross 2000, Klengel 2013*)
- ▶ 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*)

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

Schizophrenia Bulletin vol. 38 no. 4 pp. 661–671, 2012

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

Filippo Varese<sup>1,1,2</sup>, Feikje Smeets<sup>1,3</sup>, Marjan Drukker<sup>3</sup>, Ritsaert Lieve<sup>3</sup>, Tineke Lataster<sup>3</sup>, Wolfgang Viechtbauer<sup>3</sup>, John Read<sup>5</sup>, Jim van Os<sup>3,4</sup>, and Richard P. Bentall<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Psychology, Health and Society; University of Liverpool, UK; <sup>2</sup>School of Psychological Sciences, University of Manchester, UK; <sup>3</sup>Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University, The Netherlands; <sup>4</sup>King's College London, King's Health Partners, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, UK; <sup>5</sup>Department 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<sup>a</sup>

Friedman and Harrison<sup>11</sup> (United States)  
Convoy et al<sup>12</sup> (Czech Republic)

Furukawa et al<sup>13</sup> (Japan)  
Agid et al<sup>14</sup> (Israel)  
Dell'Erba et al<sup>15</sup> (Italy)  
Giblin et al<sup>16</sup> (UK)  
Fennig et al<sup>17</sup> (Israel)  
Morgan et al<sup>18</sup> (UK)  
Weber et al<sup>19</sup> (Germany)  
Rubino et al<sup>20</sup> (Italy)  
Cohen et al<sup>21</sup> (United States)  
Fisher et al<sup>22</sup> (UK)  
Husted et al<sup>23</sup> (Canada)  
Bartels-Velthuis et al<sup>24</sup> (The Netherlands)  
Evans<sup>25</sup> (UK)  
Heins et al<sup>26</sup> (The Netherlands)  
Varese et al<sup>27</sup> (UK)  
Daulman et al<sup>28</sup> (personal communication)  
McCabe et al<sup>29</sup> (Australia)

#### Prospective cohort studies<sup>b</sup>

Mäkikyrö et al<sup>30</sup> (Finland)  
Janssen et al<sup>31</sup> (The Netherlands)  
Spauwen et al<sup>32</sup> (Germany)  
De Loore et al<sup>33</sup> (The Netherlands)  
Schreier et al<sup>34</sup> (UK)  
Arseneault et al<sup>35</sup> (UK)  
Cutajar et al<sup>36</sup> (Australia)  
Wigman et al<sup>37</sup> (The Netherlands)

#### Cross-sectional studies<sup>c</sup>

Murphy et al<sup>38</sup> (United States)  
Ross and Joshi<sup>39</sup> (United States)  
Whitfield et al<sup>40</sup> (United States)  
Kim and Kim<sup>41</sup> (Republic of Korea)  
Shevlin et al<sup>42</sup> (United States)  
Shevlin et al<sup>43</sup> (United States)  
Houston et al<sup>44</sup> (United States)  
Kelleher et al<sup>45</sup> (Ireland)  
Nishida et al<sup>46</sup> (Japan)  
Shevlin et al<sup>47</sup> (United States)  
Harley et al<sup>48</sup> (Ireland)  
Bebbington et al<sup>49</sup> (UK)  
Van Nierop et al<sup>50</sup> (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

## 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).

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

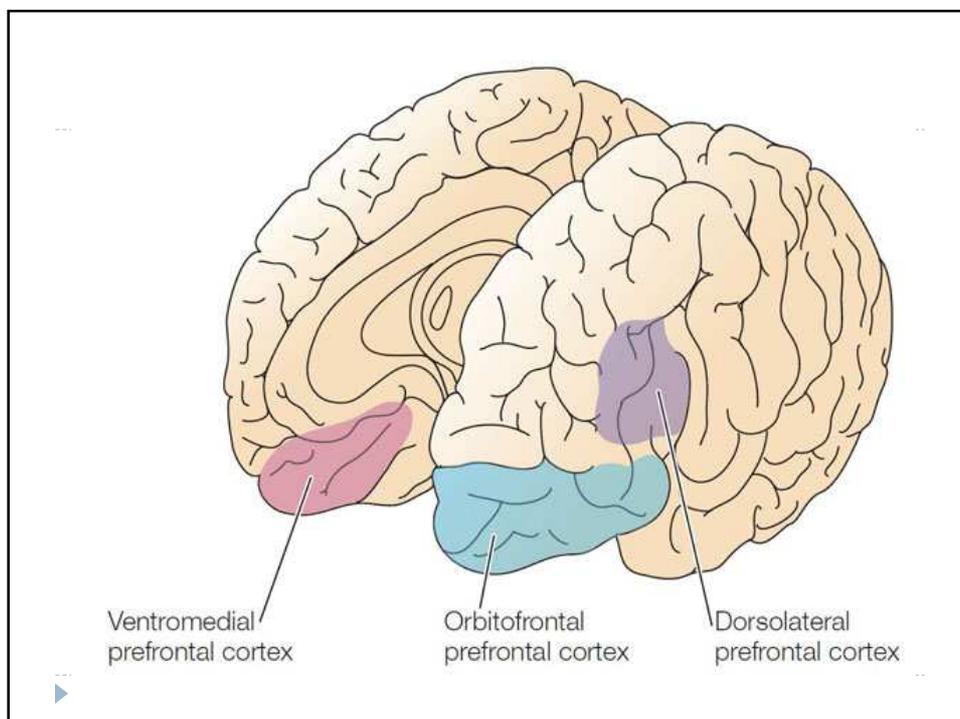


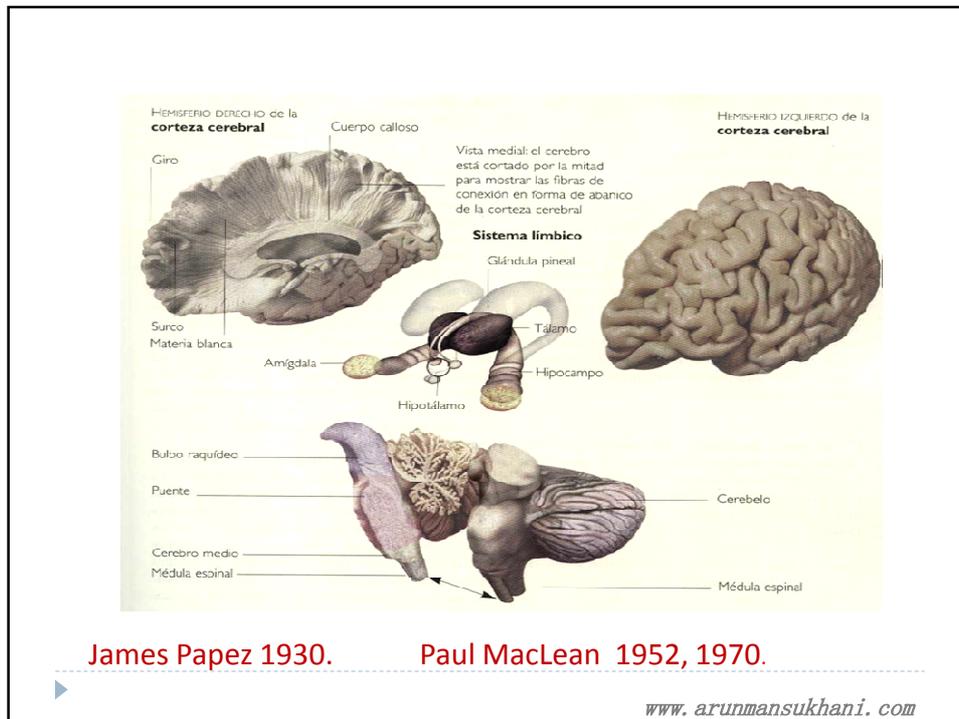
concepto actual de trauma  
(PAI)

---

**PAI - Memoria**

<b>Autobiográfica</b>	vs.	<b>Traumática</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ MLP explícita, episódica y/o semántica. <i>*Sheldon et al, January 2016, CórTEX Volume 74. (206–216)</i></li> <li>▶ Cortical (occipital y parietal; parte ventral inferior y medial del prefrontal)</li> <li>▶ Dentro de la VT: SNA regulado.</li> <li>▶ Reconstructivos. Narrativos</li> <li>▶ Bajo control voluntario</li> <li>▶ Integrados en la vida de la paciente</li> <li>▶ Ubicados en el tiempo.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>*Steele, lecture 2016</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ MI y MCP, modalidades sensoriales. MLP implícita y DE.</li> <li>▶ Subcortical (región hipocampal derecha: raw sensory experience) <i>*Van del Kolk y Fisler, 1996.</i></li> <li>▶ Fuera de la VT: Desregulación simpática (híper) y/o parasimpática (hipo).</li> <li>▶ Reproductivos. Somatosensoriales.</li> <li>▶ Involuntarios</li> <li>▶ No integrados en la vida de la paciente.</li> <li>▶ Atemporales. Distorsión Temp.</li> </ul> <p style="text-align: right;"><i>*Steele, lecture 2016</i></p>
<a href="http://www.arunmansukhani.com">www.arunmansukhani.com</a>		





### Trauma en la actualidad

- En el cerebro existe un sistema de homeostático de auto-sanación tendente a procesar los recuerdos traumáticos (Shapiro 2004). 2/3 partes de las personas afectadas resuelven los recuerdos traumáticos sin tratamiento (Hofmann 2016, p.59).
- Los episodios traumáticos, por la alta activación, impiden la integración en las redes mnémicas biográficas (Shapiro 2004, Porges 2005).
- Los recuerdos implícitos almacenados disfuncionalmente son la causa de un amplio rango psíquicos y psicossomáticos (Shapiro 2004, Perkins y Rouanzoin 2002, Liotti 2011, Hofmann 2016, etc.).
- El trauma es acumulativo, tanto el agudo como el de apego o relacional.
- En el procesamiento de un recuerdo patógeno se modifican los componentes sensoriales, afectivos y cognitivos hacia una resolución adaptativa (Shapiro 2004, Hofmann 2016). Dicha modificación supone un cambio no sólo en la patología específica observada si no también conlleva cambios en la autoestima y las relaciones sociales (Hofman 2016).

## Trauma

- Un trauma se produce cuando un evento (o una serie de eventos) produce una activación emocional anormal (híper o hipo activación) que el cerebro no logra regular a lo largo del tiempo por si solo.
- Esta híperactivación puede afectar diferentes sistemas de acción:
  - Defensa: Trauma agudo T
  - Búsqueda/Recompensa: dolor (tb sistema de defensa) o dependencia (Hofmann 2016).
  - Jerarquía social/filiación: Trauma t. Dolor social (vergüenza, exclusión social) es más aversivo que el físico (Williams 1997, Gold et al 2004). Hay un solapamiento de las vías entre el dolor social y el dolor físico (Eisenberger 1997, 2012).
  - Apego: Trauma de apego. “Los recuerdos de separaciones, pérdidas, vergüenza y humillación suelen desencadenar procesos depresivos y no los recuerdos traumáticos agudos” (Hofmann 2016; Kendler et al 2003 irían en la misma línea)

## Tipos de trauma y sistemas de acción

Amenaza vida propia  
o FA, integridad física  
(S. de defensa)

**T**

←→ **t**

Amenaza ego, dolor social  
(S. Jerarquía social, S. de  
apego)

Perpetrador T = F de A.  
Grave negligencia  
(S. de defensa, S. sexual  
y S. de apego)

**AT**

←→ **At**

Parentalidad subóptima  
Apego inseguros  
(S. de apego)

TT	Evento	Defensa	Emociones
<b>t</b>	Eventos amenazan el ego (disrupción en fun. Emoc.)	-Respuestas emoc.	“Dolor social”: vergüenza, exclusión
<b>T</b> <small>Act Bina. Acción</small>	Amenaza de vida Amenaza a la integridad corpo. Amenaza vida FA.	-D Supervivencia: lucha, huida, parálisis, sumisión y MF.	Miedo, asco, culpa I
<b>At</b> <small>Act. Grad. Omisión</small>	Paternalidad subóptima Apegos inseguros: ambivalentes vs. evitativos	-D Apego: híper e hipo activac de sistema de apego	Ansiedad, culpa II, vergüenza, ira, tristeza, soledad
<b>AT</b>	Negligencia Fg. de Apego = Perpetradores (temibles o temerosos)	-Activación simultánea de DS-DA. -Fracaso en la activación DS-DA	Previas + Agresión  Disociac. Estructural.



conceptualización

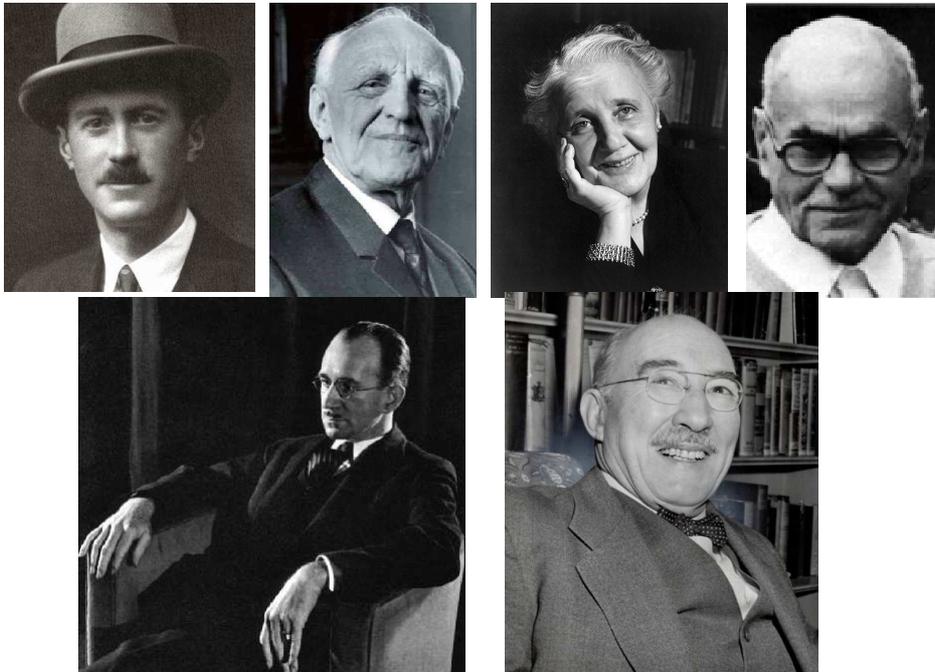
Patrones de apego en la infancia



1926 “Inhibitions, symptoms and anxiety”

“Anxiety can be reduced to a single condition, namely, that of a missing someone who is loved and longed for... **anxiety appears as a reaction to felt loss**”

2 de las 4 situaciones de peligro están relacionadas con la pérdida:  
miedo a la pérdida del objeto y miedo a la pérdida del amor del objeto



## 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.



[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)



### The Nature of Love

Harry F. Harlow (1958)<sup>[1]</sup>

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)*

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Apego

- Es uno de los sistemas de acción innatos.
- Vínculo afectivo fuerte que se genera entre los infantes y sus cuidadores a lo largo de las interacciones (Bowlby, 1969, Davies 2011). No se forma por cumplir una determinada función ("cupboard theory") sino que tras formarse cumple dichas funciones (regulación, seguridad, etc.).
- Constituye un estado psicofisiológico y emocional interno (feeling state) tanto en el niño como en el adulto (Condon, Corkindale y Boyce, 2008).
- El afecto positivo del cuidador es esencial (Sroufe y Waters 1977)
- Se caracteriza como una conexión profunda emocional, psicológica y personal que proporciona al infante con una sensación de seguridad (Bowlby, 1969)
- Es esencial para la supervivencia. Afecta al neurodesarrollo (Rosenblum et al 1994) y al desarrollo emocional y relacional.

*www.arunmansukhani.com*



### Vínculo del apego Aspectos definitorios

1. Refugio seguro (Safe Haven). Regulación.
2. Ansiedad de separación (Attachment cry).
3. Mantenimiento de la proximidad. Disponibilidad.
4. Base segura (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 (nivel narrativo y relacional).

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Situación extraña

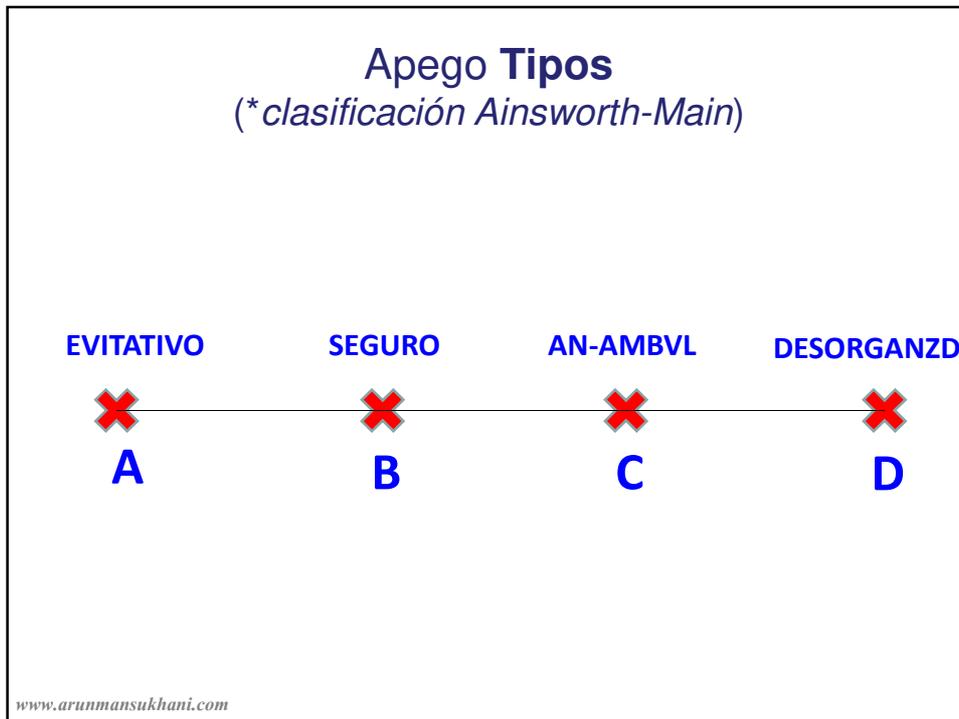
9-18 meses

20 minutos

Se mide:

- Exploración.
- Regulación al irse FA.
- Comportamiento con extraño
- Regulación durante la reunión

1. Cuidador entra en la habitación
2. Madre sólo responde a la interacción del niño
3. Entra extraño, habla con la madre, gradualmente se acerca al niño con un juguete. La madre abandona la habitación. T
4. El extraño intenta interactuar con el niño
5. Entra la madre y se ve reacción del niño. El extraño se va.
6. La madre se vuelve a ir.
7. El extraño entra y repite fase 3.
8. Entra cuidador y se vuelve a ver reacción del niño



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

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

A partir de 1990 se introduce la 4ª categoría D

### Distribución en población.

- Tipo A\*  23%
- Tipo B  55%
- Tipo C\*  8%
- Tipo D  14%

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### Características de cuidadores apego seguro

1. **DISPONIBILIDAD FÍSICA:** Mantenimiento de la **proximidad**, la **accesibilidad**, la **fiabilidad** (consistencia y predictibilidad). (Bowlby).  
**DISPONIBILIDAD EMOCIONAL (ATENCIÓN):** **Sensibilidad** ante las necesidades del niño. **Responsividad** ante sus demandas. **Sintonía**. Cooperativos. (Ainsworth, 1989). Relacionada con la reflective functioning (Bowlby) capacidad de mentalización (Fonagy y Steele) o Mindsight (Siegel)
1. **AFFECTO POSITIVO:** Capacidad de “engagement”, afecto positivo, juego, “non responsive warmth”. **Gratificación mutua**.
2. **REGULACIÓN:** Regulados, capaces de regular. Ayudar en la asimilación es experiencias problemáticas (Stiles et al. 1990). Capaces de reparar (Tronick) y poner límites (tolerar afecto negativo).  
→ Niñ@ recibe lo que necesita comportándose como un niño

### Características de cuidadores apego ansioso ambivalente

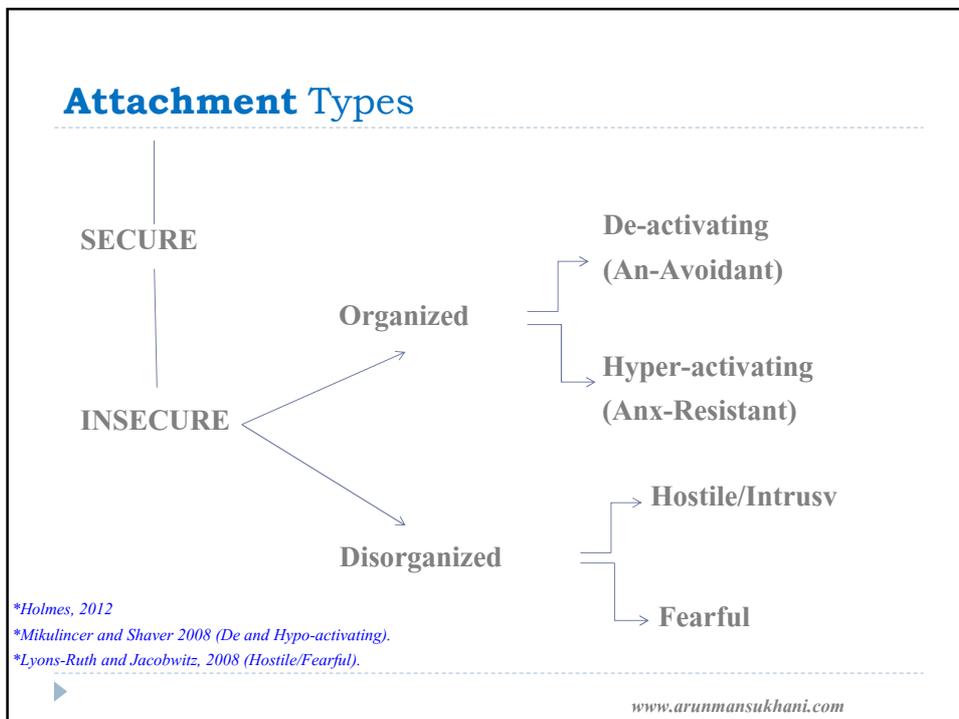
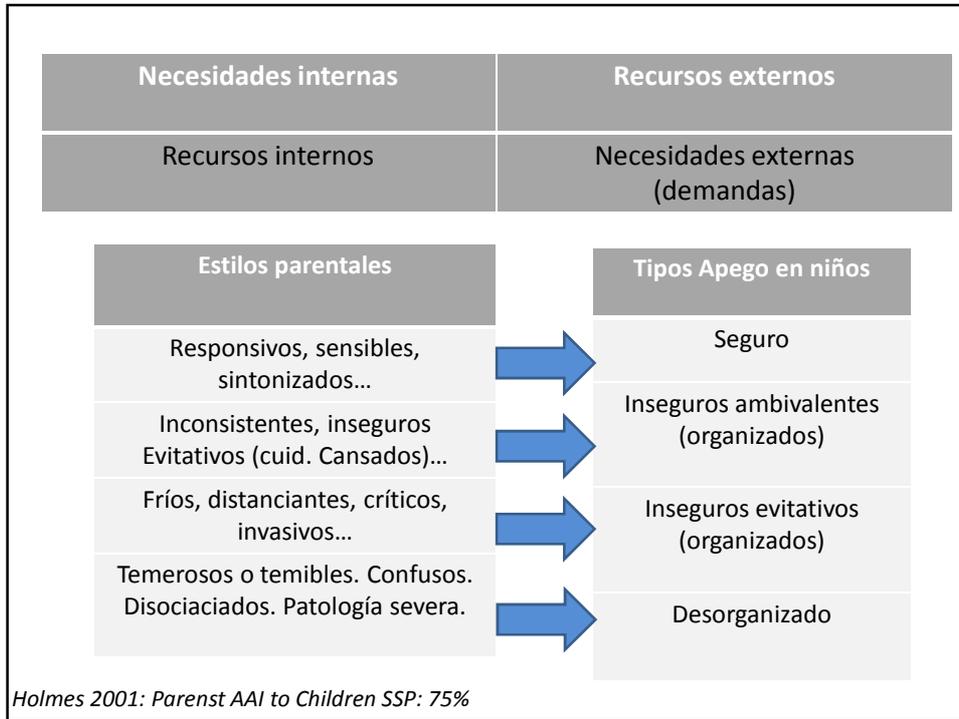
1. **DISPONIBILIDAD FÍSICA:** Puede haber exceso (intrusivos) o defecto de proximidad. Inconsistentes en disponibilidad. Baja fiabilidad (respuesta ante estímulos incorrectos)  
**DISPONIBILIDAD EMOCIONAL (ATENCIÓN):** Mayor sensibilidad o sensibilidad errática. Problemas de responsividad. Poco sintonizados, más interferencia que cooperación. (Bowlby, trilogía). Más movidos por necesidades propias
1. **AFFECTO POSITIVO:** Poca capacidad, relación desde la ansiedad y cansancio.
2. **REGULACIÓN:** Frecuentemente hiperactivados. Dificultades para regular y para ayudar en la asimilación de experiencias problemáticas (Stiles et al. 1990). Dificultades para reparar (Tronick) y poner límites (tolerar afecto negativo).  
→ Niñ@ aprende a optimizar el apego mediante su comportamiento.  
→ Niñ@ necesita poner límites excesivos. Recursos par reducir la ansiedad

### Características de cuidadores apego evitativo

1. **DISPONIBILIDAD FÍSICA:** Proximidad puede ser excesiva o poca. Baja fiabilidad (atención sesgada). Puede ser errática.  
**DISPONIBILIDAD EMOCIONAL (ATENCIÓN):** Puede haber exceso o defecto de responsividad.
  1. **AFECTO POSITIVO:** Poca capacidad de afecto, relación vivida desde la dificultad y evitación de la intimidad. Cansancio o insatisfacción.
  2. **REGULACIÓN:** Frecuentemente hipoactivados. Obligan al niño a autoregularse mediante la supresión emocional.
- Niñ@ desarrolla estrategias para mantener la intimidad con una persona que no la tolera bien y que tiene dificultades para la recepción y expresión emocional. Recursos para reducir la tristeza
- Niñ@ aprende a optimizar apego mediante comportamiento/demandas.

### Características de cuidadores apego desorganizado

- Temerosos o temibles. Hostilidad-indefensión.
- Dolor no metabolizado. Ausentes. Disociación.
- Se dará una activación simultánea de sistemas de defensa (lucha, huida, etc) y de apego.
- Se dá un vínculo paradójico de a mayor maltrato (mayor estrés), mayor activación del sistema de apego (mayor búsqueda de la base segura).
- El niño hará todo lo posible por estructurar y organizar el apego, con la utilización de recursos de otros sistema de acción.
- Si no lo logra, entrarán en juego las defensas de idealización, identificación, introyección y, en última instancia, disociación estructural



*Ainsworth; citado en Bowlby (1997).*

## 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
- ▶ Mantenían más contacto ocular y corporal



[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

*Ainsworth; citado en Bowlby (1997).*

## Comportamiento casa

---

### 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.



[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

*Ainsworth; citado en Bowlby (1997).*

## 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

---

▶ [www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

*Ainsworth; citado en Bowlby (1997).*

## Comportamiento en casa

---

### DESORGANIZADOS:

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

---

▶ [www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Apegos Múltiples

*Bowlby (1997).*

- ▶ Monotropía: “sesgo del niño para apegarse especialmente a una persona que será casi siempre su madre natural”.
- ▶ 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.
- ▶ 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”.)



## Figura de apego principal

- ▶ Si ha habido gestación, normalmente el apego primario principal será con la persona que haya gestado, sobre todo si no hay hijos previos.
- ▶ El vínculo prenatal de las madres gestantes, salvo trauma, es más fuerte que la de los padres (aunque ha cambiado algo con las ecografías, pero muy poco).
- ▶ Tb depende de la hª previa de esa persona, traumas previos de infancia, gestación, parto, nacimiento, etc.



## Apego Dual Primario – Modelo Jerárquico vs. Dual.

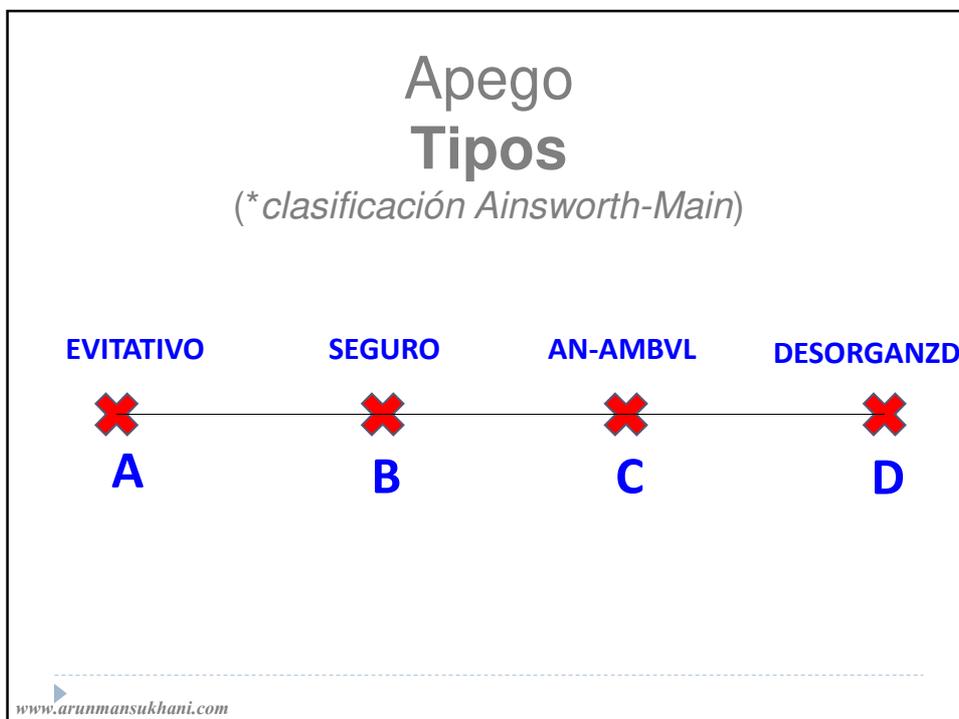
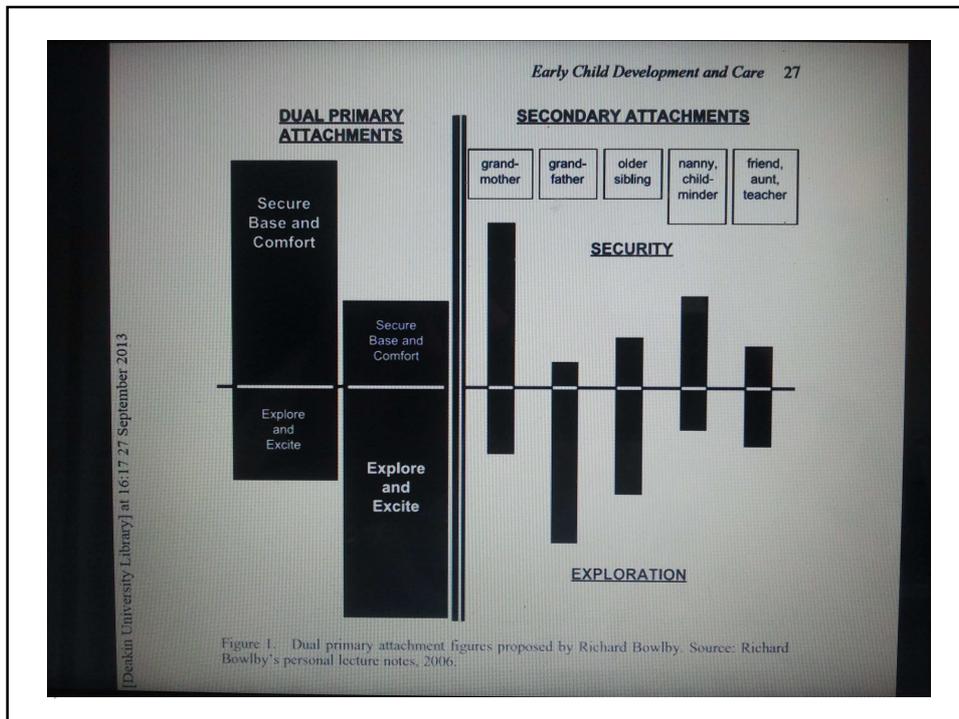
-----  
*Crow y Randolph (1997); Grossman et al (2002, 2005)  
 Paquette y Dumont, 2013, Greenwood 2015.*

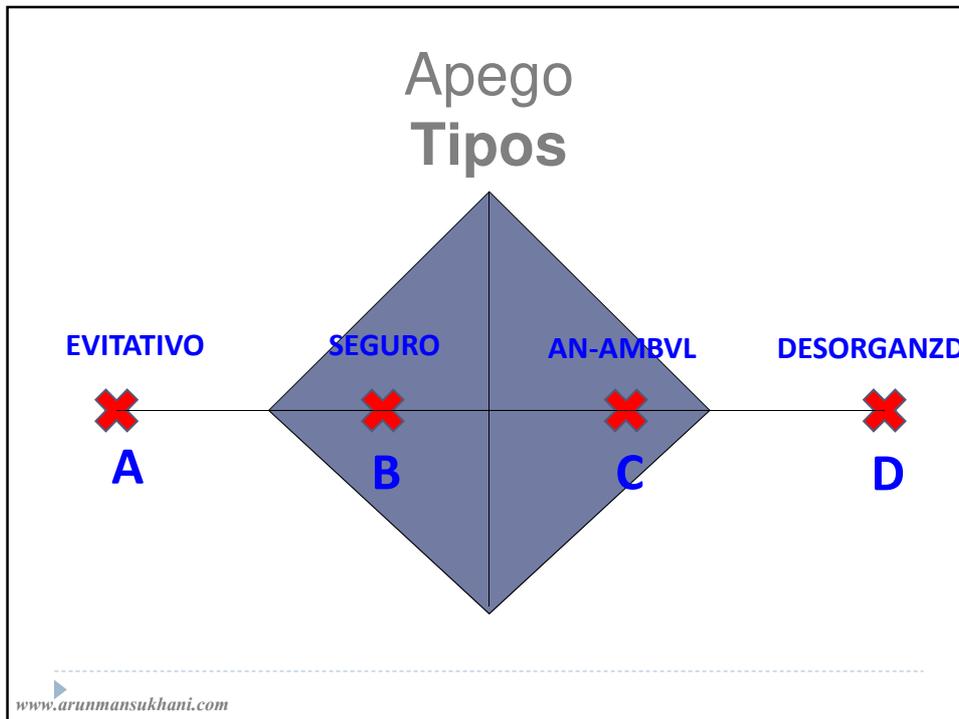
- ▶ Los niños tienen la capacidad de hacer un apego dual primario, además de otros subsidiarios. Los estudios encuentran que ambos padres pueden funcionar como base segura (Paquette 2004).
  - ▶ Se observa más en parejas igualitarias.
  - ▶ Funciones diferenciales:
    1. Figura primaria principal (materna): Amor incondicional, protección, no cuestionamiento, etc. Relacionada con la sensación de valía básica (con merecer ser querido). Refugio seguro.
    2. Figura primaria secundaria (paterna):
      - ▶ Da seguridad y alivia a la primaria principal.
      - ▶ Base segura para la exploración: play sensitivity.
      - ▶ Mediar con el mundo: ayuda a afrontar pequeños retos y da sensación de valía (capacidad).
- ▶

## Vínculo del apego

### Aspectos definitorios

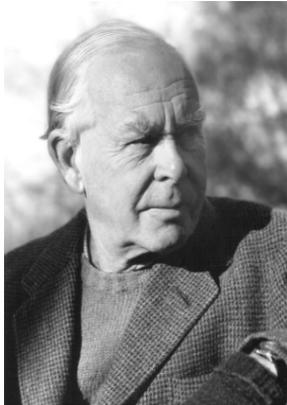
1. **Refugio seguro (Safe Haven). Regulación.**
  2. Ansiedad de separación (Attachment cry).
  3. Mantenimiento de la proximidad. Disponibilidad.
  4. **Base segura (Secure Base). Exploración.**
- ▶





conceptualización

Patrones de apego adulto



"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**

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)



## 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.

Ainsworth et al, 1978:

A partir de los 30 meses, el apego materno predominará sobre los demás (Ainsworth et al. 1978)

Main y Weston 1981:

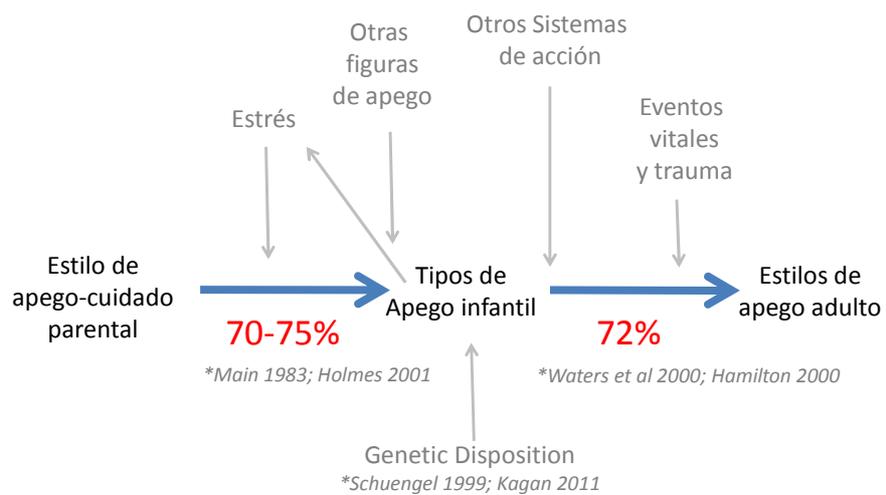
Hasta los 18-24 meses, el niño exhibirá diferentes patrones de apego en función de la relación del momento. A partir de los dos años, irá estabilizando progresivamente su estilo de apego (IWM) a la vez que se creará una representación interna de la base segura.

## Apego y ciclo vital

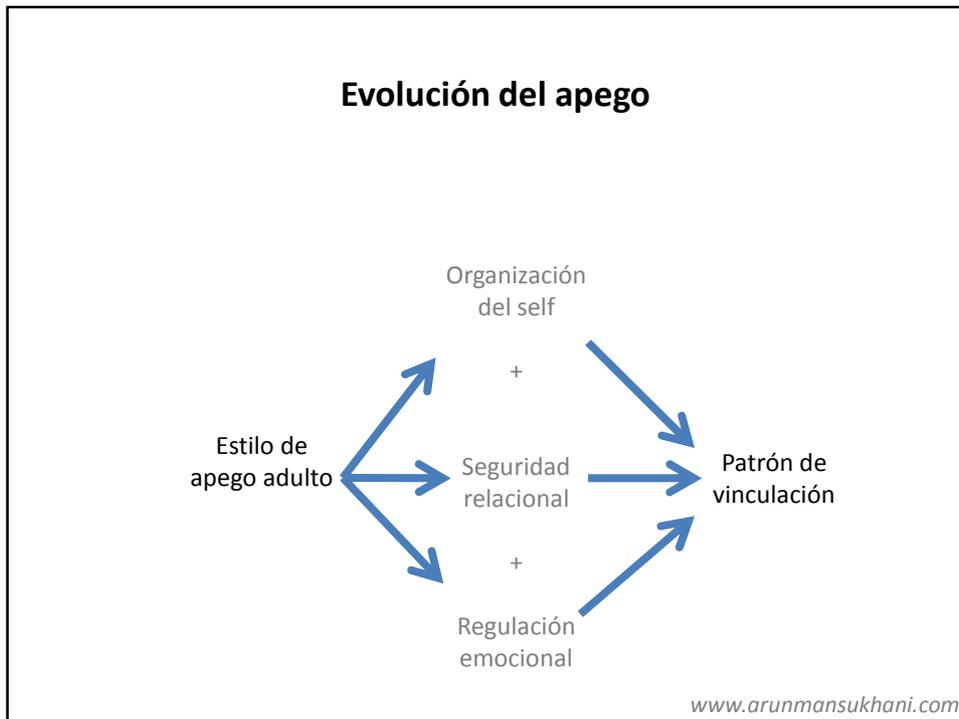
- ▶ 0-6 meses: Apego Primario o Dual.
- ▶ 6-9 m en adelante:
  - ▶ Figuras de apego subsidiarias: hermanos, abuelos, familiares, profesores, mascotas, etc.
  - ▶ Padres como modelos y agentes (en relación al mundo y los demás)
- ▶ 2-3 años: aumento de independencia
- ▶ Adolescencia: grupo de iguales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

www.arunmansukhani.com

## Evolución del apego



www.arunmansukhani.com



### Organización del self: apego y autoestima



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

Se producen fenómenos de compensación y sobre-compensación

Condiciona la relación con uno mismo: autocompasión (Zessin et al. 2015):

1. Autocomprensión (no crítica)
2. Diferencia yo – mis actos
3. “Common humanity”

\*Llevan a el autocuidado

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Variables que subyacen a los PV

### REGULACION EMOCIONAL

Auto-Regulación

Vs.

Co-Regulación

### SEGURIDAD RELACIONAL

Seguridad (confianza)

Vs.

Miedo (desconfianza)

Tronic 1989: mutual regulation  
 Sroufe 1995: dyadic and self R.  
 Schore 2000: auto and interactive R.  
 Siegel 2012. Sanz 2007

Myers 1940, Van der Hart 2006, 2010,  
 Panksepp 1998. Porges 1995, 1998  
 Axelrod 1984, 1996

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Modelo representacional o IWW

Patterns of Relating, de West y Keller 1994.

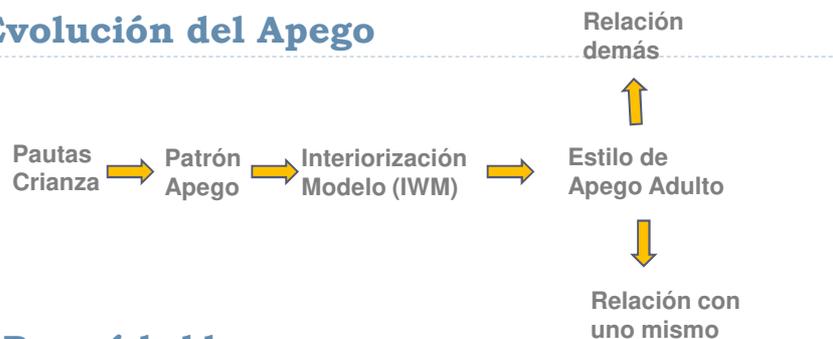
- El IWM, determina:
  - Expectativas sobre disponibilidad y seguridad de las FA.
  - Expectativas sobre el yo (valía y competencia). “You treat yourself as other treated you; and you let subsequent people treat you in that way”.
  - Capacidad de regulación. Emociones y comportamiento.
- “The secure / insecure attachments vary in flexibility-rigidness, so secure attachments accommodate to new information, while insecure ones assimilate all new information under old guidelines”.
- “The insecure attached project strong negative feelings into their current attachment figures. Unable to view themselves as deserving and the others as wellcoming, once these feeling states are projected in current relationships, they have a very great likelihood of evoking corresponding feelings in other people [...] in a self fulfilling way” (Kobak and Sceery 1988).

## Apego adulto

- A partir de las distintas relaciones de apego, la persona irá creando un IWM (Bowlby 1988) que se activará siempre que se active el SA (estrés, soledad, dolor, separación, relaciones cercanas...).
- En adultos con apego inseguro, el sistema de apego se activa con más frecuencia y de manera más dual. "In insecure attachment, the individual's relational strategies are dominated by set, clearly repetitive patterns of attachment" (West y Sheldon-Keller 1994, p. 66).
- A diferencia de los tipos infantiles, los estilos adultos combinan aspectos evitativo-distanciantes y ambivalentes-rechazantes. El apego desorganizado no se considera una 4ª categoría.
- El apego adulto también estará influido por la interacción/fusión con distintos sistemas de acción (Lyons-Ruth 2004), considerados estrategias de control

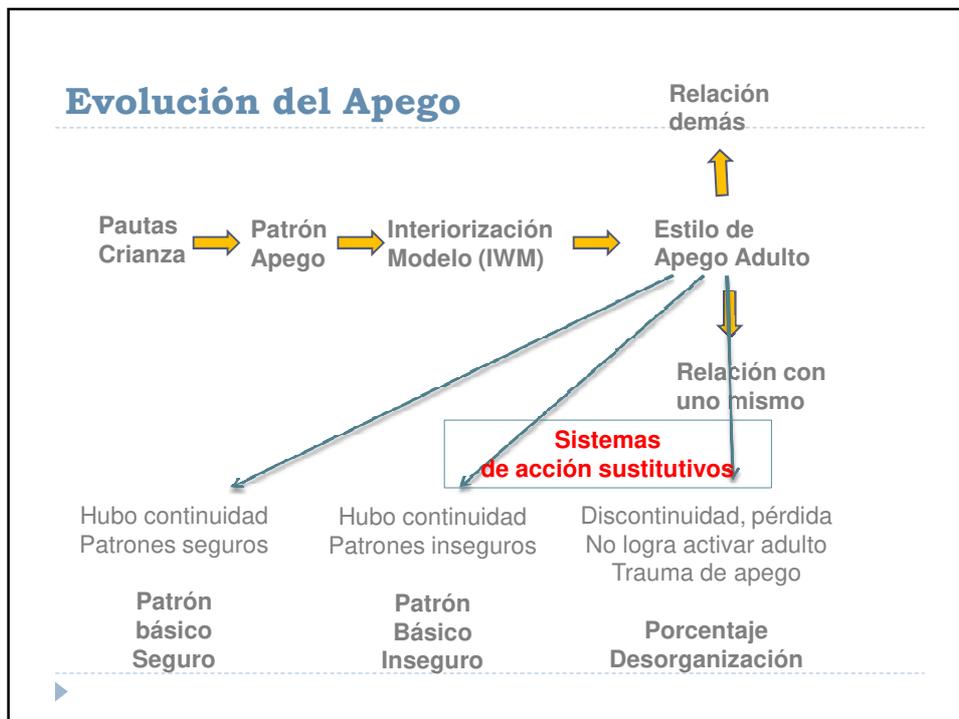
[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Evolución del Apego



### ¿De qué hablamos cuando hablamos de apego?:

1. Un sistema innato de acción (en el niño "y" en el cuidador)
2. Conductas de apego
3. Tipos de apego (infancia): empiezan siendo relacionales y se interiorizan
4. Estilos de apego (adultos).



### Sistemas de control, conductuales, motivacionales, de acción y/o afectivos

1. Son sistemas neurales que organizan el comportamiento de los seres vivos (Panksepp 2012, Simón 2015) en especial aquellos que tienen que ver con la supervivencia individual o de la especie.
2. Constituyen pautas de comportamiento complejas pero automáticas e implícitas (Bowlby 1969).
3. Se activan en función de estímulos del entorno. En la infancia son de activación binaria (todo/nada) pasando a lo largo del desarrollo a activación gradual bajo control cortical. En situaciones de estrés o desregulación se vuelven binarios. En casos patológicos, siguen siendo de activación binaria en la edad adulta.
4. El SA es ontogenéticamente el primero y organiza los demás, es una "precondición" para su activación. (Holmes 2001). Prevalece sobre los demás (apego al perpetrador, síndrome de Estocolmo).

## Apego y sistemas de acción

- ▶ El objetivo fundamental de la activación del sistema de apego del niño es activar el sistema de apego-cuidado en el adulto.
- ▶ El SA del niño se calma y el niño se regula cuando ve que el adulto está atento a él (disponible), en un estado de ánimo positivo y en disposición de cuidarlo y responder a sus necesidades.
- ▶ Cuando esto no ocurre, el niño activará otros sistemas de acción para lograr activar el sistema de apego-cuidado en el adulto.
- ▶ Cuando nada de lo anterior funcione (el niño no es capaz de activar el sistema de apego adulto) el niño desarrollará una pauta de apego desorganizado.
- ▶ También se generará apego desorganizado si se activan con frecuencia simultáneamente el sistema de apego y los sistemas de defensa.

## Sistemas de acción-emoción

(\*Bowlby 1958, Panksepp 1998, Hilburn-Cobb 2004, Liotti 2014)

<b>Apego</b>		Adulto (dar cuidado) Niño (buscar cuidado)
<b>Jerarquía Social</b>		Dominancia Sumisión
<b>Afiliación</b>		Cooperación Juego social
<b>Exploración</b>		Exploración
<b>Defensa</b>		Lucha / Huída Parálisis / Muerte Fingda
<b>Sexualidad</b>		Sexualidad primordial Vínculo sexual

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Jerarquía de sistemas motivacionales

---Liotti 2014---

<b>CORTICAL</b>		Meaning making and intersubjectivity					
<b>LIMBICAL</b>	Attachment (Care-seek)	Care-give	Social Rank (Dom/Sub)	Cooperation	Affiliation to social groups	Sexual Bonding	
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
<b>BRAIN ST.</b>	Defense	Homeostatic systems	Predatory aggression	Exploration	Territory	Primordial Sexuality	

## Sistemas de acción que pueden sustituir al sistema de apego (estrategias de control)

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

*Lyons-Ruth and Jacobwitz, 2008*

- ▶ Controlador sumiso.
- ▶ Comportamiento sexualizado.

*Liotti 2014*

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

*Hilburn-Cobb 2004*

## ¿Por qué es tan importante el apego?

- ▶ Es “el principio organizativo alrededor del cual el desarrollo psicológico tiene lugar” (Holmes 2001).
- ▶ Es factor de protección contra las experiencias adversas en la infancia, tanto por prevención como por reparación.
- ▶ Marca la pauta para la relación con los demás, el conocimiento implícito de “como hacer cosas con los demás” (Lyons-Ruth, 1988).
- ▶ Determina los mecanismos de regulación del yo: auto y co-regulación.
- ▶ Influye en la autoestima, la auto-imagen y el autoconcepto. Marca la relación con uno mismo: Autocompasión (Zessin et al 2015).
- ▶ Está relacionado con la salud y la salud mental:
  - ▶ Los apegos sub-óptimos constituyen factores de vulnerabilidad en patología adulta: dependencias, mayor propensión de problemas de ansiedad, depresión, adicción, TCA (Holmes 2001/2010)
  - ▶ Los apegos desorganizados (o con porcentaje desorganizado) están claramente relacionados con psicopatología grave en adultos (Liotti 2014).

## Apego y salud mental

- ▶ Los **apegos sub-óptimos** se relacionan con patología adulta como: **Problemas de relación e intimidad** en adultos (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** (Liotti 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).



evaluación

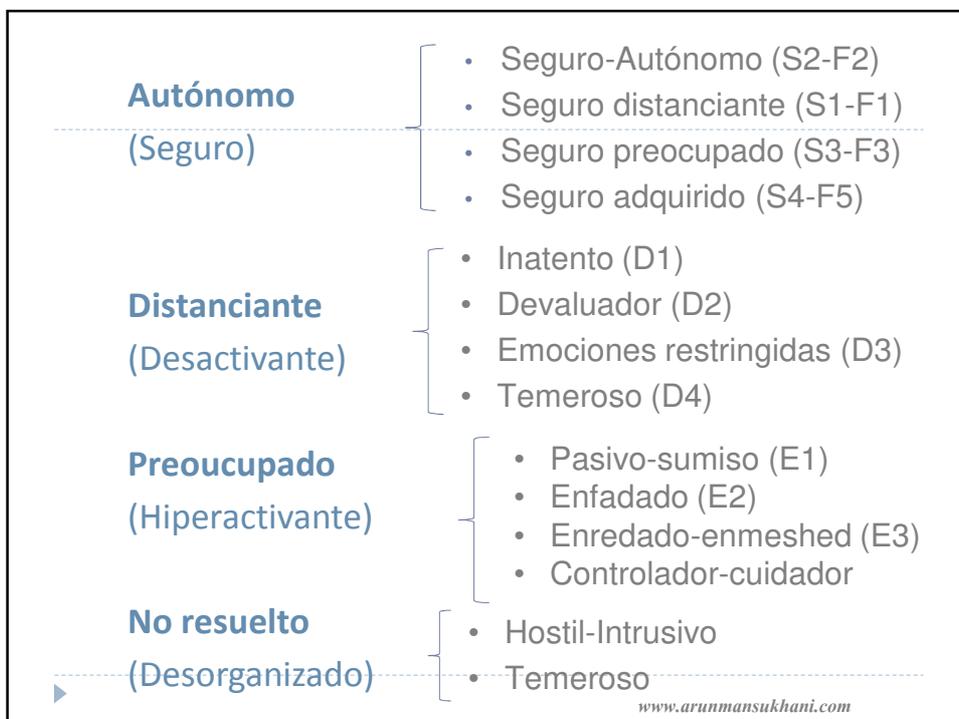
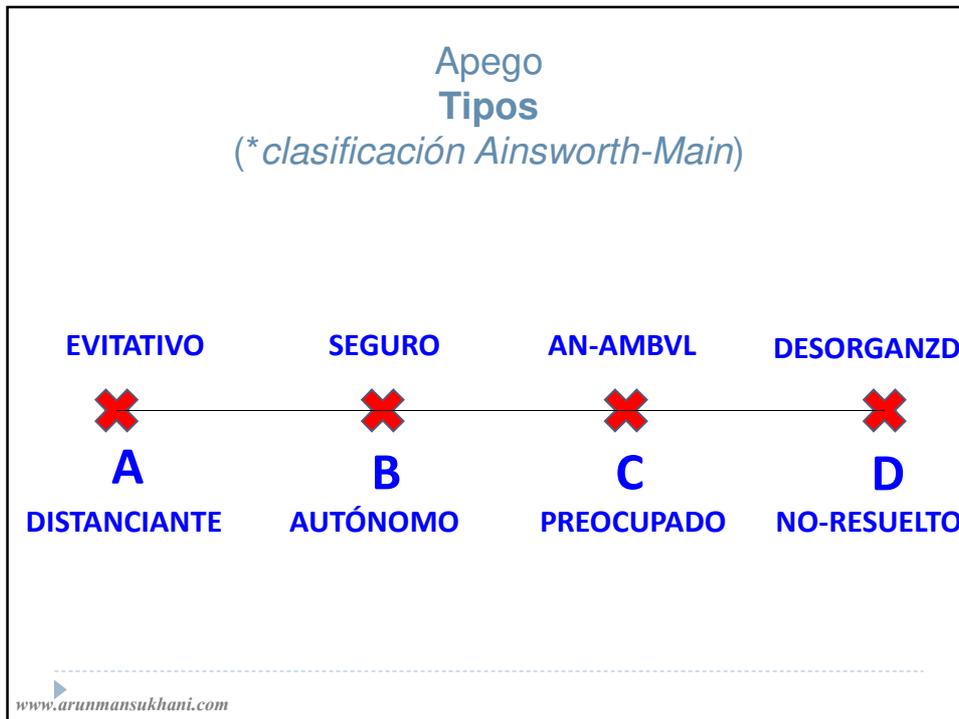
Específica del apego adulto.

## Apego Adulto - Evaluación

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

\* Risky Situation (Paquette y Dumont, 2013)





### Rasgos del apego adulto autónomo

---

- ▶ Narrativa coherente, explica largamente, entra en detalles. Realista, no polarizado ni idealista. Tiene sentido.
- ▶ 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.
- ▶ Se muestra regulado (ni excesivamente emocionado ni excesivamente distanciado) y con emociones adecuadas a la narrativa (dentro de la ventana de tolerancia).
- ▶ Muestran autonomía.

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### Rasgo del apego adulto preocupado (ambivalente)

---

- ▶ Define su infancia como buena. Da muchos detalles pero contradictorios o erróneos. Difícil de seguir.
- ▶ Pasa de exagerar a minimizar la importancia del apego.
- ▶ Auto regulación deficitaria. 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
- ▶ Se altera con frecuencia hablando de la infancia, mostrando ansiedad, preocupación – rabia, enfado, culpa. Mucha emoción y poca contención.

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### Rasgos del apego adulto distanciante (evitativo)

- ▶ Define su infancia como “buena”, “sin problemas” o “normal”. No da muchos detalles. Pocos recuerdos. Historia poco flexible.
- ▶ 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.
- ▶ Estrategias de evitación de intimidad. Auto-dependiente, contra-dependiente.
- ▶ Buena capacidad de análisis social.
- ▶ Hostilidad encubierta o manifiesta contra iguales.
- ▶ Déficit autoregulatorio que lleva a capacidad emocional restringida. Mucho análisis cognitivo.
- ▶ Se muestra distanciado de las emociones mientras narra acontecimientos vitales de la infancia. Tb desdén o actitud “en el fondo no te puedes fiar de nadie”. Mucha contención, poca emoción.

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### Rasgos del apego adulto desorganizado

- ▶ Muy pocas recuerdos. Narrativa desorganizada e incoherente. Frecuente fabulación. No se entiende.
- ▶ No tiene sensación de seguridad.
- ▶ Cambios bruscos emocionales o comportamiento disociado. Frecuentes abreacciones.
- ▶ 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).**

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

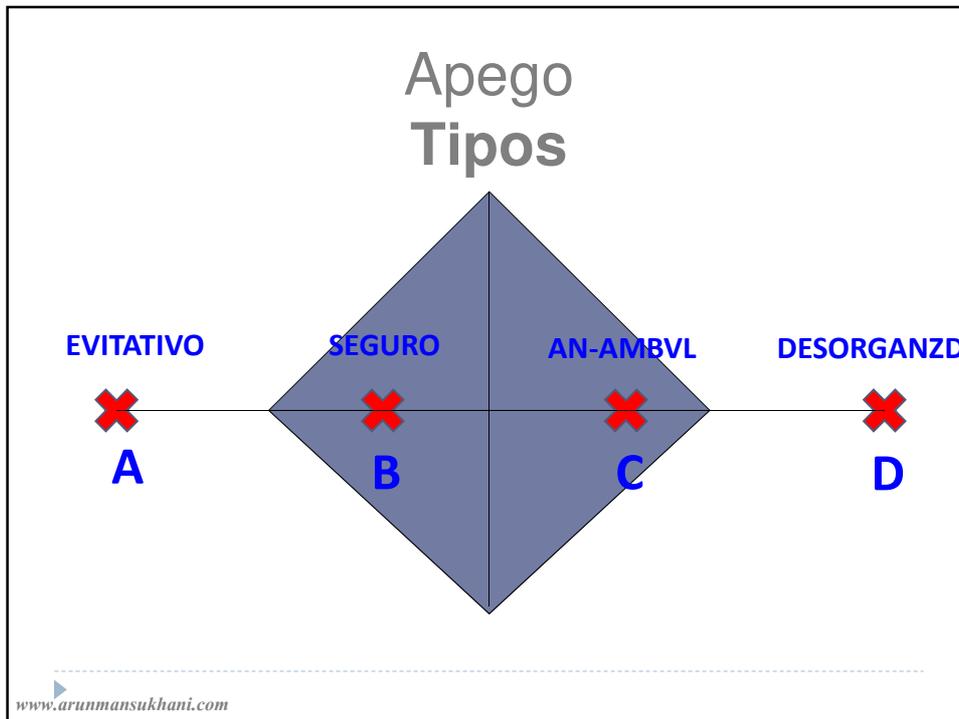
Los pacientes con apegos inseguros tiene una combinación de aspecto evitativos y resistentes. *Holmes, 2009.*

Aspectos evitativos	Aspectos ambivalentes
Auto regulación: distanciamiento de otros, evitación de intimidad	Co-regulación: búsqueda de intimidad o relc "especial".
SNC: Corticales-descendientes: supresión de emociones y sensaciones	SNC: Límbicos-ascendentes: Alta emocionabilidad, desregulación emocional
SNA: Hipo – Activa Parasim (ventral dorsal)	SNA: Hiper-Activ simpática
Centrados en el yo	Centrados en los otros
Cambio interno	Cambio externo

## Apego Tipos

(\* clasificación Ainsworth-Main)





conceptualización

Patrones de dependencia y vinculación patológica



[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)



[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)



Independencia

Dependencia sana  
(Patrones de vinculación no patológica) en  
adultos

**Autonomía** (auto-regularse + segura)  
+  
**Intimidad** (co-regularse + confiar)  
**Dependencia sana**  
(Patrones de vinculación no patológica) en  
**Relación horizontal**  
adultos  
(Apego recíproco\*, cooperativo y reversible)

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### ¿Cuándo se vuelve patológico el patrón de vinculación?

---

Un patrón persistente o tendencia:

- A tener una serie de relaciones interpersonales (a veces sociales) conflictivas, adoptando posturas de sumisión, dominancia o evitación (real o emocional).
- A renunciar a tener relaciones interpersonales significativas mediante la evitación real o emocional.
- A sentir que nuestras necesidades no están siendo satisfechas en las relaciones significativas con los otros.

## **PVP – Características generales**

---

- ▶ Desregulación emocional: (Affect deregulation)
  - ▶ -Híper o hipoactivación frecuente.
  - ▶ -Regulación externa: excesiva necesidad de co (fusión) o auto-(separación)
  
- ▶ -Desregulación del yo: (self deregulation)
  - ▶ -Sentido de la identidad externo.
  - ▶ -Autoestima frágil y cambiante.
  - ▶ -Dificultades manteniendo el sentido del self.

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## **PVP – Características generales**

---

- ▶ Desregulación del comportamiento interpersonal: (relational security)
  - ▶ -Dificultades manejando necesidades propias y ajenas. Dificultad estableciendo límites.
  - ▶ -Comportamiento vincular patológico: dependiente o evitativo.
  - ▶ -Necesidad de control del comportamiento de los demás: métodos directos e indirectos.
  - ▶ -Necesidad de hacer daño (emocional o físicamente).

---

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Variables que subyacen a los PV

### REGULACION EMOCIONAL

Auto-Regulación  
Vs.  
Co-Regulación

### SEGURIDAD RELACIONAL

Seguridad (confianza)  
Vs.  
Miedo (desconfianza)

Tronic 1989: mutual regulation  
Sroufe 1995: dyadic and self R.  
Schore 2000: auto and interactive R.  
Siegel 2012. Sanz 2007

Myers 1940, Van der Hart 2006, 2010,  
Panksepp 1998. Porges 1995, 1998  
Axelrod 1984, 1996

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

Dependencia sana  
(Patrones de vinculación no patológica) en  
adultos

**Autonomía** (auto-regularse + segura)

+

**Intimidad** (co-regularse + confiar)

=

**Relación horizontal**

(Apego recíproco\*, cooperativo y reversible)

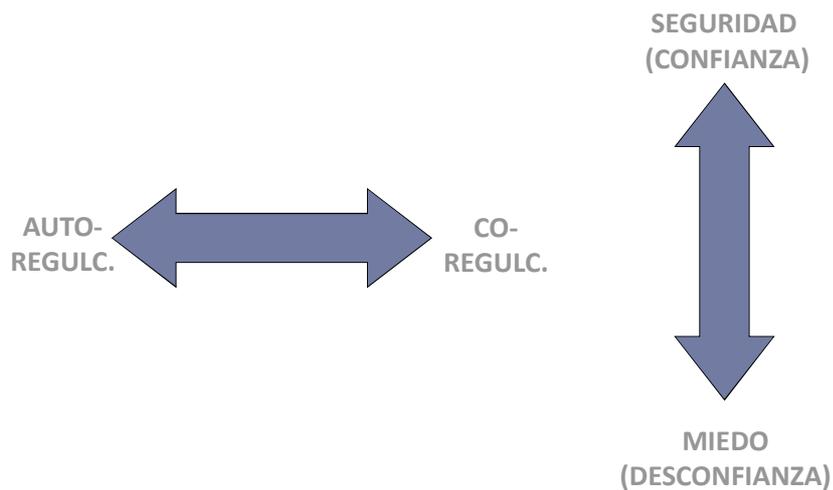
[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

Dependencia sana  
(Patrones de vinculación no patológica) en  
adultos

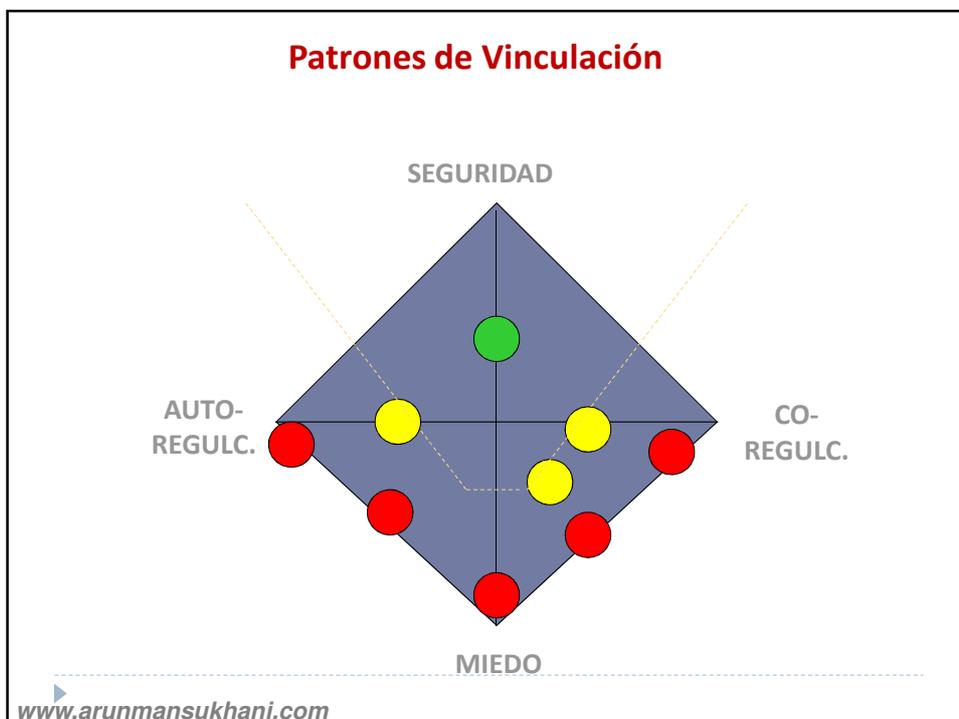
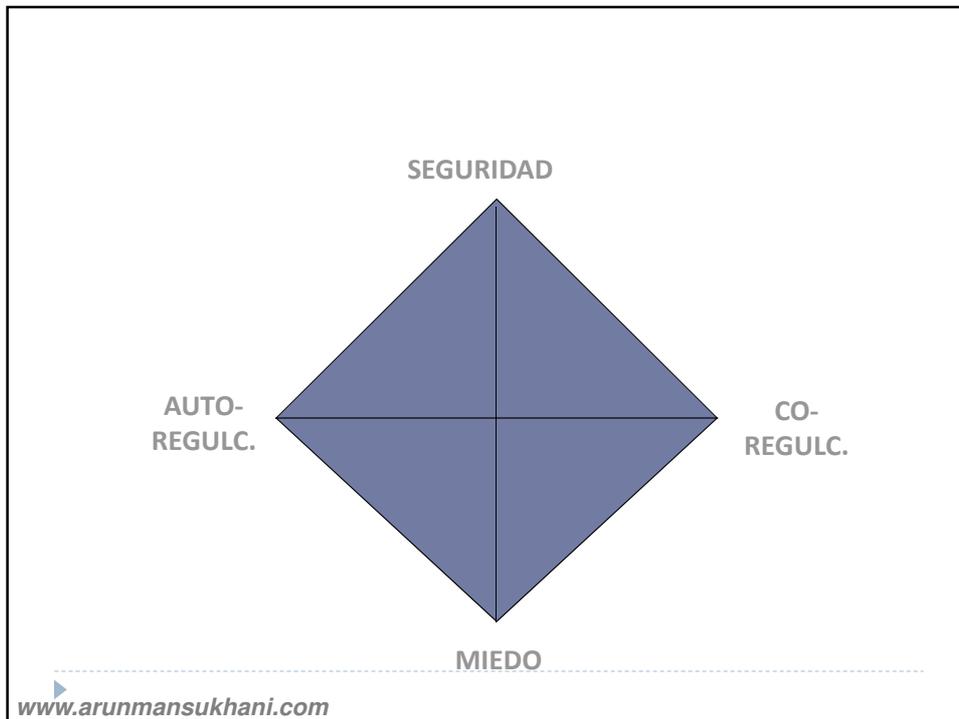
**Autonomía** (auto-regularse + segura)  
+  
**Intimidad** (co-regularse + confiar)  
=  
**Relación horizontal**  
(Apego recíproco\*, cooperativo y reversible)

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

**Variables que subyacen a los PV**



[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)



### PVP - Tipos

<b>SUMISOS</b>	→	Complaciente-cuidador Indefenso – Necesitado (atenc o cuidado) *Oscilante
<b>DOMINANTES</b>	→	Agresivo Pasivo-agresivo *Cuidador-codependiente (Dep. Inve.)
<b>EVITATIVOS</b>	→	Manifiesto Emocional (complaciente o cuidador) *Suspicaз-seductor

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

### PVP - Tipos

PVP	EMOCIÓN BÁSICA	MIEDO EXTERNO	MIEDO INTERNO	SEGURO	COMPORT
<b>SUMISOS</b>	Ansiedad	Abandonados No queridos No vistos No valorados	Carecer de valor, no merecer amor	Co-Reg Vinculados	Sumisión Complacer Cuidar
<b>DOMINANTES</b>	Miedo (Ira)	Rechazado Odiado Dominados	Abyectos Despreciables Dañados	Co-Reg Control	Dominar Controlar Anular
<b>EVITATIVOS</b>	Tristeza (desconfianza)	Controlados Invadidos Perdida libert. Abandono	Tristeza Soledad Vulnerabilidad	Auto-Re via supresión	Rígidos Distantes Cuidar Complacer

### PVP – Cada oveja con su...

Sumiso complaciente  
Sumiso indefenso  
Oscilante

Dominante agresivo  
Pasivo-agresivo  
Cuidador

Evitativo manifiesto  
Evitativo emocional  
Evitativo seductor

Sumiso complaciente  
Sumiso indefenso  
Oscilante

Dominante agresivo  
Passive-Aggressive  
Cuidador

Evitativo manifiesto  
Evitativo emocional  
Evitativo seductor



### Hay que recordar que los PV:

- ▶ No son rasgos de personalidad, sino variables diádicas: se dan y se definen siempre en la interacción.
- ▶ En cada persona hay una mayor tendencia a exhibir un tipo u otro (cuanto mayor la patología, menos flexibles y permanentes).
- ▶ Este patrón no es estable, sufre modificaciones:
  - ▶ Transición: cambios en función de cambios en el entorno; sólo se mantienen mientras persisten los cambios.
  - ▶ Resolución: modificaciones más permanentes del patrón básico efectuadas a lo largo de la vida (i.e: earned secure)
  - ▶ Bajo condiciones de estrés, las personas vuelven a su patrón básico.
  - ▶ Bajo condiciones de estrés extremo o mantenido, las personas tienden a regresar a formas más primitivas de vinculación.



[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

**SNA:**

- Stephen Porges: CVD, SNS y CVV.

**SNC:**

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

**3 EN 1 CERE BRO TRIUNO**

**CEREBRO CORTICAL**  
Cubre el mientero y el reptilano. Al estar el 80% de los neurones que se encargan de procesar los pensamientos.

**CEREBRO LÍMBICO O MAMÍFERO**  
Cubre el reptilano y riga nuestras sensaciones, sentimientos y necesidades. Vital para el aprendizaje y la memoria.

**CEREBRO REPTILIANO**  
Regula instinto de conservación, reproducción y las funciones de digestión, respiración, metabolismo, sueño, sed, etc.

**Two-way or 'circular' causation**

**Tertiary-process cognitions**  
Largely neocortical.

**Top-down cognitive regulations** (from tertiary to secondary)

**Bottom-up learned influences** (from secondary to tertiary)  
on ruminations and thoughts

**Secondary-process learning**  
Basal ganglia and upper limbic

**Top-down learned control** (from secondary to primary)

**Bottom-up instinctual influences** (from primary to secondary)  
on learning and development

**Primary-process emotions**  
Raw affects deeply subcortical

TRENDS in Cognitive Sciences

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

Teoría Polivagal – Porges 2001

### Etapas filogenéticas del desarrollo neuronal del SNA

- Etapa 1: Vago vegetativo primitivo (dorsal) que propicia conductas paralizantes (p.e., la evitación pasiva).
- Etapa 2: Sistema simpático-adrenal que propicia conductas de «lucha-escape» (p.e., la evitación activa).
- Etapa 3: Sistema mamífero o vagal «inteligente» (ventral), bajo el control cortical que puede regular con rapidez el rendimiento cardiaco para propiciar el involucramiento y la falta de involucramiento con el medio ambiente (p.e., la comunicación social).

Teoría Polivagal – Porges 2001  
**Patrones de Inervación**

	CVV	SNS	CDV
Tasa Cardíaca	+/-	+	-
Bronquios	+/-	+	-
Gastrointestinal		-	+
Vasoconstricción		+	
Sudoración		+	
Médua Adrenal		+	
Lácrimal	+/-		
Vocalización	+/-		
Músculos faciales	+/-		
Párpados	+/-		
Oído medio	+/-		

*John Hughlings Jackson - Disolución:* Las estructuras nerviosas superiores inhiben (o controlan) a las inferiores, en consecuencia, cuando de pronto las superiores dejan de funcionar, las inferiores incrementan su actividad.

<b>Complejo Ventral Vagal</b>	<b>Sistema Nervioso Simpático</b>	<b>Complejo Dorsal Vagal</b>
Vago mielinizado Enerva la cabeza	Sistema Adreno-Simp En. Extremidades	Vago desmielinizado Enerva vísceras
Comunicación social Autososiego Inhibición simpática	Movilización (evitación activa)	Paralización (muerte fingida, evitación pasiva)

Teoría Polivagal – Porges 2001  
**Sistema Nervioso Social**

- El CVV evoluciona a partir de los primitivos arcos de las agallas de los peces, para que en los mamíferos controle la expresión facial, la mirada, la escucha, la succión, la deglución, la respiración y la vocalización.
- Propicia el desarrollo de conductas sociales complejas. Permite el vínculo y la interacción social
- Regula el estrés y promueve la conducta pro-social, mediante la influencia de un efecto inhibitor en las vías simpáticas que van al corazón.
- Oxitocina. Las conductas de proximidad son liberadoras de oxitocina (Zeki 2008).

- ↑ rol cuidador (Panksepp 2012)
- ↓ ansiedad separación (Panksepp 1992)
- ↓ agresividad endogrupo y ↑ en el exogrupo (De Dreu et al., 2010)
- ↑ confianza (Meyer-Lindenberg, 2008)
- ↑ interacciones positivas (De Dreu et al., 2010)
- ↓ ansiedad social (Guastella, 2009).
- ↓ la respuesta de habituación al placer (Johnson 2016)

**Oxitocina.**

No directamente relacionada con los procesos superiores ni el amor ni el circuito de recompensa, pero eleva nivel de opiodes (Kovacs et al., 1998).



intervención

## Fase 2 – Relación terapéutica

“La terapia es un *“experimento in-vitro de intimidad”*. **Holmes, 2010.**

”Tanto en la infancia como en psicoterapia, el desarrollo se da en la relación”. **David Wallin.**

**Schore 2003:** *“El mayor reto para el terapeuta es manejar las activaciones emocionales que con frecuencia lo ponen a la defensiva o le provocan aburrimiento, irritación, ira y hostilidad y le impiden la escucha empática (...) mediante la activación emocional de escenarios de su pasado”.*

“... encourage the patient to risk acting differently in the world outside the therapist's office”. **Weiss 1994.**

## Fase 2 – Relación terapéutica: pacientes

- ▶ Activan su SA durante la terapia:
  - ▶ Alto riesgo de descompensación tanto por híper 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; )

*www.arunmansukhani.com*

## Fase 2 – Relación terapéutica: 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 (Modelo PRE, Johnson 2016).
- 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.
- Trabajar con sutileza (Janet), ayudando a los pacientes a exponerse a cantidad manejables de perturbación, especialmente con los pacientes más evitativos
  
- Ser capaz de manejar las escenificaciones que se dan en consulta.

## Fase 2 – Trabajando hacia la estabilidad y seguridad.

- ▶ Adecuar la interacción al estilo de apego del paciente.
- ▶ Percibir patrones de hiper e hipoactivación. Regulación = estabilidad = seguridad.
- ▶ Ver recursos durante la sesión
- ▶ Afrontar los miedos del paciente explícitamente. Crear un espacio de calma y aceptación desde el cual la exploración es posible y no genera miedo.
- ▶ Adecuar intervención al ritmo del paciente

\*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.

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Terapeuta

- ▶ 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.
  - ▶ Modelos no unitarios de personalidad: Voces, Disociación estructural, Ego state therapy, IFS, etc.

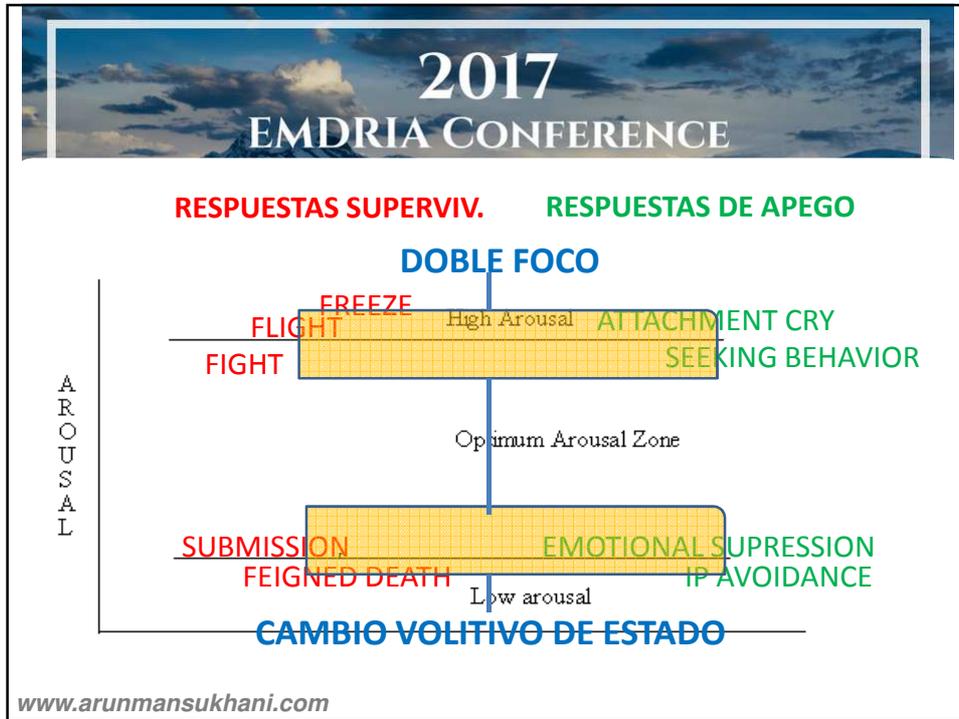
## Las preparaciones estándar son suficientes para pacientes que pueden (Farrell y Laliotis, 2017):

### DOBLE FOCO

- Acceder a la experiencia y su respuesta a la misma
- Mantener atención dual
- Tolerar el distrés sin sentirse abrumados o “cerrarse”
- Pueden pasar de estados de distrés a calma y viceversa.
- Observar y reflexionar sobre la experiencia en lugar de estar completamente absorbidos por ella.
- Acceder a experiencias positivas.
- Auto-calmarse entre sesiones.

### CAMBIO VOLITIVO DE ESTADO

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)



### ¿Qué frena/impide el procesamiento?: Pérdida del DF.

- **Salir de la VT:** Híper activación (abrumarse) o hipoactivación (cierre)
- **Miedo a salir de la VT:** de tener emociones u otro tipo de contenido mental inmanejable y abrumador.

#### Se activarán los mecanismos defensivos:

- Supresión conciente. Evitación. Re-dirigir la atención.
- Negación, idealización.
- Supresión inconciente (ventana de control).
- Disociación parcial: BASK model (Brown 1988).
- Mecanismos de introyección, identificación
- **Disociación estructural** (como defensa o fracaso de integración).

*www.arunmansukhani.com*

### Estabilización

- Construir una base segura dentro del self.
- Asertividad, trabajo con límites.
- Autocompasión y Autocuidado (empezando en homeostático).
- Creación de rutinas y estructuras. Trabajo con regulación de niveles energéticos.
- Inicio de actividades placenteras: hedónicas y eudaimónicas.
- Fortalecer PAN.
- Trabajo con el niño interior. "Loving eyes".
- Diferenciación de partes emocionales
- Paseo al futuro.
- Lugar de reunión

*www.arunmansukhani.com*

## Estabilización

- ▶ Restaurar seguridad y auto y co-regulación: Ventana de tolerancia.
- ▶ Técnicas para fomentar la co-regulación en consulta.
- ▶ Mejora de comunicación
- ▶ Tolerancia al afecto positivo y negativo
- ▶ Reducción del conflicto. Prescripción de recaída.
- ▶ Trabajo en límites
- ▶ Análisis de conflicto: conflicto como una ventana a otro tipo de relación.
- ▶ Trabajo con problemas específicos: sexuales, etc.

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

## Estructura de las sesiones

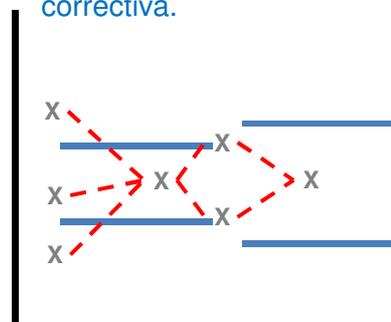
Tratamiento por fases:

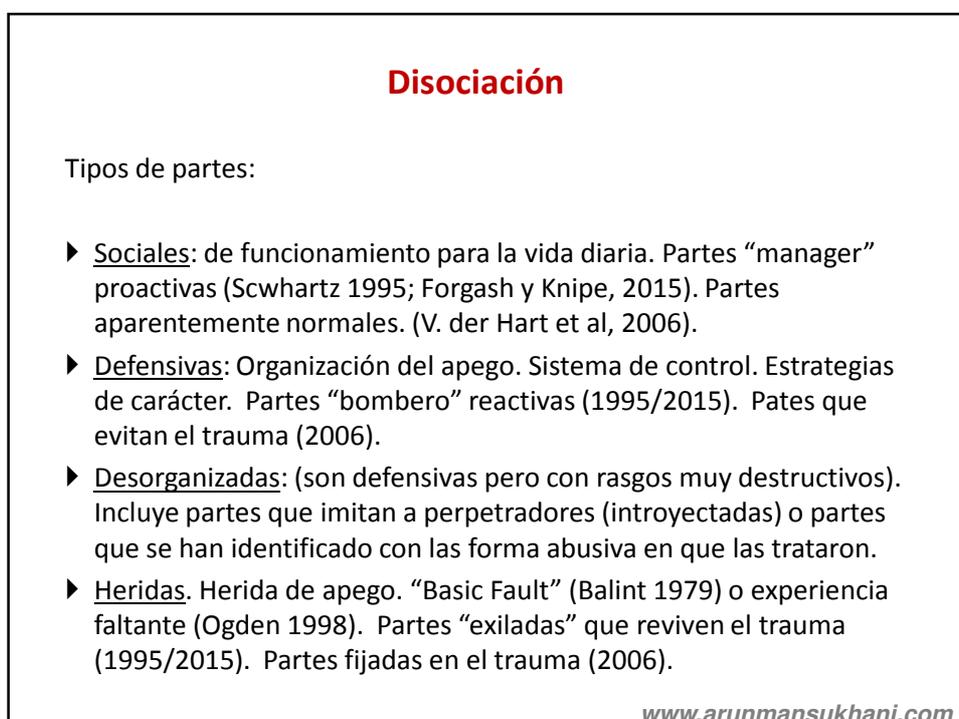
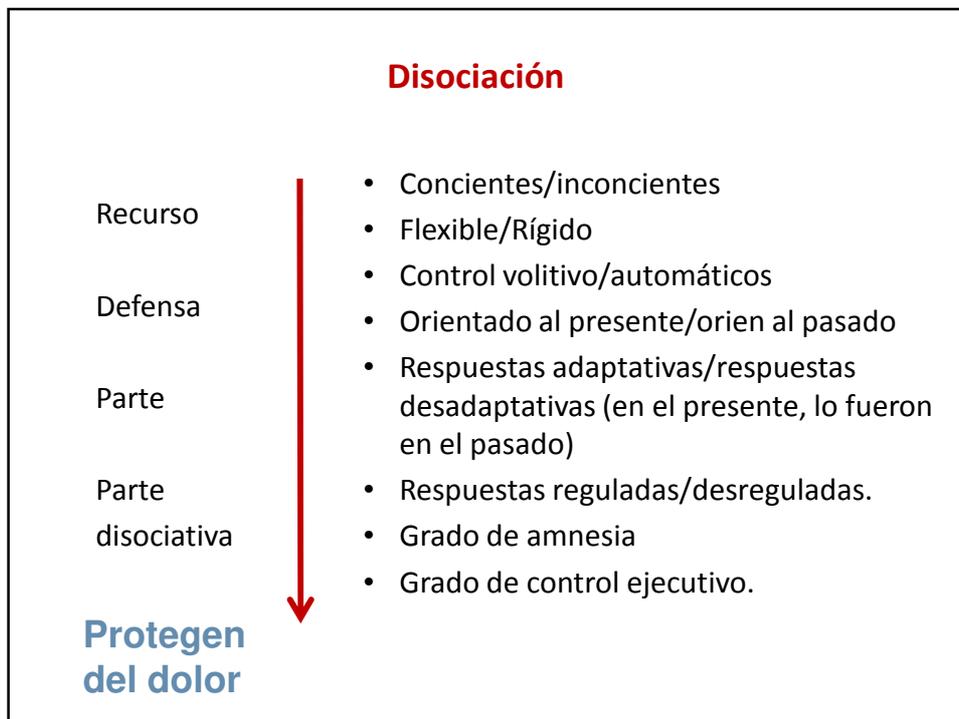
- Estabilización y reducción de síntomas
- Trabajar con recuerdos
- Integración y rehabilitación

En cada sesión:

- Regulación: VT
- Procesamiento: márgenes de VT
- Instalación, experiencia positiva y orientación a la vida externa

- Capaz de manejar activación
- Insight y comprensión.
- Adulto como base segura.
- Mejora apego con el terapeuta
- Experiencia de apego correctiva.





“I see ego states and dissociative parts as a continuum”. *Steele 2016*

### Estados del yo

- Sí hay sentido de identidad: No hay partes no yo (importantes).
- No tienen autorepresentación y perspectiva en primera persona;
- Experiencia y memoria personal compartida (menor amnesia).
- Menor autonomía, normalmente no toman el control ejecutivo.
- Menor fobia y conflicto. Si hay, es por emociones repudiadas.
- No mucha vergüenza o miedo al hablar de la disociación.

### Partes disociativas

- No hay sentido de identidad unitario: Hay partes no yo.
- Autorepresentación particular y perspectiva de primera persona
- Memoria autobiográfica propia. Experiencias personales propias.
- Mayor autonomía, pueden tomar el control ejecutivo.
- Mayores niveles de fobia y conflicto.
- Mucha vergüenza o miedo al hablar de la disociación

*Kluft 1988, Steele 2016*

## Disociación

- ▶ 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.

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

**Muchas gracias!**

[www.arunmansukhani.com](http://www.arunmansukhani.com)

[arun@arunmansukhani.com](mailto:arun@arunmansukhani.com)

+34 607 803 803