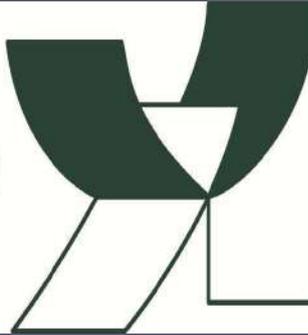


Sociedad Española de
Medicina Psicosomática
y Psicoterapia



UNIDAD DOCENTE
MULTIPROFESIONAL
AFYC CÁCERES



EL TRAUMA RELACIONAL TEMPRANO Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

José L. Marín

www.psicociencias.com

12 y 13 de marzo de 2018

0 de la persona....



DSM-I

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-II

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-III

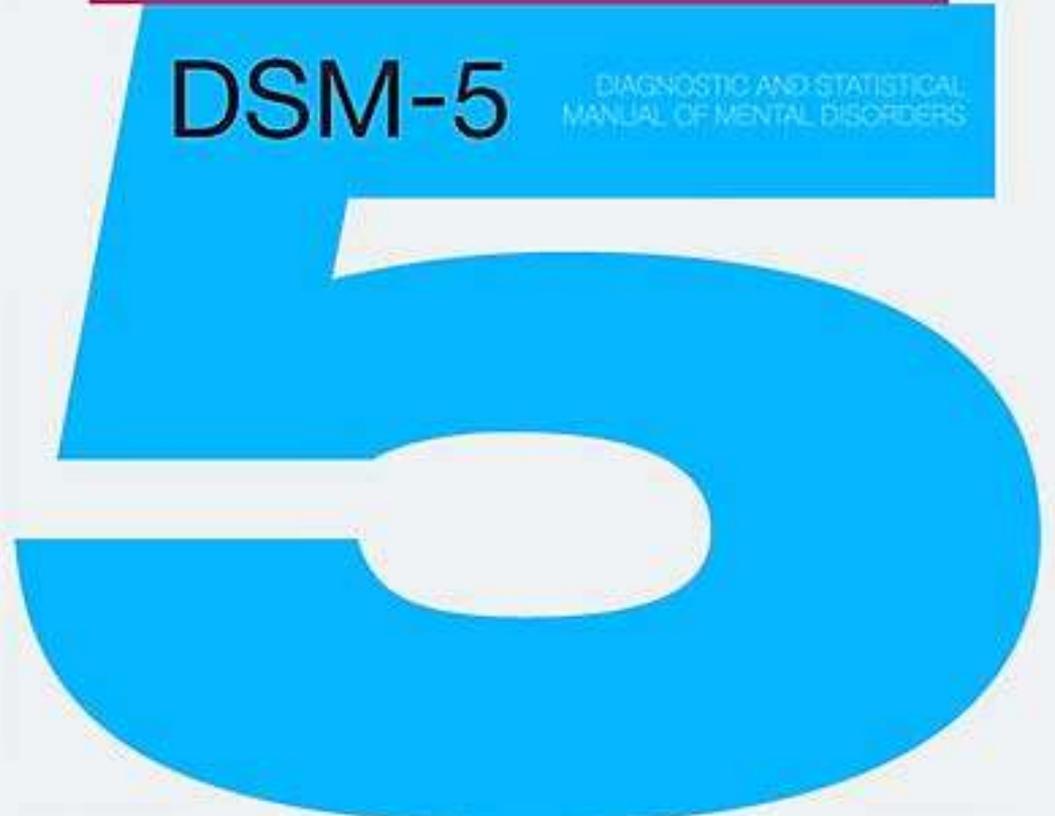
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-IV

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS

DSM-5

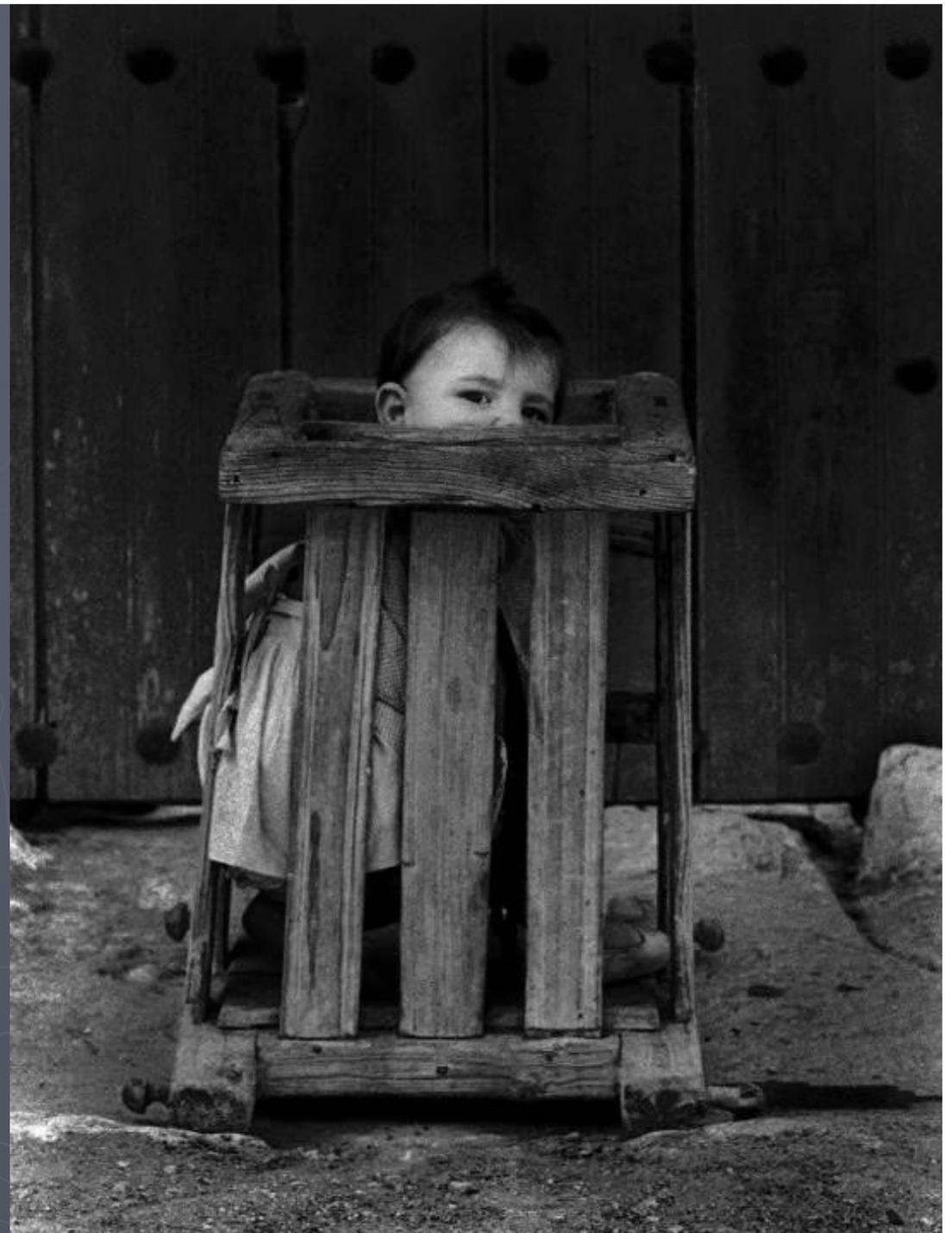
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF MENTAL DISORDERS



Objetivos del curso

- ▶ Reconocer la historia de Trauma Relacional Temprano en los Trastornos de Personalidad y/o en las conductas (síntomas) actuales
- ▶ Entender los mecanismos mantenedores
- ▶ Identificar los diferentes tipos de experiencia traumática
- ▶ Asociar con experiencias interpersonales: teoría del apego
- ▶ Integrar el conocimiento en la práctica clínica

Cuenca, 1967



Objetivos del curso

- ▶ Reconocer los rasgos de personalidad dominantes en nuestros pacientes (y en otras relaciones significativas).
- ▶ Reconocer en esos rasgos/trastornos la causa de muchos fracasos terapéuticos.
- ▶ Valorar la implicación de la personalidad en la vinculación terapéutica.
- ▶ Manejar conscientemente estas situaciones.
- ▶ Controlar la contratransferencia.

Personalidad: definición

(T. Millon, 1998)

- ▶ Patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas,
- ▶ en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar,
- ▶ que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo.

- ▶ Resultado de una historia única de transacciones entre factores biológicos (temperamento, constitución genética) y contextuales (vida intrauterina, ambiente familiar, papeles sociales, cultura, situación socioeconómica), historia que nunca antes había existido y que no se repetirá.

- ▶ Este proceso es bidireccional; el comportamiento “innato” del lactante puede provocar una serie de conductas en los padres y en otras personas que cuidan al niño, conductas, que a su vez, refuerzan el comportamiento del pequeño.
- ▶ Estos rasgos comprenden el patrón de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo.
- ▶ **Modelos Operativos Internos (IWM)**

Th. Millon

1928-2014



Trastornos de la personalidad en la vida moderna

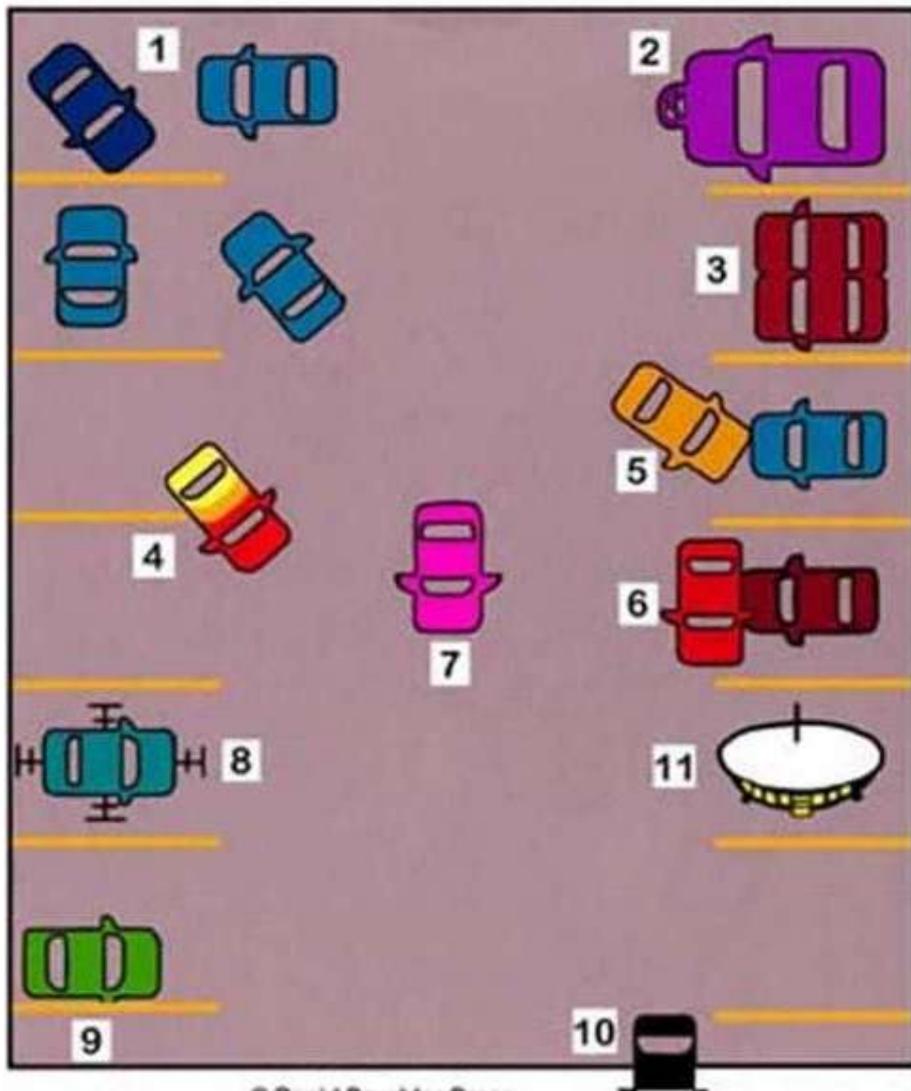
Theodore Millon

Seth Grossman
Carrie Millon
Sarah Meagher
Rowena Ramnath

2.ª edición



Párking de los trastornos de la personalidad



- 1) **PARANOIDE:** ¡Estoy arrinconado de nuevo!
- 2) **NARCISISTA:** ¿Os gusta mi nuevo coche?, es más grande y potente.
- 3) **DEPENDIENTE:** Necesita otros coches cerca.
- 4) **PASIVO AGRESIVO:** Tuerce el coche para ocupar dos plazas...
- 5) **LÍMITE:** De morros contra el coche del ex amante.
- 6) **ANTISOCIAL:** Bloquea al resto de coches.
- 7) **HISTRIÓNICO:** ¿Nadie a visto mi coche? Es terrible dónde he tenido que aparcar.
- 8) **OBSESIVO:** Perfectamente alineado con la plaza.
- 9) **EVITATIVO:** Se oculta en la esquina.
- 10) **ESQUIZOIDE:** No puede tolerar otros coches cerca.
- 11) **ESQUIZOTÍPICO:** Plaza intergaláctica, he venido con Dark Vader.

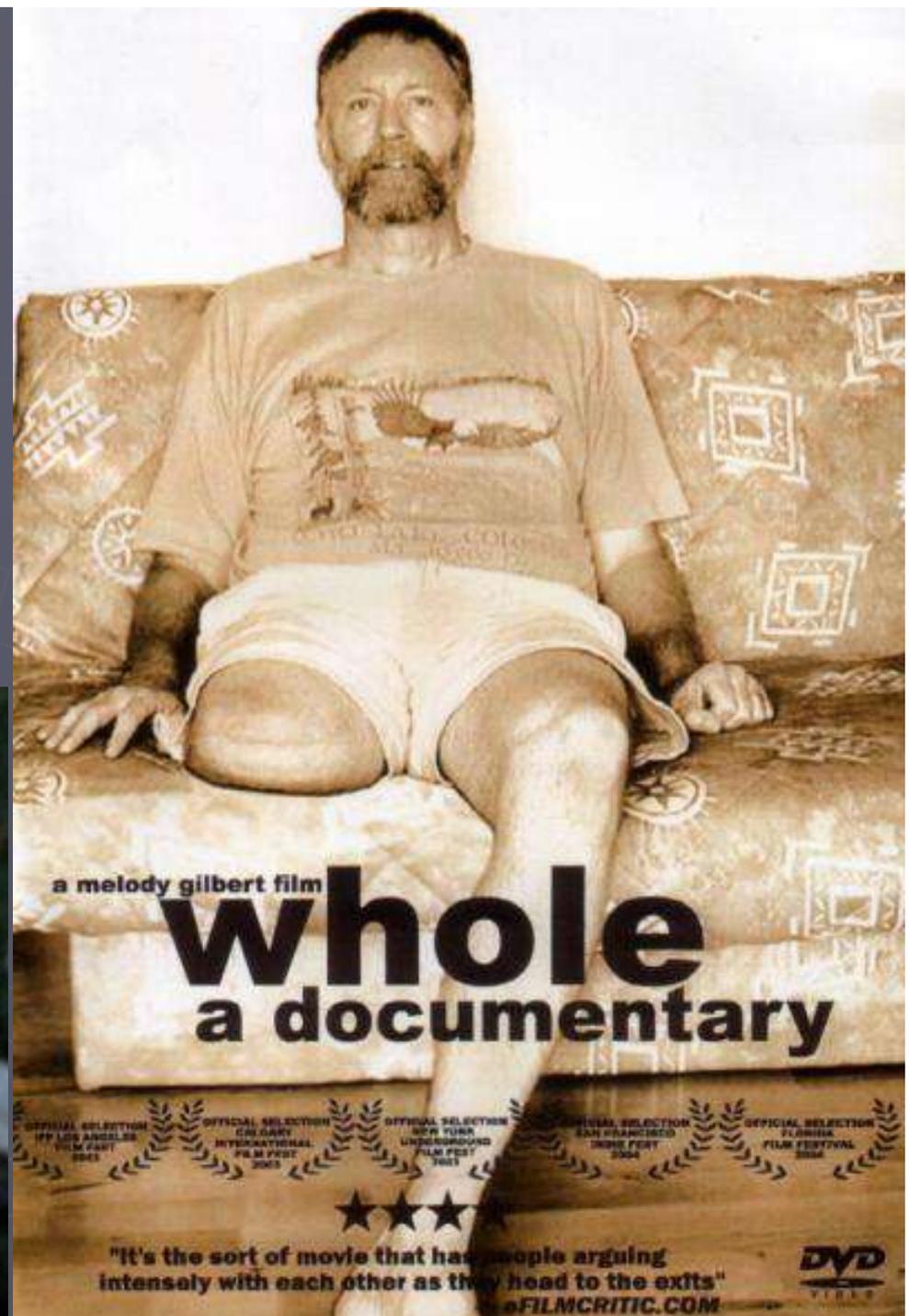
Trastorno de personalidad

Un modo de ser y comportarse:

- ▶ Omnipresente.
- ▶ No relacionado con una situación concreta.
- ▶ Inflexible, rígido.
- ▶ Hace al individuo vulnerable a los cambios.

- ▶ Dificulta la adquisición de nuevas habilidades, perjudicando el desarrollo del individuo.
- ▶ No se ajusta al contexto sociocultural
- ▶ Suele ser egosintónico, salvo en situaciones de crisis.
- ▶ La conciencia de enfermedad es escasa, limitando la asistencia terapéutica y complicando las relaciones interpersonales.

¿Cómo hemos
llegado hasta
aquí?



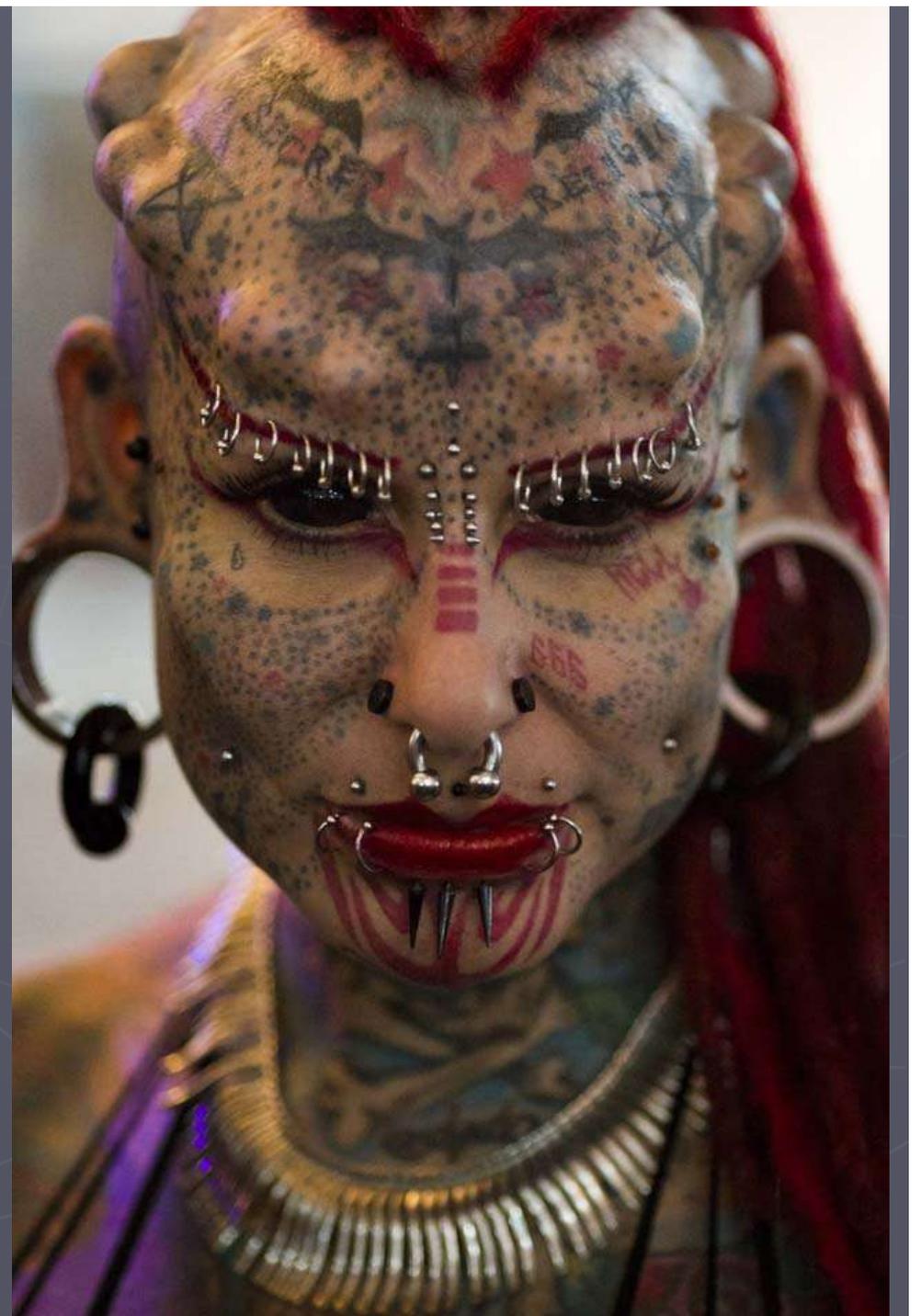
Apotemnofilia

- ▶ Trastorno de identidad de la integridad corporal





M^a Jose Cristerna



Precious

(2009) Dirigida por Lee Daniels
Protagonizada por Gabourey Sidibe





GANADORA GLOBO DE ORO
MEJOR ACTRIZ DE REPARTO (MO'NIQUE)



“Posee una capacidad
 de emoción que te provoca
 un nudo en la garganta”
 CARLOS BOYERO - EL PAÍS



“Una genuina obra de arte”
 THE NEW YORK TIMES
 “Te llegará al corazón”
 THE NEW YORK OBSERVER

MO'NIQUE PAULA PATTON MARIAH CAREY LENNY KRAVITZ GABOUREY SIDIBE

OPRAH WINFREY TYLER PERRY PRESENTAN UNA PRODUCCIÓN DE LEE DANIELS

precious

BASEADO EN LA NOVELA "PUSH" DE SAPPHIRE.
 LIONSGATE EN ASOCIACIÓN CON OPRAH WINFREY TYLER PERRY PRESENTAN UNA PRODUCCIÓN DE LEE DANIELS ENTERTAINMENT / SHOWBOAT ENTERTAINMENT GROUP
 UNA PELÍCULA DE LEE DANIELS "PRECIOUS" BASADO EN LA NOVELA "PUSH" DE SAPPHIRE. MO'NIQUE PAULA PATTON MARIAH CAREY SHEPP SHEPHERD LENNY KRAVITZ
 PRODUCCIÓN DE GABOUREY SIDIBE. GUION DE BOBBY KOPPELMAN Y JESSICA KELLY. DIRECCIÓN DE CÁMARA MARISSA DRACHET. MONTAJE DE RUSHELLE REAFURNER. EDICIÓN DE LYN HANCOCKER.
 MÚSICA MARIO GROCOPPOY. VESTUARIO JOE KLETZ. DISEÑO DE PERRUCA ANDREW BURRI, D.S.F. PRODUCCIÓN DE CÁMARA ASCEEN HUSSAIN. CO-PRODUCCIÓN DE MARK G. BRADIS. CO-EDITORA DE CÁMARA SAMONE SHEFFIELD.
 PRODUCTORES EJECUTIVOS: OPRAH WINFREY TYLER PERRY LISA COONTES TOM HELLER. PRODUCTORA DE LEE DANIELS SARAH REGEL MAGNICK GATY WADSWORTH.
 GUION DE GEOFFREY FLETCHER. DIRECCIÓN DE LEE DANIELS.



Inolvidable.

Ben Flood
The New York Observer

EXCELENTE

Sentirás que estás presenciando el nacimiento de un alma.
Owen Gleiberman
Entertainment Weekly

EXCELENTE

Te robará el corazón
David Garratt
Associated Press



¡Te hará llorar!
Lisa Lempach
New York Post

GANADORA

FESTIVAL DE TORONTO
PREMIO DEL PÚBLICO

GANADORA

FESTIVAL DE SAN SEBASTIÁN
PREMIO DEL PÚBLICO

GANADORA

FESTIVAL DE SUNDANCE
GRAN PREMIO DEL JURADO

La vida es dura, la vida es corta, la vida es dolorosa, la vida es...

PRECIOSA

OFERTA VENTREY • TYLOR POSEY www.preciosa.com • LEE DANIELS

PRECIOUS

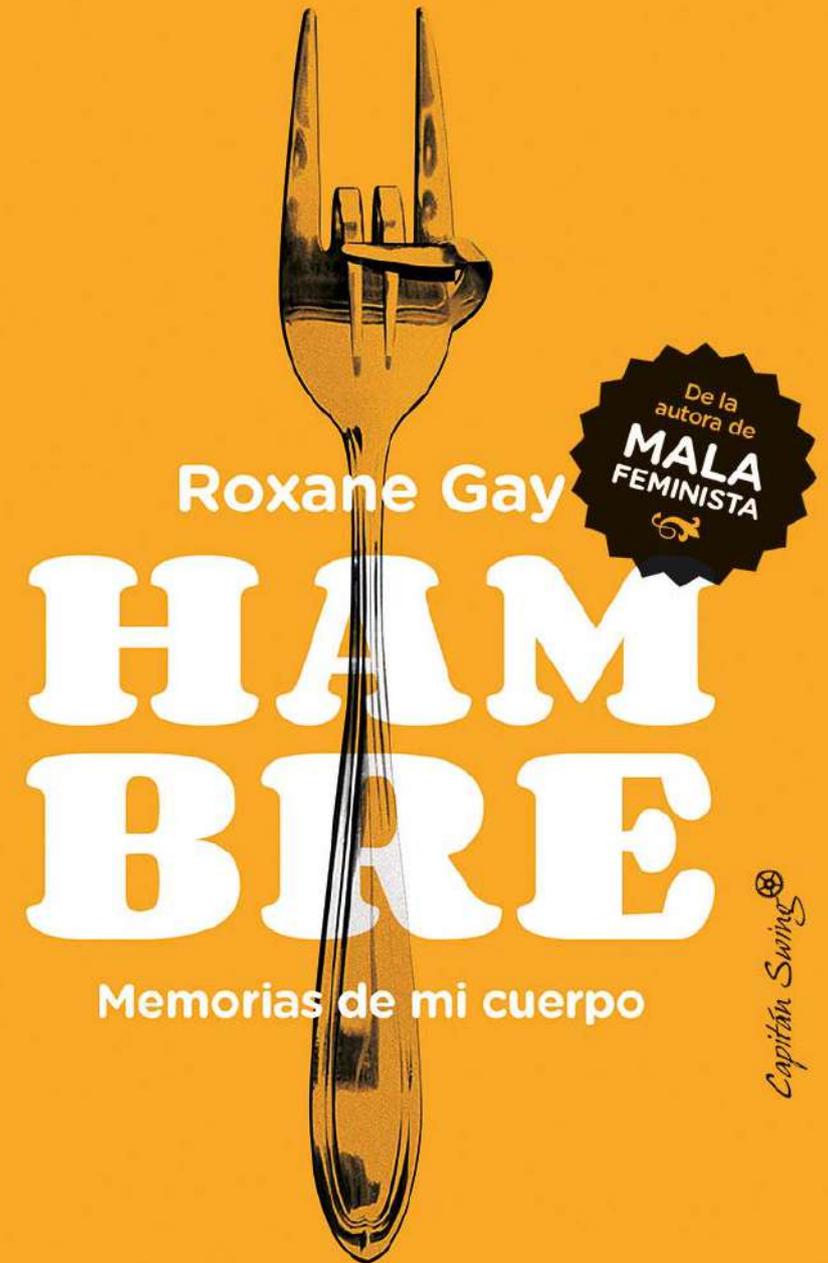
BASED ON THE NOVELA POOR PEOPLE

PRECIOSA

© 2009 Twentieth Century Fox Film Corporation. All rights reserved. Fox and the Fox logo are trademarks of Twentieth Century Fox Film Corporation. All other trademarks are the property of their respective owners.



Roxane Gay,
1974. Omaha (Neb)
261 Kgs.



Otros trastornos del comportamiento alimentario



**El comer, siempre,
es emocional**

Crecimiento personal
COLLECCIÓN

Serendipit

Edward Abramson

**EL COMER
EMOCIONAL**

Desclée De Brouwer



ALIMENTACIÓN EMOCIONAL

LA RELACIÓN ENTRE NUESTRAS EMOCIONES
Y LOS CONFLICTOS CON LA COMIDA

ISABEL MENÉNDEZ



“Pequeño Nick”, la pseudología fantástica





JAVIER CERCAS

El impostor



LITERATURA RANDOM HOUSE



Enric Marco

**EX PRESIDENTE de los
españoles de Mauthausen
reconoce que fingió ser
preso de los nazis.**

Enric Marco

Barcelona, 1921



Tania Head



ENGROSSING!
HYPNOTIC!

by VARIETY

**THE
WOMAN
WHO
WASN'T
THERE**

Alicia Esteve

Barcelona, 1973



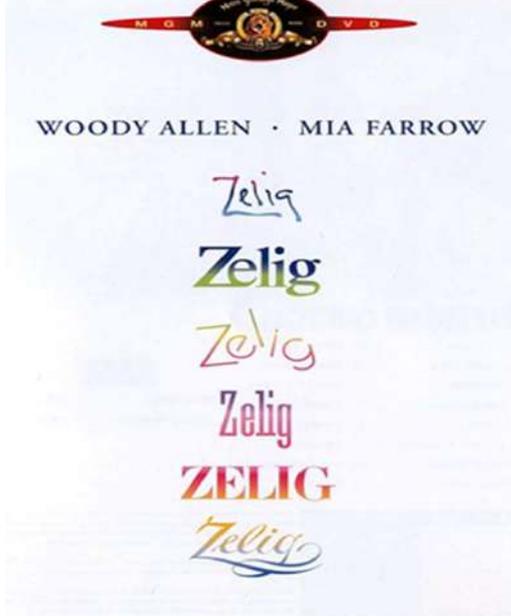
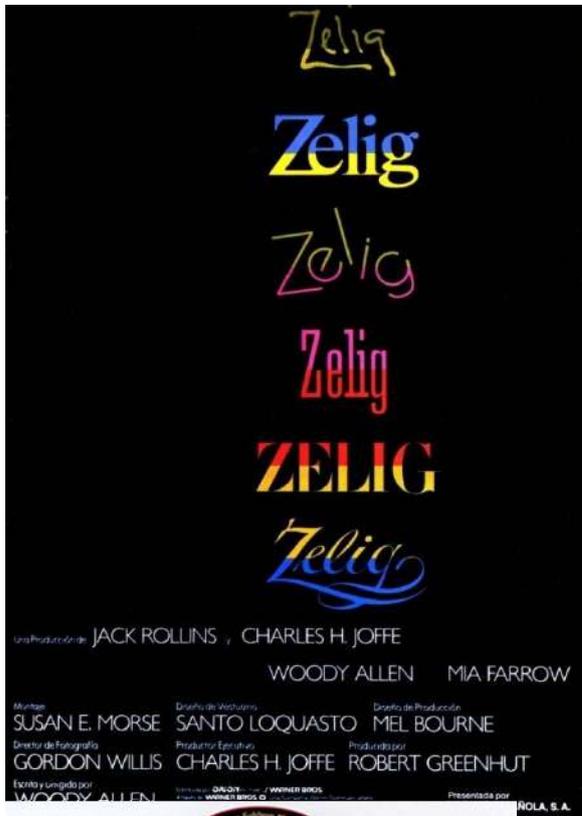
Rachel Dolezal

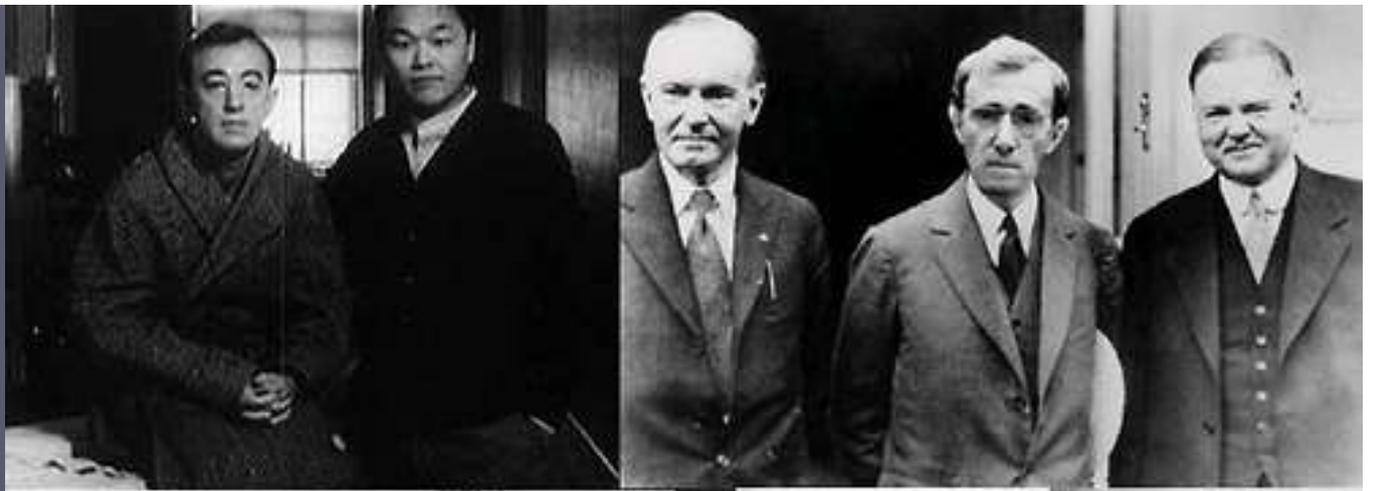


Torz Reynolds, 26 a.



La necesidad de adaptación/"ser visto"





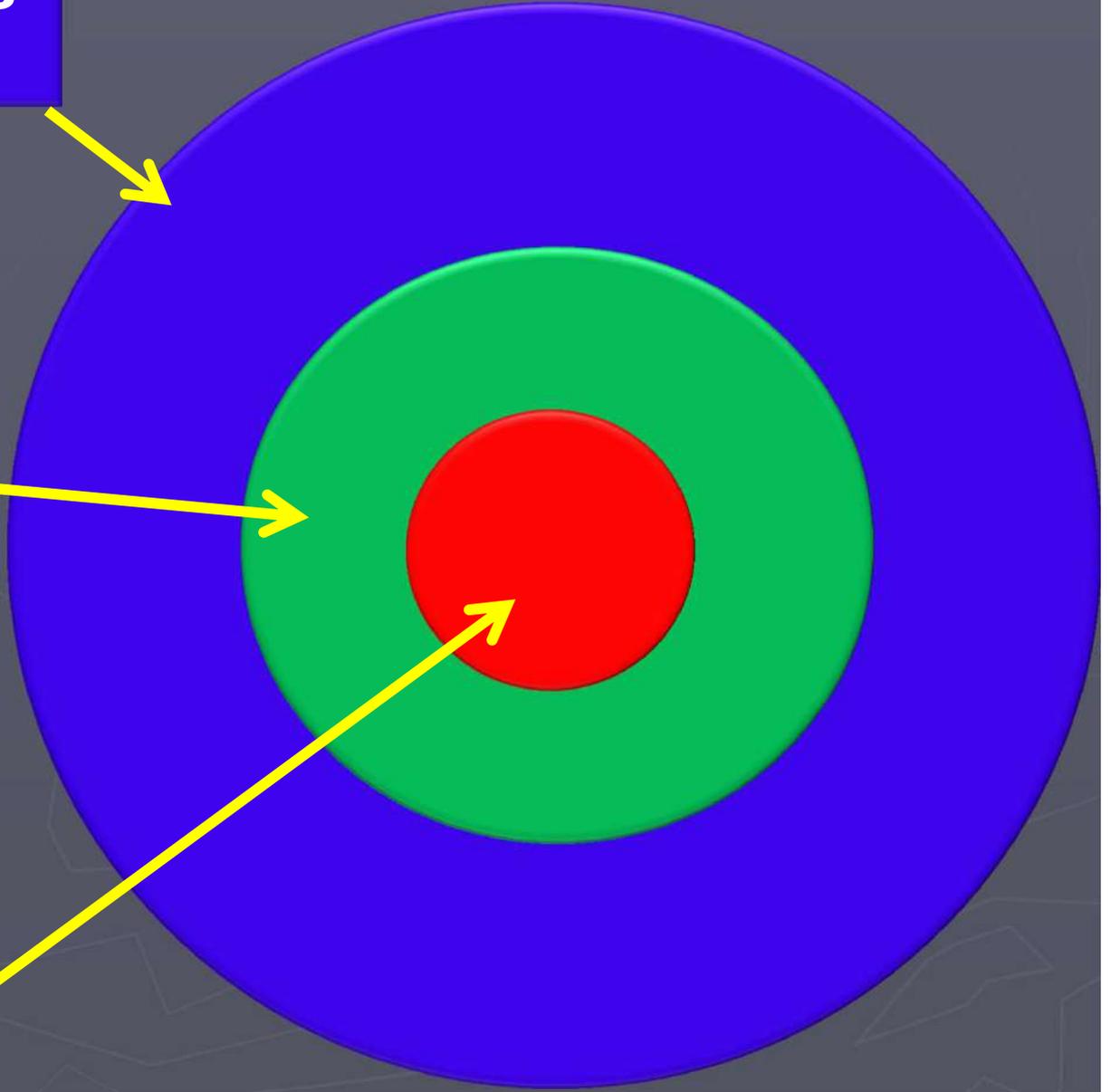
Tres características patológicas

1. Escasa capacidad de adaptación en situaciones de estrés: mínimas variaciones en la utilización de estrategias.
 - ▶ Analogía psicológica del sistema inmunitario.

Eje IV: estresantes psicológicos

Eje II: T. de personalidad

Eje I: síndrome clínico



2. Rigidez, inflexibilidad: obligan a adaptarse al entorno. Cuando éste no puede, aparece la crisis.
3. Dado que no pueden cambiar, los repertorios patológicos que dominan su vida se repiten una y otra vez.
 - Trauma de apego.
 - Personalidades “patógenas”.
 - Evolución espiral.

Trauma psíquico

- ▶ Todo suceso o experiencia muy impactante vivida por un sujeto, que le produce diversos trastornos que a menudo dejan secuelas.
- ▶ Se habla propiamente de trauma psíquico cuando el acontecimiento desencadenante del mismo es de tal intensidad que el sujeto es incapaz de responder adecuadamente, desbordado por la cantidad o por la fuerza de las emociones vividas

Begoña Aznárez, 2017

- ▶ Trauma psíquico es la herida resultante de verse obligado a **silenciar**, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional que deberían haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje.
- ▶ Cuando las figuras de apego son las causantes del trauma, los resultados son devastadores.

Hacia una nueva conceptualización del Trauma

► ¿Qué entendemos por trauma?

- Acontecimiento o situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica (CIE 10).
- Experiencia que constituye un amenaza para la integridad física y psíquica de la persona (DSM-5).
- *“Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona”*. Janet, 1894/1919.

- ▶ Tipología del trauma:
 - Trauma tipo I
 - Trauma tipo II
- ▶ Implica un defecto fundamental de integración.
- ▶ Supone una situación de estrés, agudo o crónico.
- ▶ Afecta, de forma considerable, a todas las funciones corporales/relacionales



UNA PELÍCULA DE J.A. BAYONA

LO IMPOSIBLE

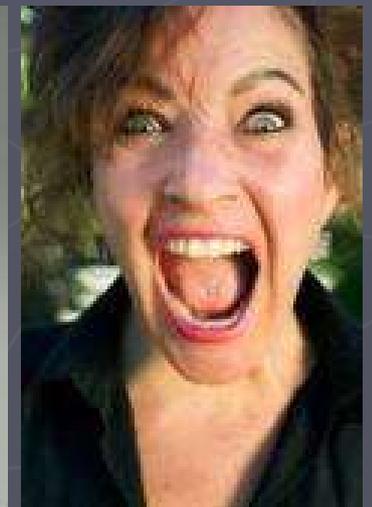
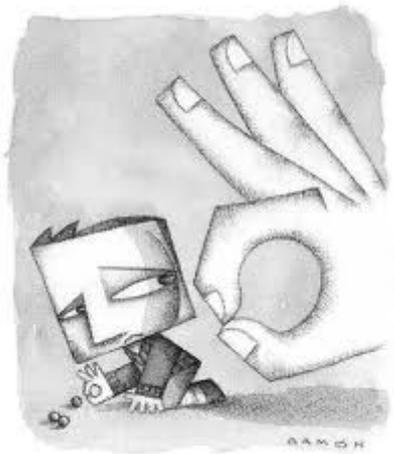
EL LIBRO DE LA PELÍCULA

INCLUYE GUION
DE SERGIO G. SANCHEZ
ARGUMENTO DE MARÍA BELÓN

DESIRÉE DE FEZ

NORMA
Editorial





¿Uno de cada cinco?

Council of Europe campaign
to stop sexual violence
against children



**uno de
cada cinco**

Campaña del **Consejo de Europa**
contra la violencia sexual
sobre niños, niñas y adolescentes

Sofía Czalbowski



SOFÍA CZALBOWSKI (COORD.)

DETRÁS DE LA PARED

Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas
y adolescentes expuestos a la violencia de género

Serendipity

M A I O R

TRACY*CHAPMAN

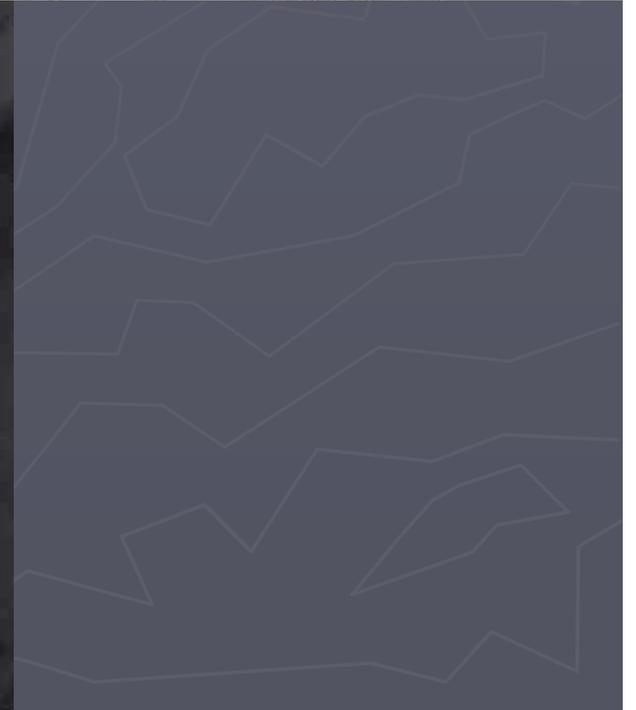
BEHIND THE WALL

raphael
Bourguet

TRACY CHAPMAN

fast car

for you
behind the wall
live!



La negligencia, el "abandono"...

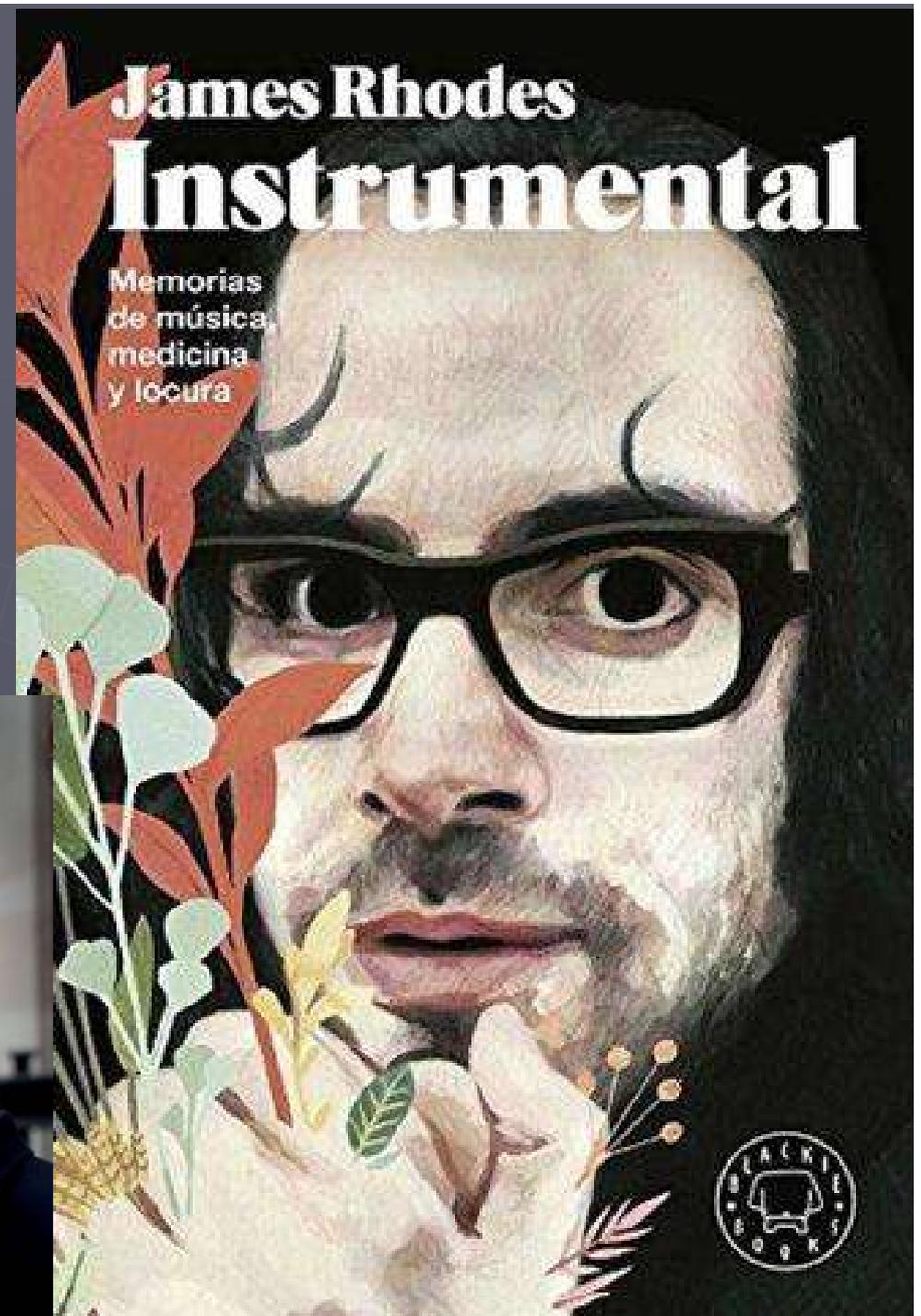




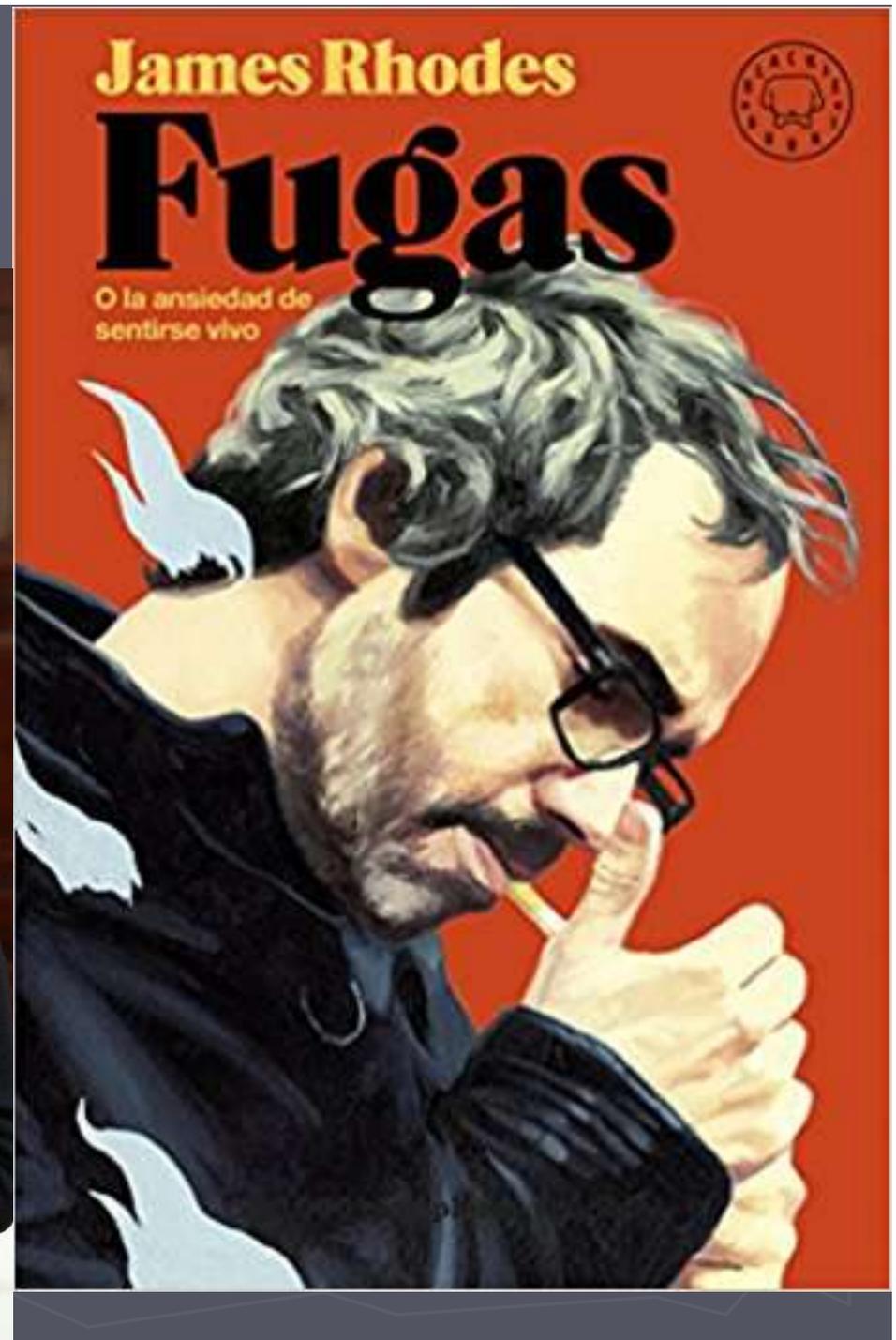
J. Rhodes

Londres, 1975

A memoir of madness,
medication and music

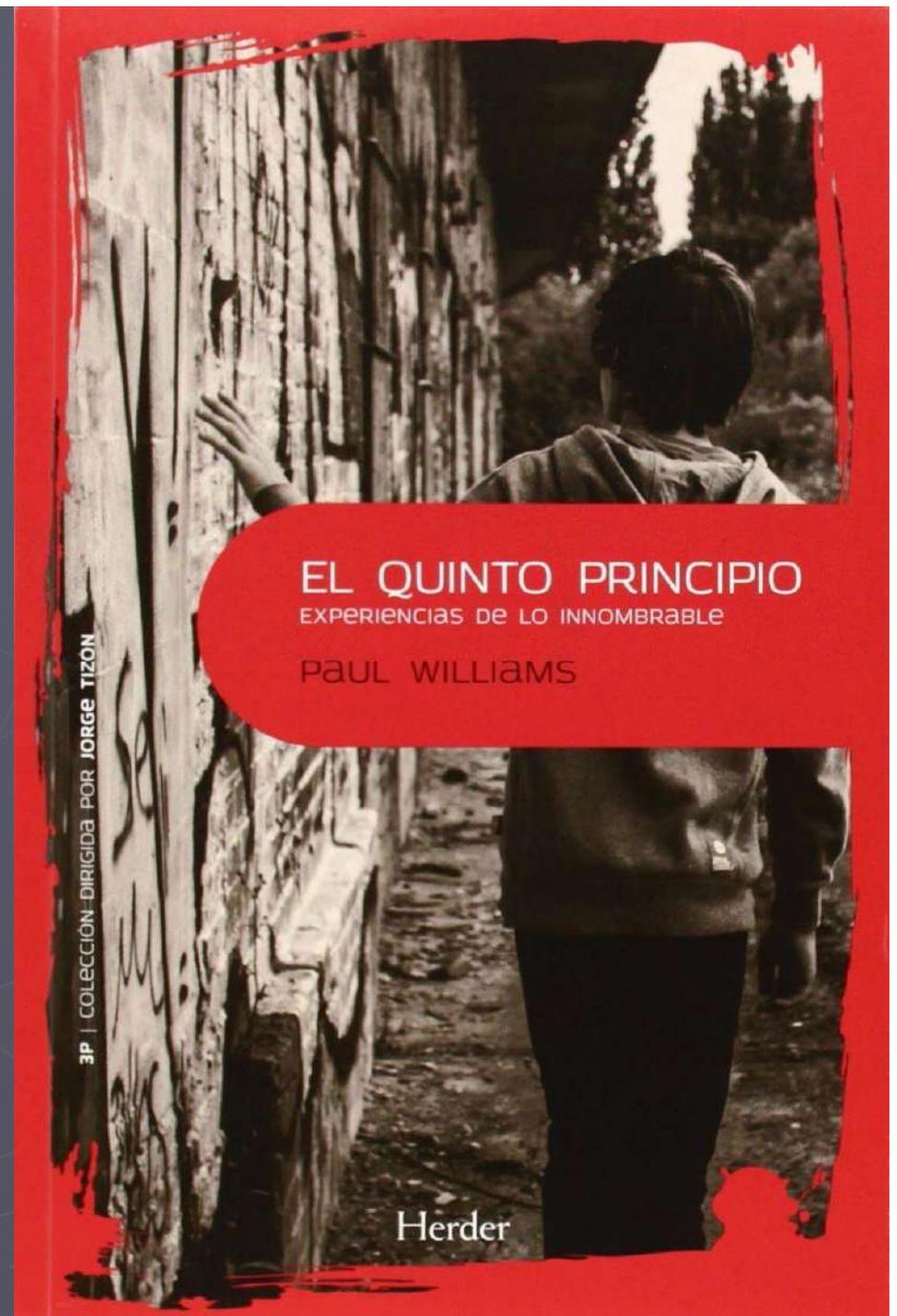


Con Manuela Carmena



Paul Williams

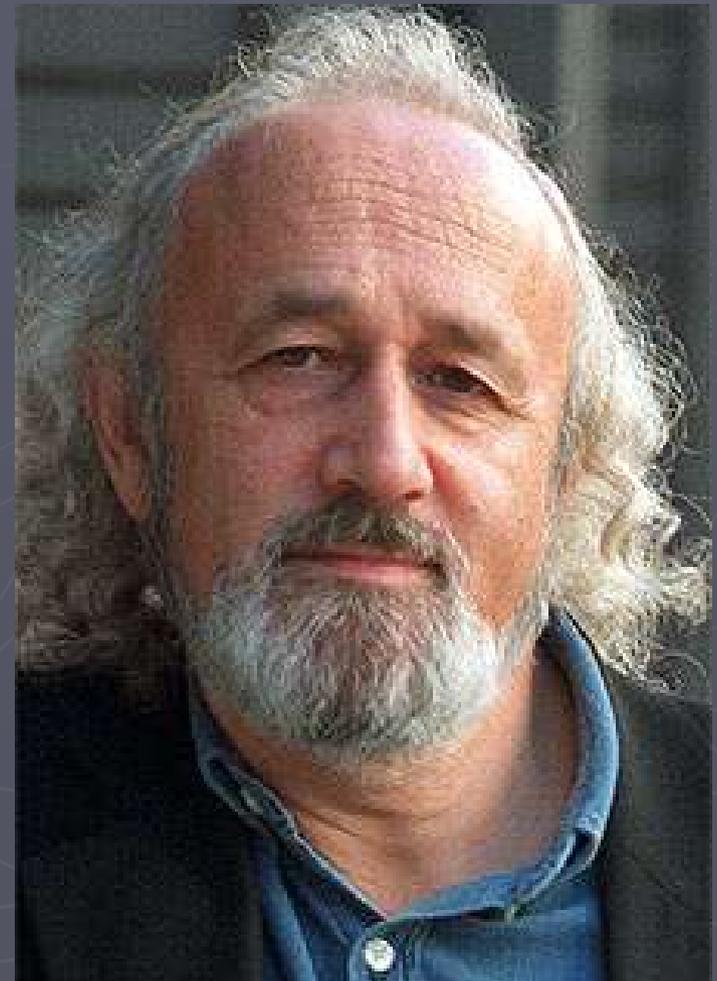
U. de Bristol

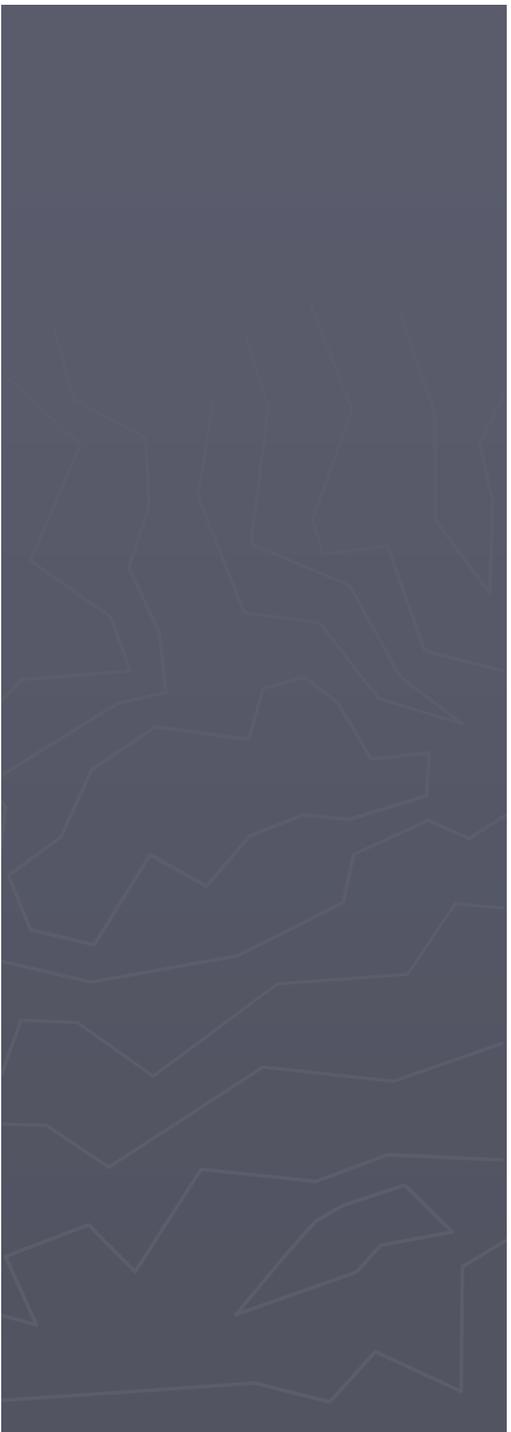
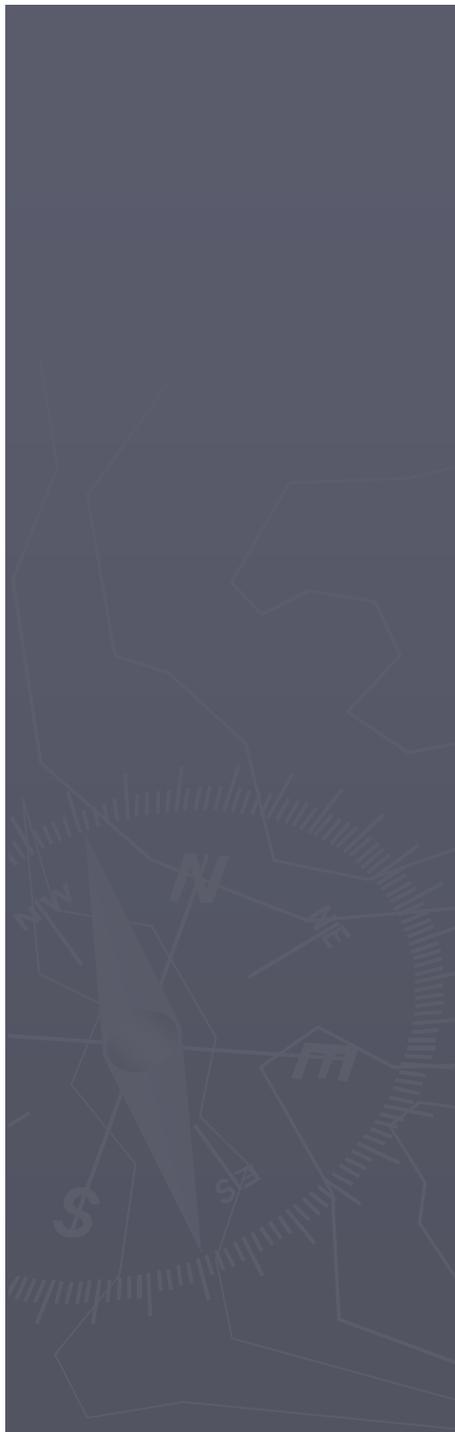


El quinto principio

1. Todo lo que digo y hago está mal.
2. No creo en lo que me dicen. La verdad es lo opuesto a lo que me dicen.
3. La rabia me mantendrá vivo.
4. Si trabajo duramente, el doble que los demás, tal vez logre llevar una vida que se aproxime a una vida normal.
5. ¡A la mierda!

Montxo Armendáriz 2011





El trauma en el S. XXI

- ▶ 1 de cada 5 personas en EEUU sufrió abusos sexuales de niño
- ▶ 1 de cada 4 fue físicamente maltratado por uno de sus progenitores hasta el punto de dejarle alguna marca en el cuerpo
- ▶ 1 de cada 3 parejas recurre a la violencia física
- ▶ 1/4 creció con familiares alcohólicos
- ▶ 1 de cada 8 ha sido testigo de cómo pegaban a su madre

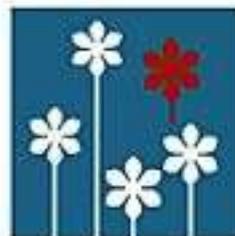


¿UNO DE CADA CINCO?: VICTIMIZACIÓN SEXUAL INFANTIL EN ESPAÑA

Noemí Pereda

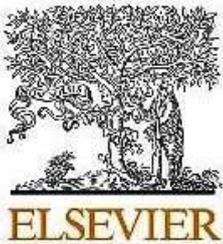
Universidad de Barcelona

Council of Europe campaign
to stop sexual violence
against children



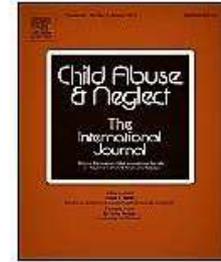
**uno de
cada cinco**

Campaña del **Consejo de Europa**
contra la violencia sexual
sobre niños, niñas y adolescentes



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Child Abuse & Neglect



Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample[☆]



Noemí Pereda^{a,b,*}, Georgina Guilera^{a,b}, Judit Abad^a

^a *Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GREVIA), Universitat de Barcelona, Spain*

^b *Institut de Recerca en Cervell, Cognició i Conducta (IR3C), Universitat de Barcelona, Spain*

- ▶ 1.107 adolescents (M: 14,5)
- ▶ 83 % reportan, al menos, un tipo de victimización en su vida
- ▶ 68,6 %, en el último año.

N. Pereda, 2014

Original

Victimización sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo

Noemí Pereda^{a,*}, Judit Abad^a, Georgina Guilera^b y Mila Arch^a

^a Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GRéVIA), Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament, Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

- ▶ 1.105 adolescentes
- ▶ 14,7 % en el total de la muestra
- ▶ 23,5 % en los centros de SM
- ▶ 35,6 % en sistema de justicia juvenil



N. Pereda, 2015



Journal of Child Sexual Abuse

 Routledge
Taylor & Francis Group

ISSN: 1053-8712 (Print) 1547-0679 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/wcsa20>

Lifetime Prevalence and Characteristics of Child Sexual Victimization in a Community Sample of Spanish Adolescents

Noemí Pereda, Judit Abad & Georgina Guilera

Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 00:1–23, 2015
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC
ISSN: 1092-6771 print/1545-083X online
DOI: 10.1080/10926771.2015.1072121

 Routledge
Taylor & Francis Group

Victimization and Polyvictimization Among Spanish Adolescent Outpatients

NOEMÍ PEREDA  and JUDIT ABAD

Department of Personality, Assessment, and Psychological Treatment, University of Barcelona, Barcelona, Spain

GEORGINA GUILERA 

Department of Behavioral Sciences Methods, University of Barcelona, Barcelona, Spain

Trauma y DSM-5

Trastornos relacionados con el estrés y el trauma:

- ▶ T. reactivos del apego (*attachment*)
- ▶ T. de relación social (*social engagement*) desinhibida
- ▶ T. por estrés agudo
- ▶ T. adaptativos

Trauma y DSM-5

- ▶ T. por estrés postraumático (incluido el EPT en niños de menos de 6 años).
Especificar:
 - Con síntomas disociativos
 - Con manifestaciones retardadas
- ▶ T. inespecíficos relacionados con el estrés y el trauma

El Trastorno Reactivo del Apego

- ▶ Maltrato, en cualquiera de sus formas
- ▶ Negligencia parental
 - Muchos cuidadores (no hay oportunidad de establecer un vínculo o el vínculo es interrumpido)
 - No discriminación de necesidades
 - Abandono, en cualquiera de sus formas

- ▶ Ausencia emocional o falta de disponibilidad de los padres debido a:
 - Pérdida física de los padres
 - Depresión post-parto o crónica
 - Enfermedad crónica
 - Estilo transgeneracional
 - Separación temporal debido a hospitalización
 - Bebés prematuros
 - Problemas médicos de los padres en los dos primeros años de vida

- ▶ Procesos médicos dolorosos o invasivos
 - Dolor crónico o no aliviado en el niño
 - Cólicos
 - Problema médico no diagnosticado
 - Cuidados prenatales pobres o exposición al alcohol y las drogas
 - Sentimientos maternos de rechazo al feto
 - Problemas neurológicos.

Trauma relacional temprano (A. Schore)

- ▶ Trauma del desarrollo
- ▶ Trastorno traumático del desarrollo
- ▶ Trauma complejo
- ▶ DESNOS

(DESNOS: Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified, Van der Kolk, 2002)

- ¿Qué es?: Una situación traumática:
 - Previamente llamada “trauma acumulativo” (Khan 1963)
 - Por lo general implica o incluye trauma de la infancia pero se puede iniciar en la edad adulta.
 - Trastorno del apego
 - Frecuencia y duración prolongada, por lo general se extiende hasta la edad adulta.
 - Complejidad
 - Múltiples modalidades de victimización en las que se es sometido de forma explícita o implícita.
 - Realizado por una o varias personas.

Allan Schore

UCLA



AFFECT REGULATION AND THE ORIGIN OF THE SELF

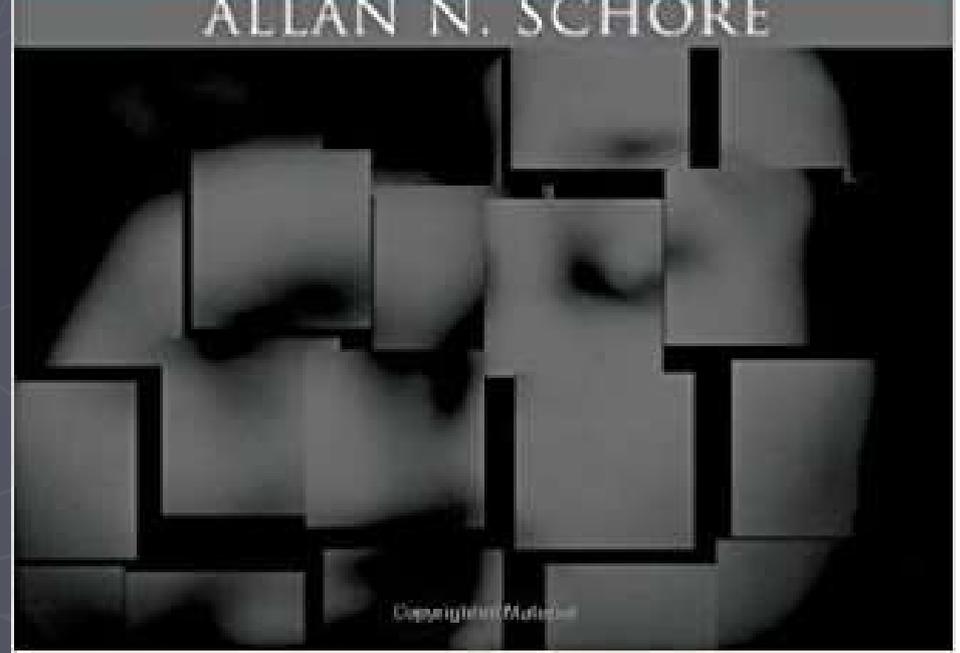
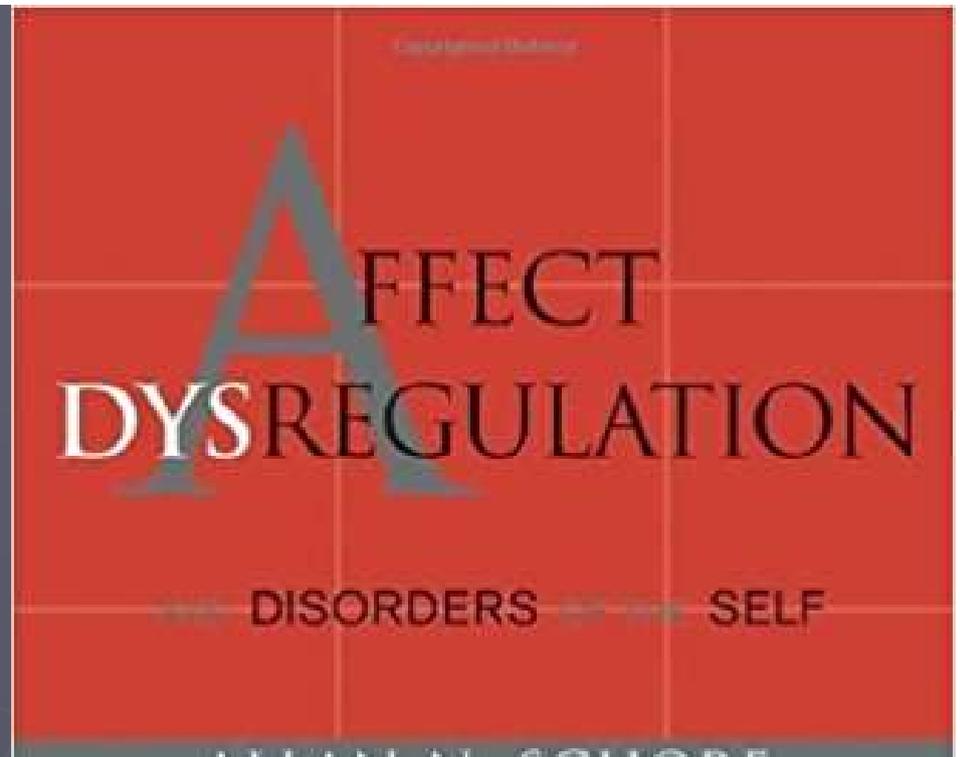
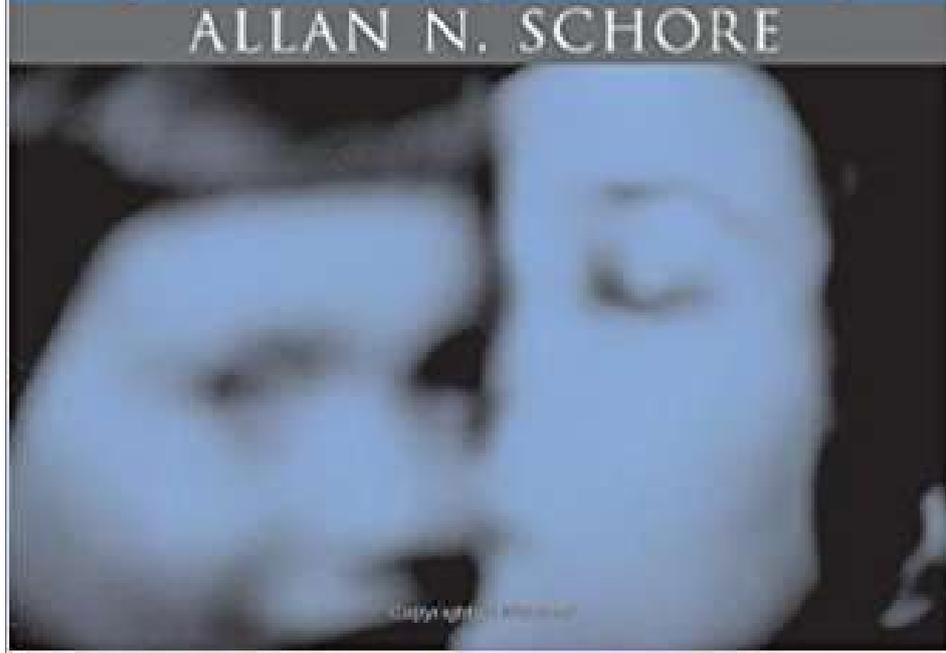
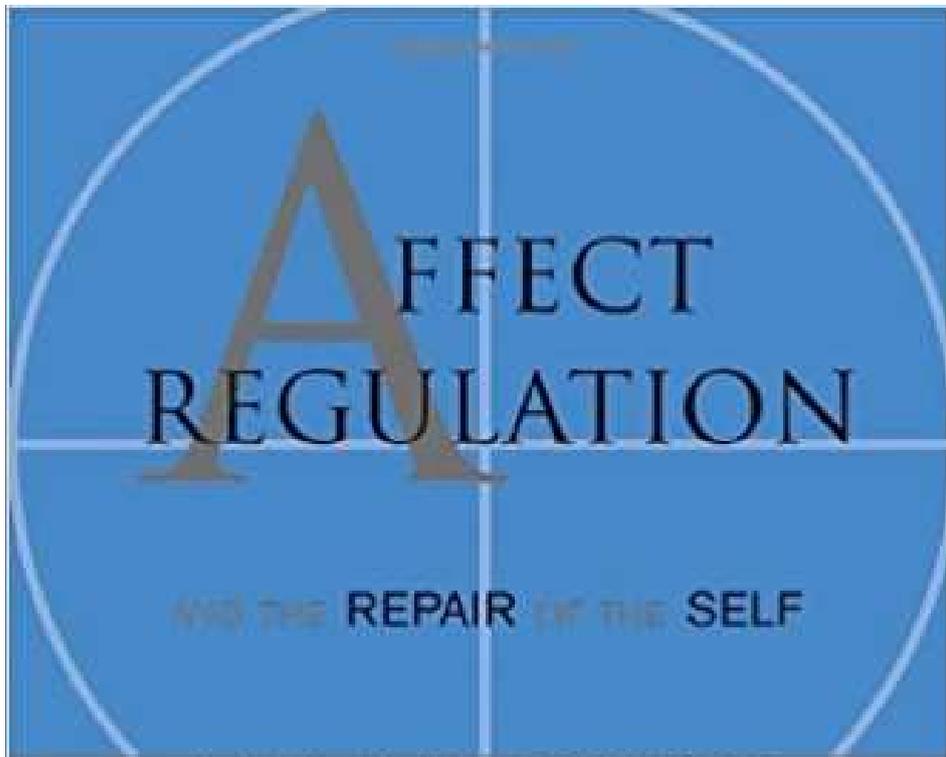
THE NEUROBIOLOGY OF
EMOTIONAL DEVELOPMENT

Allan N. Schore



Routledge Classic Editions





Trauma relacional temprano

- ▶ Experiencia traumática (y/o carencial) repetida, por cualquier motivo, en los primeros momentos de la vida.
- ▶ Habitualmente situada en el vínculo de apego, es especialmente grave porque está provocada (o consentida) por la persona/s que deberían ser los cuidadores.

Ferenczi: trauma en dos tiempos

- ▶ En un primer momento, el niño experimenta una conmoción psíquica.
- ▶ Con el fin de mantener el vínculo con el adulto, el niño sacrifica su propia percepción de la experiencia relacional.
- ▶ El niño introyecta el sentimiento de culpa del agresor. Identificación con el agresor.
- ▶ La negación por parte del adulto es lo que impulsa los mecanismos de escisión en el niño, generando la vivencia traumática.

Sandor Ferenczi

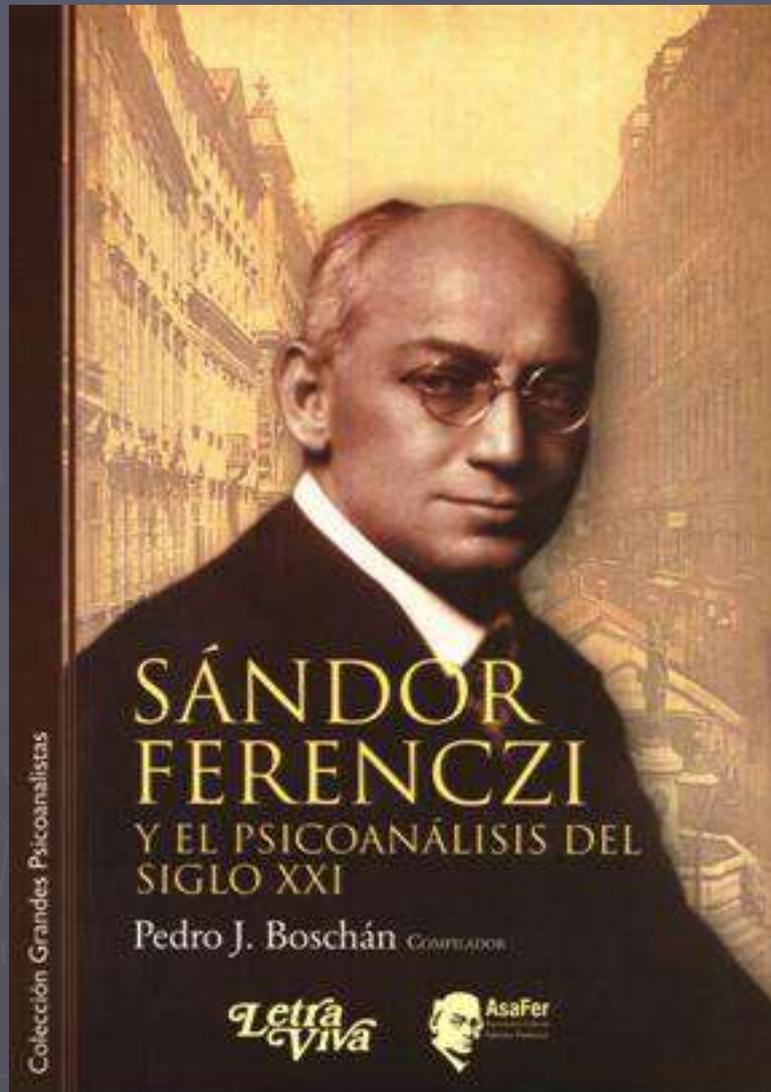
(1873-1933)



Sándor Ferenczi Sin simpatía no hay curación

El diario clínico de 1932

Amorrortu editores



- ▶ Se opone a la reformulación que hace Freud del origen del trauma, desde la seducción y el abuso real a las fantasías infantiles.
- ▶ La negación de los efectos del abuso o del maltrato por parte de los adultos sería *“lo que hace que el trauma llegue a ser patógeno...”* .
- ▶ La reacción de los adultos frente a la expresión del niño de los efectos del trauma forma parte del modo de acción psíquica del traumatismo.

- ▶ Para que la conmoción devenga traumática debe ocurrir una falla en la respuesta del medio al reconocimiento de la conmoción psíquica del niño y los efectos posteriores.
- ▶ La angustia producida por el no reconocimiento de la agresión por el adulto lleva al niño a someterse, a adivinar los deseos del agresor y gratificarlos.
- ▶ La disociación como única defensa.
- ▶ Atención al fenómeno de la

RETRAUMATIZACIÓN

Judith Herman

NY, 1942



Copyrighted material
"One of the most important
psychiatric works to be
published since Freud."
—New York Times

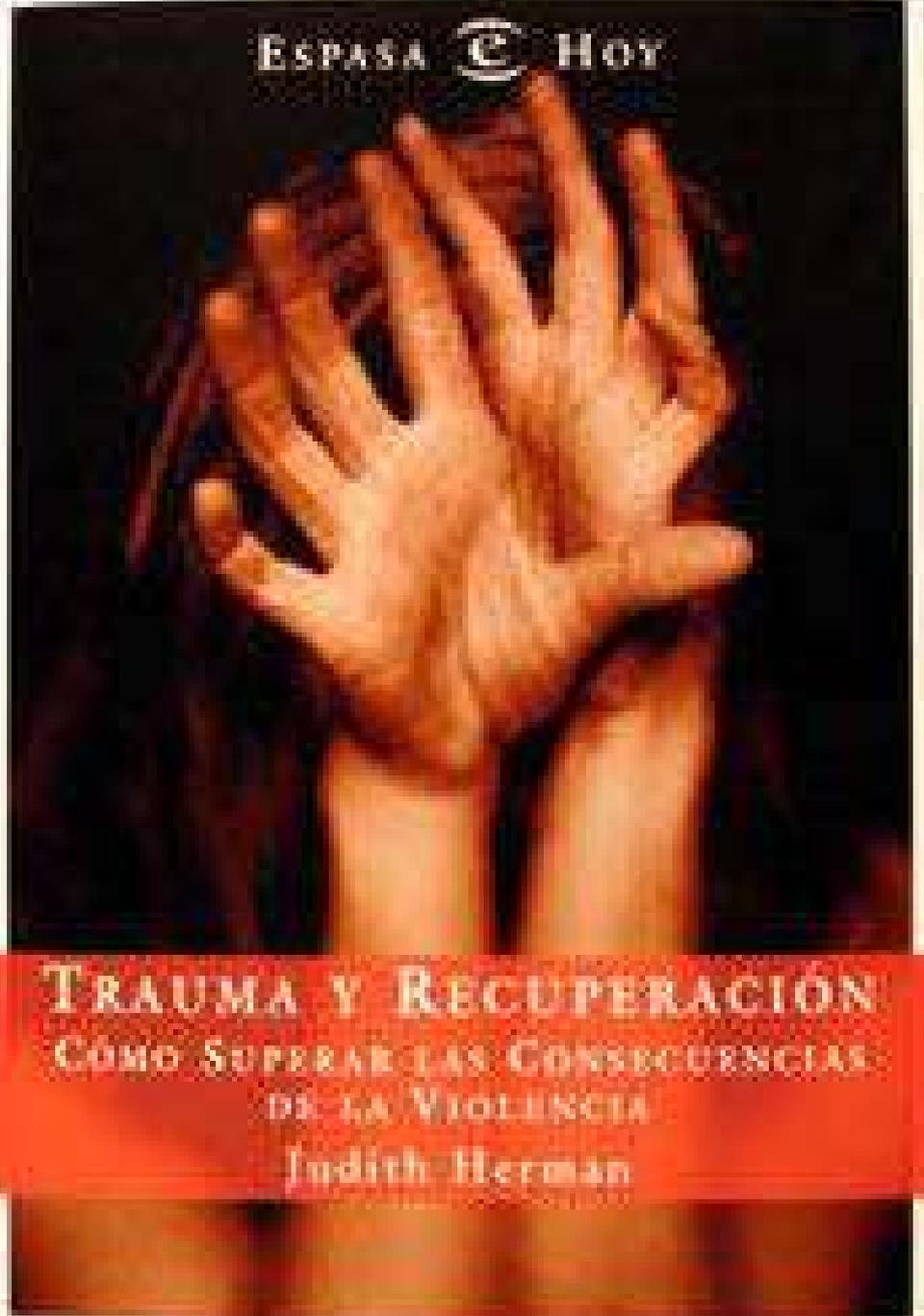


TRAUMA and RECOVERY

*The aftermath of violence—
from domestic abuse to political terror*

WITH A NEW AFTERWORD BY THE AUTHOR

JUDITH HERMAN, M.D.



ESPASA © HOY

TRAUMA Y RECUPERACIÓN
CÓMO SUPERAR LAS CONSECUENCIAS
DE LA VIOLENCIA
Judith Herman

Reflexiones de urgencia

- ▶ El trauma se produce en la relación...la cura se hace en la relación.
- ▶ F. Alexander: la Psicoterapia como experiencia emocional correctora.
- ▶ John Bowlby: la Base segura y las tareas del terapeuta en la reparación del trauma de apego.

Códigos Z: (Z55-Z65) Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales

- ▶ Una guía para la exploración



(Z61) Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez

- ▶ (Z61.0) Problemas relacionados con la pérdida de relación afectiva en la infancia
- ▶ (Z61.1) Problemas relacionados con el alejamiento del hogar en la infancia
- ▶ (Z61.2) Problemas relacionados con alteración en el patrón de la relación familiar en la infancia
- ▶ (Z61.3) Problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia
- ▶ (Z61.4) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona dentro del grupo de apoyo primario
- ▶ (Z61.5) Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario
- ▶ (Z61.6) Problemas relacionados con abuso físico del niño
- ▶ (Z61.7) Problemas relacionados con experiencias personales atemorizantes en la infancia
- ▶ (Z61.8) Problemas relacionados con otras experiencias negativas en la infancia

(Z62) Otros problemas relacionados con la crianza del niño

- ▶ (Z62.0) Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres
- ▶ (Z62.1) Problemas relacionados con la sobreprotección de los padres
- ▶ (Z62.2) Problemas relacionados con la crianza en institución
- ▶ (Z62.3) Problemas relacionados con hostilidad y reprobación al niño
- ▶ (Z62.4) Problemas relacionados con el abandono emocional del niño
- ▶ (Z62.5) Otros problemas relacionados con negligencia en la crianza del niño
- ▶ (Z62.6) Problemas relacionados con presiones inapropiadas de los padres y otras anomalías en la calidad de la crianza

(Z63) Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares

- ▶ (Z63.0) Problemas en la relación entre esposos o pareja
- ▶ (Z63.1) Problemas en la relación con los padres y los familiares políticos
- ▶ (Z63.2) Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
- ▶ (Z63.3) Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia
- ▶ (Z63.4) Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
- ▶ (Z63.5) Problemas relacionados con la ruptura familiar por separación o divorcio
- ▶ (Z63.6) Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa
- ▶ (Z63.7) Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar

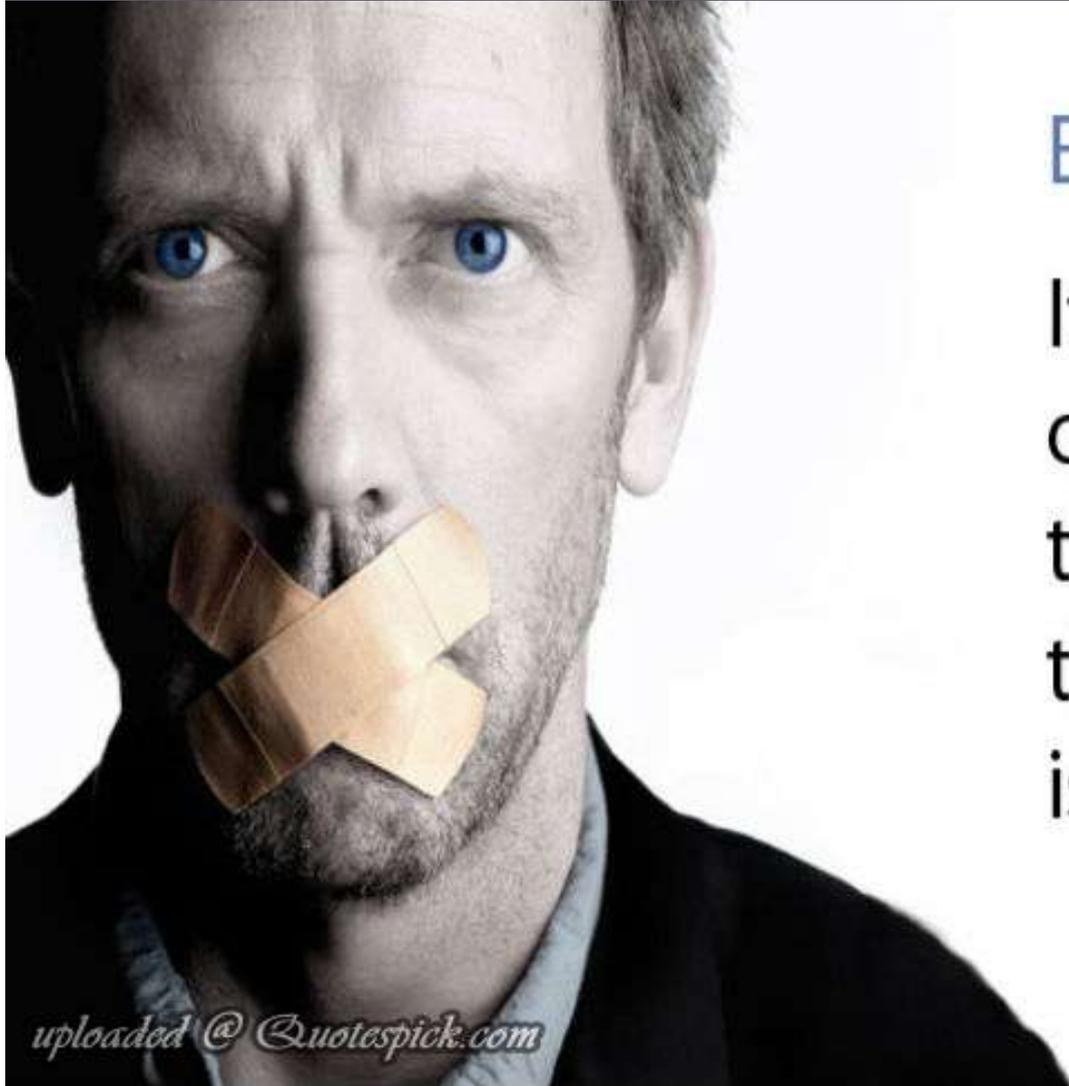
Evaluación de la historia traumática

- ▶ La escucha empática. ¿Por qué no se hace?
- ▶ Una buena Historia Clínica que incluya:
 - Línea de vida
 - Genograma
- ▶ Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TQ)

- ▶ Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (CAPS)
- ▶ Índice Global de Duke para el Trastorno de Estrés Postraumático (DGRP)
- ▶ Escala de Trauma de Davidson (DTS)
- ▶ Escala de Trauma Acumulativo (CTS)

- ▶ Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ)
- ▶ Escala de Experiencias Familiares en la Infancia (EFI)
- ▶ Escala de Experiencias Familiares Adversas (EARLY)
- ▶ Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)
- ▶ Escala de experiencias disociativas (DES)
- ▶ **Atentos a la ocultación...**

Dr. House (David Shore)



EVERYBODY LIES

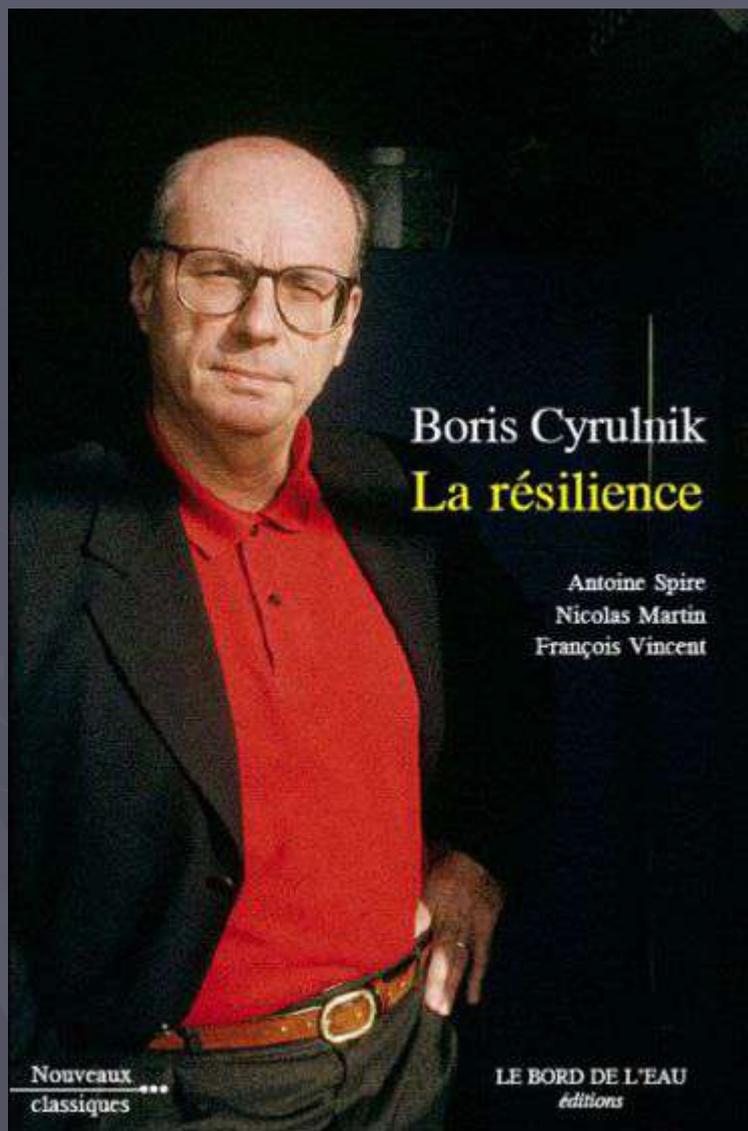
It's a basic Truth
of the Human condition
that EVERYBODY LIES.

the only Variable
is about What

MD

¿Cómo “mienten” los pacientes”?

- ▶ Por acción.
- ▶ Por omisión: Disociación como defensa ante el trauma.
- ▶ Con la colaboración del terapeuta.
- ▶ La ocultación como proceso adaptativo.



Boris Cyrulnik

Autor de *LOS PATITOS FEOS*



Morirse de vergüenza

El miedo a la mirada del otro

DEBATE

“Morirse de vergüenza”

B. Cyrulnik

- ▶ Si queréis saber por qué no he dicho nada, bastará con averiguar lo que me ha forzado a callar. Las circunstancias que rodean al hecho y las reacciones del entorno con coautoras de mi silencio. Si os digo lo que me ha ocurrido, no me creeréis, os echaréis a reír, os pondréis de parte del agresor, me formularéis preguntas obscenas o, peor aún, os apiadaréis de mí. Sea cual sea vuestra reacción, bastará con hablar para sentirme mal ante vuestra mirada.

- ▶ De modo que callaré para protegerme, descubriré únicamente la parte de mi historia que sois capaces de soportar. La otra parte, la tenebrosa, seguirá viviendo en silencio en los sótanos de mi personalidad. Esta historia sin palabras dominará nuestra relación, porque en mi fuero interno ya me he relatado, interminablemente, palabras no compartidas, narraciones silenciosas.

- ▶ Las palabras son pedazos de afecto que transportan a veces un poco de información. Una estrategia de defensa contra lo indecible, lo que es imposible decir, lo que resulta penoso escuchar, acaba de establecer entre nosotros una extraña pasarela afectiva, una fachada de palabras que permite mantener oculto un episodio inverosímil, una catástrofe en la historia que me repito incesantemente, sin decir palabra.

Escuchar (y legitimizar) la historia

- ▶ *“El presente del hijo empieza en el pasado de sus padres”*. Nathalie Nanzer. H. U. de Ginebra. 2015.
- ▶ *“Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”*. Ortega y Gasset, 1914.
- ▶ La historia personal explica el motivo de consulta.
- ▶ La “mirada incondicional”.



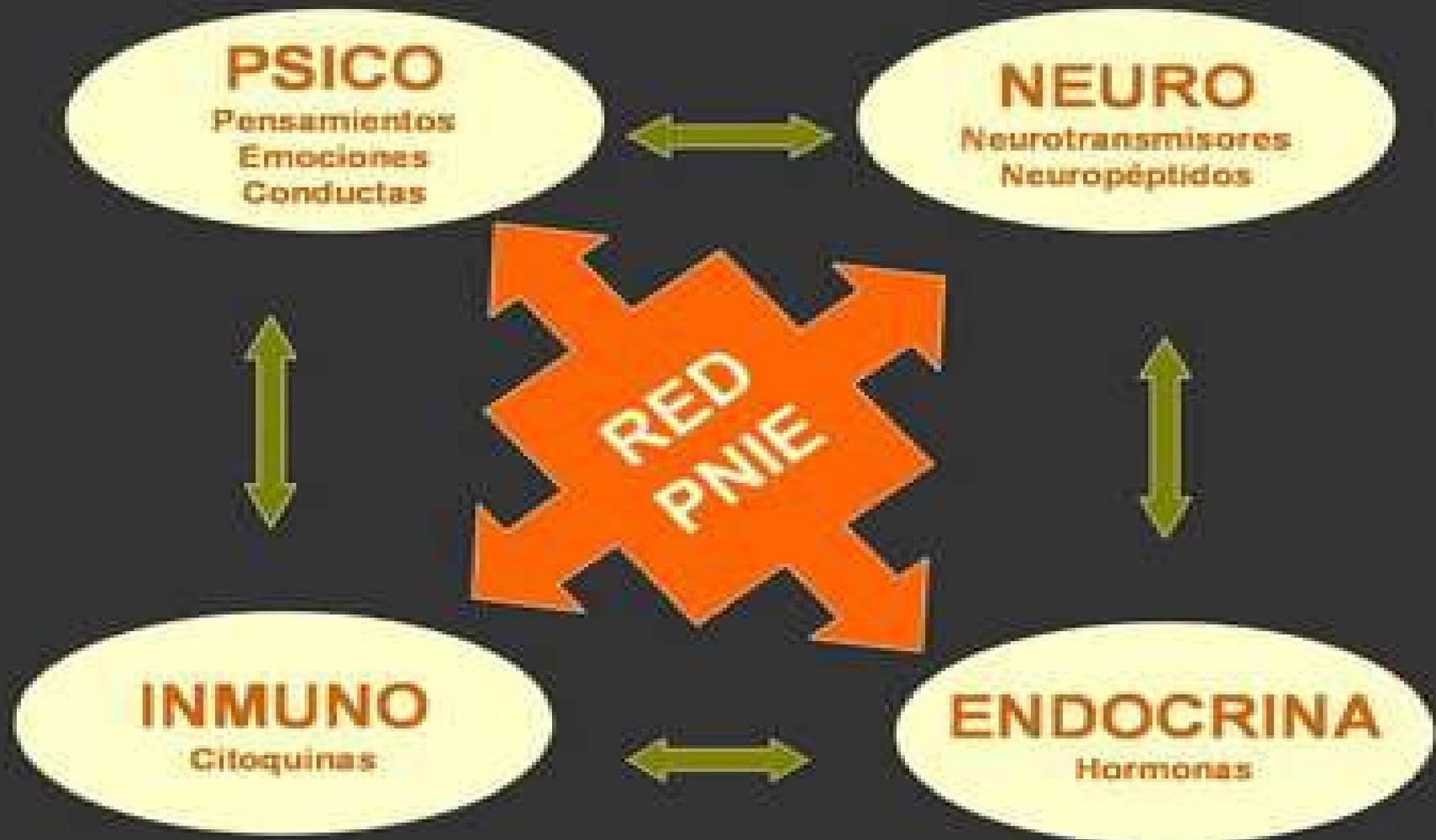
Acontecimientos traumáticos y somatización

- ▶ Holmes y Rahe (1969): Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes
- ▶ TEPT y síntomas corporales (maltrato, abuso): anorexias, obesidades, dolores crónicos...
- ▶ Nuevo paradigma para la Medicina Psicosomática:
trauma-estrés-disociación-somatización

Relación cerebro-mente-cuerpo

- ▶ Red psico-neuro-inmuno-endocrinología.
- ▶ Las reacciones de estrés como mediadoras.
- ▶ Las experiencias traumáticas son estresantes.
- ▶ La retraumatización como elemento desencadenante.

Psico-neuro-inmuno-endocrinología



Trastorno por trauma

```
graph TD; A[Trastorno por trauma] --- B[INTRUSIVIDAD]; A --- C[AROUSAL]; A --- D[EVITACIÓN];
```

INTRUSIVIDAD

Pensamientos recurrentes
Flashbacks
Pesadillas

AROUSAL

Trast. del sueño
Irritabilidad
Ansiedad

EVITACIÓN

Pensamientos
Personas o lugares relacionados
Hablar del tema

S. W. Porges,
1945
U. Indiana



LA TEORÍA POLIVAGAL



FUNDAMENTOS
NEUROFISIOLÓGICOS *de*
las emociones,
el apego,
la comunicación
y la autorregulación

STEPHEN W. PORGES

La jeraquía polivagal

- ▶ Porges (1995-2005) analiza la compleja interrelación entre el sistema nervioso simpático y parasimpático
- ▶ Describe tres subsistemas organizados jerárquicamente dentro del SNA que rigen nuestras respuestas neurobiológicas a la estimulación ambiental:
 1. La rama ventral del nervio vago (PSVV): **sistema de conexión social**
 2. El sistema simpático (SS): movilización
 3. La rama dorsal del nervio vago (PSDV): inmovilización

► Cada uno de estos subsistemas se corresponde con una zona de activación fisiológica:

1) El complejo vagal-ventral es el más reciente y sofisticado evolutivamente. Incluye la rama ventral del nervio vago que se origina en el núcleo ambiguo del tallo cerebral, uno de los grupos de neuronas especializadas que componen el sistema activador reticular: este sistema determina el nivel de conciencia o de alerta de la persona

Posibilita el interés/desinterés rápido en relación con el entorno

2) La activación del simpático
(evolutivamente más primitivo y menos flexible) aumenta la activación general y moviliza los mecanismos de supervivencia (ataque-fuga) en respuesta a la amenaza

La amígdala da la señal de alarma y el hipotálamo "enciende" el SNS generando un torrente de sustancias neuroquímicas que aumentan la activación

3) Si ni la conexión social ni la respuesta de ataque-fuga consiguen garantizar la seguridad, la otra rama del SNPS, la vagal-dorsal, pasa a la siguiente línea de defensa

Éste es el más primitivo de todos los sistemas. Su intervención se desencadena a causa de la hipoxia y permite disminuir la activación fisiológica en dirección a la zona de hipoactivación.

- ▶ El aumento del tono vagal-dorsal está asociado a la conservación de la energía
- ▶ La rama vagal-dorsal posibilita la inmovilización relacionada con la supervivencia. Por ejemplo: muerte fingida, el apagado conductual o el síncope
- ▶ En contextos no amenazantes el Sistema de Conexión Social controla al simpático, facilita la implicación con el entorno y nos ayuda a formar vínculos afectivos positivos y lazos sociales
- ▶ **El predominio del Sistema de Conexión Social, que ayuda a mantener la activación dentro del margen de tolerancia, se ve anulado bajo condiciones traumáticas**

Hiperactivación - Hipoactivación

Hiperactivación

**Simpático.
Lucha-huida**



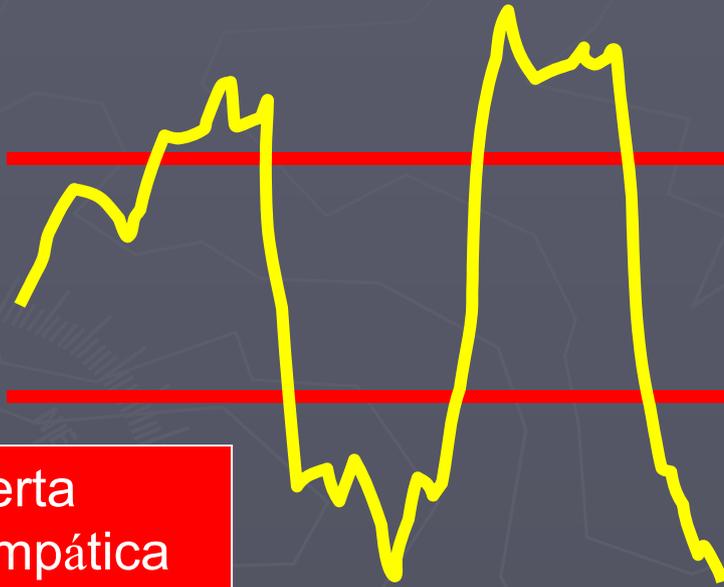
**Vagal ventral
Relación social**

**Vagal dorsal
Inmovilización**

Hipoactivación

Trastorno de la regulación derivado del trauma

Alerta simpática



Alerta parasimpática

Hiperalerta (hyperarousal)

Emocionalmente reactivo, impulsivo

Hipervigilante, hiperdefensivo

Imágenes y sentimientos intrusivos

Pensamientos obsesivos o
atropellados

“Ventana de tolerancia”*
Grado de alerta regulado, moderado

Hipoalerta (hypoarousal)

Sentimientos monótonos,
entumecimiento, “sentirse muerto”

Cognitivamente disociado o enlentecido

Colapso, retardo psicomotor

Reacciones de defensa inactivas

- ▶ Para poder devolver el pasado al pasado, los pacientes deben procesar las experiencias traumáticas dentro de los márgenes de una "zona óptima de activación fisiológica"
- ▶ Si bien los extremos pueden ser adaptativos en determinadas situaciones traumáticas, se vuelven desadaptativos cuando persisten en contextos que no revisten ninguna amenaza
- ▶ Dentro del "*margen de tolerancia*" (Siegel 1999), se pueden procesar distintas intensidades de activación emocional y fisiológica sin alterar el funcionamiento del sistema
- ▶ Dentro de la zona de activación óptima se mantiene el funcionamiento cortical, lo que supone un prerrequisito para integrar la información en los niveles cognitivo, emocional y sensoriomotriz

- ▶ Cada persona tiene una “amplitud” habitual dentro del margen de tolerancia que influye en su capacidad general de procesar información
- ▶ Las personas con un margen muy estrecho viven las fluctuaciones en la activación fisiológica como algo incontrolable y desregulador
- ▶ La mayoría de las personas traumatizadas tiene un margen de tolerancia estrecho y es más susceptible de desregularse a causa de las fluctuaciones en la activación fisiológica

Por el trauma, lo pasado está presente

- ▶ Se activan las emociones, las sensaciones; las vivencias que pertenecen al pasado se viven en el presente como respuesta a estímulos no necesariamente traumáticos.
- ▶ El pasado (cristalizado) se actualiza y se revive, sin control.
- ▶ Estas reacciones no son adaptativas y generan mucho sufrimiento.

William Faulkner

Nobel 1949

► *"... porque el pasado no está muerto. El pasado ni siquiera ha pasado"*



La memoria implícita

► Babette Rothschild



El cuerpo recuerda

La psicofisiología del trauma y el tratamiento del trauma



Babette Rothschild



El trauma y el cuerpo

► Pat Ogden (2009)



Pat Ogden · Kekuni Minton · Clare Pain



EL TRAUMA y EL CUERPO

Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia

biblioteca de psicología



Desclée De Brouwer

Pat Ogden
Janina Fisher

Psicoterapia Sensoriomotriz

Intervenciones para el trauma y el apego



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

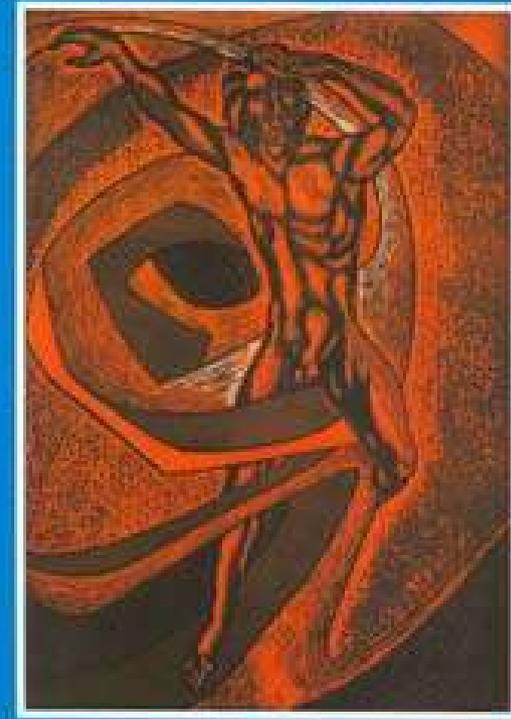
La memoria traumática

► Bessel Van der Kolk



EL CUERPO LLEVA LA CUENTA

Cerebro, mente y cuerpo
en la superación del trauma



Bessel van der Kolk, M.D.



Lo psico-social

► Luis Raimundo Guerra



con vivencias

Palos en las ruedas

Una perspectiva relacional y social sobre por qué el trauma nos impide avanzar

Luis Raimundo Guerra Cid



Octaedro



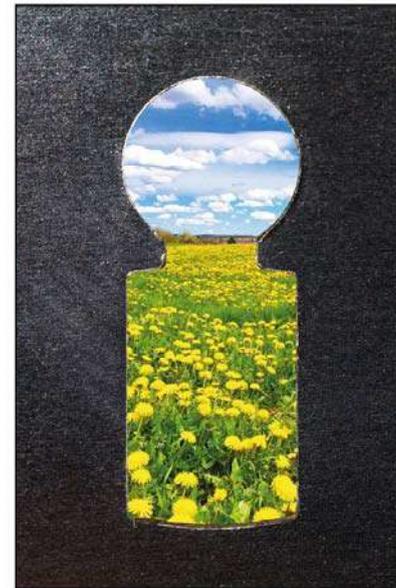
agapea.com

Trauma relacional temprano

► Laurence Heller



Curar
el trauma del desarrollo



El método Relacional Neuroafectivo (NARM™)
para restablecer la conexión

Laurence Heller, PhD y Aline LaPierre, PsyD



El trauma en la clínica



**D^a. CRISTINA AVENDAÑO SOLÁ, PRESIDENTA DEL COMITÉ ETICO DE
INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA DE MADRID**

CERTIFICA

Que dicho Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

**“IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON EMDR SOBRE LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS
EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO”.**

Juan Torres y Begoña Aznárez



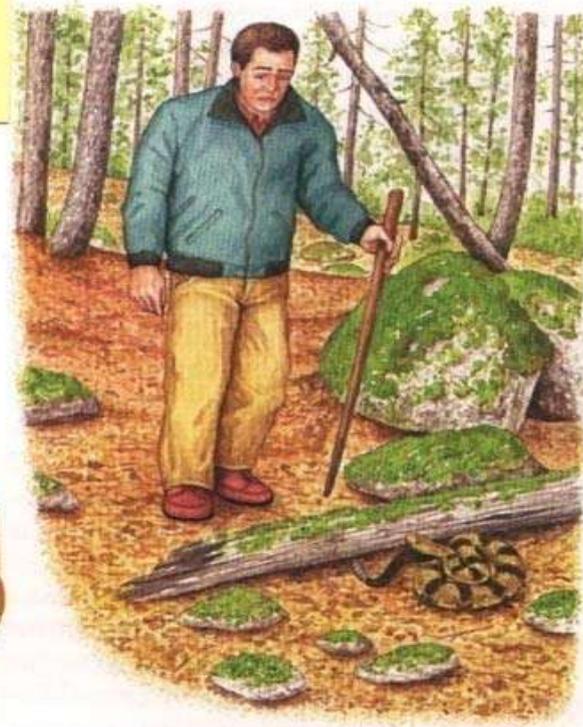
MODELO DE LEDOUX



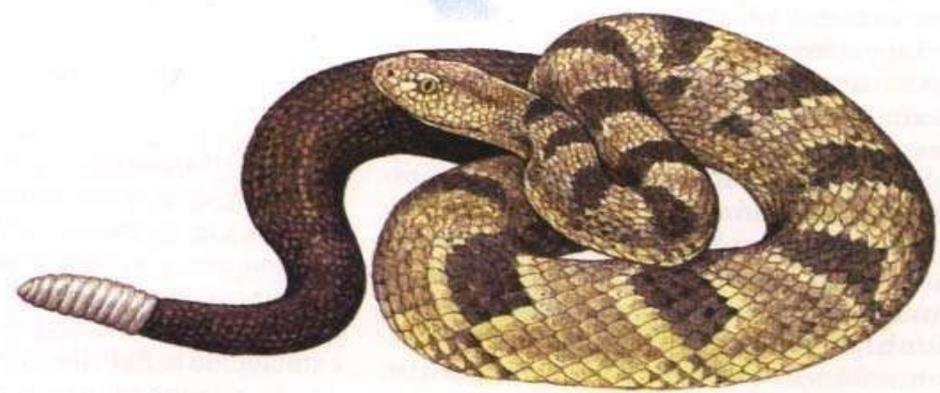
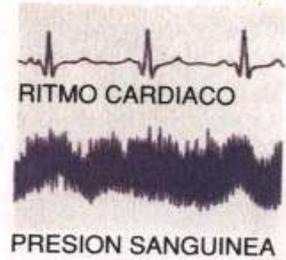
CORTEZA VISUAL

TALAMO VISUAL

AMIGDALA



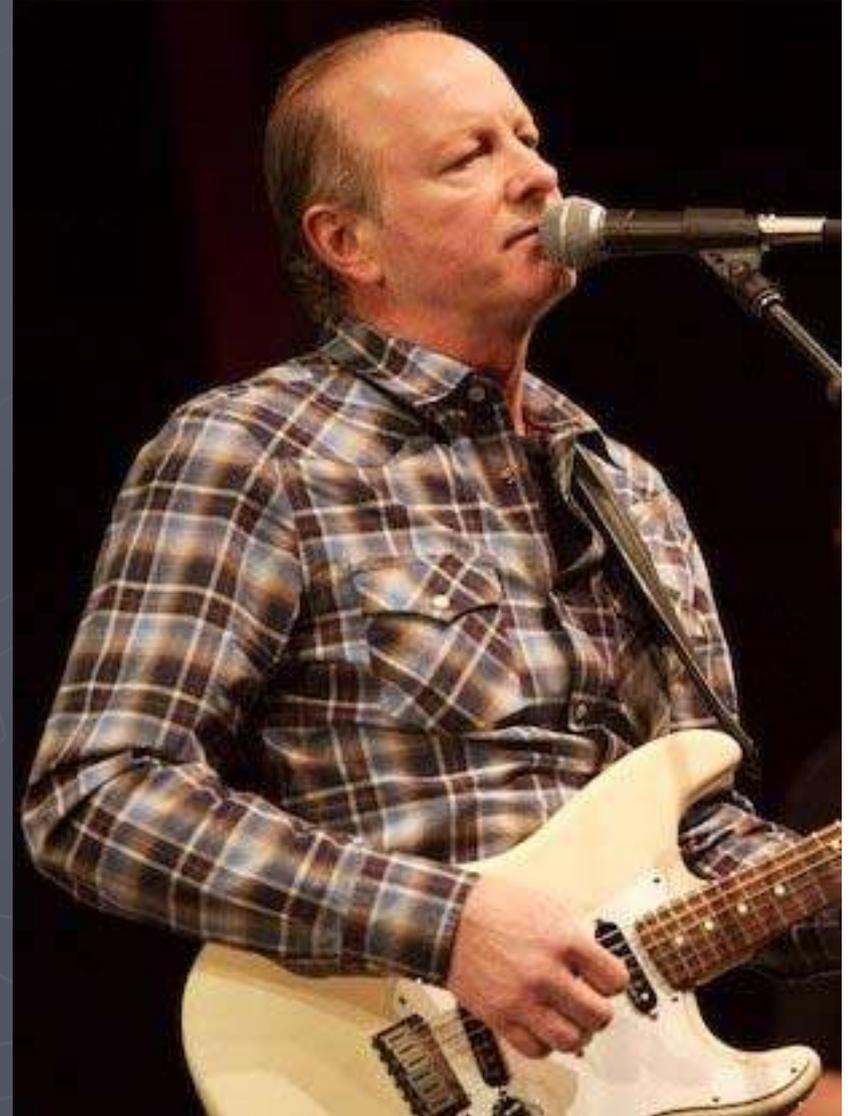
J. Ledoux (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel



Neurobiología del trauma

- ▶ *Input* sensorial → Tálamo → Amígdala → Cortex
- ▶ La amígdala es parte del sistema límbico, y éste da significado emocional a la experiencia.
- ▶ En el trauma, la Amígdala está hiperactivada y estimula el hipotálamo.
- ▶ Aumento de CRF → ACTH → Cortisol .
- ▶ Además, puede existir una hipersensibilidad receptorial en el hipocampo para el cortisol.

J. LeDoux and "The amigdaloids"

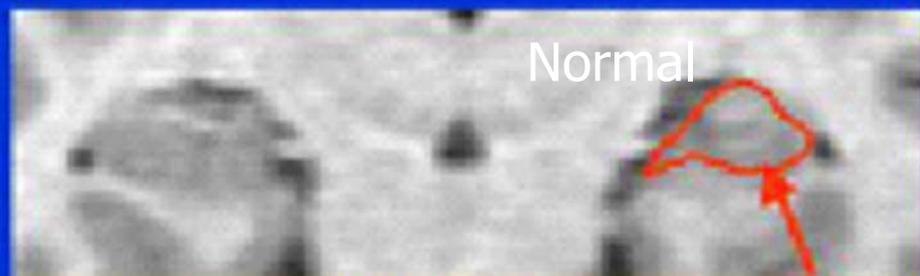
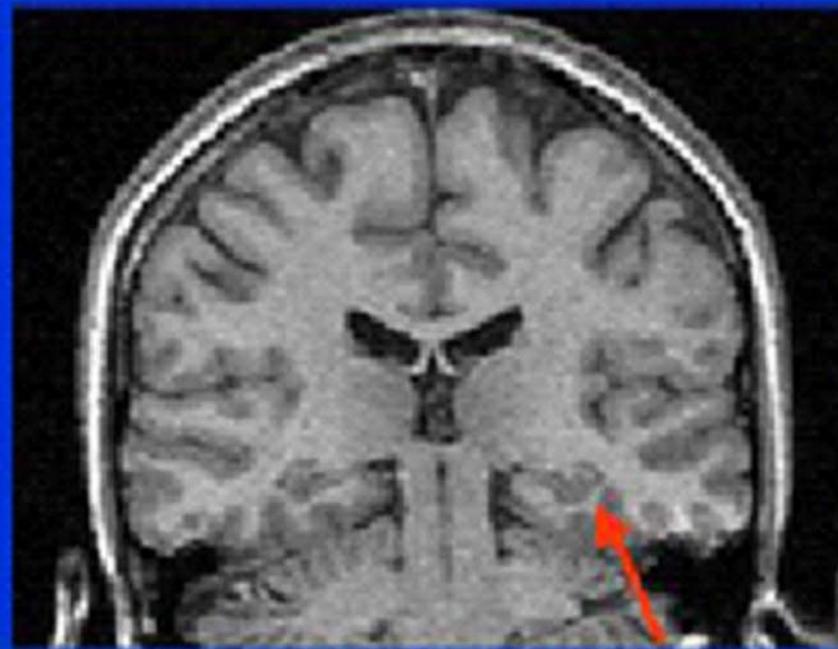
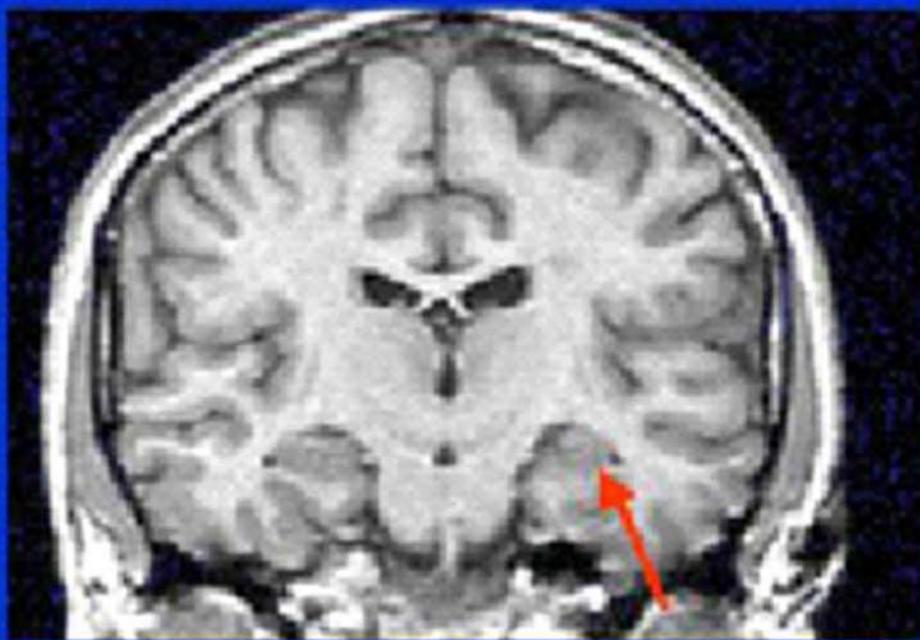


Hipocampo: clave en la experiencia traumática

- ▶ El hipocampo es una estructura clave en la regulación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal que se observa alterado en el Trastorno Depresivo Mayor y en las víctimas de experiencias traumáticas.
- ▶ La afectación del hipocampo (disminución de tamaño) produce una alteración de la regulación neuroendocrina que da lugar a unos altos niveles de cortisol, tóxicos para el organismo
- ▶ Los altos niveles de cortisol también pueden afectar a la plasticidad y a la supervivencia neuronal a través de la modulación de un factor neurotrófico, el BDNF

Cambios en el volumen del hipocampo asociado al trauma

Atrofia del hipocampo en el TEPT



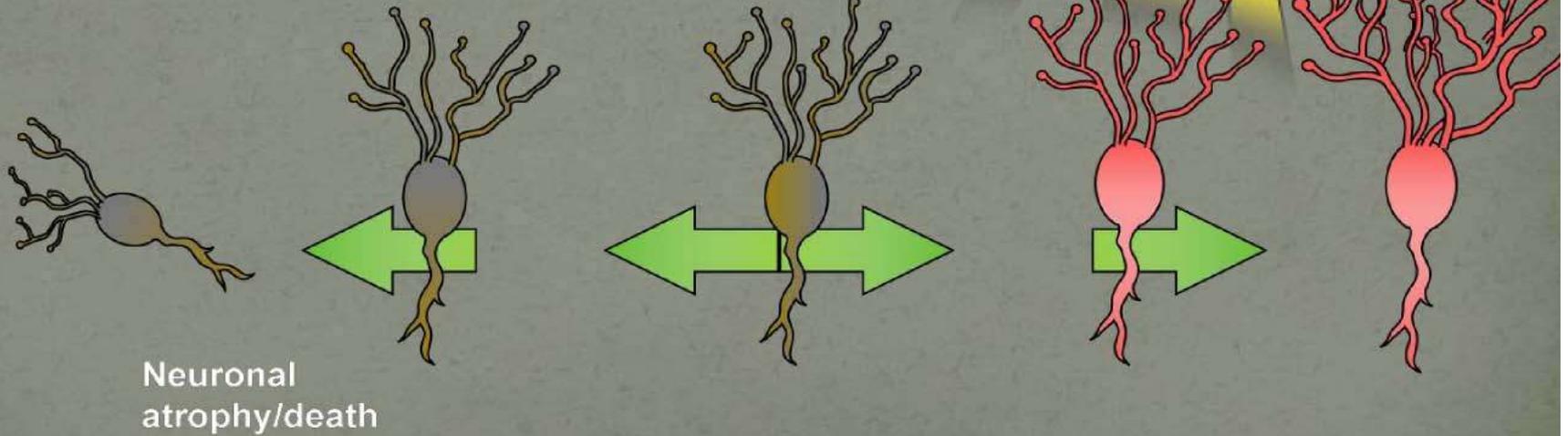
Neuroplasticidad y BDNF

Brain-Derived Neurotrophic Factor

Trauma

Niveles de BDNF
disminuidos

BDNF



Las consecuencias sistémicas de la respuesta traumática

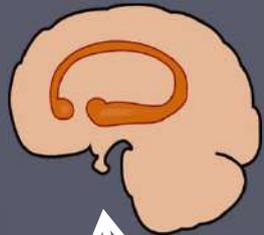
2. Las glándulas suprarrenales segregan una cantidad excesiva de catecolaminas y cortisol

3. Un aumento de catecolaminas puede llevar a la isquemia miocárdica, disminuir la variabilidad de la frecuencia cardíaca y contribuir a las arritmias ventriculares

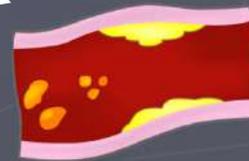
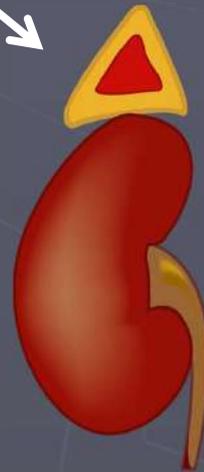
4. Un aumento de las catecolaminas causa la activación plaquetaria; un aumento de citoquinas e interleuquinas puede también contribuir a la aterosclerosis y posible hipertensión

5. El Cortisol antagoniza la insulina contribuyendo a la dislipidemia, diabetes tipo 2 y obesidad; los aumentos del cortisol también suprimen el sistema inmune

1. El hipotálamo estimula la glándula pituitaria, que segrega de forma excesiva ACTH, que regula de forma continua las glándulas suprarrenales



ACTH



Predisposición genética?

Eventos adversos tempranos



Fenotipo vulnerable

Hiperactividad eje HHA
Hiperactividad NA
Disminución neurogénesis
Aumento neurotoxicidad



Vulnerabilidad al estrés ante eventos vitales



**Eventos Vitales
o
Traumas de
Adultez**



Alteraciones Biológicas



Síntomas

Situación actual

- ▶ Nos encontramos con personas que:
 - Presentan una experiencia traumática de carácter inenarrable, incontable e incompañable.
 - Con un desmoronamiento de referentes básicos de su seguridad.
 - Se cuestionan la dignidad personal, asociándolo o no a vivencias de culpa.
 - Pueden haber estado viviendo esta experiencia durante años.
- ▶ Una parte (o todo) puede estar disociado

Cuando la voz es silenciada...





Your body

is a

battleground

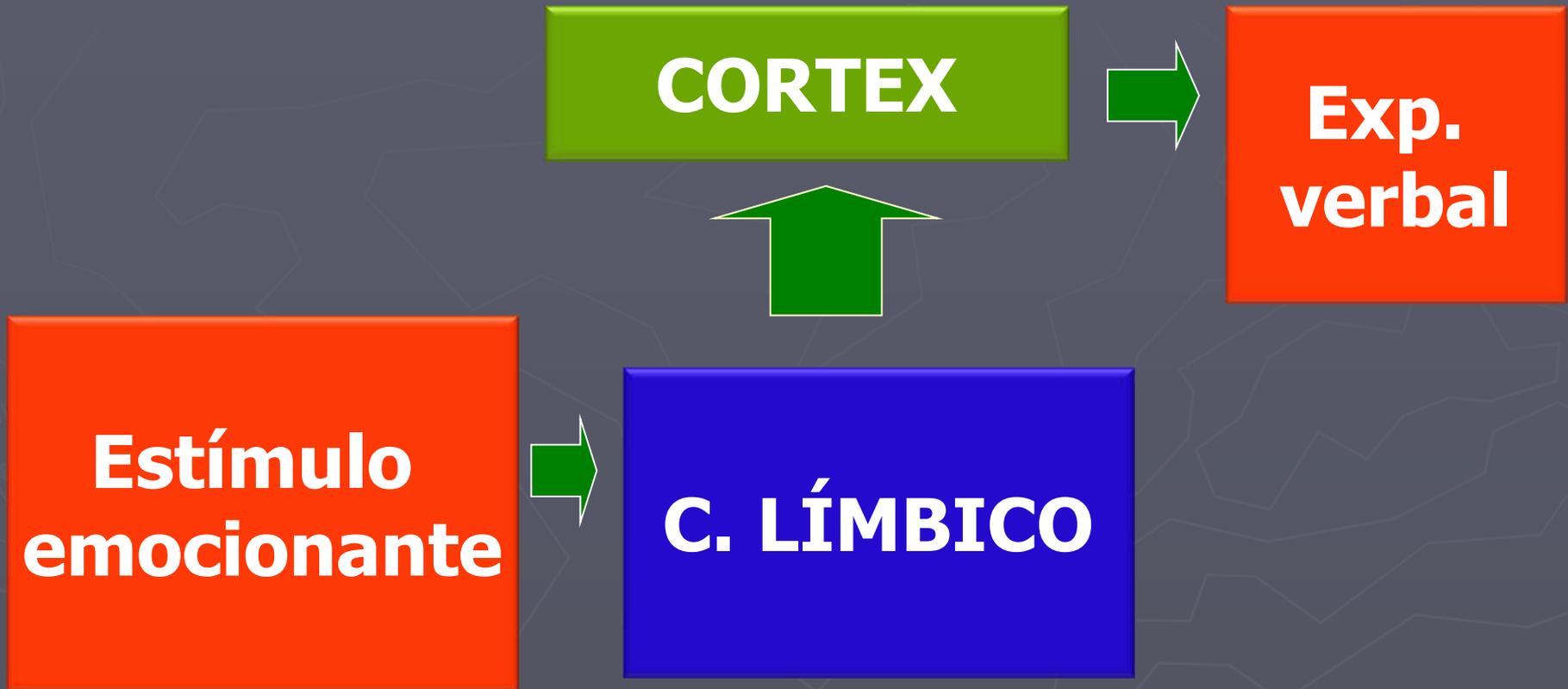
El concepto de "alexitimia", 1978

- ▶ *"Carencia de los medios de expresión de las emociones: alteración de las conexiones neuronales entre s. límbico y neocortex"*

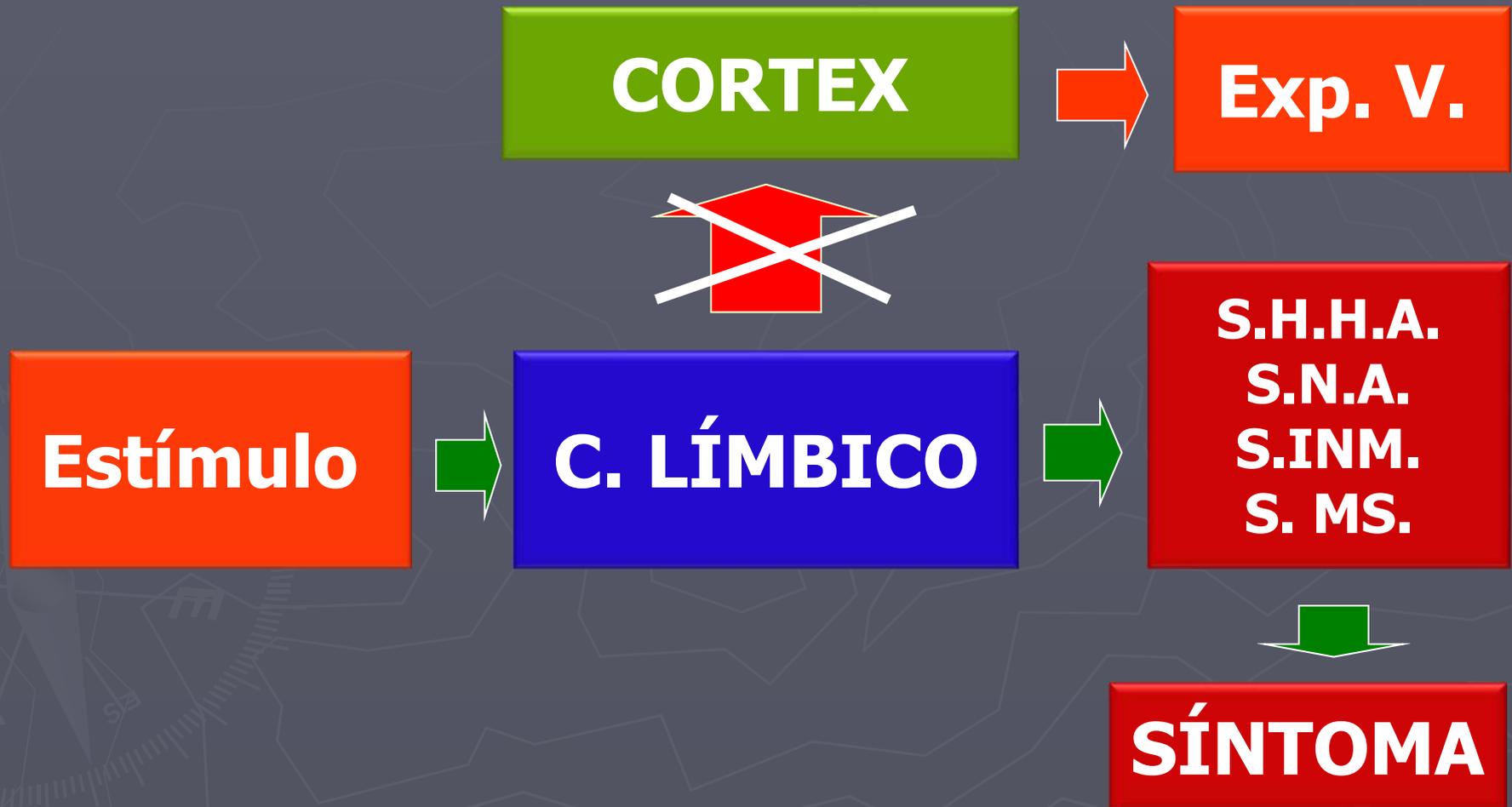


**Peter E. Sifneos,
1920-2008**

Expresión emocional



Alexitimia (Sifneos, 1978)

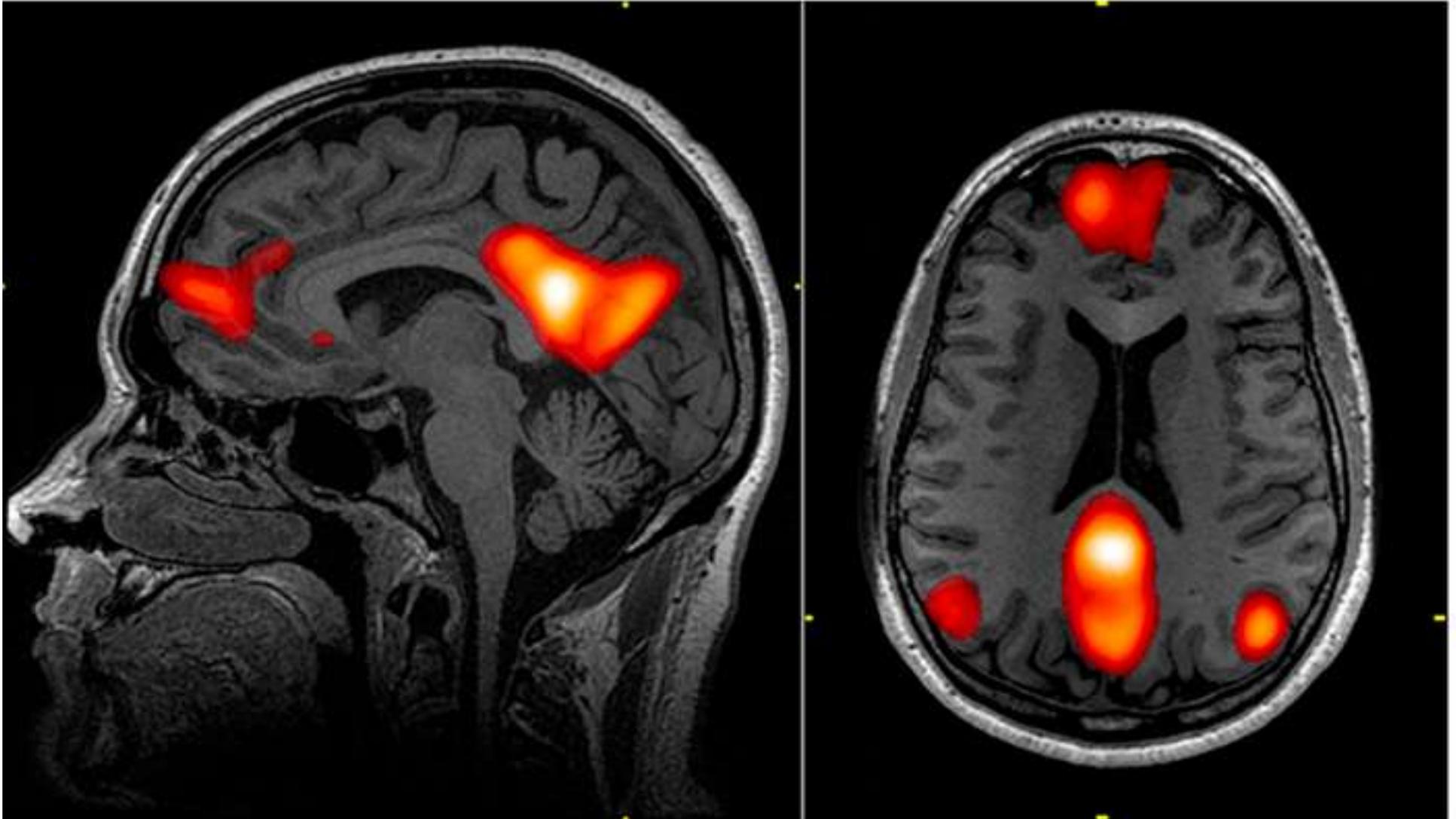


Alexitimia, 1

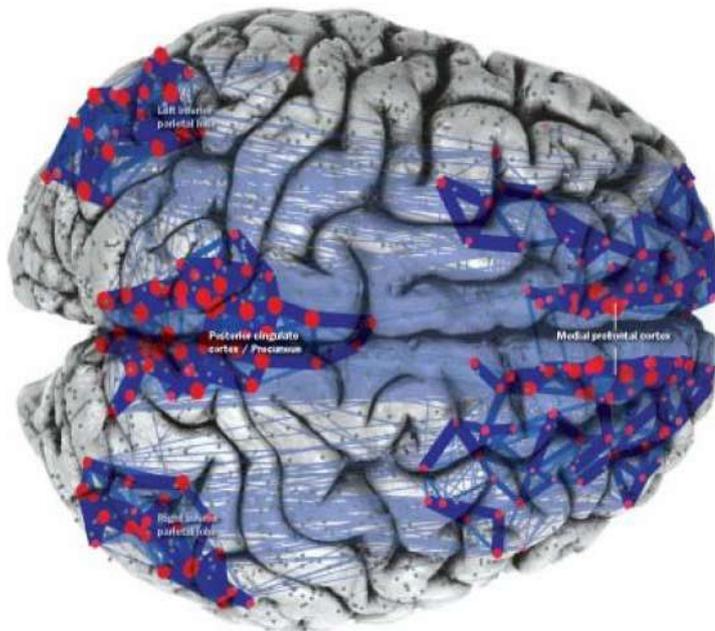
- ▶ Dificultad para identificar y describir emociones, sentimientos y afectos
- ▶ Dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional
- ▶ Constricción en la capacidad de introspección (**Red neuronal por defecto**)

Red neuronal por defecto

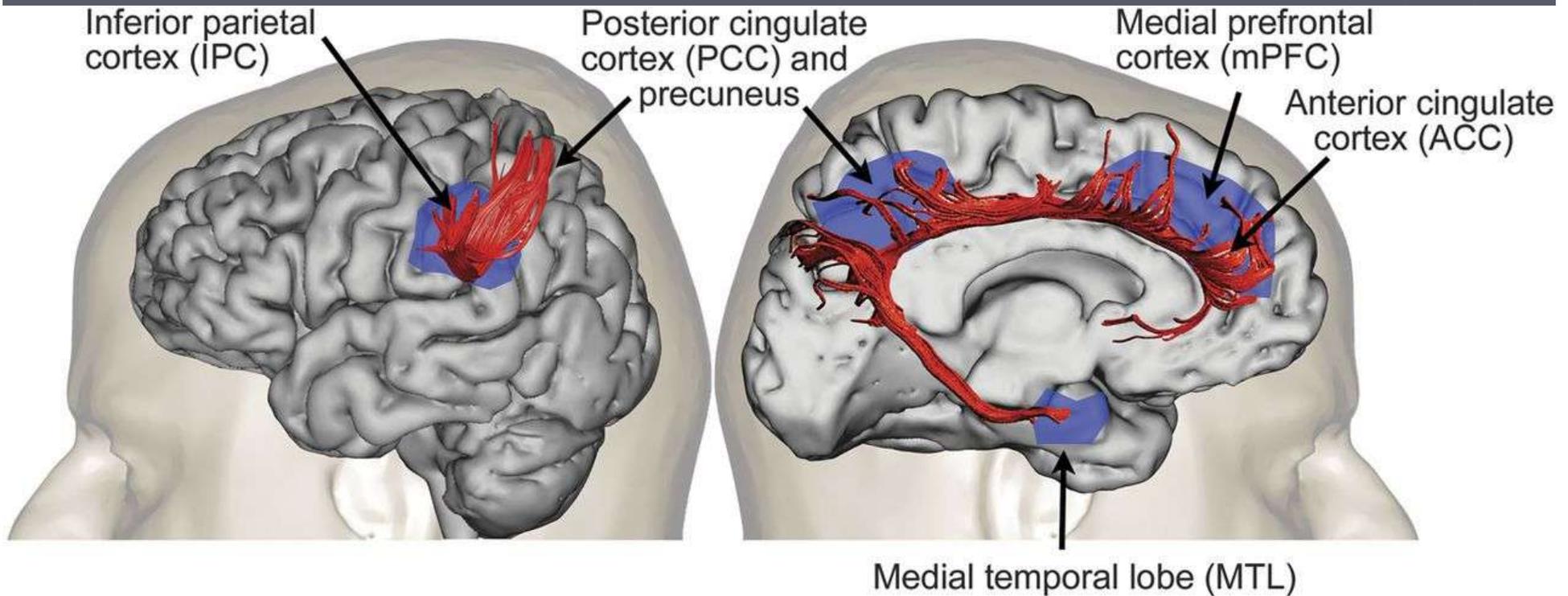
El cerebro sólo consume un 5 % menos de energía cuando está en reposo



Red neuronal por defecto (Default Mode Network)



Red neuronal por defecto (RND)



Artículos



Papeles del Psicólogo, 2015. Vol. 36(1), pp. 54-61
<http://www.papelesdelpsicologo.es>

PERSONALIDAD Y CEREBRO: UN ENCUENTRO INEVITABLE

Eduardo J. Pedrero Pérez¹, José M. Ruiz Sánchez de León² y Marcos Llanero Luque¹

¹Ayuntamiento de Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid

- ▶ Existe una red neuronal que permanece activa, y que denominaron red neuronal por defecto (del inglés *default mode network*, DMN), cuando la red neuronal orientada a la tarea (*task oriented network*, TON) no se encuentra activa en la persecución de un objetivo concreto

Funciones de la RND

(Buckner, 2008)

1. Soporta directamente la mentalización interna que es desligada del mundo externo. El papel de la red sería el de construir simulaciones mentales dinámicas basadas en experiencias personales pasadas, tales como aquellas que se usan mientras se recuerda, se piensa en el futuro y, generalmente, cuando se piensan perspectivas y escenarios alternos a los presentes. La red por defecto está, de hecho, relacionada con los sistemas de memoria y no con sistemas sensoriales.

2. Soporta el monitoreo exploratorio del ambiente externo cuando se "relaja" la atención enfocada (hipótesis del centinela).

3. Construir perspectivas alternativas:
(hipótesis de la mentalización interna)

La red por defecto contribuye directamente a la mentalización interna. Los pensamientos y juicios auto-reflexivos que dependen de un contenido social y emocional.

- ▶ En suma, dicen Buckner et al., la función adaptativa de la red por defecto puede ser proporcionar un "simulador de la vida": un conjunto de subsistemas que interactúan y que pueden usar experiencias pasadas para explorar y anticipar escenarios y situaciones sociales.
- ▶ Severamente alterada en la experiencia traumática.

Red Neuronal por Defecto – RND (Raichle, 2010)

- ❑ Red que está activa cuando el individuo está despierto en reposo, y se inactiva durante la realización de tareas que demandan atención.
- ❑ La RND permanece activa y sincronizada cuando el individuo está centrado en el mundo interior y también durante la anestesia y fases iniciales del sueño.
- ❑ Al preguntarles a los participantes qué pensaban en los momentos de reposo se determinó que correspondía a una mezcla de recuerdos, planes futuros, pensamientos y experiencias personales, es decir, actividad introspectiva o autoreferencial.
- ❑ Esta red ha sido involucrada en varias enfermedades cerebrales como enfermedad de Alzheimer, el autismo, la esquizofrenia, la depresión y el déficit atencional.

Alexitimia, 2

- ▶ Estilo cognitivo caracterizado por una preocupación hacia los detalles y acontecimientos externos
- ▶ Utilización de la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto (**Secuestro emocional**)

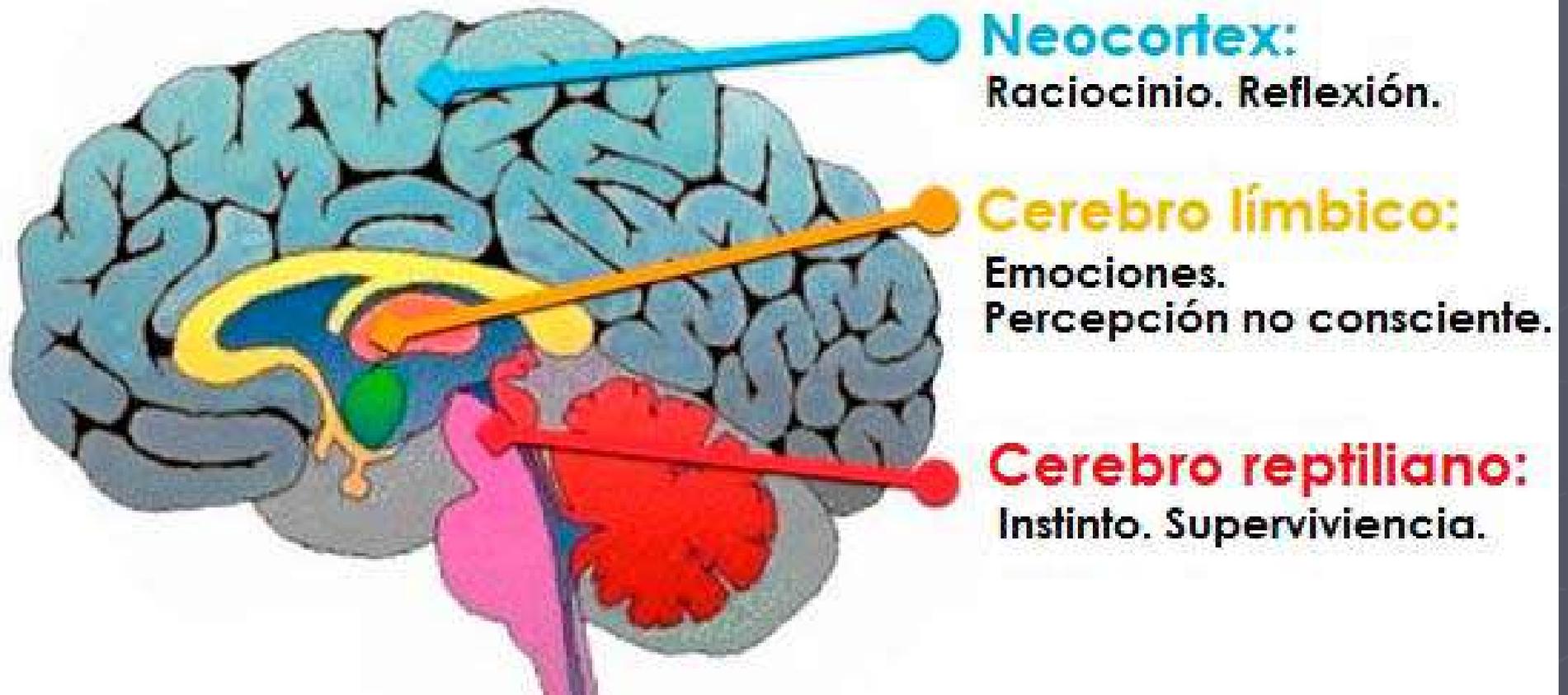
Daniel Siegel
UCLA

Pocket Guide to
INTERPERSONAL
NEUROBIOLOGY

Daniel J. Siegel

An Integrative
Handbook of
the Mind

Cerebro "triuno" (McLean)



El secuestro emocional

When you flip your lid
your frontal cortex
is disengaged from
your amygdala

Somatización

- ▶ Lipowsky, 1986: *“tendencia a experimentar y comunicar el malestar psicológico e interpersonal en forma de malestar somático médicamente inexplicable para los que busca ayuda médica”*

La somatización puede ser

- ▶ Un mecanismo de defensa: desplazamiento, disociación...
- ▶ Una forma de comunicar: *"un idioma de malestar en el que los pacientes con problemas emocionales articulan ese malestar, principalmente, a través de síntomas corporales"* (Wayne Katon).

TRAUMA



**fase de desarrollo
naturaleza del trauma
persistencia del trauma
revelación
variables familiares
recursos personales**



INTEGRACIÓN



**DISOCIACIÓN
SOMATIZACIÓN**

Disociación

- ▶ La disociación es un mecanismo de defensa que consiste en escindir elementos disruptivos para el yo, del resto de la psique.
- ▶ Esto se traduce en que el sujeto convive con fuertes incongruencias, sin lograr conciencia de ello.
- ▶ Y presenta sintomatología en la cual funciones corporales, ya sea completamente o bien por áreas de las mismas, dejan de operar o se ven seriamente impedidas

Disociación, 2

- ▶ Según la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (*International Society for the Study of Trauma and Dissociation* – ISSTD), el término disociación hace referencia a falta de conexión entre elementos que habitualmente están asociados entre sí.
- ▶ La disociación puede afectar a la conciencia, a la memoria, a la identidad, a la percepción y a las funciones corporales, que habitualmente suelen estar integradas.

Trauma y disociación

► Onno van der Hart



Onno van der Hart
Ellert R.S. Nijenhuis - Kathy Steele



EL YO ATORMENTADO

La disociación estructural y el tratamiento
de la traumatización crónica

2ª Edición

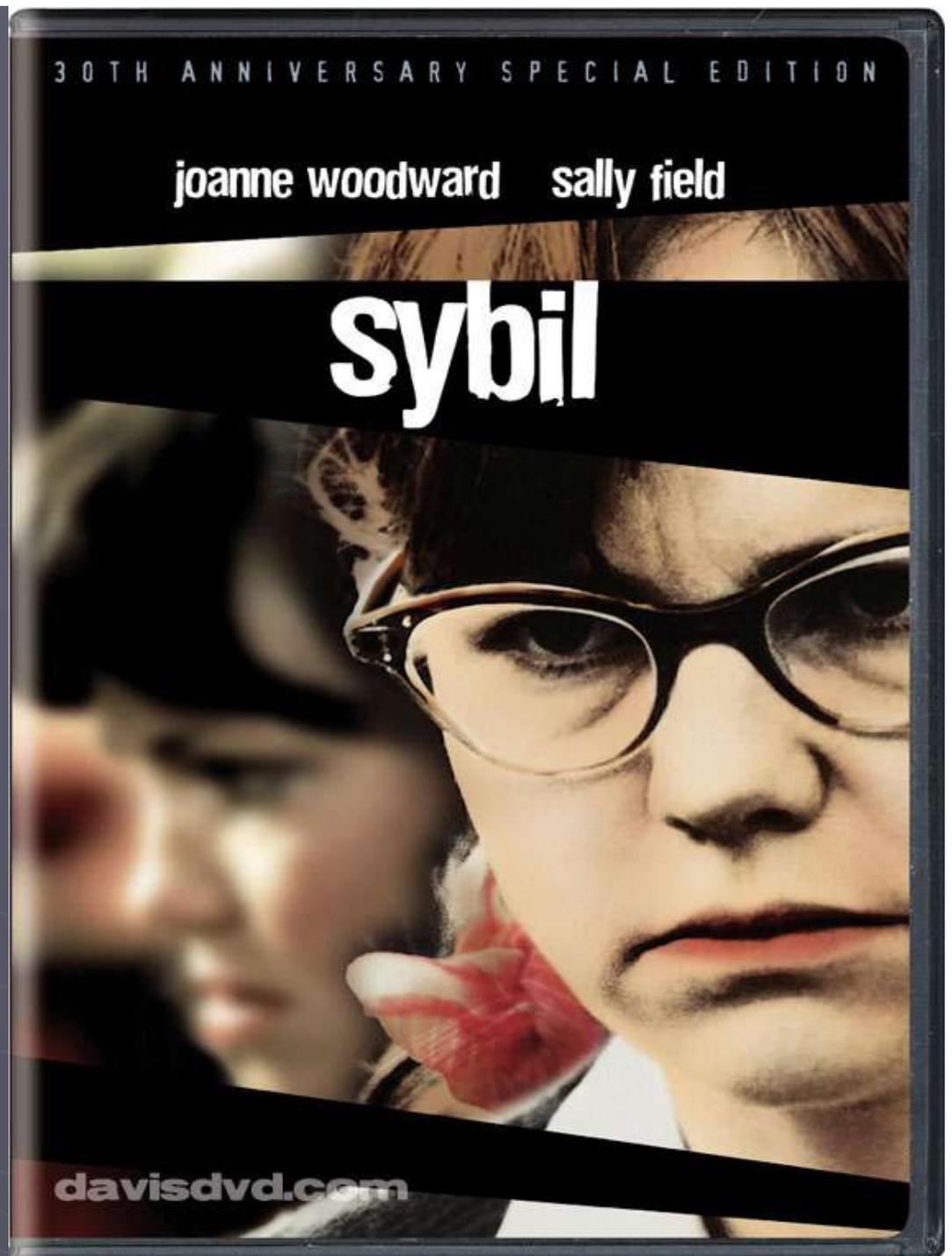


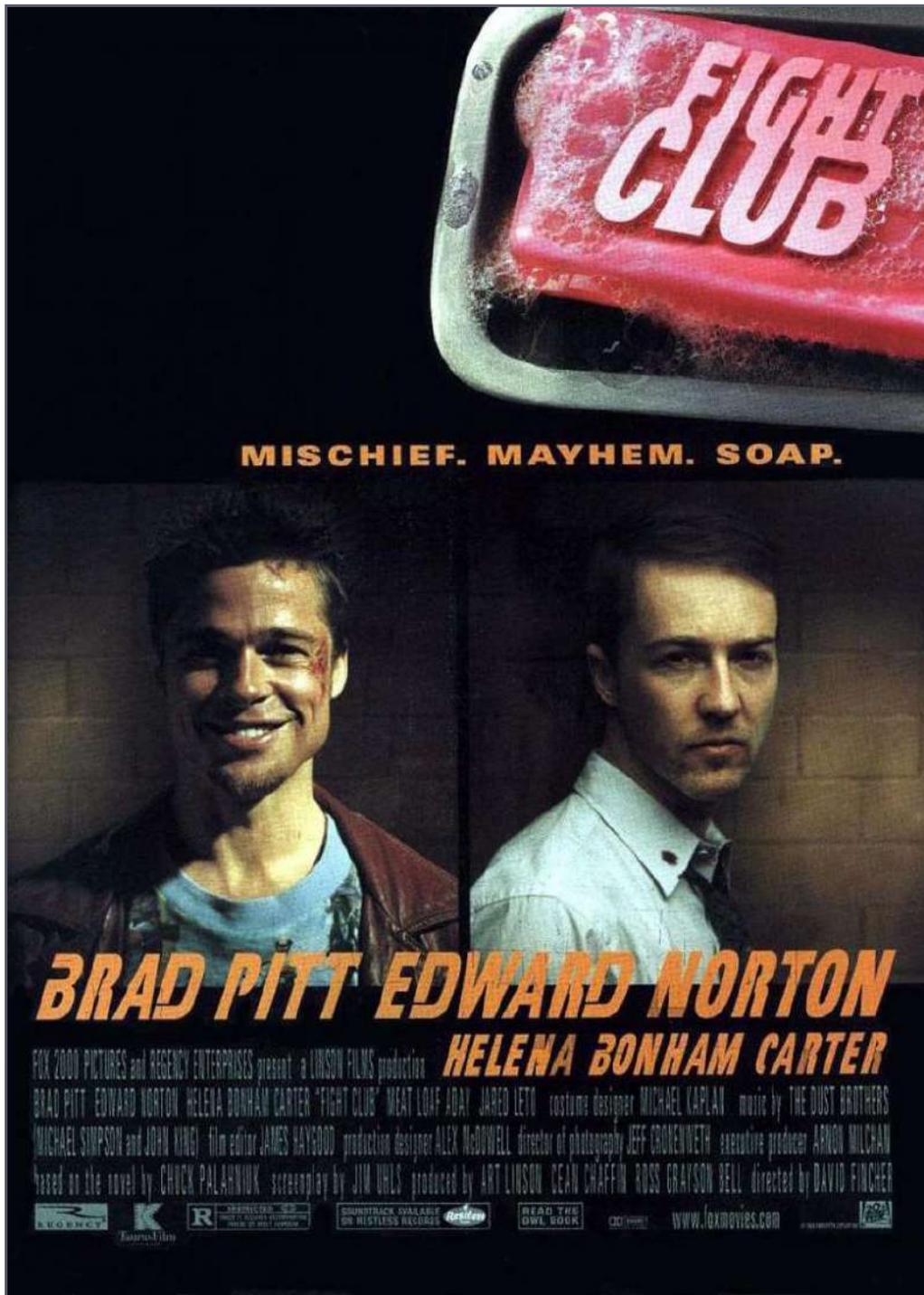
biblioteca de psicología



DESCLEE DE BROUWER

La disociación en el cine





El club de la lucha

D. Fincher, 1999



JOHN CUSACK RAY LIOTTA AMANDA PEET

IDENTITY

THE SECRETS ARE WITHIN



5 NOMINACIONES A LOS OSCAR

INCLUYENDO MEJOR PELÍCULA, DIRECTOR Y ACTRIZ



—GANADORA—
DEL GLOBO DE ORO
MEJOR ACTRIZ
NATALIE PORTMAN

NOMINADA AL OSCAR
NATALIE PORTMAN VINCENT CASSEL MILA KUNIS

CISNE NEGRO

18 DE FEBRERO EN CINES

www.cisnenegro.com

JIM CARREY
Yo,
Yo mismo & Irene
(ME, MYSELF & IRENE)

**RENÉE
ZELLWEGER**



zonadvd.com

1080p



23 IDENTIDADES
CONVIVEN
DENTRO DE KEVIN.

LA 24 ESTÁ
A PUNTO DE SER
LIBERADA.

EL NUEVO THRILLER DE
M. NIGHT SHYAMALAN
JAMES McAVOY

MÚLTIPLE

ENERO 2017



www.multiple-lapelicula.es



EL VIAJE DE TU VIDA

DEL DIRECTOR GANADOR DE UN OSCAR ANG LEE

LA VIDA DE PI EN 3D

30 DE NOVIEMBRE EN CINES

[WWW.LAVIDADAPI.ES](http://www.lavidadepi.es)



20th Century Fox Home Entertainment

JOANNE
WOODWARD

DAVID
WAYNE

LEE J.
COBB

LAS TRES CARAS DE EVA
(The Three Faces of Eve)

LAS TRES CARAS DE EVA

(The Three Faces of Eve)



En este drama "totalmente absorbente y fascinante" (*Hollywood Reporter*), Joanne Woodward es una mujer con tres personalidades. Woodward ganó un Oscar® a la mejor actriz por su extraordinaria interpretación.

Eva White, una ama de casa sosa y retraída, desconcierta a su marido (DAVID WAYNE) cuando le dice que las prendas provocativas que éste encuentra en el dormitorio no son suyas. Eva se queja de que sufre desvanecimientos y su marido la lleva a un psiquiatra (LEE J. COBB), quien muy pronto descubre su segunda personalidad: Eva Black, una mujer atractiva y desinhibida. Según progresa la terapia de Eva, su tercera personalidad, Jane, sensible e inteligente, aparece para ayudar a resolver su extraña condición de múltiple personalidad.

Basada en una historia real, este aclamado y brillante drama psicológico explora las dimensiones de la mente humana. "Presentada con un gran realismo... muy especial y de grandes cualidades". (*Los Angeles Times*)

CONTENIDOS ADICIONALES

- Tráiler Original de Cine
- Acceso Directo a Escenas
- Subtítulos en Múltiples Idiomas

DURACIÓN APROXIMADA: 1hr. 28mins. • B y N

IDIOMAS: Castellano 2.0 [], Inglés 2.0 [], Italiano 2.0 []

SUBTÍTULOS: Castellano, Francés, Italiano, Danés, Finés, Noruego, Sueco, Inglés para sordos

MENÚS: Castellano, Inglés, Italiano



No recomendada para menores de 18 años. I.C.A.A.: 39.703

TWENTIETH CENTURY FOX PRESENTA "LAS TRES CARAS DE EVA"

PROTAGONISTAS JOANNE WOODWARD • DAVID WAYNE • LEE J. COBB CON EDWIN JEROME
ALENA MURRAY • NANCY KULP • DOUGLAS SPENCER • TERRY ANN ROSS • KEN SCOTT • MIMI GIBSON

PRODUCCION Y DIRIGIDA POR NUNNALY JOHNSON BASÁNDOSE EN SU GUION



www.fox.es



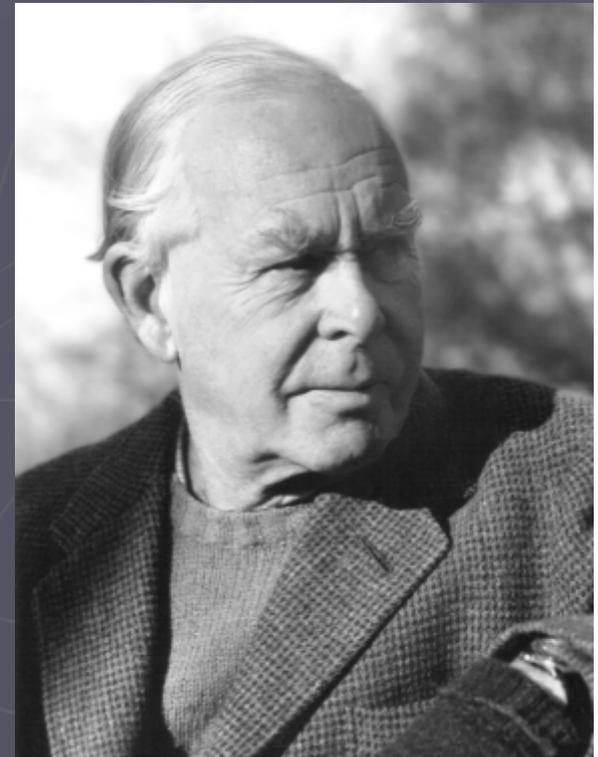
FO-SES
0141309



LA TRES CARAS DE EVA 01957 Twentieth Century Fox Film Corporation. Todos los derechos reservados. Renewed 1995 Twentieth Century Fox Film Corporation. Diseño de carátula © 2004 Twentieth Century Fox Home Entertainment, Inc. Todos los derechos reservados. Twentieth Century Fox Home Entertainment España, S.A. Avda. de Burgos 18 A Ptas. 18 28020 MADRID Twentieth Century Fox, "Fox" y sus logos asociados son propiedad de Twentieth Century Fox Film Corporation y de sus filiales. El logo de DVD es una marca registrada de DVD Forum/Lego Licensing Corp. Dolby y sus logos son propiedad de Dolby Laboratories Licensing Corporation. "Oscar" y "Oscar" son marcas registradas e imágenes de marca propiedad de la Academia de las Artes y Ciencias Cinematográficas. Advertencia: Reservados todos los derechos de la obra contenida en este DVD (copyright). El propietario de los derechos ha licenciado el film incluido su banda sonora exclusivamente para su uso doméstico. Cualquier otra forma de exhibición o difusión, edición, conexión, alquiler, copiado o intercambio de este DVD o de alguna parte del mismo sin autorización, está terminantemente prohibido. Queda expresamente prohibido LA UTILIZACIÓN EN REPOSICIONAMIENTO. La realización de copias o de otras actividades, o otras analogas serán perseguidas de acuerdo con las leyes. Los puntos de vista expresados en las entrevistas y comentarios pertenecen exclusivamente a los individuos que participan en los mismos, y por tanto, no reflejan las opiniones de Twentieth Century Fox Film Corporation su matriz, filiales o compañías subsidiarias. Campaña Audiovisual nº 354.

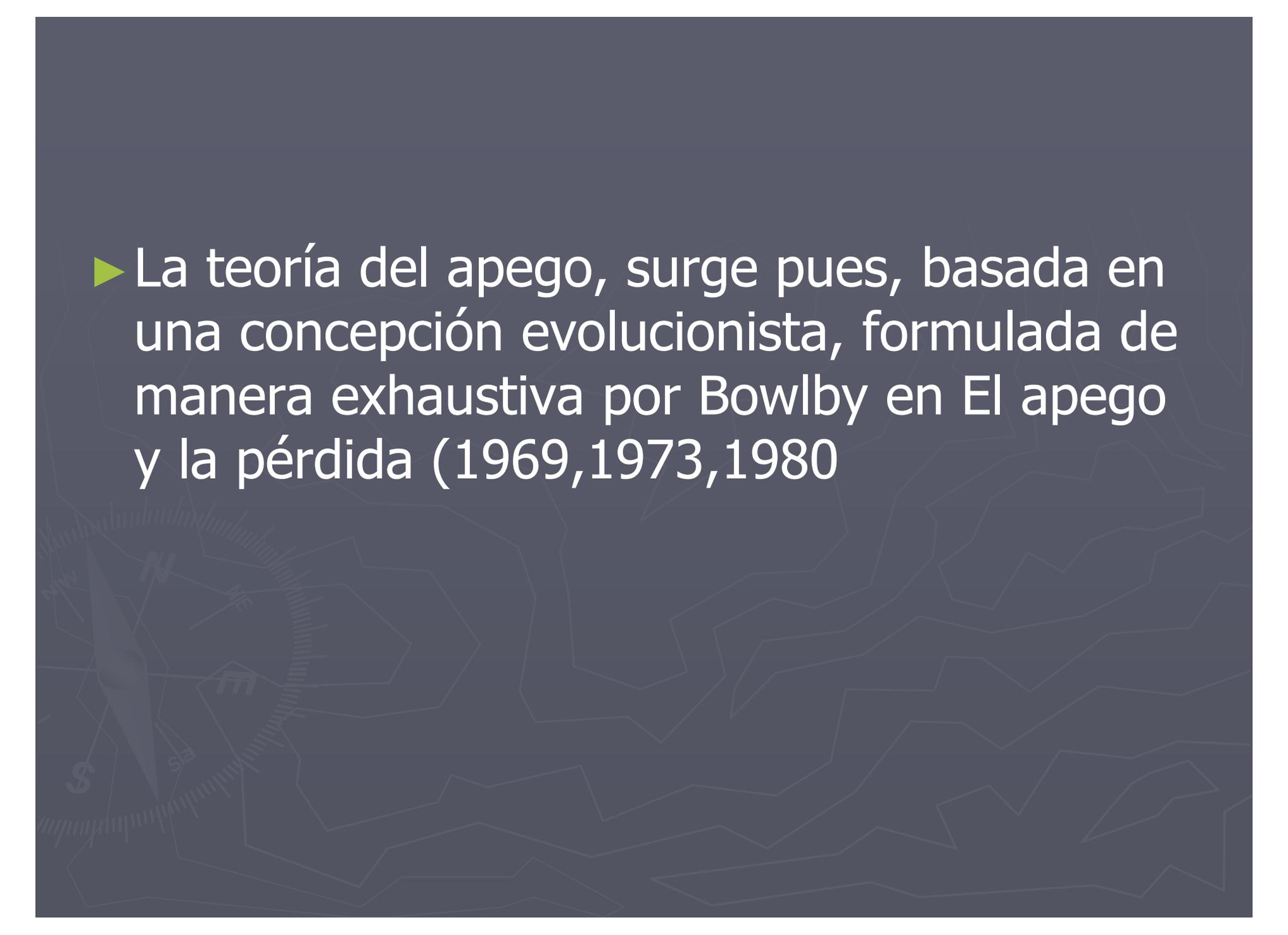
Trauma, apego y psicoterapia

- ▶ *“Todos los T. mentales muestran alteración de la capacidad de vinculación afectiva, que con frecuencia es tan grave como persistente”*
- ▶ **John Bowlby** (Londres, 26/2/1907,
- Isla de Skye, 2/9 1990)



Historia

- ▶ Alarmada por la cantidad de trastornos presentes en niños después de la II Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud encargó a John Bowlby (1951) que elaborara un informe sobre cuidados maternos y salud mental, terminando por confirmar que cualquier tipo de separación de estos niños de sus madres eran considerados siempre nefastos.

- 
- ▶ La teoría del apego, surge pues, basada en una concepción evolucionista, formulada de manera exhaustiva por Bowlby en El apego y la pérdida (1969,1973,1980)



134

UNA BASE SEGURA

APLICACIONES CLÍNICAS DE
UNA TEORÍA DEL APEGO

著

JOHN BOWLBY

PAIDÓS PSICOLOGÍA PROFUNDA

La teoría del apego

- ▶ La evolución “diseñó” lo que Bowlby denominaba *sistema conductual del apego* con el fin de incrementar la probabilidad de supervivencia y el éxito reproductivo. Como tal, el sistema de apego es un componente de la programación genética humana tan importante como la alimentación, el apareamiento.
- ▶ Este conjunto de respuestas innatas e instintivas ante la amenaza y la inseguridad se manifiesta en tres tipos de conducta:

La teoría del apego, 2

- ▶ Búsqueda, seguimiento y mantenimiento de la proximidad a una figura de apego protectora
- ▶ Uso de la figura de apego como “base segura”
- ▶ Búsqueda de la figura de apego como “refugio” en situaciones de peligro y momentos de alarma

¿Qué es el apego?

Es el primer vínculo afectivo que una persona tiene con otra, se empieza a formar durante el embarazo a través de las ideas y los sentimientos que la madre posee con respecto a su bebé.

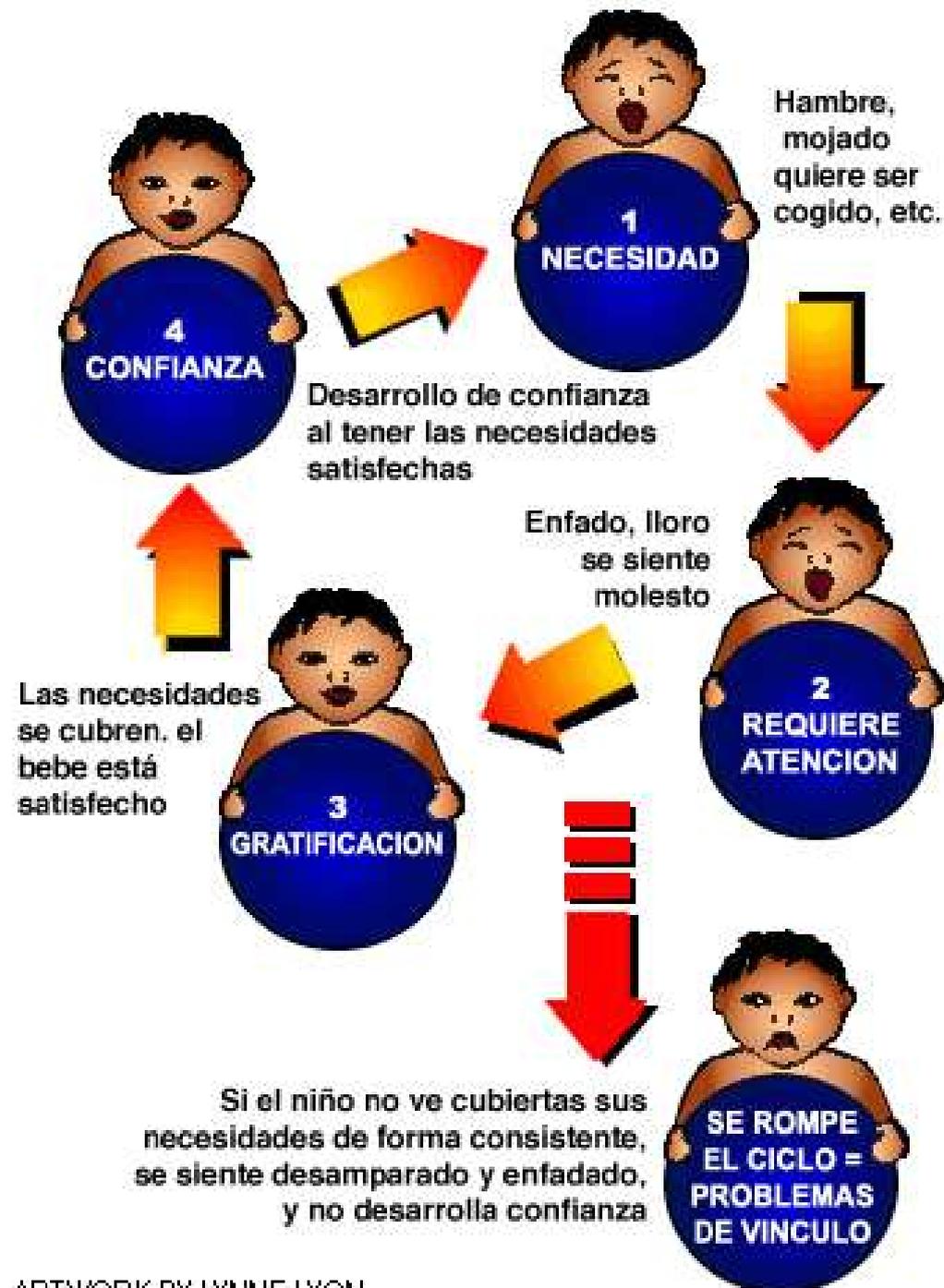
Teoría del apego  **Práctica psicoterapéutica**

Tipos de apego


Apego Seguro B


Inseguros

- Apego evitativo A
- Apego resistente o ambivalente C
- Apego desorganizado/desorientado D

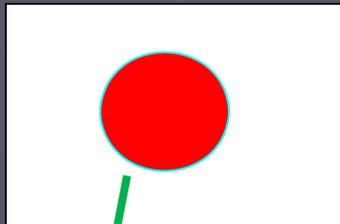


De la crianza a la regulación emocional

Infancia	Adulto
Progenitor no sintónico	No se lo que siento (malestar indefinido). No siento nada
Progenitor centrado en sus propias necesidades o enfermo	Mis emociones y necesidades no son importantes
Padres muy críticos	Me machaco por estar mal
Padres desbordados ante el malestar del niño	No se qué hacer con mi malestar. Me angustio, me desespero, si me noto mal
Entorno caótico o excesivamente punitivo	Pérdida de control

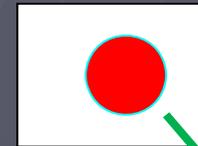
Mercado Contingente

Cuidador



Representación del estado mental del niño

Niño



Self Estable

Experiencia del niño

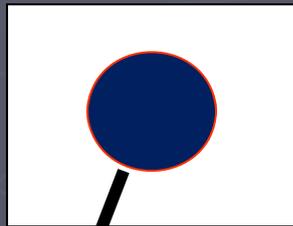


Especcularización adecuada



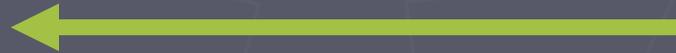
Especcularización patológica

Cuidador



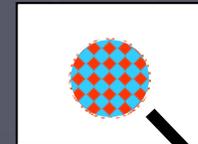
Representación del estado mental del cuidador

Experiencia del niño



El cuidador refleja su propio estado mental

Niño



Self inestable
(Partes ajenas)



Apego Inseguro

Cualidades del cuidador

- ▶ Bowlby, explicó las cualidades que un cuidador debía tener para vincularse sanamente con la figura dependiente, a saber:
- ▶ Empatía: esto es, capacidad para ponerse en el lugar del otro y percibir como si se fuera el otro pero con la distancia suficiente como para sentir que el problema es del otro y no de uno.
- ▶ Sensibilidad: entendida ésta como la habilidad para captar incluso las señales menos perceptibles del menor, que subyacen a una necesidad.

- ▶ Disponibilidad: para poder satisfacer sus necesidades de forma adecuada.
- ▶ La presencia o ausencia de estos elementos en el conjunto de interacciones entre el menor y sus cuidadores, son los ingredientes que determinan los Modelos Operativos Internos (IWM), es decir, los organizadores intrapsíquicos que determinarán las formas de relaciones futuras del menor, y por ende, el tipo de apego que tenderá a construir en su relación con los otros.

El “apego” se guarda en la memoria implícita de procedimientos

- ▶ Interconexiones neuronales de comunicación social que organizan el funcionamiento mental del bebé regulando sus emociones y su conducta,
- ▶ posteriormente **se relacionarán con los fenómenos transferenciales.**

Neurobiología del apego

desarrollo de la corteza cerebral: formación de conexiones neuronales



recién nacido



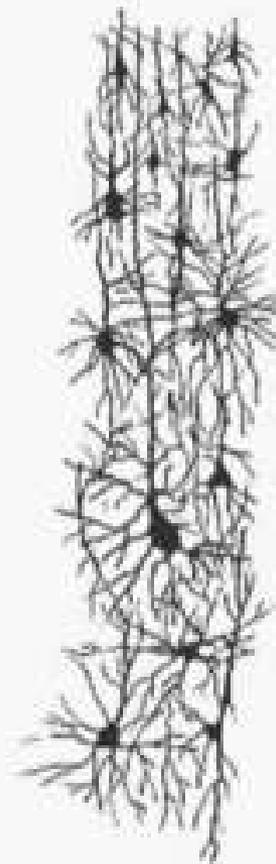
1 mes



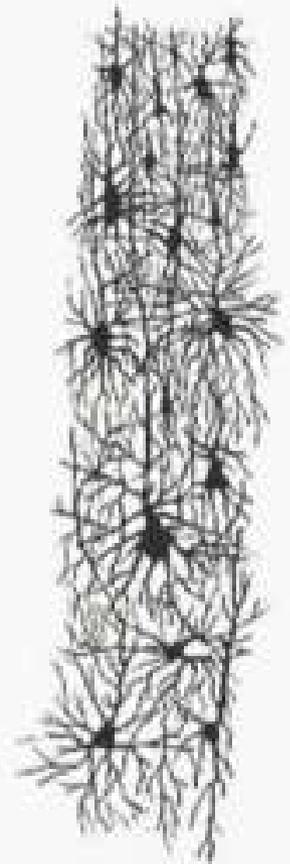
3 meses



6 meses



15 meses



24 meses

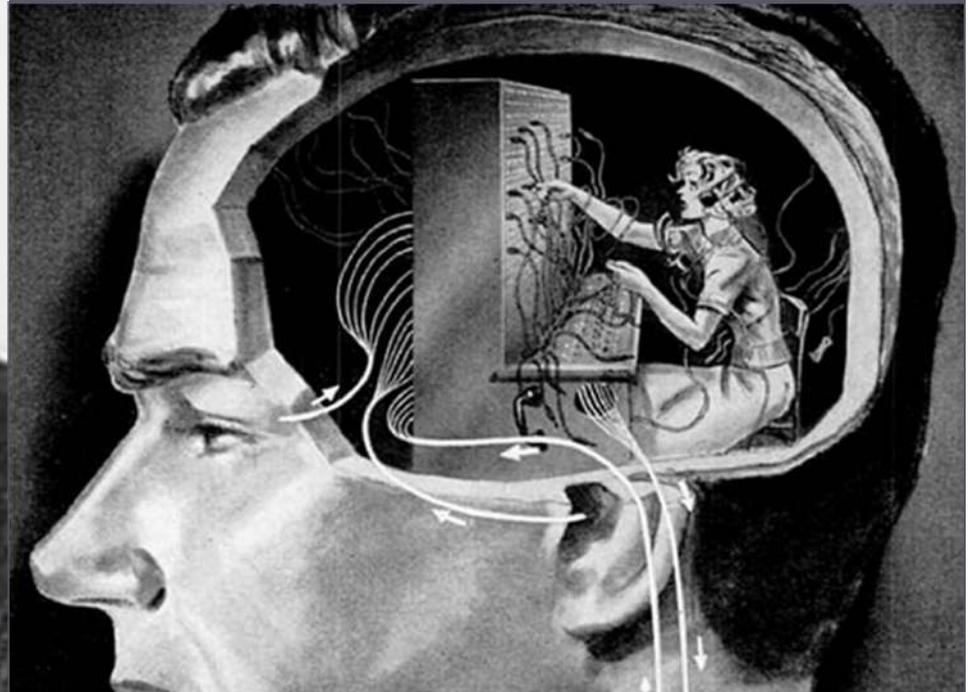
neuroplasticidad

Postulado de Hebb

- ▶ *"Neurons that fire together, wire together"*
- ▶ En castellano se pierde el juego de palabras, pero vendría a decir que las neuronas que se disparan juntas, se conectan
- ▶ La activación en una situación determinada de un determinado conjunto de neuronas (y por consiguiente una determinada configuración del organismo en su conjunto) hace más probable que tales neuronas se activen juntas al activarse algunas de ellas, probabilidad que crece cuanto más se repite esta activación conjunta



Donald Hebb,
1949

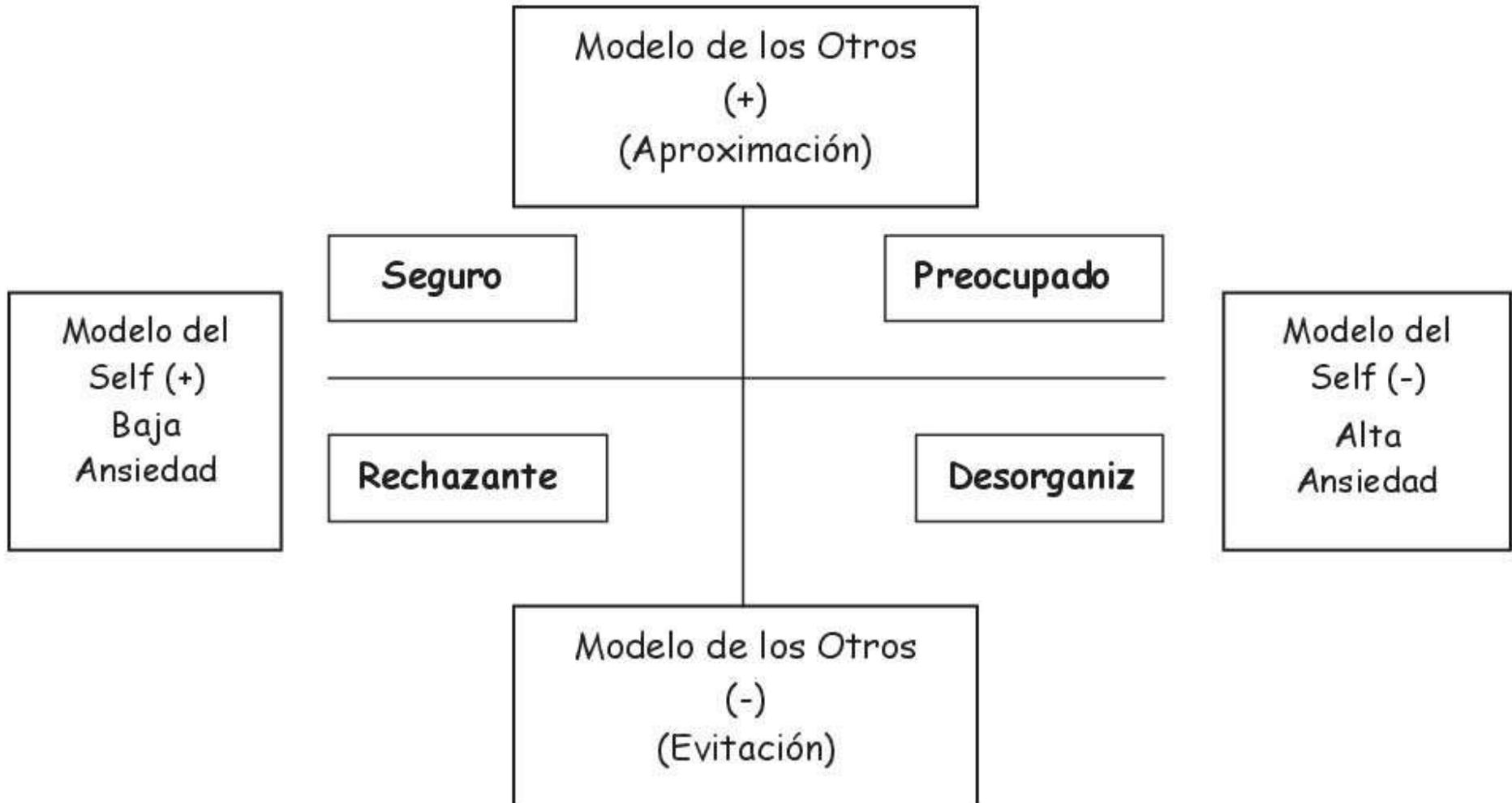


Mentalización

(Fonagy, Gergely, 2002)

- Capacidad para espontáneamente, sin esfuerzo consciente, interpretar los estados mentales que le dan dirección, intencionalidad y significado a la conducta humana y nos permiten predecir nuestra conducta y la conducta de otras personas.

Bartholomew y Horowitz (1991)



- ▶ Según Bartholomew los modelos del sí mismo pueden dicotomizarse como positivos (se cree que el sí mismo merece amor y atención) o negativos (se cree que el sí mismo no los merece).
- ▶ Del mismo modo, los modelos de la figura de apego pueden ser positivos (se cree que el otro está disponible y se preocupa por uno) o negativos (se cree que el otro le rechaza a uno, se muestra distante o no se preocupa por uno).

Apego seguro.

Estado mental adulto: Seguro

- ▶ Las personas seguras tienen un modelo de sí mismo positivo y de los otros igualmente positivo.
- ▶ Tienden a vivir las relaciones afectivas con alegría y emociones positivas, confían en el otro, en general aceptan al compañero/a a pesar de sus defectos, y tienen mayor capacidad para resolver los conflictos interpersonales

Apego evitativo.

E.M.A.: Rechazante (descartante)

- ▶ Las personas rechazantes mantienen un modelo de sí mismo positivo pero con un modelo negativo de otros.
- ▶ Esta combinación conduce a las personas a experimentar alta autoestima, pero tienden a autoprotegerse de los desencuentros evitando relaciones más íntimas y manteniendo una imagen de independencia e invulnerabilidad.
- ▶ Se compromete la intimidad.

Apego ansioso-ambivalente.

E.M.A.: Preocupado

- ▶ Los individuos preocupados muestran un modelo negativo de si mismos y un modelo positivo de otros.
- ▶ Se esfuerzan continuamente por ser aceptados por otras personas, altamente valorados por ellos.
- ▶ Se muestran inseguros, ansiosos, lábiles y excesivamente apegados en sus relaciones afectivas.
- ▶ Se compromete la autonomía.

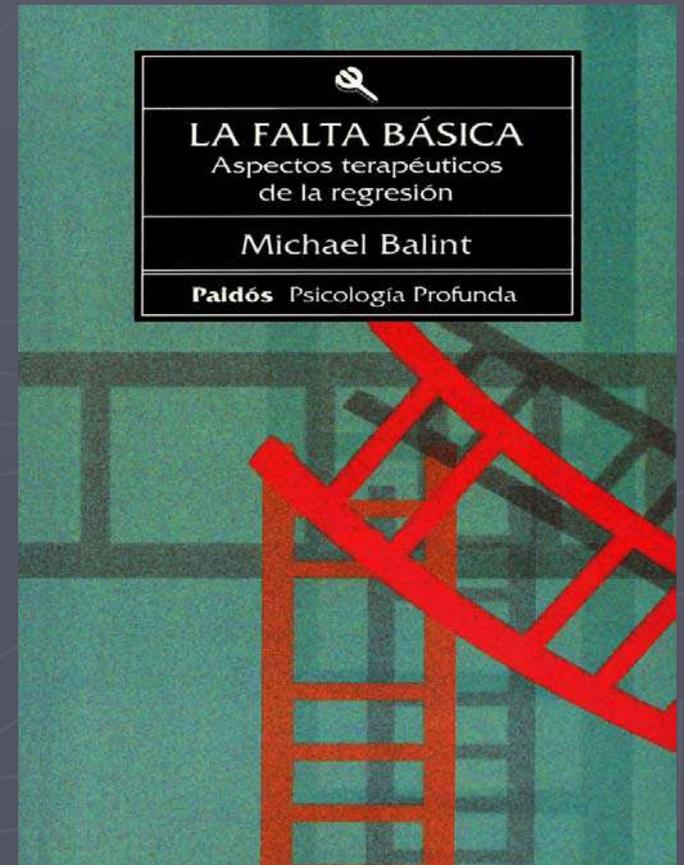
Apego desorganizado-desorientado.

E.M.A.: Desorganizado

- ▶ Los individuos desorganizados tienen modelos negativos de sí mismo y de otros.
- ▶ Tienden a evitar los vínculos, porque se ven a sí mismos como no merecedores de recibir amor, ven el amor de los otros como no disponible por largo tiempo y esperan ser rechazados por sus parejas, compañeros de trabajo... o terapeutas.
- ▶ A diferencia de los estilos anteriores, no ha habido reglas.

La realidad del apego

- La imposibilidad de que las figuras de apego satisfagan el 100 % de las necesidades infantiles.
- La falta básica.

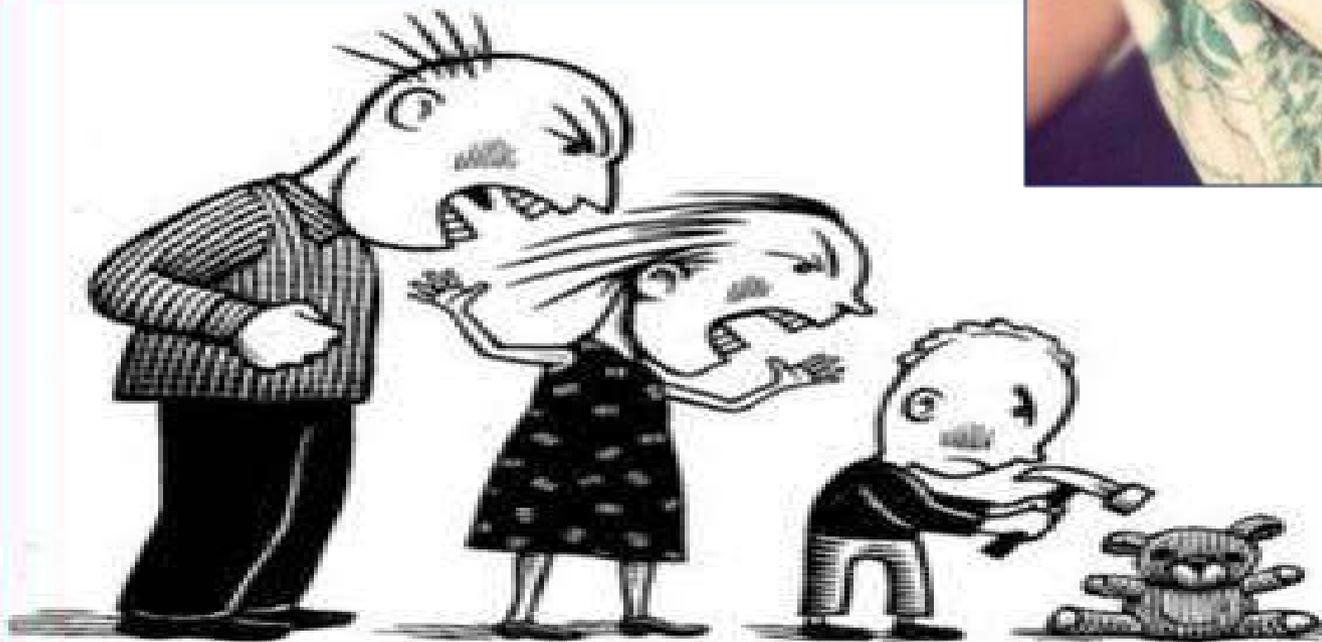


El bucle de la reivindicación

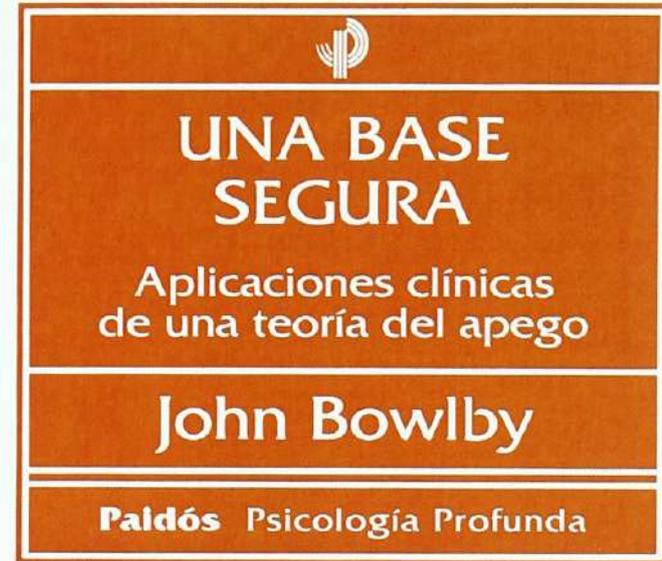
- Ver lo que se demanda... y a quién se demanda.



Teoría del apego: un constructo imprescindible en psicoterapia

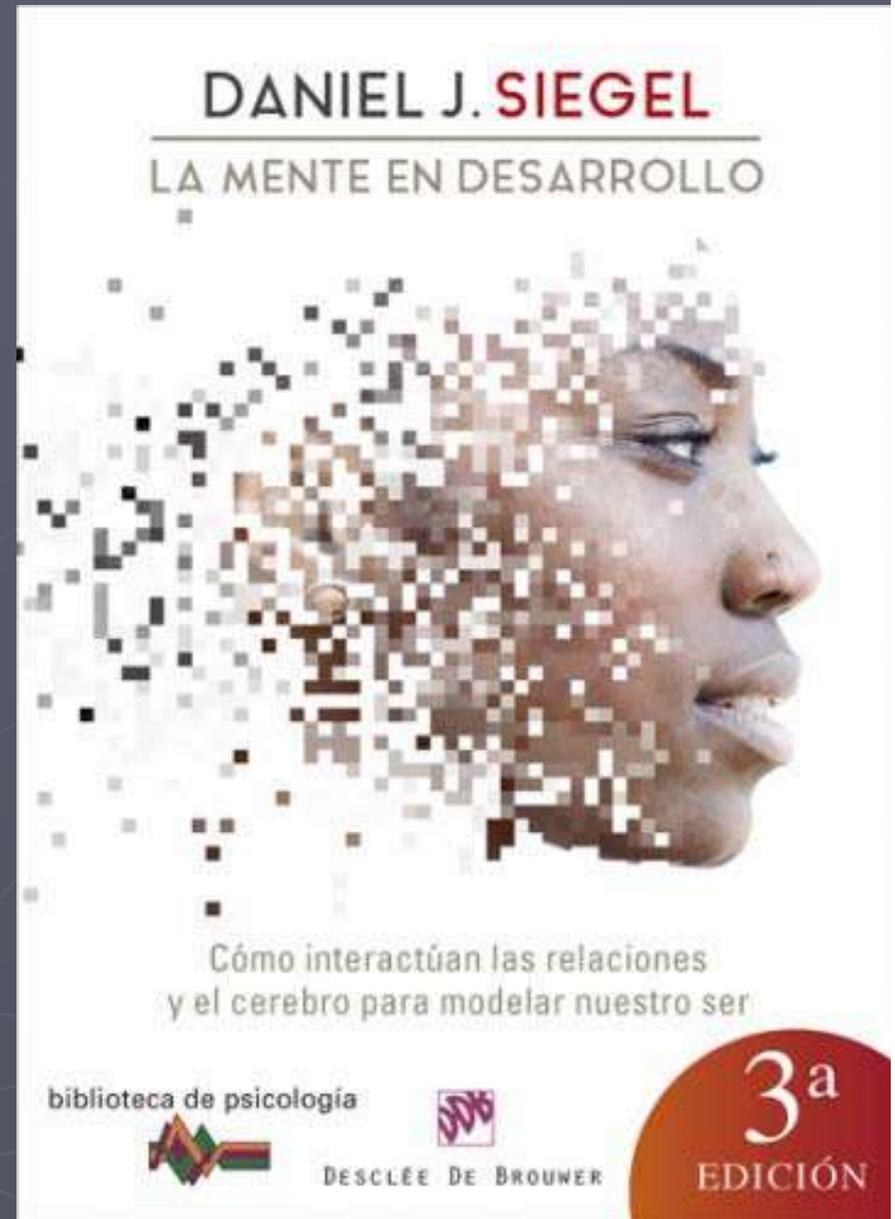


John Bowlby



Apego y desarrollo

Daniel Siegel (UCLA)



«No imagino a nadie mejor que Daniel J. Siegel para escribir un libro, dirigido a todos los públicos, sobre la relación entre el cerebro, la mente y las relaciones humanas. Un texto que puede cambiar la vida del lector»

Jon Kabat-Zinn
Ph.D., autor de *Mindfulness para la vida cotidiana*

Mindsight

LA NUEVA CIENCIA
DE LA TRANSFORMACIÓN PERSONAL

PAIDÓS

DANIEL J. SIEGEL

Prólogo de DANIEL GOLEMAN, autor de *La inteligencia emocional*

El cerebro del niño

12 estrategias revolucionarias
para cultivar la mente en
desarrollo de tu hijo

Daniel J. Siegel
Tina Payne Bryson

Sobrevivir
al reto de ser
padres y ayudar
a la familia a
progresar

ALBA

Antoni Talarn,
2013.
Universidad de
Barcelona

RELACIONES, VIVENCIAS Y PSICOPATOLOGÍA

LAS BASES RELACIONALES
DEL SUFRIMIENTO MENTAL EXCESIVO

ANTONI TALARN
FRANCESC SÁINZ
ANNA RIGAT



Herder

Inés Di Bártolo

El apego

*Cómo nuestros vínculos
nos hacen quienes somos*

Clínica, investigación y teoría



 Lugar
Editorial

Inés di Bártolo



Jeremy Holmes,
2011.
Universidad de Exeter



Jeremy Holmes



TEORÍA *del* APEGO y PSICOTERAPIA

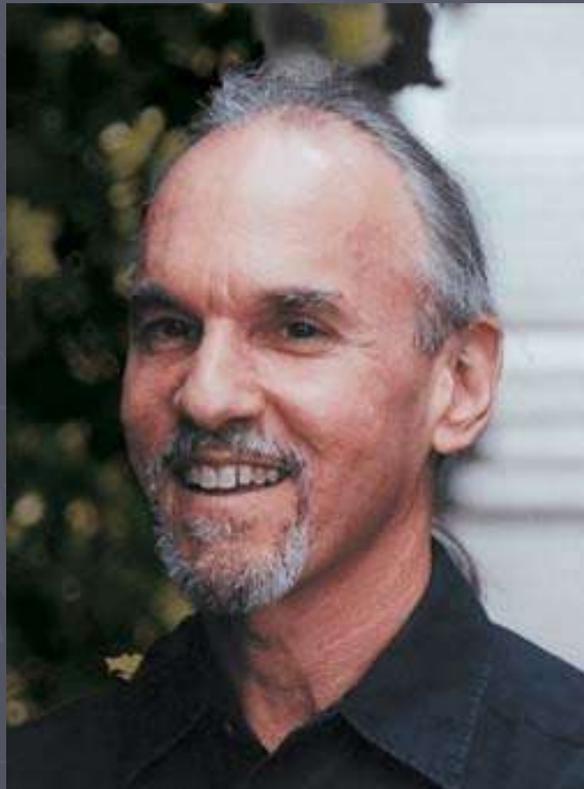
En busca de la base segura

biblioteca de psicología



DE GRUYTER
DE GRUYTER

David Wallin,
2012.
Mill Valley,
California



David J. Wallin

EL APEGO en psicoterapia

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

S. Yárnoz
U.P.V.



Sagrario Yárnoz, compiladora

**La Teoría del Apego
en la Clínica, I
Evaluación y clínica**



Palmática

Teoría del Apego



B. Torres
U.P.V

J. Causadias
Arizona U.



Apego adulto

Judith Feeney
Patricia Noller

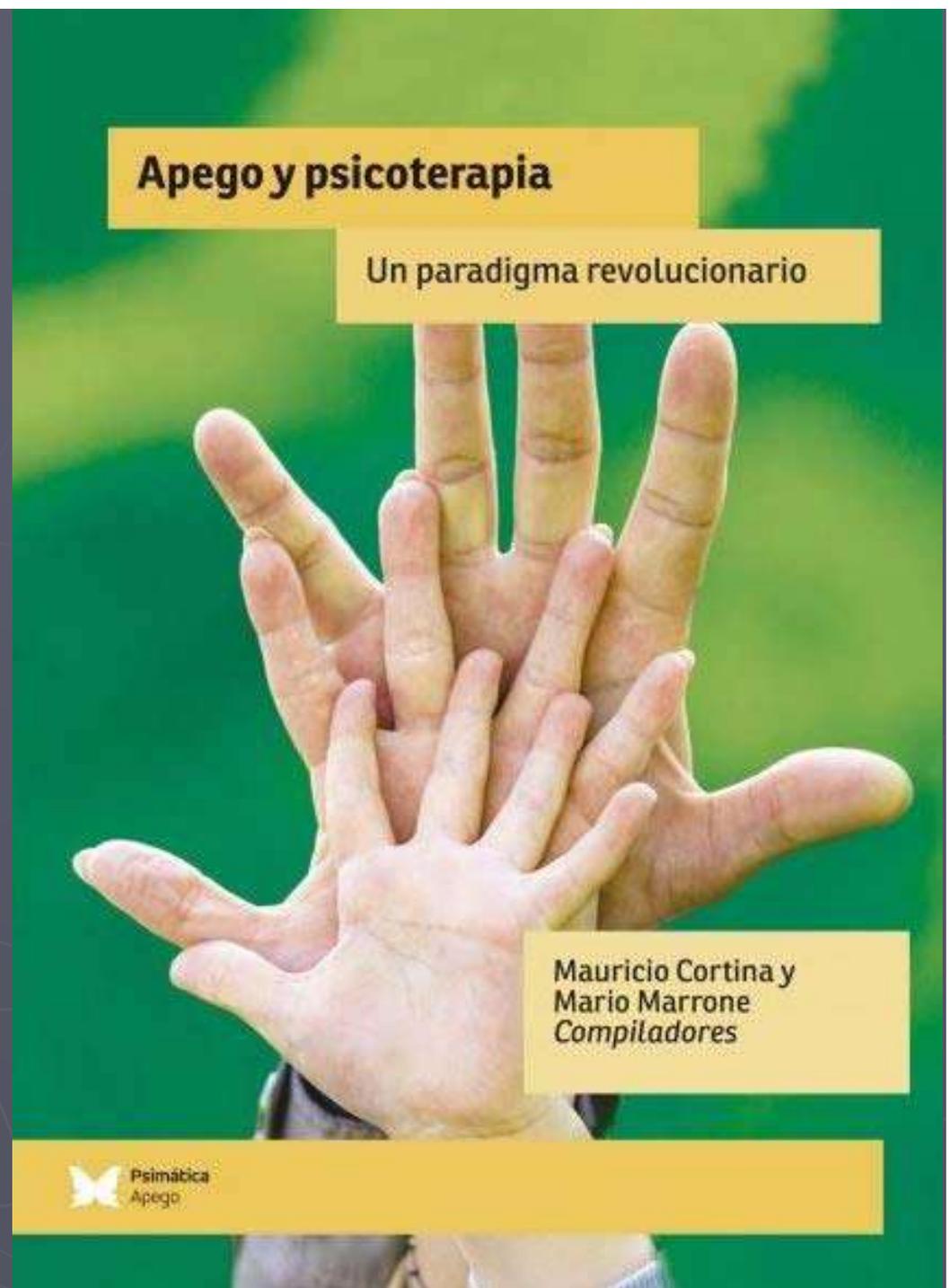
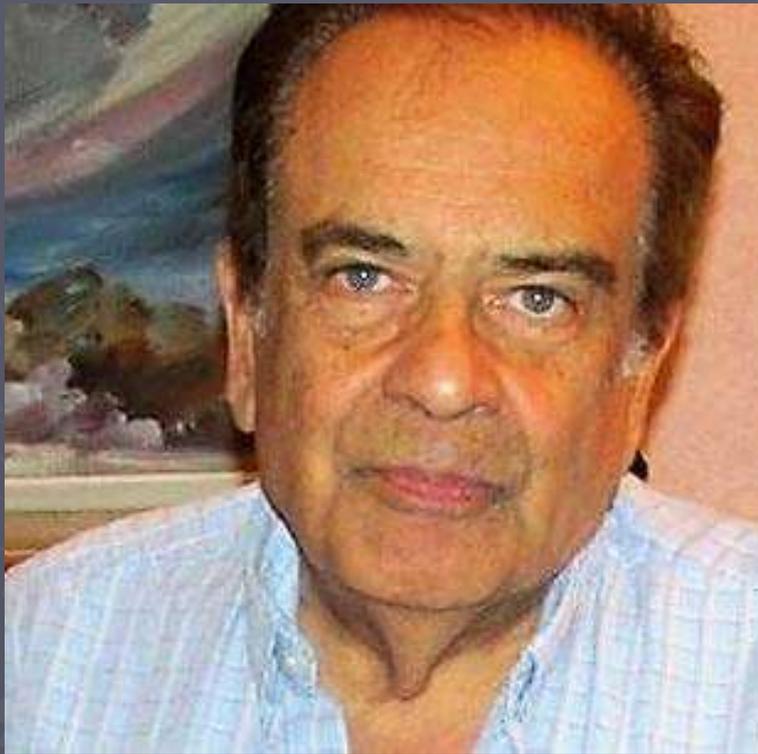


J. Fenney
Queensland U.



Mario Marrone

Londres, 2017



Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan

Los **buenos tratos** a la infancia

Parentalidad, apego y resiliencia



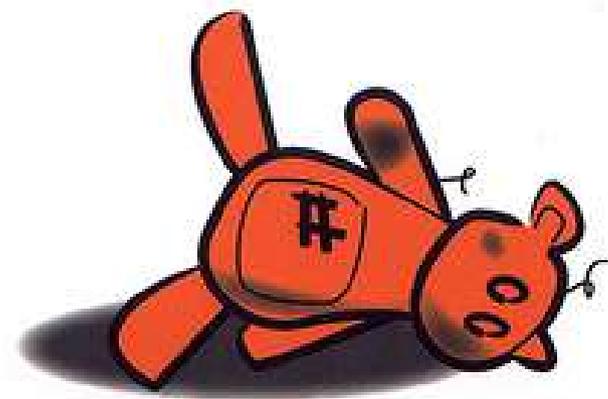
gedisa
editorial

Niels Peter Rygaard

El **niño** abandonado

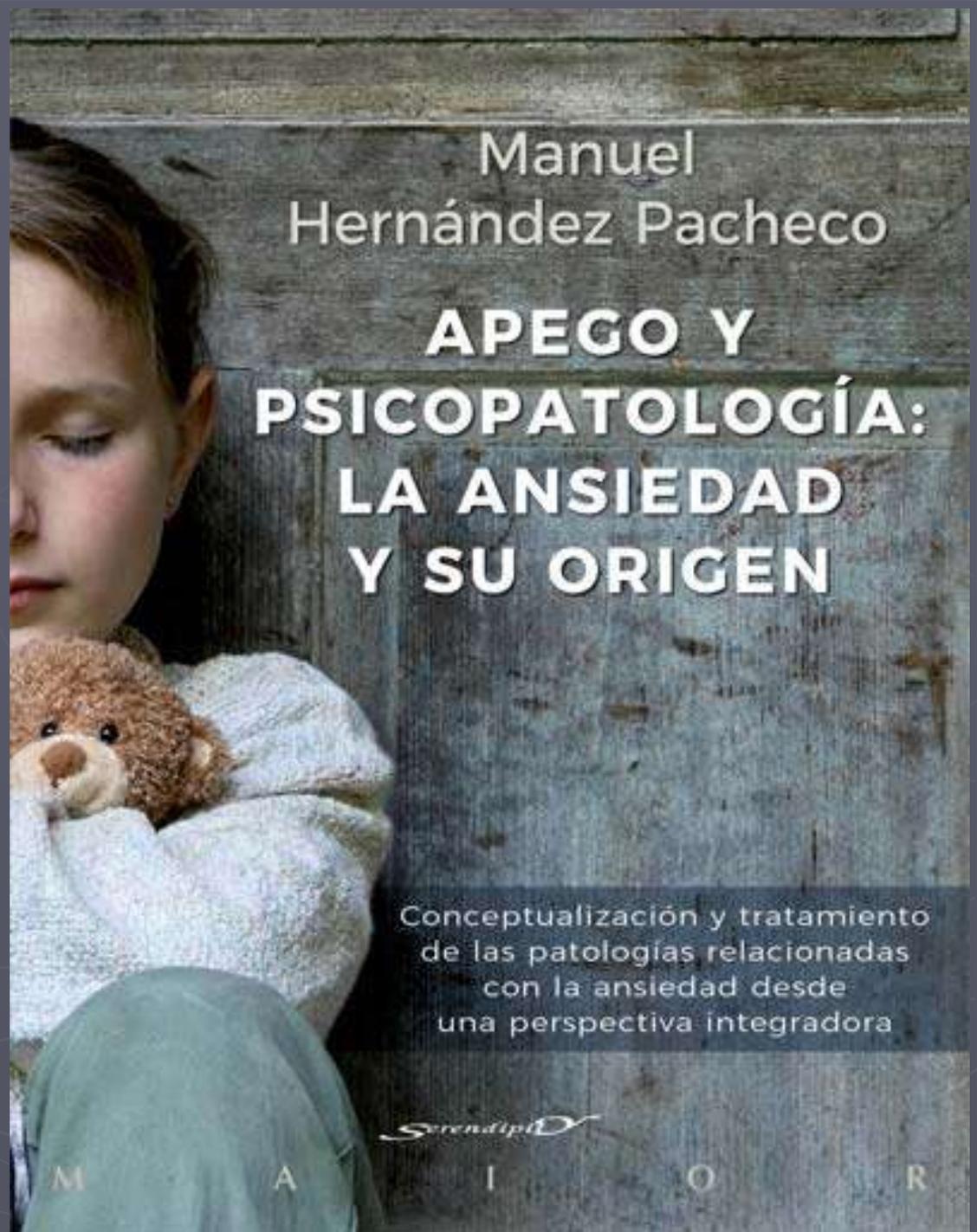
*Guía para el tratamiento de los
trastornos del apego*

Prólogos de Maryorie Dantagnan y Jorge Barudy



gedisa
editorial

Manuel
Hernández
Noviembre, 2017



EDITORIAL CCS

Félix Loizaga (coord.)

Evaluación del apego-attachment y los vínculos familiares

Instrumentos para el diagnóstico familiar
en la infancia y adolescencia



educación, orientación y terapia familiar

Félix Loizaga
U. de Deusto

Regular el estrés a través de la relación de apego

Cuidador sensible
Niño seguro

→ F.A. Organizador externo del niño ante el estrés



Niño autorregulado que desarrolla sistemas de regulación del estrés internos

Cuidador insensible
Niño inseguro
(desorganización)

→ Fracaso del sistema de apego como amortiguador del estrés infantil
EXCESO DE CORTISOL
DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Conductas
“disruptivas”

↙ Mayor vulnerabilidad a la enfermedad
↘ Sistema inmunológico afectado

¿Qué se entiende por SENSIBILIDAD PARENTAL?

- ▶ “Percepción consistente de los mensajes del bebé, una interpretación precisa de estos mensajes y una respuesta contingente y apropiada a los mismos, lo que promueve interacciones sincrónicas, oportunas y provechosas” (Isabella, Belsky y Von Eye, 1989)

Operativamente:

1. Percibir (darse cuenta) de la necesidad del bebé,
2. Interpretación ADECUADA de esa necesidad
3. Selección de una conducta de cuidado apropiada
4. Poner en práctica esa conducta de cuidado
5. COHERENCIA, ante una misma conducta del niño actuar siempre de un modo similar. Importancia de fomentar entornos predecibles.

Intervención en Trauma Relacional Temprano

- ▶ Evaluar, reconocer y explicar: Psicoeducación.
- ▶ Crear y mantener una Base Segura sobre la que posibilitar una nueva manera de explorar el mundo.
- ▶ Asociar estrés vital (angustia) con el motivo de consulta.
- ▶ Incorporar técnicas corporales de integración: yoga, mindfulness....
- ▶ Reconocer el “bucle de la reivindicación”.

- ▶ Dar nombre a las emociones y facilitar su expresión: competencias de Inteligencia Emocional.
- ▶ Legitimar el dolor, sostenerlo... y llorarlo: hacer los duelos.
- ▶ Legitimar el deseo de "ser feliz" (manejar la culpa): darse permiso.
- ▶ Integrar la experiencia traumática en una nueva narrativa vital: reforzar su capacidad.
- ▶ Utilizar técnicas específicas: E.M.D.R.

Cinco tareas terapéuticas

J. Bowlby



- ▶ El papel de un terapeuta que aplica la teoría del apego es el de proporcionar las condiciones en las que su paciente pueda **explorar** los modelos representativos de sí mismo y de sus figuras de apego (IWM)
- ▶ Con el fin de volver a evaluarlos y **reestructurarlos** a la luz de la nueva comprensión adquirida y de las nuevas experiencias vividas en la relación terapéutica.

El papel del terapeuta puede ser descrito según cinco puntos principales:

- ▶ El primero consiste en proporcionar al paciente una base segura desde la cual explorar los diversos aspectos desdichados y dolorosos de su vida pasada y presente, en muchos de los cuales les resulta difícil o tal vez imposible pensar y reconsiderarlos sin un compañero confiable que le proporcione apoyo, aliento, comprensión y, en ocasiones, una guía.

- ▶ El segundo es el de ayudar al paciente en su exploraciones alentándolo a considerar los modos en que entabla relaciones con figuras significativas en su vida presente, cuáles son sus expectativas con respecto a sus propios sentimientos y conducta y con respecto a los demás, qué tendencias inconscientes puede estar poniendo en juego cuando elige una persona con la que espera mantener una relación íntima y cuando crea situaciones que lo perjudiquen.

- ▶ Una relación particular que el terapeuta alienta al paciente a examinar, y que constituye la tercera tarea, es la que se establece entre ellos dos: transferencia-contratransferencia.
- ▶ Las intervenciones contratransferenciales. Dramatizaciones.
- ▶ Los Triángulos interpretativos

- ▶ La cuarta tarea consiste en alentar al paciente a considerar que sus percepciones, expectativas, sentimientos y acciones actuales pueden ser el producto de acontecimientos y situaciones que enfrentó durante su infancia y adolescencia, sobre todos los vividos con sus padres.
- ▶ Con frecuencia éste es un proceso doloroso y difícil, y exige que el terapeuta permita a su paciente considerar como posibles las ideas y los sentimientos con respecto a sus padres que hasta el momento consideraba inimaginables e impensables.
- ▶ Al hacerlo, el paciente puede sentirse afectado por fuertes emociones y por la necesidad de realizar acciones, algunas dirigidas hacia sus padres y algunas hacia el terapeuta, muchas de las cuales considera atemorizantes y/o extrañas e inaceptables.

- ▶ La quinta tarea del terapeuta consiste en capacitar al paciente para reconocer que sus imágenes (Modelos Operantes Internos) de él mismo y de los demás, derivadas de las experiencias dolorosas del pasado, pueden (o no) ser apropiadas para su presente y su futuro.
- ▶ Con estos medios, el terapeuta deberá permitir a su paciente que deje de ser un esclavo de los viejos e inconscientes estereotipos, y que sienta, piense y actúe de nuevas maneras.