

VINCULO, APEGO Y SU RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA

Máster internacional en Psicología Clínica



Dra. Marta Sancho
Directora del centro online Kevala Psicología
Psicóloga clínica
Doctora en medicina
Profesora de yoga y meditación



Marta Sancho

- ✓ Psicóloga especialista en Psicología Clínica vía PIR
 - ✓ Doctorado en Medicina por la Universitat de Barcelona.
 - ✓ Directora y fundadora del centro online Kevala Psicología.
 - ✓ Formación en psicoterapia integradora para trauma, EMDR e IFS, entre otras.
 - ✓ Formación en mindfulness (programa MBCT - Bangor University).
 - ✓ Formación en Vinyasa Hatha Yoga (200h RYT), Hatha Yoga (200h RYT), Yoga Nidra (100h RYT), meditación y pranayama (70h RYT), yoga sensible al trauma (40h), Yin yoga y Medicina Tradicional China (100h), Yoga Ayurvédico (300h RYT) y Medicina Ayurveda.
 - ✓ Trabajo desde una perspectiva integradora de todas las formaciones y de mi propio proceso personal de autoconocimiento.
-



NUESTRO RECORRIDO

1. Neurodesarrollo
 2. Sistema nervioso y teoría polivagal
 3. Apego, necesidades relacionales y sistema nervioso
 4. ¿Psicopatología? El mundo interno como conjunto de partes - Su relación con el trauma
-

“Para ser un adulto independiente y seguro,
antes debió de haber sido un bebé dependiente,
apegado, sostenido; en pocas palabras, amado”.

Sue Gerhardt



ESPECIES

SOMOS UNA
ESPECIE
ALTRICIAL

Precociales

Con la capacidad de ver, oír y
deambular prácticamente desde el
nacimiento

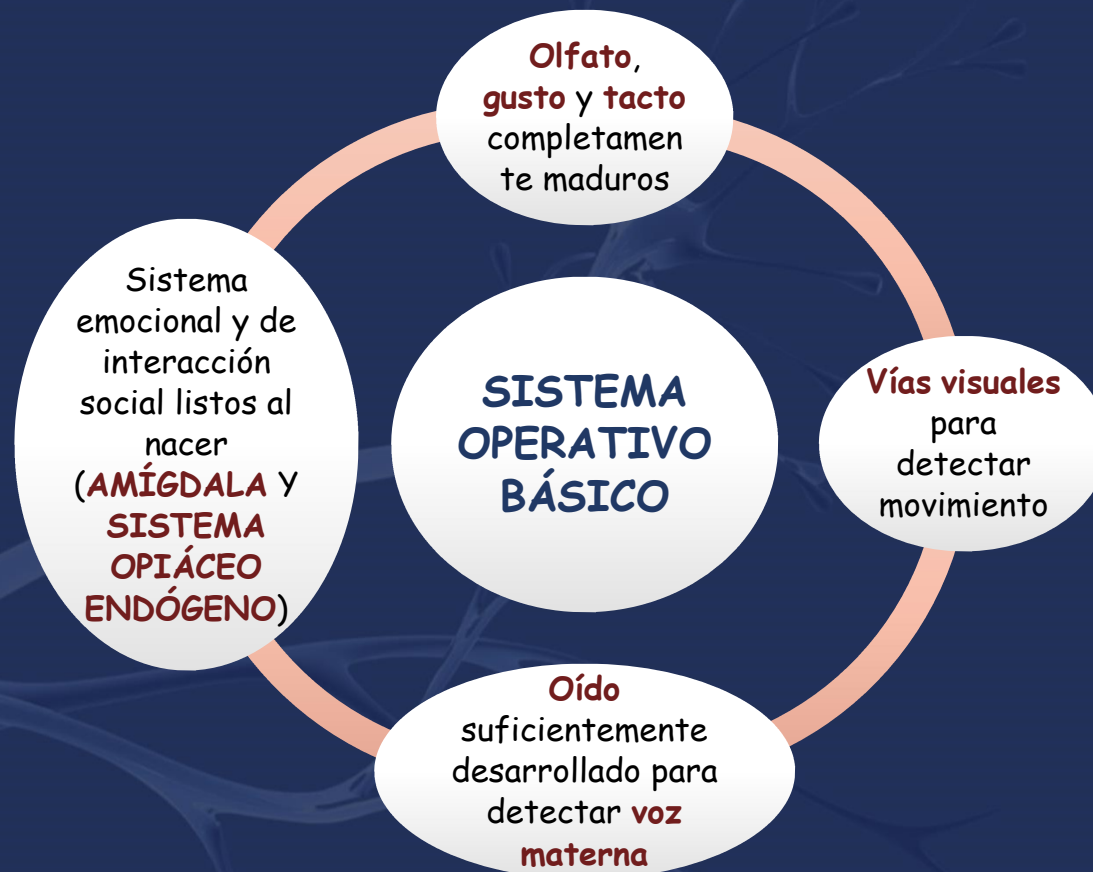


Altriciales

Sin la capacidad de ver, oír y
deambular al nacer



Nacemos con un
**SISTEMA OPERATIVO
BÁSICO** de apego



Nuestro neurodesarrollo como seres humanos:

- ❑ Es muy **VULNERABLE**: se puede generar daño muy pronto.
- ❑ Es muy **PROLONGADO**: aumentan las oportunidades de aprendizaje y plasticidad y aumentan las posibilidades de daño pero también las posibilidades de reparación.
- ❑ Se realiza por **FASES**: Ventanas de oportunidad y ventanas de vulnerabilidad.
- ❑ Conlleva fases de **PROLIFERACIÓN** de las conexiones neuronales y fases de **PODA** neuronal.

La relación de **APEGO** no es la mera satisfacción de unas necesidades biológicas del niño/a sino un proceso de **MOLDEADO** del **FUNCIONAMIENTO NEUROBIOLÓGICO Y FISIOLÓGICO** del niño/a a través de la relación con una **FIGURA SIGNIFICATIVA**

Nuestra identidad (sentido del Yo) es principalmente un sentido corporal y es, a través de esa corporalidad, como aprendemos a relacionarnos con nosotr@s mism@s, las demás personas y el mundo.

- ❑ Las primeras experiencias de apego influyen en el desarrollo del **sistema de conexión social**, ayudándonos a regular los estímulos internos y externos.
- ❑ Dependemos del **vínculo** con las figuras principales de apego para regular nuestro mundo interno: del cara a cara, a través del contacto, del cuerpo a cuerpo.
- ❑ Es decir, es a través de la **corregulación** como aprendemos (o no) la **autorregulación**.
- ❑ Cuando sufrimos pérdidas muy tempranas, nos quedan secuelas profundas y duraderas.

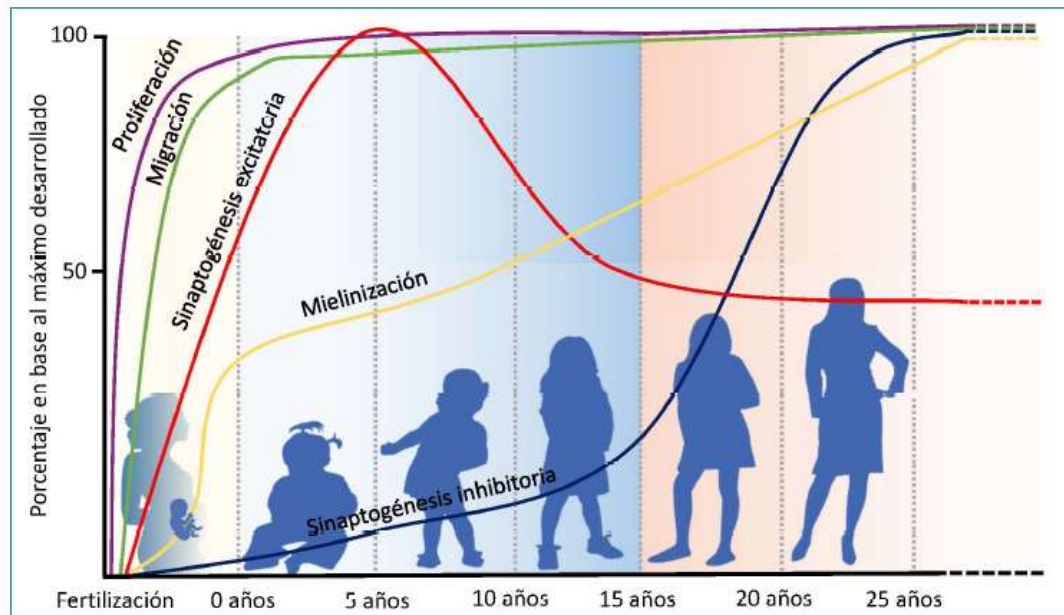


Gráfico modificado a partir de Insel y Fernald (2004).

Durante los **primeros años de vida** se van a producir numerosos **cambios estructurales, funcionales y de conectividad** entre las neuronas del **córtex cerebral**, así como entre las neuronas y las células gliales que las acompañan (astrocitos, oligodendrocitos y microglía)

PRIMER TRIMESTRE DE VIDA

Primeras dos semanas de vida: la amígdala responde igual ante EE positivos y negativos

APEGARSE A TODA COSTA

Amígdala fortalece conexiones con hipotálamo para secretar oxitocina y vasopresina

Empieza la mielinización de las vías visuales y corteza visual, y de la corteza cingulada

SEGUNDO TRIMESTRE DE VIDA

Desarrollo y modulación de la **actividad del SNA** (la rama **vagal ventral** comienza su **mielinización** 2 semanas antes del parto y finaliza al 6° mes de vida)

Desarrollo de la **corteza cingulada**: experiencias de **separación**, dolor de la **pérdida** y la **anticipación** emocional

Comienza la conciencia primaria:
INTERSUBJETIVIDAD PRIMARIA
(Trevarthen, 1998):
PROTOCONVERSACIONES

TERCER TRIMESTRE DE VIDA

8^a mes: circuito visual de la visión detallada - Madre y bebé atienden ambos a un objeto - inicio de la **TEORÍA DE LA MENTE**

Finales del 3er trimestre: inicio del desarrollo de la **corteza orbitofrontal DERECHA** especialmente

15-30 meses: va madurando hemisferio **IZQUIERDO** - Yo verbal y codificación de lo vivido

CIRCUITO TEGMENTAL VENTRAL-LÍMBICO-FRONTAL

- ✓ Aumenta DA
- ✓ Emociones agradables
- ✓ Mejora memoria operativa
- ✓ Reducción receptores cortisol - **ACTIVACIÓN, AFRONTAMIENTO**

CIRCUITO TEGMENTAL LATERAL-LÍMBICO-FRONTAL

- ✓ Aumenta NA
- ✓ Emociones desagradables
- ✓ Aumenta memoria amigdalal
- ✓ Aumento receptores cortisol? - **INHIBICIÓN, INMOVILIZACIÓN**

Desarrollo postnatal y final primera infancia

- ✓ Gran número de **sinapsis excitatorias** (mediadas por el sistema **glutamatérgico**)
- ✓  volumen **materia blanca** reforzando la **conectividad** entre áreas distantes del córtex cerebral
- ✓ **Sinaptogénesis inhibitoria** (mediada por el sistema **gabaérgico**) va avanzando lentamente

Pubertad y Adolescencia

- ✓ **Inicio pubertad (adolescencia temprana):** **PODA SINÁPTICA MASIVA** Se eliminan multitud de sinapsis excitatorias y aumentará la producción de sinapsis inhibitorias
- ✓ **Adolescencia:** se **estabilizan** el número de sinapsis **excitatorias** y siguen **aumentando** las **inhibitorias** hasta la adultez temprana y la madurez.
- ✓ **Aumento progresivo** de la **mielinización** de las fibra axonales, optimizando la **conectividad** entre áreas cerebrales: entre **hipocampo** y **corteza frontal** y **entre hemisferios** (a través del cuerpo calloso)

TODOS ESTOS PROCESOS SE
DESARROLLAN SEGÚN NUESTRO
PROGRAMA GENÉTICO DE
NEURODESARROLLO

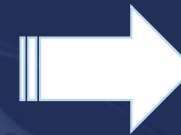


Puede verse modificado por **factores ambientales** (epigenética)
como infecciones o tóxicos así como procesos de estrés psicosocial
→ **MODIFICANDO LOS PERFILES DE CONECTIVIDAD
NEURONAL** (cambios en el volumen de **materia gris** en las áreas
afectadas)



Provoca una **falta de sincronía** en el neurodesarrollo, por
ejemplo, que la **actividad límbica** no esté suficientemente
contrarrestada por la **corteza frontal**. Esto genera:

- Mayor desregulación emocional
- Búsqueda de novedades.
- Alto deseo de gratificación



VULNERABILIDAD FUTURA
PARA MAYOR REACTIVIDAD
ANTE ESTRESORES,
TRASTORNOS MENTALES Y
PATOLOGÍAS FÍSICAS



Las **primeras experiencias de relación** determinan si en momentos posteriores de crisis, la persona puede permitirse dirigirse a los demás en **busca de apoyo relacional**, esto es, valerse de la regulación relacional dentro del contexto de una relación íntima o psicoterapéutica cuando sus propios mecanismos de autorregulación se interrumpen transitoriamente

(Schore, 2001)

ESTUDIO ACE

Experiencias adversas en la infancia

Objetivo: evaluar la relación entre conductas de riesgo para la salud y abuso infantil y disfunción familiar, a través de 10 experiencias potencialmente traumáticas

Original Articles

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults

The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD, Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. Marks, MD, MPH

Am J Prev Med 1998;14(4)
© 1998 American Journal of Preventive Medicine



ESTUDIO ACE

Experiencias adversas en la infancia



- ❑ Las experiencias adversas en la infancia provocarían una **interrupción** en el **neurodesarrollo**, llevando a la persona hacia una discapacidad social, emocional y cognitiva.
- ❑ Esto, a su vez, provocaría una mayor **implicación** en **conductas de riesgo** para la salud, desarrollando diferentes **patologías** y **problemas sociales**, y una **muerte prematura**.

ESTUDIO ACE

Experiencias adversas en la infancia

PEOPLE WHO HAVE EXPERIENCED TRAUMA ARE:



- ❑ Relación gradual entre el número de experiencias adversas en la infancia y los resultados obtenidos de salud y enfermedad de las personas adultas examinadas.
- ❑ Con cuatro o más eventos adversos de la infancia, el riesgo de varias condiciones médicas y psicológicas aumentó de 4 a 12 veces.

ESTUDIO ACE

Experiencias adversas en la infancia

Table 1. ACE-Related Odds of Having a Physical Health Condition

Health Condition	0 ACEs	1 ACEs	2 ACEs	3 ACEs	4+ ACEs
Arthritis	100%	130%	145%	155%	236%
Asthma	100%	115%	118%	160%	231%
Cancer	100%	112%	101%	111%	157%
COPD	100%	120%	161%	220%	399%
Diabetes	100%	128%	132%	115%	201%
Heart Attack	100%	148%	144%	287%	232%
Heart Disease	100%	123%	149%	250%	285%
Kidney Disease	100%	83%	164%	179%	263%
Stroke	100%	114%	117%	180%	281%
Vision	100%	167%	181%	199%	354%

Cualquier forma de maltrato tiene efectos generalizados y sistémicos sobre la salud física y mental de la persona (Vachon et al., 2015).



ESTUDIO ACE

Experiencias adversas en la infancia

- ❑ En la adolescencia, otra etapa clave del desarrollo, los **acontecimientos vitales estresantes cotidianos** (no necesariamente el maltrato) pueden tener un fuerte impacto en la aparición de sintomatología internalizante y externalizante
- ❑ Vivir acontecimientos estresantes aumenta el riesgo de sufrir sintomatología, a la vez que sufrir sintomatología te predispone a vivir más acontecimientos vitales estresantes.

Los estresores tempranos modifican aspectos morfológicos y volumétricos del cerebro

¿Y SI LO QUE CONSIDERAMOS PSICOPATOLÓGICO FUESE EL
RESULTADO DE UNA RESPUESTA NORMAL EN EL PASADO A
UN ENTORNO INSEGURO?



TRAUMA



SISTEMA
NERVIOSO
AUTÓNOMO

SISTEMA
NERVIOSO
CENTRAL

Síntomas
(defensas/partes
protectoras)

Desregulación
emocional

Estilo de apego
inseguro

Heridas
traumáticas
(partes exiliadas)

AMBIENTE

ESTO ES TRAUMA



SISTEMA
NERVIOSO
AUTÓNOMO

SISTEMA
NERVIOSO
CENTRAL

Síntomas
(defensas/partes
protectoras)



Desregulación
emocional



Estilo de apego
inseguro



Heridas
traumáticas
(partes exiliadas)

AMBIENTE

¿QUÉ ES TRAUMA?

Del griego: "herida"



"Cualquier **experiencia** que sea lo **suficientemente estresante** como para dejarnos sintiéndonos **indefensos, asustados, abrumados** o profundamente **inseguros** se considera un trauma".

Pat Ogden

"El trauma no reside en los hechos que nos pasaron, sino en **habernos quedado atrapados en nuestras respuestas primitivas** ante acontecimientos dolorosos.

Se origina cuando **no somos capaces de liberar energías bloqueadas**, cuando no podemos acabar las experiencias físicas y emocionales.

Trauma es lo que **retenemos internamente en ausencia de un testigo empático**".

Peter Levine

¿QUÉ ES TRAUMA?

Del griego: "herida"

"El trauma emocional es el resultado de la **exposición** a un **acontecimiento estresante inevitable** que **sobrepasa** los mecanismos de afrontamiento de la persona.

Cuando las personas se sienten demasiado **sobrepasadas** por sus emociones, los **recuerdos no pueden transformarse** en experiencias narrativas neutras.

El terror se convierte en una fobia al recuerdo que **impide la integración del acontecimiento traumático** y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la conciencia ordinaria, dejándolos **organizados como percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales**".

Pierre Janet



¿QUÉ ES TRAUMA?

TRASTORNO DE
ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO

TRAUMA (TEPT) COMPLEJO
(repetitivo, relacional) /
TRAUMA DE APEGO

TRAUMA
TRANSGENERACIONAL

TRAUMA VICARIO /
FATIGA COMPASIONAL

TRAUMA
PREVERBAL

TRAUMA
INTRAUTERINO

¿QUÉ ES TRAUMA?

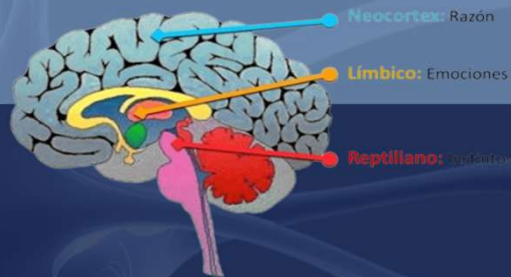
TRAUMA

T (mayúscula)

† (minúscula)

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Encéfalo y médula espinal



SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

*Sistema nervioso somático
Sistema nervioso autónomo*



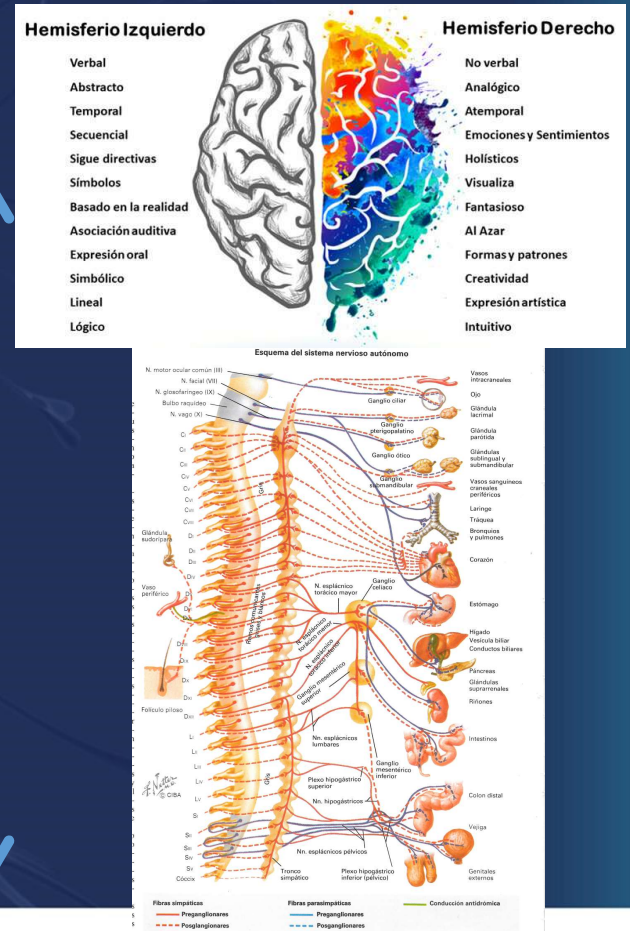
DOS MODOS DE INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA NERVIOSO

VERTICAL

Del cuerpo al cerebro y del
cerebro al cuerpo

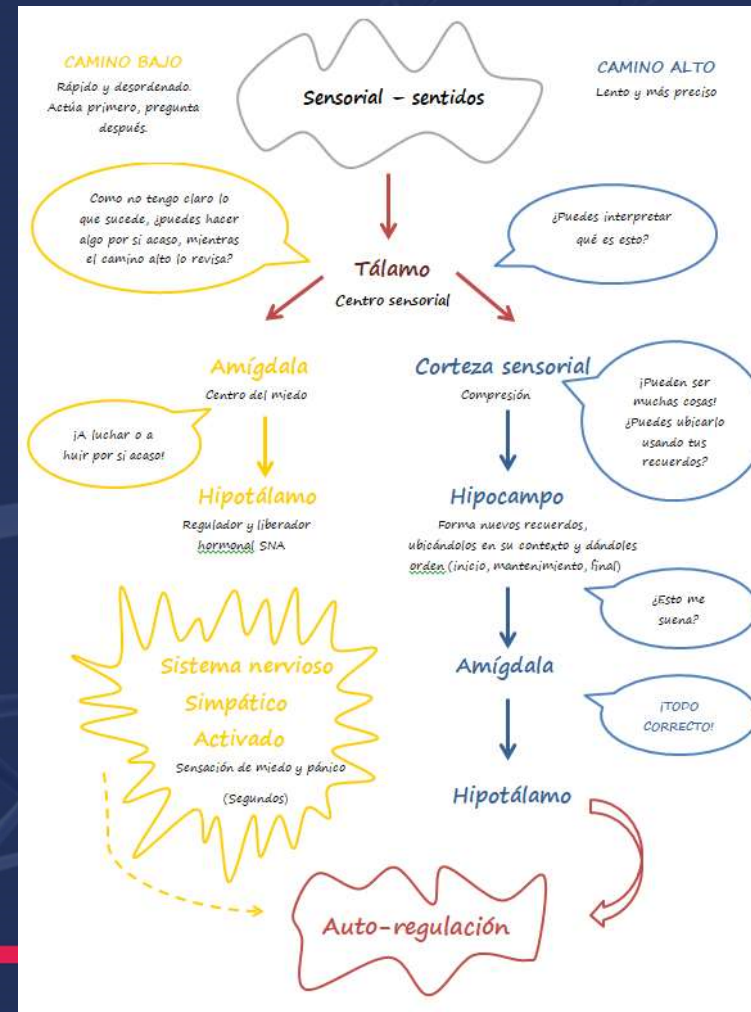
HORIZONTAL

Entre los hemisferios
cerebrales

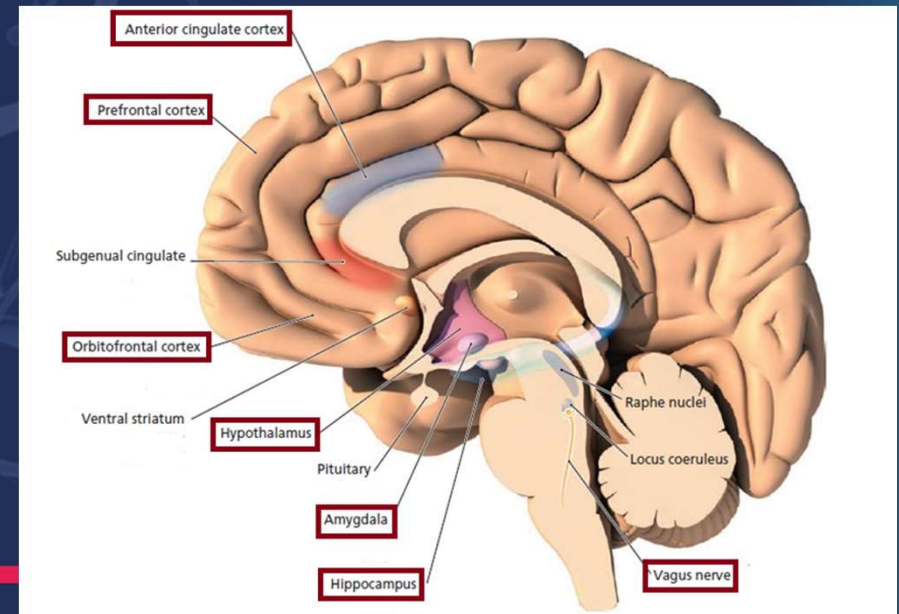
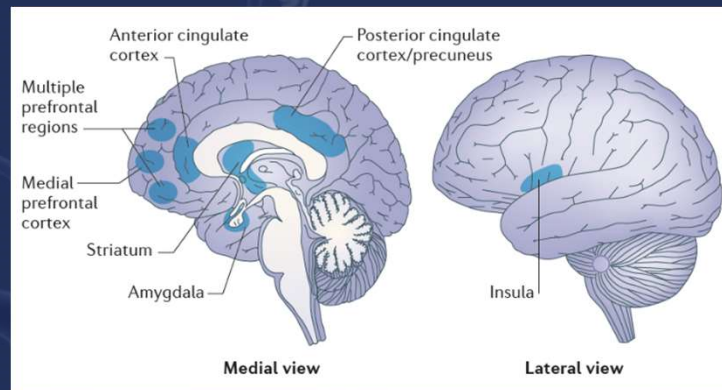
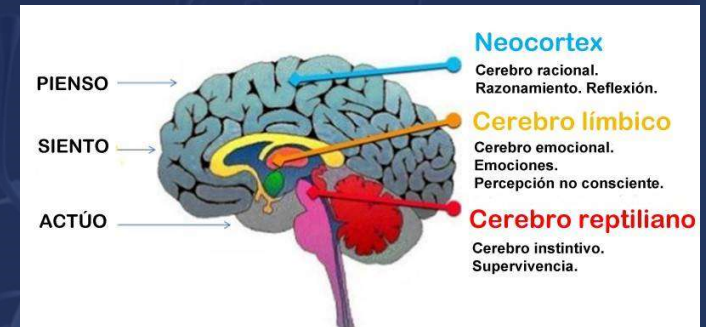


El cerebro es un sistema de sistemas.

Desde que la información llega a nuestros sentidos, a través de los receptores, es procesada por diferentes estaciones, hasta llegar a la consciencia (si es que llega a la consciencia)



Teoría del cerebro triuno de McLean (1990).
Válido para explicar a nivel estructural pero no a nivel funcional.



TRONCO DEL ENCÉFALO - CEREBRO REPTILIANO

- Primera estación, especialmente por la información que trae el nervio vago. Puente entre la médula espinal y los nervios periféricos y el cerebro.
- Tiene forma cilíndrica, sobre el que se apoyan las demás estructuras cerebrales.
- Funciones más primitivas o antiguas (control visceral, constantes vitales, ritmo circadiano)

TÁLAMO

- Es una estructura ovalada, de unos 3 cm en el cerebro adulto, situada **debajo de los ventrículos**.
- Gracias a sus especializados núcleos, es el gran distribuidor de la información sensorial.
- Hasta él llegan todos los sentidos **menos el olfato**.
- También interviene en la **memoria**, las **emociones** y el **movimiento**.



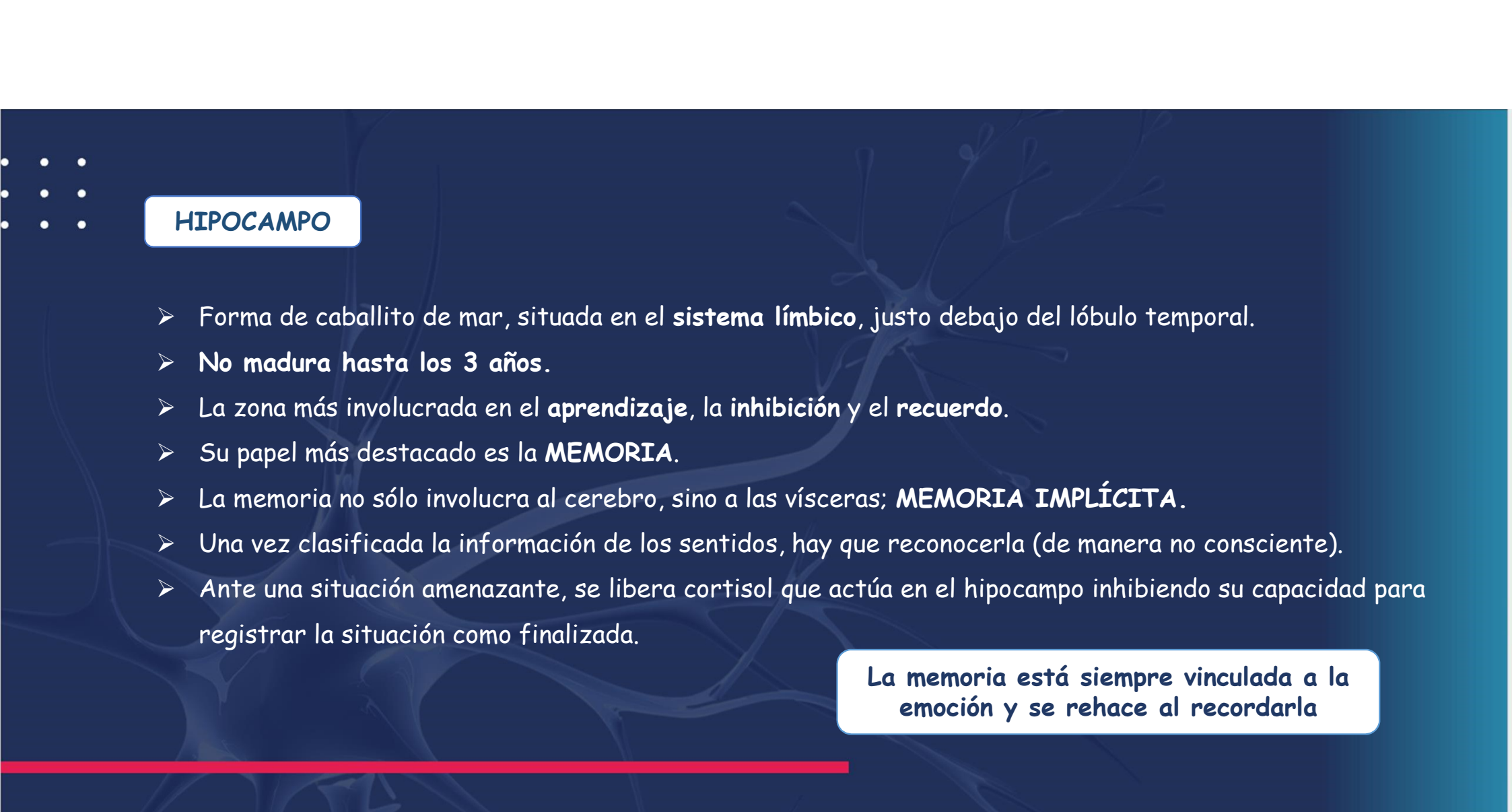
HIPOTÁLAMO

- ✓ Tamaño de un guisante, justo debajo del tálamo.
- ✓ Uno de los **centros más importantes de comunicación entre el cerebro y el cuerpo.**
- ✓ Es uno de los componentes **más importante del sistema límbico - emocional.**
- ✓ Encargado de la **RESPUESTA AL ESTRÉS. Eje Hipotálamo-hipófiso-suprarrenal**
- ✓ Sintetiza la hormona **OXITOCINA** - estado de bienestar.
- ✓ Es el **mayor centro regulador de la expresión corporal** de la percepción: es el encargado de activar el sistema nervioso autónomo a través de la información que le llega de la amígdala → **SENSACIONES FÍSICAS.**



AMÍGDALA

- Forma de almendra, **completamente desarrollada al nacer**.
- Zona más vinculada a la **EMOCIÓN**. Es una de las zonas más conectadas del cerebro: **recibe y manda info** a una amplia red de áreas cerebrales.
- La información de las **vísceras** impacta directamente en la amígdala: las emociones son **SENSACIONES FÍSICAS**.
- **Detector de humos**: sintoniza con las respuestas de lucha, huida o congelación, a través de la conexión con el hipotálamo.



HIPOCAMPO

- Forma de caballito de mar, situada en el **sistema límbico**, justo debajo del lóbulo temporal.
- **No madura hasta los 3 años.**
- La zona más involucrada en el **aprendizaje**, la **inhibición** y el **recuerdo**.
- Su papel más destacado es la **MEMORIA**.
- La memoria no sólo involucra al cerebro, sino a las vísceras; **MEMORIA IMPLÍCITA**.
- Una vez clasificada la información de los sentidos, hay que reconocerla (de manera no consciente).
- Ante una situación amenazante, se libera cortisol que actúa en el hipocampo inhibiendo su capacidad para registrar la situación como finalizada.

La memoria está siempre vinculada a la emoción y se rehace al recordarla

CORTEZA CINGULADA

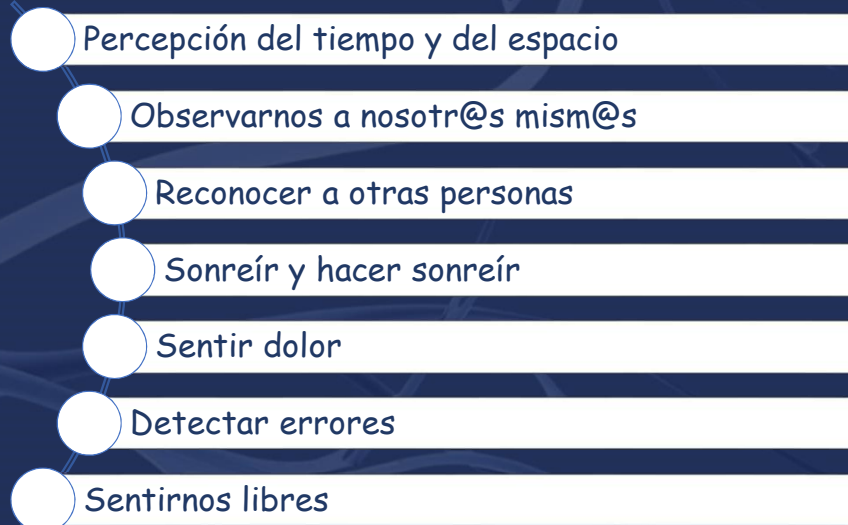
- Une las estructuras subcorticales con la corteza cerebral. **HACE CONSCIENTE LO INCONSCIENTE.**
- Tiene fuertes **conexiones** con el **hipocampo**, **hipotálamo** y **amígdala**, por lo que está implicada en la **memoria**, el **aprendizaje** y las **emociones**.
- Interviene en la **modulación de la voz**, el **movimiento de las manos** y la **sensación de bienestar**.
- Cuando recibe muchos estímulos, se satura (como cuando hacemos varias tareas a la vez), perdiendo su efectividad.

PARTE ANTERIOR

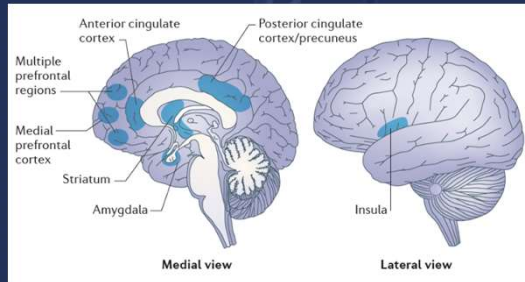
- ✓ Es la zona más importante. Está más cerca de los ojos.
- ✓ Con la práctica de meditación, esta zona aumenta su tamaño anatómico y funcional.
- ✓ Este crecimiento está correlacionado con el **bienestar eudaimónico**.

ÍNSULA

- La zona del cerebro más implicada en nuestra identidad: el **sentido del Yo. Autoconciencia.**
- La primera zona de nuestro cerebro a la que llega la información de nuestros órganos.
- Implicada en el **equilibrio y postura corporal.**



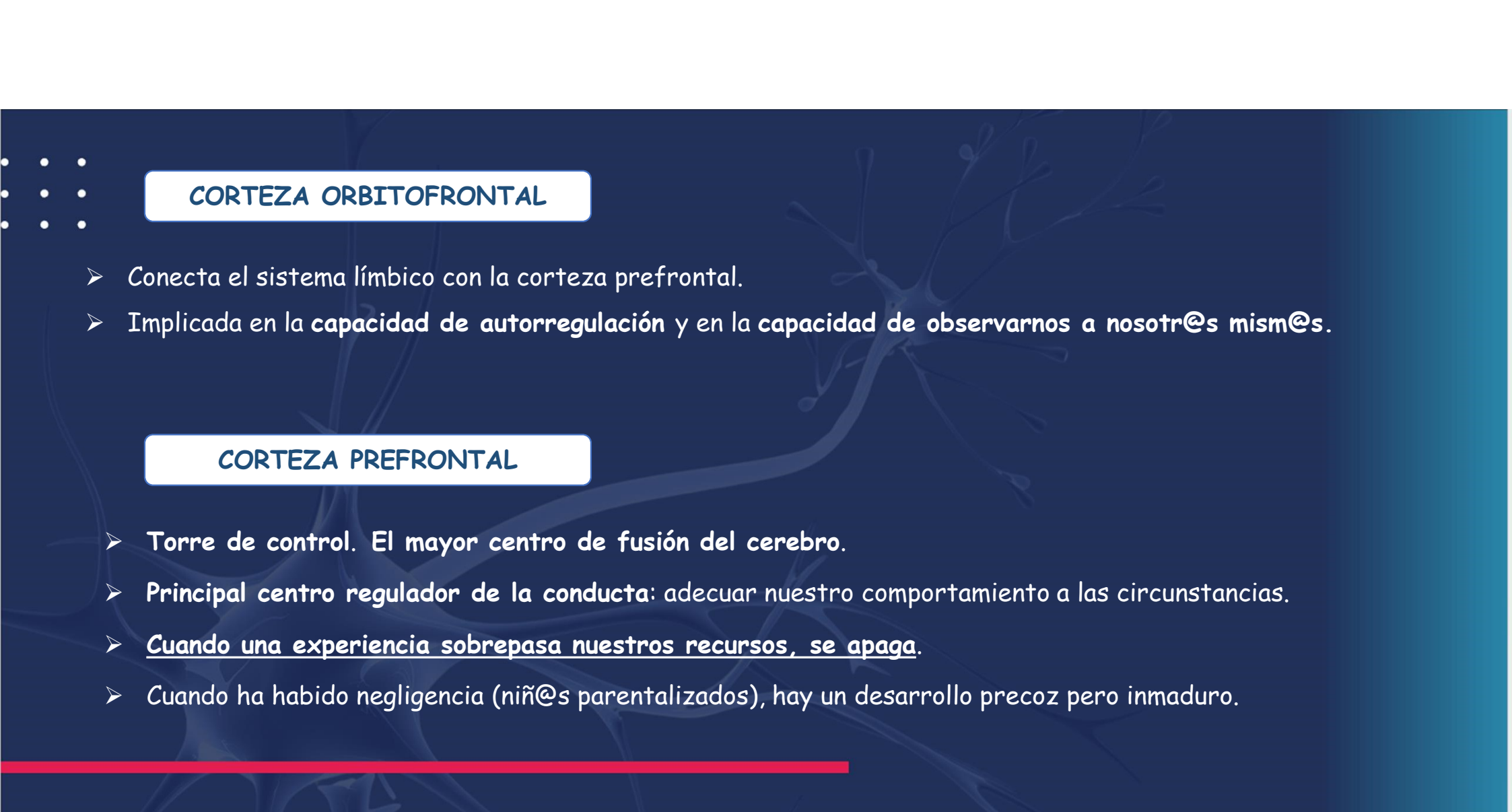
ÍNSULA



- Situada en la cisura de Silvio, separando los lóbulos parietales, temporales y frontales.
- Conecta el sistema límbico con la corteza cerebral.
- Parte posterior: mapa de las sensaciones corporales y vísceras
- Parte anterior: implicada en la integración emocional
- Involucrada en la empatía y compasión

CCA + ÍNSULA

Ambas zonas son el **espejo del cerebro**: darse cuenta de sí mism@ y observación de la propia respuesta.



CORTEZA ORBITOFRONTAL

- Conecta el sistema límbico con la corteza prefrontal.
- Implicada en la **capacidad de autorregulación** y en la **capacidad de observarnos a nosotr@s mism@s**.

CORTEZA PREFRONTAL

- Torre de control. El mayor centro de fusión del cerebro.
- Principal centro regulador de la conducta: adecuar nuestro comportamiento a las circunstancias.
- Cuando una experiencia sobrepasa nuestros recursos, se apaga.
- Cuando ha habido negligencia (niñ@s parentalizados), hay un desarrollo precoz pero inmaduro.

PARES CRANEALES

I. NERVIO OLFATORIO	Sensitivo
II. NERVIO ÓPTICO	Sensitivo
III. NERVIO OCULOMOTOR	Motor
IV. NERVIO TROCLEAR O PATÉTICO	Motor
V. NERVIO TRIGÉMINO	Mixto
VI. NERVIO ABDUCENS (o motor ocular externo)	Motor
VII. NERVIO FACIAL	Mixto
VIII. NERVIO VESTIBULOCOCLEAR	Sensitivo
IX. NERVIO GLOsofaríngeo	Mixto
X. NERVIO VAGO (o neumogástrico)	Mixto
XI. NERVIO ACCESORIO O ESPINAL	Motor
XII. NERVIO HIPOGLOSO	Motor



SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Sus funciones son:

- ✓ La monitorización del estado interno.
- ✓ El mantenimiento de procesos ajenos al control voluntario.
- ✓ La reacción a cambios internos o externos que piden un retorno a la homeostasis. Por ejemplo:
 - Situaciones de amenaza.
 - Situaciones novedosas.
 - Cambios en la temperatura corporal, en la tensión arterial, etc.

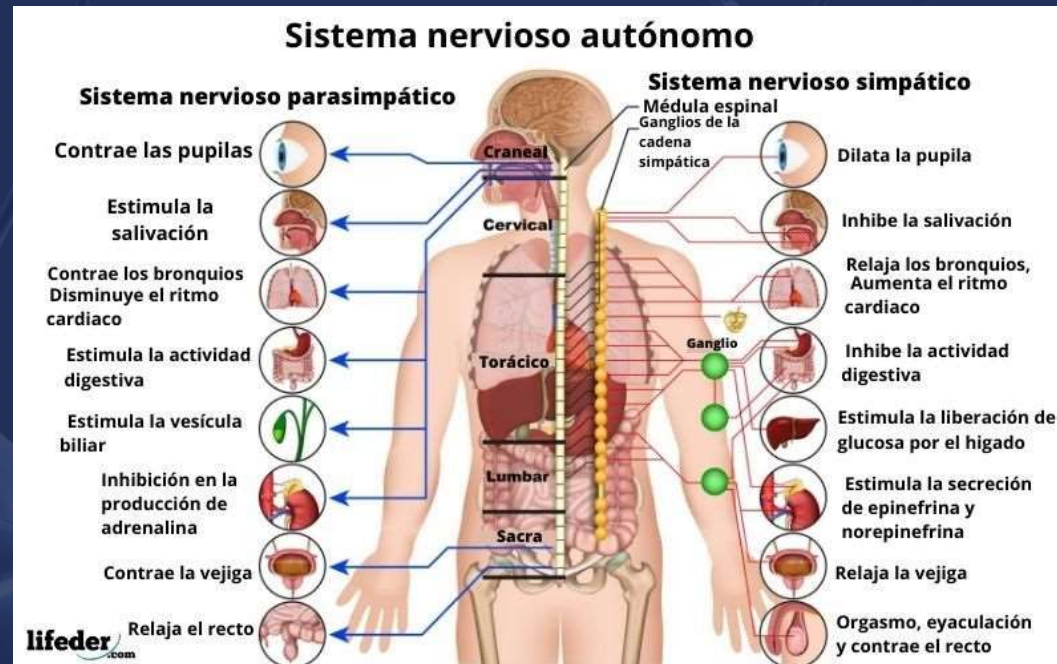
**SISTEMA NERVIOSO
SIMPÁTICO**

Movilización a la acción

**SISTEMA NERVIOSO
PARASIMPÁTICO**

Estado de calma / paralización

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO



SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

- El **80%** de las fibras del nervio vago son **aferentes** (sensoriales, de abajo arriba) y el 20% eferentes (motoras, de arriba abajo).
- Desde el tronco cerebral en la base del cráneo, el vago viaja en dos direcciones:
 - **hacia abajo** a través de los pulmones, el corazón, el diafragma y el estómago
 - **hacia arriba** para conectar con los nervios en el cuello, la garganta, los ojos y las orejas.

Tres núcleos vagales (tronco del encéfalo):

- ✓ Núcleo tracto solitario
- ✓ Núcleo dorsal
- ✓ Núcleo ventral o ambiguo

**COMPLEJO
VAGAL DORSAL**

Integra y coordina la información sensorial de los órganos viscerales con la respuesta motora que se origina en el núcleo dorsal del nervio vago y desemboca en los órganos viscerales

**COMPLEJO
VAGAL VENTRAL**

Interviene en la regulación del corazón, los bronquios y los músculos de la cara y la cabeza.

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:

Teoría polivagal (Porges, 1994)



SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:

Teoría polivagal (Porges, 1994)

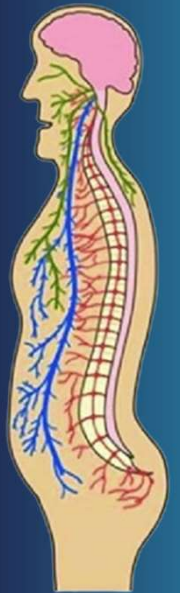
SN PARASIMPÁTICO VAGAL VENTRAL

Sistema de calma, seguridad
y conexión social

- Rama evolucionada del nervio vago, **mielinizada** (info más rápida y eficiente).
- Favorece la **sintonización del oído medio** con la voz humana.
- Supradiafragmático.
- Implicado principalmente en **frecuencia cardíaca** y **respiración**, conectándose a los **nervios faciales** (contacto visual, expresión facial).
- Conecta **cerebro, garganta, pulmones y corazón**.
- En este estado:
 - nuestro ritmo cardíaco está regulado
 - nuestra respiración es plena
 - nos fijamos en las caras de nuestros amigos
 - podemos sintonizar con conversaciones
 - desconectar los ruidos que nos distraen.

OXITOCINA

Vemos la "imagen completa" y nos conectamos al mundo y a las personas que lo habitan.



SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:

Teoría polivagal (Porges, 1994)

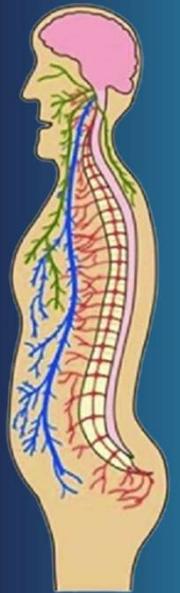
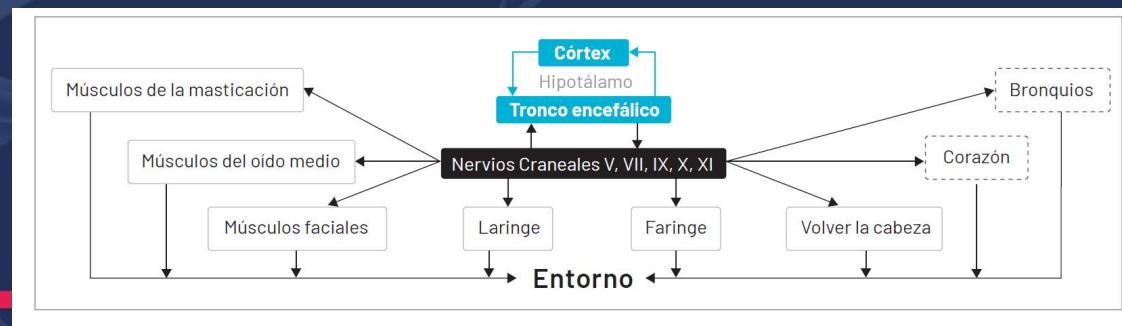
COMPLEJO VAGAL VENTRAL

Constituido por:

- ✓ Núcleo ambiguo o ventral del nervio vago (X)
- ✓ Núcleo del trigémino (V): expresiones faciales, succión
- ✓ Núcleo del facial (VII): expresión facial, succión, ajuste músculos oído medio
- ✓ Núcleo del glosofaríngeo (IX): vocalizaciones, deglución
- ✓ Núcleo del accesorio (XI): movimientos orientadores de la cabeza y la mirada.

SN PARASIMPÁTICO VAGAL VENTRAL

Sistema de calma, seguridad
y conexión social



SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:

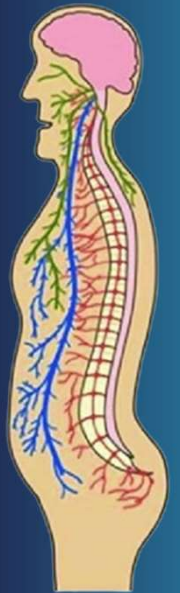
Teoría polivagal (Porges, 1994)

SN SIMPÁTICO

Sistema de amenaza:
Huida o lucha

- Se encuentra en la parte media de la **médula espinal** y representa la vía que nos prepara para la **acción**.
- Responde a señales de **peligro** y desencadena la liberación de **adrenalina**, que alimenta la respuesta de **lucha o huida**.
- Dos sistemas de movilización:
 - **Eje simpático adrenal medular (SAM)**: libera adrenalina, respuesta rápida.
 - **Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA)**: libera cortisol cuando no ha sido suficiente con el eje SAM.

ADRENALINA
NORADRENALINA
CORTISOL



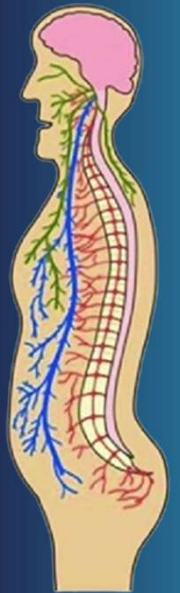
SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:

Teoría polivagal (Porges, 1994)

SN SIMPÁTICO

Sistema de amenaza:
Huida o lucha

- En este estado:
 - nuestro ritmo cardíaco se acelera
 - nuestra respiración es entrecortada y superficial
 - Escaneamos nuestro entorno en busca de peligro: estamos "en movimiento".
- Ansiedad, ataques de pánico, ira, incapacidad para concentrarse, angustia en las relaciones.
- Enfermedades cardíacas, presión sanguínea alta, colesterol alto, problemas de insomnio, aumento de peso, deterioro de la memoria, migrañas, tensión crónica en el cuello, los hombros y la espalda, problemas estomacales y mayor vulnerabilidad a las enfermedades



SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:

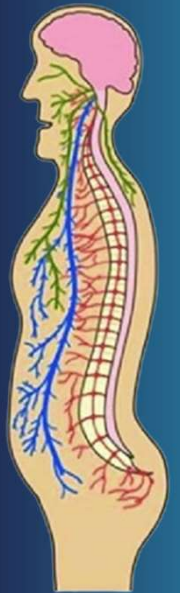
Teoría polivagal (Porges, 1994)

SN PARASIMPÁTICO VAGAL DORSAL

Sistema de amenaza:
inmovilización

- Rama primitiva del nervio vago, no mielinizada.
- Conecta el cerebro, la garganta, el corazón, el estómago y la parte inferior del intestino,
- Subdiafragmático.
- Implicado principalmente en la digestión.
- Cuando todo lo demás falla, cuando estamos atrapados y la acción no funciona, el "vago primitivo" nos conduce al cierre, al colapso y a la disociación.
- Las endorfinas elevan el umbral del dolor.
- En este estado:
 - Agotamiento, colapso, depresión, apatía, disociación, desesperación, confusión
 - Respiración lenta y superficial, apneas, enlentecimiento frecuencia cardíaca

ENDORFINAS



SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO:

Teoría polivagal (Porges, 1994)



PARASIMPÁTICO VAGAL VENTRAL

Sistema de calma, seguridad y conexión social

SIMPÁTICO

Sistema de amenaza: lucha o huida

PARASIMPÁTICO VAGAL DORSAL

Sistema de amenaza: inmovilización



➤ De manera natural, a lo largo del día, transitamos por los diferentes estados.

➤ No trabajan de manera individual sino conjuntamente. Por ejemplo:

- Si estamos tranquilamente viendo una película en el sofá, estarían activadas la rama ventral y dorsal a la vez.
- Si estamos haciendo actividad física y estamos en calma, estarían activados simpático y vagal ventral a la vez.

CORREGULACIÓN

Nos regulamos **con otro sistema nervioso autónomo regulado**.

Además, aprendemos a **autorregularnos (freno vagal)** a través de otro sistema nervioso autónomo regulado (cuidadorxs principales).

NEUROCEPCIÓN

Percepción sin consciencia de seguridad o peligro a través de 7 sentidos

- **Exterocepción** (mundo externo: vista, oído, olfato, gusto, tacto).
- **Propiocepción** (la posición del cuerpo en el espacio)
- **Interocepción** (percepción del estado interno del organismo, sobre el funcionamiento de las vísceras y órganos internos. Se trata de un sentido que nos ayuda a mantener la homeóstasis o equilibrio corporal)

FRENO VAGAL

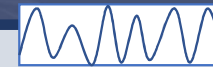
Es la capacidad del **vagal ventral** de regular la actividad de las otras dos ramas cuando están activadas, a través de la modulación de la **frecuencia cardíaca**, facilitando el salir de estados de hiperactivación e hipoactivación y garantizando el **retorno** al sistema de bienestar, calma y conexión.

Las acciones del freno vagal son una forma eficaz de **aumentar** y **disminuir** rápidamente la **frecuencia cardíaca** y de **cambiar** el **tono autónomo** mientras se **mantiene** el **control vagal ventral**.

Cuando hay trauma, la pérdida del freno vagal y la entrega del control, primero al SNS y luego al vagal dorsal, hace que se perpetúen esos estados autónomos.

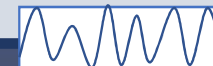
Para restaurar la homeostasis de un SNA desregulado, son fundamentales la **PENDULACIÓN** y la **DOSIFICACIÓN**.

ESTADO DE HIPERACTIVACIÓN



VENTANA DE TOLERANCIA

Margen de intensidad emocional que podemos tolerar y regular

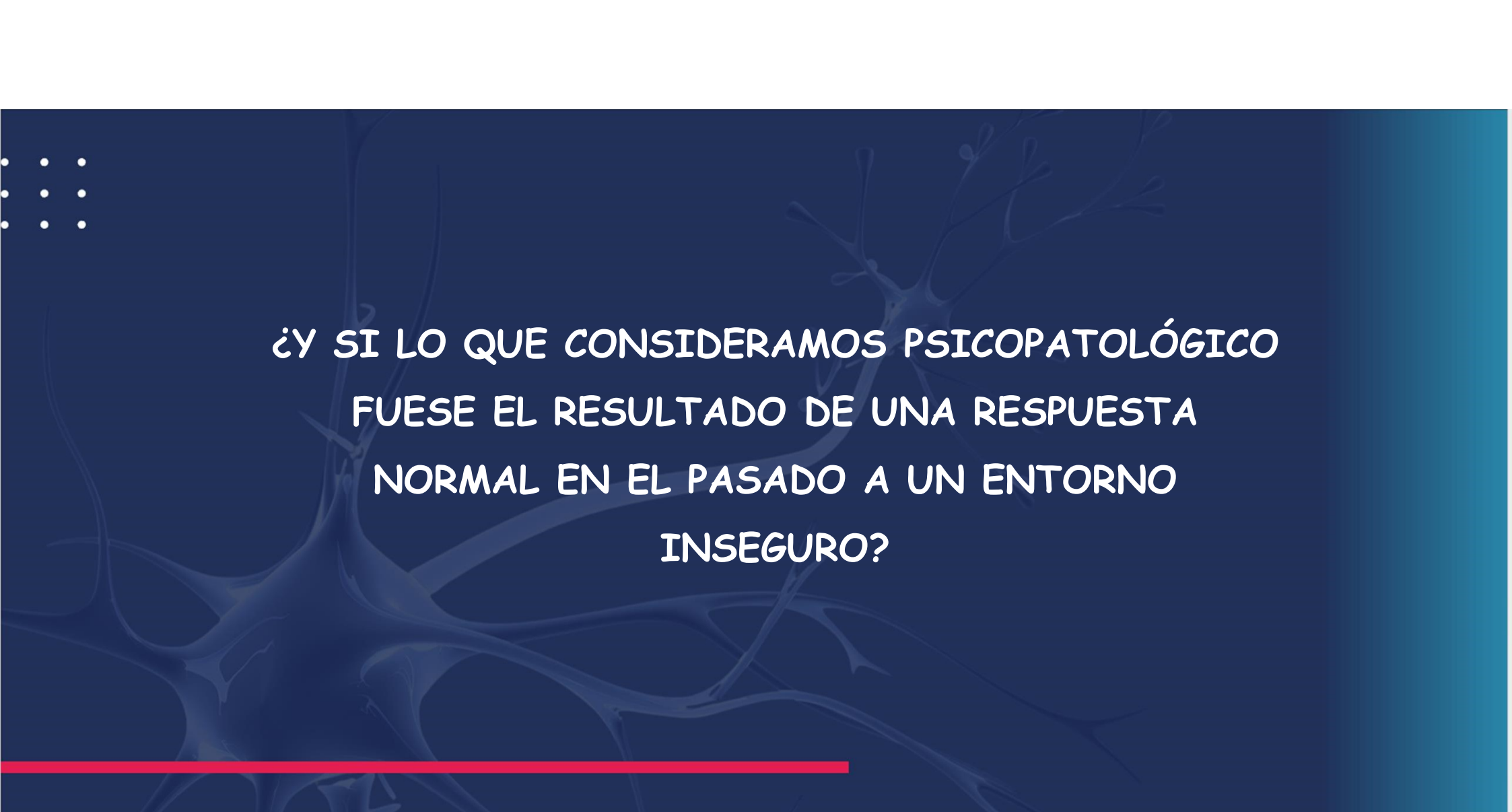


ESTADO DE HIPOACTIVACIÓN

Siegel, 1999

El entorno social temprano, mediatizado por el **cuidador primario**, influye directamente en el encendido (**activación**) final de los **circuitos** en el cerebro del infante **responsables** de las futuras **habilidades sociales y emocionales** de afrontamiento por parte del individuo. El producto último de este desarrollo social y emocional es un determinado sistema específico en el **córtex orbitofrontal** del **hemisferio cerebral derecho** que domina el **procesamiento inconsciente** de la información **socioemocional**, la **regulación** de los **estados corporales**, la capacidad de **afrontar el estrés emocional**, y la **identidad corpórea y emocional**.

(Schore, 2003)



¿Y SI LO QUE CONSIDERAMOS PSICOPATOLÓGICO
FUESE EL RESULTADO DE UNA RESPUESTA
NORMAL EN EL PASADO A UN ENTORNO
INSEGURO?

SISTEMAS DE ACCIÓN o SISTEMAS MOTIVACIONALES

Nacemos con unos **sistemas de acción psicobiológicos** (con tendencias de acción específicas) que organizan la manera en que respondemos a nivel cognitivo, emocional y sensoriomotriz, que son:

- 1) Epigenéticamente innatos
- 2) Susceptibles de condicionamiento
- 3) Organizadores
- 4) Estabilizadores
- 5) Adaptativos



Pat Ogden et al., tomando como referencia a autores como Bowlby, Steele y Van der Hart, proponen **8 sistemas de acción fundamentales e interrelacionados**

1. Defensa
2. Apego
3. Exploración
4. Regulación de la energía (equilibrio entre actividad y descanso, vuelta a la ventana de tolerancia)
5. Cuidados
6. Sociabilidad
7. Juego
8. Sexualidad

Si el sistema de defensa está activado, el resto se desactiva (son incompatibles).

Cada uno es único, pero son mutuamente dependientes, están interconectados y, con frecuencia, se complementan (la combinación de ellos dependerá del grado de trauma)

Enfoque modular transformacional de Hugo
Bleichmar y Emilce Dio Bleichmar



LAS NECESIDADES RELACIONALES

Son las necesidades inherentes al contacto interpersonal y que son esenciales para nuestra supervivencia, dándonos un sentido de sí mismo en la relación.



- **Todas las personas** experimentamos necesidades relacionales. Están presentes en todas las relaciones y definen una relación.
- La mayoría de las veces son **inconscientes** pero aparecen en la **consciencia** cuando **no nos ocupamos de ellas**: se hacen más intensas y se experimentan como un vacío o un anhelo.
- Si la **privación** continua puede **reafirmar "creencias de guión"** como "nadie está ahí para mí" o "¿Y para qué"? **DEFENSA COGNITIVA** (parte protectora) contra la plena consciencia del dolor de las necesidades no satisfechas (Erskine, 1980, 1997).

LAS NECESIDADES RELACIONALES



ESTRATEGIA PRIMARIA

La figura de apego segura es la base de seguridad desde la cual explorar el mundo

SISTEMA NERVIOSO
PARASIMPÁTICO VAGAL
VENTRAL

RESPUESTA DE
ORIENTACIÓN

Repertorio de conductas biológicas para mantener la **proximidad** con la **figura de apego**:

- La succión
- El balbuceo
- La sonrisa refleja
- La necesidad de ser acunado
- El llanto

Si la estrategia primaria falla, se pasa a las secundarias para mantener la seguridad y la protección.

ESTRATEGIAS SECUNDARIAS

Aumento de la sensación de peligro
por la falta de disponibilidad de la
figura de apego.
Gran demanda de atención y de
afecto de la figura de apego.

**SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO
(hiperactivación)**

MOVILIZACIÓN

Si la figura de apego no responde a
las demandas de atención,
se niegan las necesidades
relacionales, aumentando autonomía e
independencia.

**SISTEMA NERVIOSO
PARASIMPÁTICO VAGAL DORSAL
(hipoactivación)**

INMOVILIZACIÓN

Las primeras experiencias de relación determinan si en momentos posteriores de crisis, la persona puede permitirse dirigirse a los demás en busca de apoyo relacional, esto es, valerse de la regulación relacional dentro del contexto de una relación íntima o psicoterapéutica cuando sus propios mecanismos de autorregulación se interrumpen transitoriamente.

Allan Schore

Para ser un adulto independiente y seguro, antes debió de haber sido un bebé dependiente, apegado, sostenido; en pocas palabras, amado.

Sue Gerhardt

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

- El ser humano no es la unidad de estudio sino que se nos ha de entender en el **contexto interpersonal**.
- Nuestro **Self**, nuestra personalidad, es lo que surge **en interacción con otros**.

SULLIVAN -
Psicoanálisis interpersonal

2 ideas clave

El terapeuta nunca es un observador externo sino un observador participante

El Self es siempre múltiple, subjetivo y contextualizado (como las partes en IFS)

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

MELANIE KLEIN

- El **aspecto central** son las **relaciones** (aunque Melanie Klein no era relacional).
- Comprendemos el mundo a través del **AMOR** y del **ODIO**.
- El bebé necesita diferenciar entre **dos mamás**: la **buena** y la **mala** (pecho bueno y pecho malo).
- Esa diferenciación es necesario que se integre en un **objeto total**, para que se integre la experiencia y disminuye la ansiedad paranoide (**posición esquizoparanoide**).
- Cuando mamá se integra y el bebé se enfada con ella, también "mata" a la mamá buena, lo que genera culpa y **posición depresiva**.
- Según Klein, el bebé depende de sí mismo (algo que sabemos que no es así).
- La adecuada salud mental es el continuo intercambio entre la posición esquizoparanoide y la posición depresiva.

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

- Surge en 1940 (Bowlby, Fairbairn, Winnicott, Ainsworth, Main y Solomon)
- Se fundamenta en:
 - El **sistema interno del bebé**, su psiquismo, se construye en **relación**.
 - Gran importancia de las **relaciones tempranas**: tanto del vínculo como de la pérdida.

ESCUELA DE LAS
RELACIONES
OBJETALES

EXPERIMENTO DE HARLOW

"El amor no se establece a través de la alimentación, sino del contacto".



Una de las teorías con
más evidencia
científica y que
constituye la base de
la investigación actual
sobre trauma

RENÉ SPITZ: hospitalismo

Los bebés se mueren sin amor

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

JOHN BOWLBY

- Primero en hablar de **APEGO** → **elemento crítico** para su supervivencia, desarrollo físico y emocional.
- El apego es el **vínculo emocional** que, desde el nacimiento, se establece entre el niñ@ y sus cuidadores y tiene un impacto en las relaciones afectivas como adultos (Bowlby 1973/1980).
- Se manifiesta en el **deseo de proximidad**.
- El sistema comportamental de apego es un **mecanismo evolutivo** diseñado para aumentar la probabilidad de supervivencia y éxito reproductivo. Como tal, el sistema de apego se considera un **componente de la programación genética humana**.

APEGO COMO IMPERATIVO BIOLÓGICO

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

JOHN BOWLBY

- Incorporó a su teoría una dimensión interna al niño: su valoración acerca de la disponibilidad afectiva percibida en el cuidador, que depende de su experiencia previa en relación con la disponibilidad percibida en el pasado.
- Las acciones repetidas de los niños con los cuidadores tiene como consecuencia el conocimiento del mundo interpersonal, que se registra internamente en forma de **Modelo Operante Interno**.
- Las representaciones del apego asociadas a un específico Modelo Operante Interno (IWM) **pueden redefinirse** en función de las experiencias y los cambios en el ambiente de cuidado.

JOHN BOWLBY

Búsqueda, control e intentos de mantener la **proximidad** con una figura de apego

Figura de apego como base segura desde la que **explorar** ambientes y experiencias no familiares
(Ainsworth, 1963)

Figura de apego como base segura (*safe heaven*) en situaciones de **peligro** o de **alarma**

Este conjunto de respuestas innatas de apego, instintivas ante la amenaza y la inseguridad del entorno, se demuestran en **tres tipos de comportamientos**:



El **grado de seguridad** que el niño experimenta durante los primeros meses de vida depende en gran medida de señales exógenas (**disponibilidad y responsividad** afectiva de los cuidadores). Tras repetidas interacciones, el niño desarrolla un **conjunto de estructuras de conocimiento, o modelos operantes internos** (*Internal Working Models*), que representan estas interacciones y contribuyen a la regulación del sistema de apego.

(Bretherton & Mullholland, 1999)

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

WINNICOTT

- Se dio cuenta de que el bebé:
 - Nace en un **estado de indiferenciación**
 - Nace absolutamente **dependiente**
 - Se desarrolla por los **cuidados m(p)aternos**
- Madre como "yo auxiliar": a través de los sentidos, el bebé se siente seguro (como la sensibilidad de la piel, la temperatura de la madre, el sonido de su voz, su imagen y su olor, así como los cuidados que le provee).
- "Preocupación maternal primaria": la madre identifica las necesidades del bebé y conoce el tipo de llanto que emplea según lo que el bebé pide. **MADRE SUFICIENTEMENTE BUENA**

- ✓ La madre **suficientemente buena**
- ✓ **Objeto transicional**
- ✓ "Holding": entorno sostenedor



Estado mental en el que el bebé es el centro de preocupación de una madre

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

WINNICOTT

- A través del holding la madre (o figura que ejerce cuidado maternal) transmite al niño sensaciones de **protección y cuidado**:
 - ayudándole a integrar y dar significado a los estímulos que experimenta
 - a diferenciar entre él y los otros
 - adquirir un "yo sano" que permite al niño tolerar las situaciones que experimenta sin el temor a desorganizarse de nuevo
- Si la mamá no es suficientemente buena se produce **intrusión** o **vulneración** → cuando el bebé no dispone o dispone solo de vez en cuando de un maternaje suficientemente bueno
- Igual que **la madre** protege al bebé de los estímulos invasores, ella **también ha de ser protegida** por parte del entorno más cercano.

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

- El bebé viene al mundo con su **potencial heredado** → aunque llegará a desarrollarlo dependiendo de las condiciones favorables o desfavorables del entorno.

WINNICOTT

La **madre suficientemente buena** es capaz de **mentalizar** a su hijo. El cuidador que reconoce al niño como una persona separada con sus **propias motivaciones, deseos y necesidades**, demuestra tener capacidad de mentalización. Esto le **permite al niño** desarrollar un **sentido firme de la propia identidad** y comprender las **motivaciones, deseos y necesidades, propias y de los demás**, como elementos separados independientes pero negociables

(Winnicott, 1945; Fonagy et al., 2002; Ogden et al., 2009)

En virtud de contener al niño y de brindar un **entorno sostenedor**, la madre puede sostener al niño tanto **literalmente** (físicamente) como **mentalmente** (dentro de su mente), de forma que demuestra su **reconocimiento de los estados fisiológicos y afectivos del niño**, y también su capacidad de abordarlos eficazmente. La madre puede **tolerar y "permanecer al lado"** del niño durante los estados de desregulación.

(Schore, 2003)

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

FAIRBAIRN

- La **fuerza motivacional humana** no es la gratificación de los impulsos (Freud) sino la **conexión con los otros**.
- Los bebés llegan al mundo con la **necesidad de vinculación** con las demás personas.
- No hay bebés inseguros sino **objetos** que ofrecen una manera **insegura** de apegarse.
- Según Fairbairn, las **relaciones placenteras** con las figuras de referencia hacen que el bebé aprenda a relacionarse de esa manera. **Si no se dan estas experiencias placenteras**, los **vínculos permanecen** fuertemente aunque sean vínculos abusivos/negligentes. Estos niños buscarán de adultos relaciones dolorosas.
- **Todas las personas buscamos en la edad adulta los tipos de vínculos que experimentamos de pequeños.**

Las primeras experiencias relacionales se conforman como la **base** para las **experiencias futuras** de conexión con los otros.

LA TEORÍA DEL APEGO Y SUS ORÍGENES

➤ A raíz de episodios de **reunión** y **separación** entre mamá y bebé, con y sin persona extraña → clasifica la **cualidad del apego** en 3 estilos

1. Apego **seguro**
2. Apego **inseguro ambivalente**
3. Apego **inseguro evitativo**
4. Apego **desorganizado**

MARY
AINSWORTH

EXPERIMENTO DE LA
SITUACIÓN EXTRAÑA

MARY MAIN

Alto porcentaje de los niños
que han sufrido maltrato

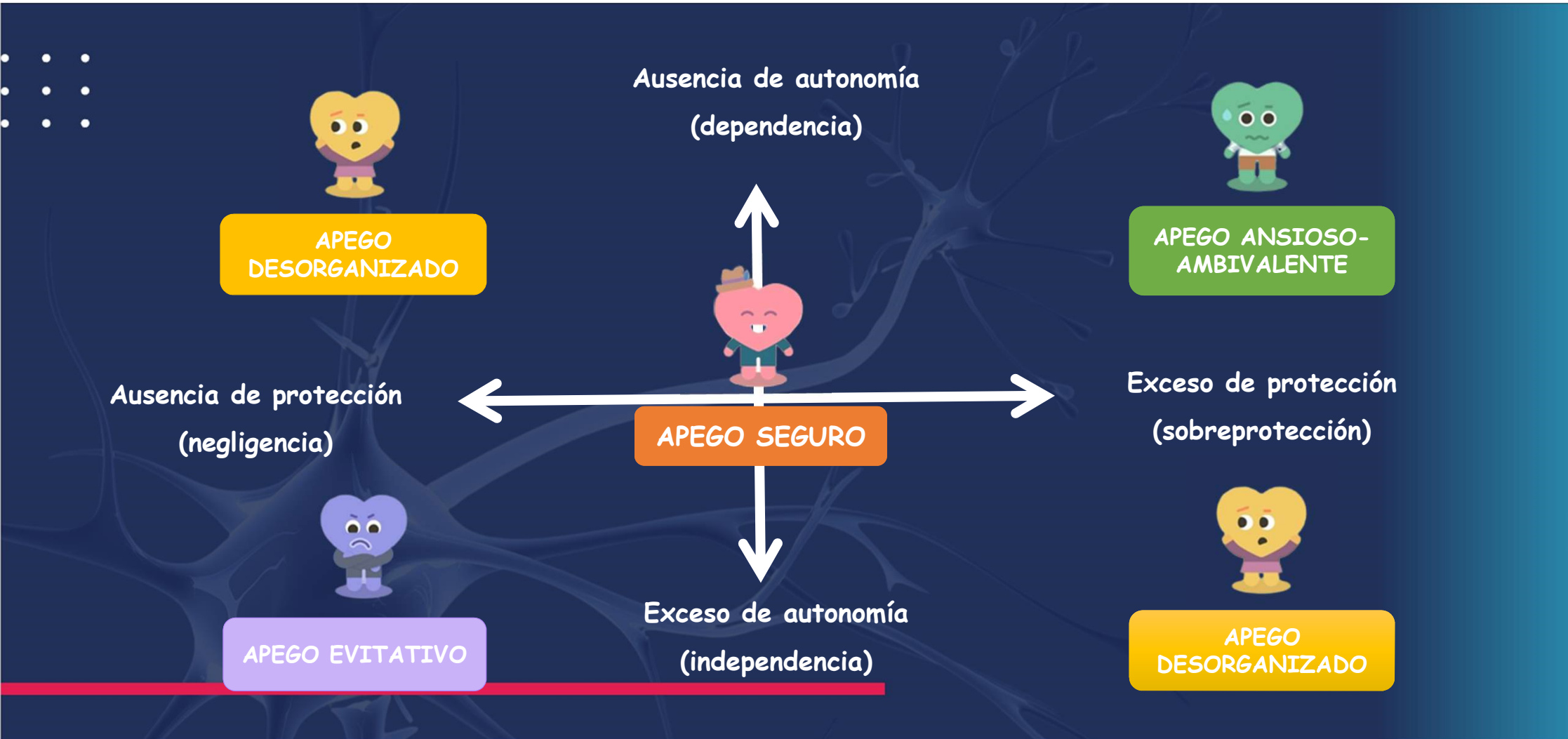
El **apego** es una **organización bastante estable** (el 70% de las clasificaciones se mantienen) **PERO** estudios longitudinales muestran que **las experiencias de nuestra vida tienen un potencial transformador**.

Las **nuevas experiencias** pueden **actualizar** nuestros **modelos de procesamiento interno**.



ES LA BASE DE LA TERAPIA

Dos aspectos fundamentales del apego: protección y autonomía.



INFANCIA

APEGO SEGURO

- La **madre suficientemente buena** (Winnicott, 1945): el cuidador reconoce al niño como una persona separada con sus propias motivaciones, deseos y necesidades.
- Se crea así la **base de seguridad** a través de la comunicación somática (corporal) y verbal receptiva recíproca.
- El/la niño/a:
 - **Conducta de exploración** en presencia del progenitor
 - **Echa de menos** al cuidador durante la separación
 - **Se aproxima** al cuidador sin ambivalencia tras el reencuentro, iniciando **contacto físico** con frecuencia.

ESTRATEGIA PRIMARIA

Equilibrio entre simpático y parasimpático, dentro de ventana de tolerancia y ampliándola progresivamente (se desarrolla el córtex orbitofrontal) → se refuerza el sistema de conexión social.

ADULTEZ

APEGO SEGURO

- Buscan proximidad de otras personas, **equilibrio entre autonomía y dependencia**.
- Equilibrio entre **corregulación** (búsqueda de ayuda cuando sobrepasan VT) y **autorregulación**.
- Expresan de forma clara sus intenciones, su estado emocional, sus deseos y sus motivos.

SN PARASIMPÁTICO
VAGAL VENTRAL

INFANCIA

APEGO ANSIOSO- AMBIVALENTE

- La **madre es inconsistente e impredecible** en sus reacciones al niño: puede tanto sobreactivarle como no ayudarlo a conectarse.
- La **madre se vincula con el/la niñx en función de sus propias necesidades** y no las del/la niñx.
- El/la niñx:
 - Muy desconsolados, enfadados, apenados, angustiados y preocupados a lo largo tanto de la separación como del reencuentro con la madre.
 - Parecen irritables, tienen dificultades para recuperarse del estrés, dificultades en el control de los impulsos, temen al abandono e inician conductas impulsivas.
- "**Carácter difícil**": tendencia a expresividad intensa, reacciones anímicas negativas, con adaptabilidad lenta a los cambios.

ESTRATEGIA SECUNDARIA:
MOVILIZACIÓN

ADULTEZ

APEGO ANSIOSO- AMBIVALENTE

- Actitud de **preocupación hacia el apego**: necesidades de cariño, dependencia de los demás y tendencia a la proximidad "excesiva".
 - Preocupados por la disponibilidad de las figuras de apego (incluido el/la terapeuta).
 - Sienten elevada intensidad emocional y agitación corporal.
 - Aumento o pérdida del tono muscular ante la separación.
 - Dificultades para tolerar la soledad.
- Sistema de conexión social debilitado, por lo que es difícil que sientan seguridad en la relación.
- Dificultad para mantener la activación dentro de la ventana de tolerancia.

CO-REGULACIÓN

SN SIMPÁTICO

INFANCIA

APEGO EVITATIVO

- La madre **frustra** o **bloquea** activamente las conductas de búsqueda de proximidad del/la niño (lo aparta o se retrae).
- Ante ese **rechazo corporal**, el/la niño se adapta manifestando escasa necesidad de proximidad y evita el contacto ocular. Por ejemplo, cuando se establece un contacto con un adulto, el/la niño no lo mantiene, centrándose en sus juguetes antes que en la madre.
- El/la niño:
 - **No dolor** ante la **separación** de la madre.
 - En el momento del **reencuentro**, **ignora** activamente o **evita** a la **madre** alejándose o girándose cuando lo cogen en brazos.

ESTRATEGIA SECUNDARIA:
MOVILIZACIÓN

INFANCIA

APEGO EVITATIVO

- Al no haber correulación con la figura primaria de apego, se le niega el acceso al sistema de conexión social (vagal ventral), por lo que **no dan importancia al apego**.
- Tienden a **rechazar el contacto físico**, echándose para atrás cuando alguien intenta aproximarse.
- Suelen **distanciarse de los demás**, son muy **independientes** y tienden a contemplar las **emociones** con cierto **cinismo**.
- Suelen mostrar falta de expresividad emocional y de contacto ocular, junto con un nivel más bajo de activación general (vagal dorsal). **Desconexión entre cuerpo y mente**.
- En momentos de estrés, se retraen y evitan buscar el apoyo emocional de las demás personas.

AUTOREGULACIÓN

SN PARASIMPÁTICO VAGAL DORSAL

INFANCIA

APEGO DESORGANIZADO

AMBAS ESTRATEGIAS SECUNDARIAS

- La **madre** alterna entre “**atemorizante**” y “**atemorizada**”:
 - Confusión respecto a su papel (por ej., tratar de obtener consuelo del niñx).
 - Desorientación (por ej., vagar sin rumbo ante el llanto del bebé).
 - Conductas intrusivas (por ej., burlarse y reírse del niñx).
 - Retracción (por ej., no saludar al niñx).
- Cambios de estados repentinos sin una reparación relacional.
- A veces, esta madre (o figura principal de apego) abusa del niñx, desatenderlx o ambas cosas.
- Debido a ello, el/la niño/a permanece en las zonas de **hiperactivación** o de **hipoactivación** durante largos períodos de tiempo. La amenaza constante del cuidador atemorizado y atemorizante activa las tendencias de acción responsables tanto de la búsqueda de proximidad como de la defensa.

ADULTEZ

APEGO DESORGANIZADO

- **Reacciones contrarias y paradójicas al contacto.** Se entiende como resultado de la estimulación simultánea o alternante de dos sistemas psicobiológicos opuestos: el apego y la defensa.
 - Conductas contradictorias seguidas, por ejemplo, búsqueda de proximidad seguida de retracción; o simultánea.
 - Conductas y expresiones incompletas o sin dirección, por ejemplo, angustia acompañado de alejamiento de la figura de apego.
 - Movimientos y expresiones de paralización, enlentecimiento.
- **Sistema vagal ventral (conexión social), simpático y vagal dorsal se verían estimulados de forma simultánea o alternativa.**

LOS TRES ESTADOS AUTÓNOMOS
ESTIMULADOS SIMULTÁNEA O
ALTERNATIVAMENTE



PARASIMPÁTICO VAGAL VENTRAL

Sistema de calma, seguridad y
conexión social



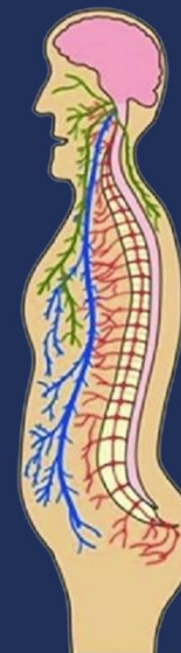
SN SIMPÁTICO

Sistema de amenaza: lucha o
huida



PARASIMPÁTICO VAGAL DORSAL

Sistema de amenaza:
inmovilización





SN
SIMPÁTICO

SNP VAGAL
VENTRAL

SNP VAGAL
DORSAL

El cuidador primario modula la activación fisiológica del bebé calmándolo cuando la activación es demasiado elevada y estimulándolo cuando la activación es demasiado baja, ayudándole así a permanecer en un estado óptimo

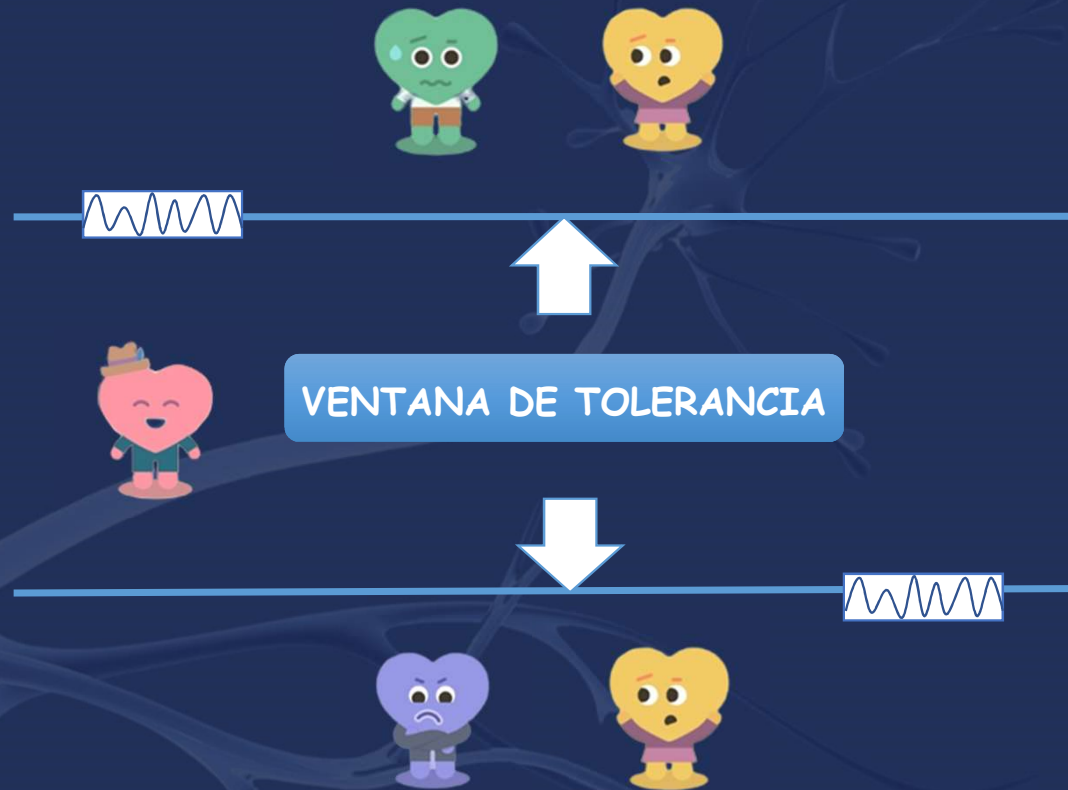
Schore, 1994

VENTANA DE TOLERANCIA

SN
SIMPÁTICO

SNP VAGAL
VENTRAL

SNP VAGAL
DORSAL



HERIDAS DE INFANCIA (Lise Bourbeau)



HERIDAS DE INFANCIA (Lise Bourbeau)

HERIDA DE ABANDONO

- Cuando hubo **ausencia física y/o emocional** por parte de las principales figuras de apego. Por ejemplo, si papá o mamá trabajaban mucho.
- Se genera un **miedo a soledad** y una tendencia a la **dependencia emocional**.



HERIDA DE RECHAZO

- Cuando hubo **rechazo hacia alguna parte de nosotros/as** y eso generó un sentimiento de **no ser suficientemente buenos/as** para esas figuras de apego.
- Se genera un **miedo a ser dañado/a** y una **tendencia a huir de los vínculos** con otras personas por este motivo.

HERIDAS DE INFANCIA (Lise Bourbeau)

HERIDA DE HUMILLACIÓN

- Cuando hubo **trato vejatorio, despreciativo y crítico**, generando en nosotros/as un **sentimiento de vergüenza**.
- Se genera un **miedo a la libertad** y una tendencia a **cumplir las expectativas de las demás personas**, olvidándose de las propias necesidades.



HERIDA DE TRAICIÓN

- Cuando, de manera reiterada, nos sentimos **decepcionados/as** por alguna de nuestras **figuras de apego**, por **mentiras** o por **no cumplir lo que prometían**.
- Se genera un **miedo a ser traicionado/a** de nuevo, por lo que suele haber una **tendencia a querer tener todo bajo control**.

HERIDAS DE INFANCIA (Lise Bourbeau)

HERIDA DE INJUSTICIA

- Cuando hubo **exigencias/expectativas demasiado elevadas con respecto a nosotros/as mismos/as**. Por ejemplo, cuidar a un/a hermano/a.
- Se genera un **miedo a equivocarse** y una **tendencia al perfeccionismo y la autoexigencia**, con elevada rigidez.



No tenemos una sola herida, sino un **conjunto de ellas**, que se **entremezclan**.

Esto habrá dado lugar a diferentes **partes** de nuestro **sistema interno** (**partes exiliadas/heridas, partes protectoras**), y algunas incluso **polarizadas** (por ejemplo, querer ser reconocido/a pero a la vez no querer ser el centro de atención).

LO QUE CONSIDERAMOS PSICOPATOLÓGICO ES EL
RESULTADO DE UNA RESPUESTA NORMAL EN EL PASADO A
UN ENTORNO INSEGURO



TRAUMA

TRAUMA NO ES EL EVENTO EN SÍ SINO LA
EXPERIENCIA SENTIDA EN SOLEDAD

En ausencia de un
testigo empático

Interpersonal

Experiencia interna,
silenciada

Intrapersonal

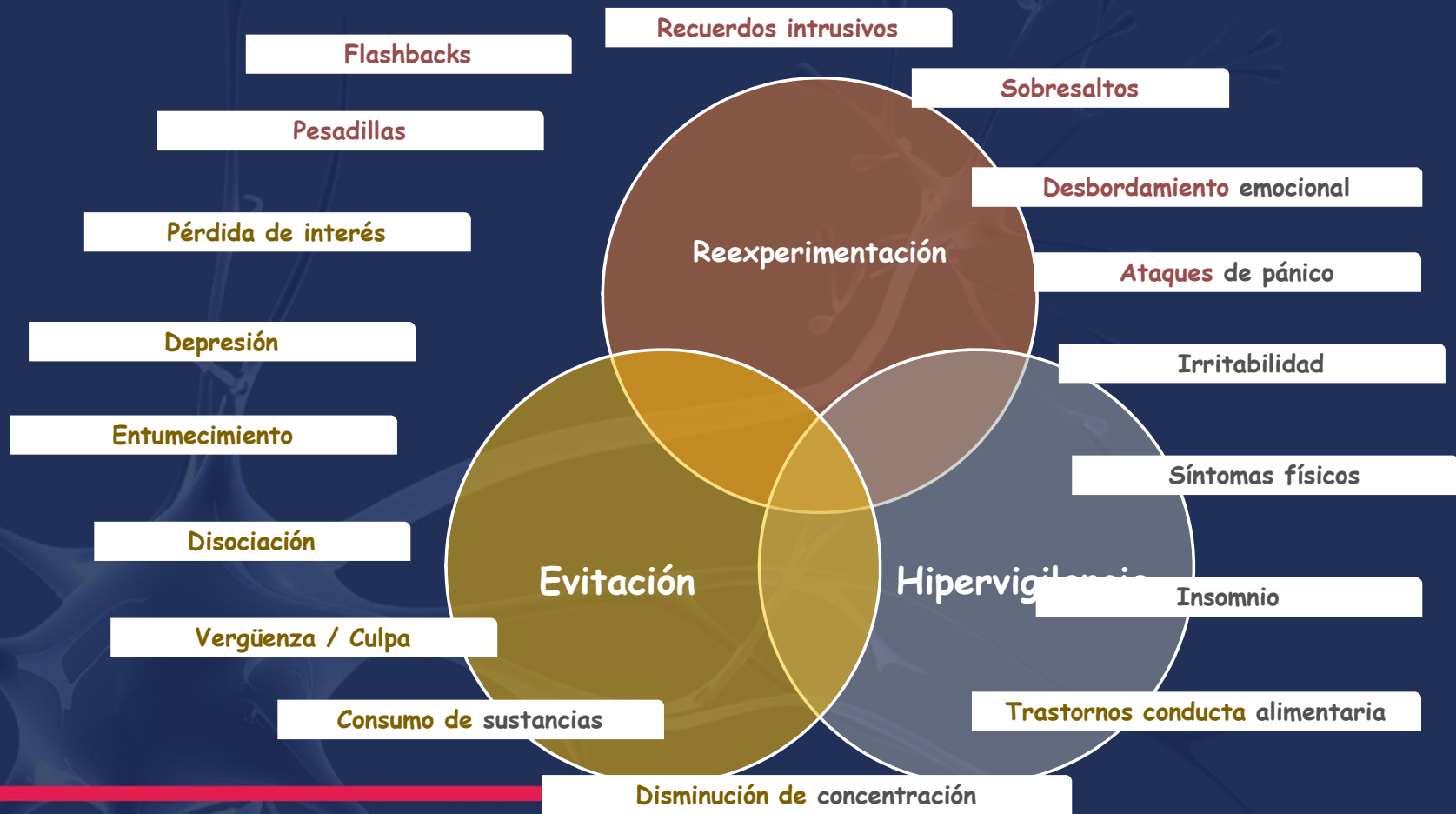
Defensas/partes
protectoras (alejad@s
de nuestro Self)

Interpersonal

Con nuestra
presencia - vínculo
seguro

Se accede a la
experiencia olvidada

Para una vinculación
segura con las demás
personas



EL MUNDO INTERNO COMO UN CONJUNTO DE PARTES



**Partes
protectoras
directivas**



SELF



**Partes
protectoras
bombero**



**Partes
exiliadas**



SELF

Consciencia
- Yo
observador

Yo
compasivo

Sistema
nervioso
regulado

Yo
esencial

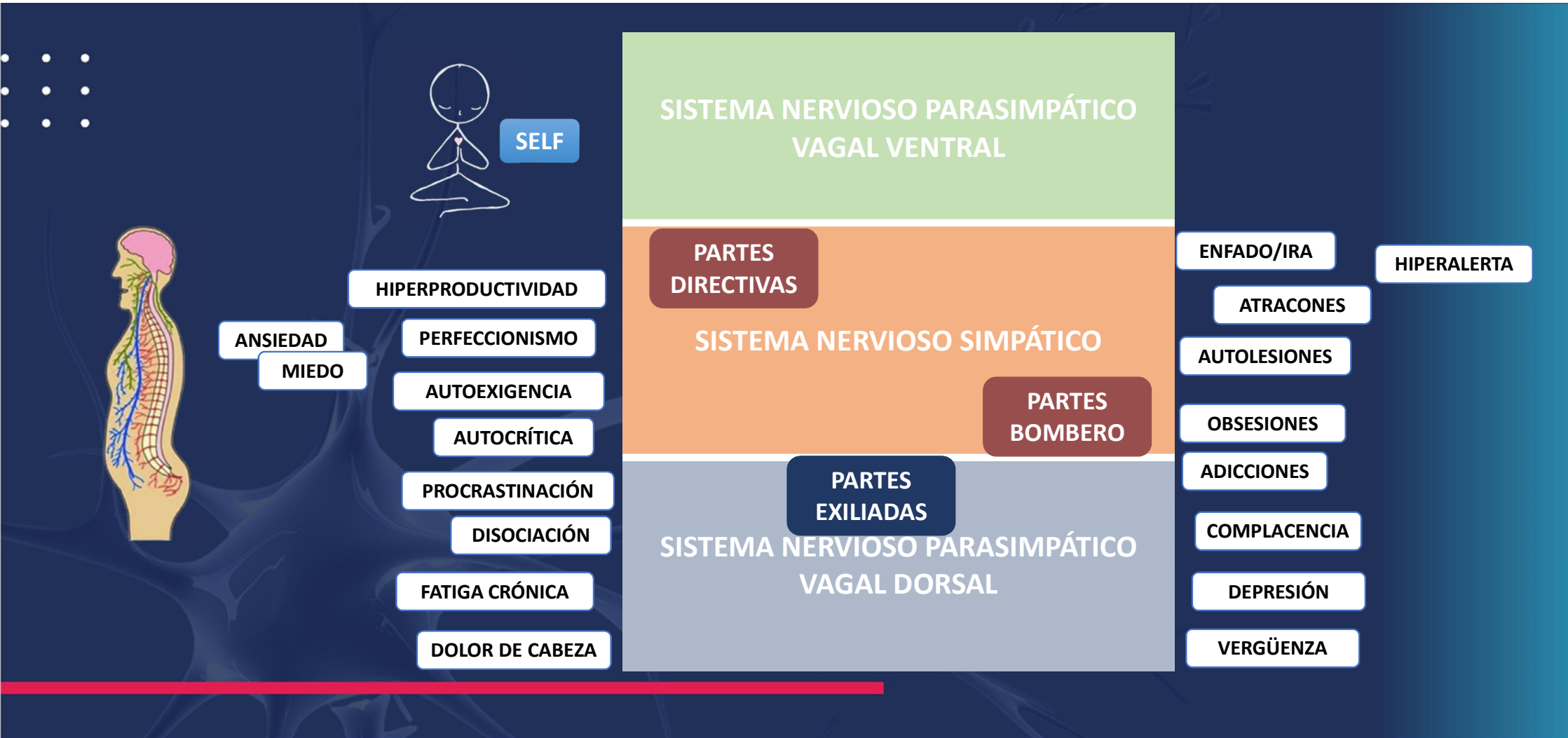
Ser

Figura de
apego
segura

Yo adulto

*Cada parte de nuestro mundo interno activa unas
u otras zonas de nuestro sistema nervioso*





“Si no nos sentimos seguros, estamos en un estado crónico de evaluación y actitud defensiva” (Porges, 2011).

La creación de las **condiciones** para un estado fisiológico que fomente un **sistema de compromiso social activo** es un **ELEMENTO NECESARIO** en toda psicoterapia.

Ese **ESTADO VAGAL VENTRAL** y **NEUROCEPCIÓN DE SEGURIDAD** posibilita la conexión, la curiosidad y el cambio.

REGLA DE LAS 4 R

1. Reconocer el estado autónomo.
2. Respetar la respuesta de supervivencia adaptativa.
3. Regular o co-regular en un estado vagal ventral.
4. Reformular la historia.

Objetivo de la terapia:

convertirnos en nuestra propia
figura de apego seguro
(compasiva)



¿Qué NECESITO
en este momento
para cuidar mejor
de mí?



Muchas gracias por vuestra atención

Dra. Marta Sancho

marta@kevalapsicologia.com

 @kevalapsicologia