



# Trabajo Fin de Grado

## Experiencias familiares y psicopatología: estudio de un caso clínico.

Autor/es

Pablo Gil García

Director/es

Teresa Isabel Jiménez Gutiérrez

Grado de Psicología

2013

## Índice

Resumen/Abstract	pág. 2
Introducción	pág. 3
El apego: delimitación conceptual	pág. 3
Apego y psicopatología	pág. 5
Método	pág. 9
Resultados	pág. 15
Limitaciones	pág. 18
Conclusiones	pág. 19
Bibliografía	pág. 21
Anexos	pág. 25

## **Resumen**

En este estudio se presenta el caso de un paciente diagnosticado de esquizofrenia. El objetivo del estudio es explorar el desarrollo de los vínculos afectivos del paciente con su familia y relacionarlos con el desarrollo de su psicopatología. El paciente fue entrevistado con la Entrevista de Apego Adulto (AAI) y fue clasificado como “inseguro negador”. A lo largo del estudio se desarrollan diversos factores ambientales descritos por la literatura como determinantes de una posible psicopatología, la situación clínica y familiar del paciente y el análisis de la entrevista. A través de la observación de estos cuatro elementos se establece una relación entre factores familiares acontecidos en el pasado del paciente y su psicopatología actual.

## **Palabras clave**

Apego, Entrevista de Apego Adulto, Familia, Psicopatología, Esquizofrenia.

## **Abstract**

This study presents a case of a patient diagnosed of schizophrenia. The target of the study is exploring the development of affective links between the patient and his family and linking it with the development of his psychopathology. The patient was interviewed with the Adult Attachment Interview (AAI) and he was diagnosed like “denied insecure”. Along the study various environmental factors described by the literature are developed like essential in a possible psychopathology, the clinic and familiar situation of the patient and the interview analysis. Finally, a relation between the past familiar factors and the actual psychopathology is established because the observation of this four elements.

## **Key words**

Attachment, Adult Attachment Interview, Family, Psychopathology, Schizophrenia.

## **Introducción**

Este estudio pretende analizar la importancia del apego y otras variables familiares relacionadas con éste como factores influyentes en el desarrollo de una psicopatología. Este objetivo pretende alcanzarse a través de dos medios. El primero supone exponer una breve exploración de la literatura relacionada con el tema. Se presta especial atención al desarrollo del apego en la infancia y qué consecuencias se relacionan con el desarrollo de un estilo representacional del apego no seguro. El segundo es el estudio de un caso clínico con la intención de relacionarlo con la literatura expuesta. El paciente seleccionado para el estudio es un varón de 34 años, diagnosticado de una esquizofrenia simple. Se encuentra derivado en el Centro de Día (CD) de la Fundación Rey Ardid de Zaragoza. Tanto el paciente como la entidad han dado su consentimiento escrito para la utilización de datos para el presente documento, procedentes de la realización de la Entrevista de Apego Adulto (AAI) y de su historial clínico. El motivo por el cual se ha utilizado esta entrevista es por su gran potencial exploratorio acerca de los recuerdos sobre el apego de los entrevistados y su interpretación a través del discurso formulado.

### **El apego: delimitación conceptual**

En el proceso de construcción de la personalidad intervienen muchas variables ampliamente estudiadas. Una de ellas es el apego, considerada la relación más temprana que se establece y que nos permite aprender a regular nuestro sistema emocional (Sachis, 2008). Fue Jonh Bowlby quien desarrolló la Teoría del apego (1969, 1973, 1980), definiendo la conducta de apego (1993, pp, 60) como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido...”.

Durante los primeros años de vida, a lo largo de las distintas interacciones con las figuras que les prestan los cuidados, el niño va constituyendo gradualmente un conjunto de conocimientos y expectativas sobre la forma cómo esas figuras actúan y responden a sus pedidos de ayuda y protección y sobre el *self*, en cuanto a su valor propio y su capacidad para influir en los demás. Bowlby (1969) denomina a estos conocimientos y expectativas, *modelos internos dinámicos de apego*. Estos modelos internos permiten al individuo tomar decisiones sobre sus comportamientos de apego

hacia una figura particular, anticipar el futuro y hacer planes, para conseguir operar de forma más eficiente.

Con este modelo representacional como base, niños y niñas y, posteriormente adolescentes, se enfrentarán al resto de relaciones interpersonales que establezcan constituyendo un buen predictor de la conducta y competencia futura (Lafuente, 2000). Girón, Rodríguez y Sánchez (2003) añaden lo siguiente que cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad. Por lo tanto se deduce que el niño desarrollaría un modelo interno de apego seguro que facilitará el establecimiento de futuras relaciones. Sin embargo, también se ha evidenciado cómo un niño que no tiene estas necesidades satisfechas correctamente desarrolla modelos más conflictivos, un ejemplo es el estudio de Bowlby sobre jóvenes delincuentes que presentaban un patrón común de carencias afectivas, (Bowlby, 1944). En resumen, la relación con las figuras de apego posibilita la construcción de un modelo del mundo y de sí mismo en función del propio desarrollo cognitivo y afectivo que le permitirá actuar, comprender la realidad, anticipar el futuro y establecerse metas (Bradley y Cafferty, 2001).

La investigación empírica del desarrollo sobre el apego tiene su origen en los estudios de Ainsworth, Blehar, Waters y Wall en 1978 (citado de Bedoya, 2012), quienes diseñaron una situación experimental, *la Situación del Extraño*, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. En la *Situación del Extraño* el bebe interactúa en una habitación desconocida para él, en algunos casos la madre está presente, en otros no. El experimento pretende evaluar el cambio conductual del bebe entre ambas situaciones. Estas situaciones permitieron identificar diferentes patrones de comportamiento interactivo de niños pequeños con sus figuras de apego en el laboratorio a los 12 meses. Así consiguieron elaborar una clasificación con diferentes estilos de apego: el tipo *seguro*, *inseguro evitativo* e *inseguro ambivalente*. Más tarde Main y Solomon (1986) propusieron la existencia de un cuarto tipo denominado *desorganizado*, el cual recoge muchas de las características de los dos grupos de inseguro ya descritos y que inicialmente eran considerados como inclasificables (en Bedoya, 2012).

En el *apego seguro* aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Se interpreta como un modelo de funcionamiento interno

caracterizado por la confianza en el cuidador. Este tipo de apego se encuentra aproximadamente en el 50-60% de los niños de la población general (Marrone 2001, Zan 2004).

En el *apego inseguro evitativo*, la observación fue interpretada como si el niño no tuviera confianza en la disponibilidad del cuidador principal, mostrando un claro desinterés en el posterior reencuentro con el cuidador. Este estilo de apego se ha observado en un 20%-30% de niños de la población general. (Marrone 2001, Zan 2004).

Respecto al *apego inseguro ambivalente* un 10-15% de los niños reacciona marcadamente a la separación. Su actividad lúdica y exploratoria es más pobre y presentan conductas de aferramiento con la madre. Evidencian gran ansiedad o excitación frente a las separaciones; y en los reencuentros muestran un comportamiento ambivalente que implica a la vez búsqueda de proximidad y resistencia, con manifestaciones de enojo y rabia hacia la madre y el extraño. Estos niños suelen ser más propensos a las demandas, reclamos, problemas de conducta y al aferramiento, lo que a su vez dificulta la relación con sus progenitores (Marrone 2001, Zan 2004).

Los niños con *apego desorganizado* muestran la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004). Este tipo de apego aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso (Marrone 2001, Zan 2004).

### **Apego y psicopatología**

En la actualidad, los estudios recientes dentro de la Teoría del Apego se han orientado a investigar las trayectorias desviadas del desarrollo del apego en poblaciones de alto riesgo. Desde esta mirada, el foco de interés para comprender la psicopatología del apego se ha centrado principalmente en el apego desorganizado (Solomon y George, 1999).

El grado de asociación entre este tipo de apego en edades tempranas y el posterior surgimiento de procesos desadaptativos es de tal magnitud que se ha convertido en una urgencia el conocer de un modo más específico y empírico los antecedentes y consecuentes de este patrón de vinculación. Los estudios sobre el apego

desorganizado pueden dividirse a grandes rasgos en dos tendencias: por un lado están las investigaciones sobre las condiciones y factores que generan el desarrollo de un apego desorganizado, lo que llaman Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffmann (2011) los *modelos etiológicos del apego desorganizado*. Por otro lado se encuentran los estudios sobre las consecuencias que este tipo de apego tiene sobre el desarrollo y la salud mental de las personas.

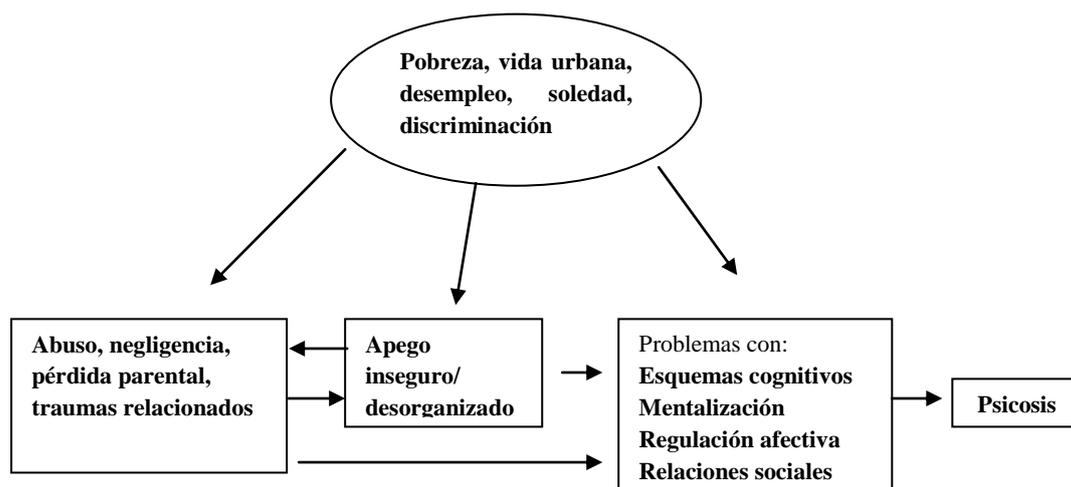
Como un modo de resolver las inconsistencias y discrepancias entre todas las teorías etiológicas propuestas que pueden predecir el desarrollo de un apego desorganizado, Annie Bernier y Elizabeth Meins recientemente propusieron su "*modelo de umbral*" (Bernier y Meins, 2008). Considerando toda la evidencia disponible, estas autoras proponen que la desorganización opera bajo un sistema de umbral que hace al infante más o menos vulnerable o resiliente para desarrollar un apego desorganizado. Los eventos estresantes en nuestra vida nos acercan a ese umbral y sobrepasar ese umbral conlleva al desarrollo de una psicopatología.

Desde sus inicios la teoría del apego ya intentó explicar los procesos del desarrollo de la psicopatología. Desde que Bowlby en 1944 evidenció el impacto de la privación precoz de cuidados familiares en el mencionado estudio de 44 jóvenes delincuentes que habían sufrido esta experiencia se fue avanzando en el estudio de esa relación. En su trilogía, dos de los volúmenes (*Separation* y *Loss*) los dedica el autor a explicar, desde el punto de vista de la teoría del apego, el impacto y los efectos de las experiencias de separación y de pérdida de figuras de apego (Bowlby, 1973, 1980). Según Bowlby, el estilo de apego refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno más amplio, por lo que no debe resultarnos extraño que exista una influencia conjunta entre las variables propias del cuidador y el temperamento infantil.

Dejando a un lado los modelos teóricos, varios estudios se han orientado hacia la búsqueda de relaciones entre las organizaciones de apego y la psicopatología. El meta-análisis de Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg (1996) se basa en 14 estudios con muestras clínicas, integrando jóvenes y adultos y padres de niños con trastornos, evidencia que en las muestras clínicas existe una sobre-representación estadísticamente significativa de las organizaciones de apego insegura. En el estudio no se encontraron relaciones significativas entre un determinado tipo de organización insegura y un tipo específico de trastorno psicológico (citado por Soares 2005).

Pese a no haber encontrado relaciones significativas entre un determinado tipo de organización de apego en la infancia y un tipo específico de trastorno psicológico en la posterior vida adulta, algunos estudios defienden este tipo de relaciones. Gumley y Schwannauer (2006) han mostrado que la esquizofrenia y otras psicosis son desórdenes fundamentalmente caracterizados por una desregulación afectiva que puede ser sostenida por el marco de la teoría del apego. En resumen, las investigaciones muestran que existe una relación entre distintos estilos de apego, desarrollados en la infancia, y determinadas psicopatologías, desarrolladas en la edad adulta. Sin embargo algunos autores discrepan sobre estas tesis y defienden que no existen suficientes datos que permitan validar dichas afirmaciones (Fonagy, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003). Por lo tanto, la relación descubierta no es tan clara como para poder afirmar un proceso de causalidad de la psicopatología.

Estudios más recientes, como el de Read y Gumley (2008) plantean un pequeño cambio en la explicación de la psicopatología a través del apego. No es el estilo de apego, sino determinadas situaciones (situaciones socioculturales y familiares) las que se relacionan más estrechamente tanto con estilos de apego y con síntomas específicos de la psicopatología (que no la patología global) tal y como puede observarse en la figura 1.



**Figura 1.** Esquema de Read y Gumpley

A continuación se procede a desarrollar brevemente la evidencia científica existente sobre los factores familiares citados en la teoría de Read y Gumley debido a que son aquellos los factores relacionados con el apego.

Uno de los factores que desarrolla esta teoría es la presencia de *abuso y negligencia parental*. Por ejemplo, un estudio prospectivo de 4.000 sujetos en Países Bajos mostró que aquellos que habían sufrido un abuso infantil “moderado” eran once veces más propensos a desarrollar una psicopatología. Y aquellos quienes habían sufrido un abuso infantil “severo” eran cuarenta y ocho veces más propensos (Janssen et al., 2004).

La *pérdida parental* también supone un factor a tener en cuenta. Ya Bleuler (1978) encontró que el 31% de 932 personas diagnosticadas de esquizofrenia había perdido a un padre antes de los quince años, una tasa significativamente mayor que la población general. Un estudio más reciente encontró que la pérdida de la madre durante la infancia fue significativamente mayor (55%) en esquizofrénicos que para otros diagnósticos (23%) (Friedman et al., 2002).

Otro factor importante es el *embarazo no deseado*. En un estudio finlandés de más de 11.000 personas, aquellos cuyos embarazos habían sido no deseados por sus madres eran 2,5 veces más propensos a ser diagnosticados más tarde de esquizofrenia (Myhrman, Rantakallio, Isohanni, Jones, y Partanen, 1996).

Además de los factores mencionados Read y Gumley mencionan otro factor estrechamente relacionado con los demás, la existencia de *traumas relacionados*. Las experiencias de pérdida y el trauma también se relacionan con algunos desórdenes. Dos estudios han explorado recientemente la relación entre el trastorno límite de la personalidad (TLP), trastornos disociativos y traumas o pérdidas sufridas por las madres de pacientes adultos en los dos años antes o después del nacimiento de los pacientes graves (Liotti y Pasquini, 2000; Pasquini, Liotti, Mazzotti, Fassone y Picardi, 2002). Como era de esperar, tanto los disociativos y los grupos borderline mostraron una frecuencia significativamente mayor de grandes pérdidas parentales y traumas graves en la vida en años alrededor del nacimiento.

Además de los factores propuestos por Read y Gumley en la literatura aparecen otros, también considerados importantes a la hora de explicar la relación entre el apego

y la psicopatología. Algunos de los factores detallados a continuación guardan una estrecha relación con los ya mencionados, sin embargo, se considera oportuno mencionarlos específicamente.

Uno de estos factores es el *estilo parental*. Una revisión de veintitrés estudios llegó a la conclusión de que el control sin afectividad era el estilo parental prevalente para algunos diagnósticos estudiados, incluyendo la esquizofrenia, pero no para el trastorno bipolar o trastorno de la personalidad evitativo (Favaretto y Torresani, 1997).

Un factor muy importante en el entorno familiar es la comunicación. La desestructuración de ésta también acarrea consecuencias negativas, es así como surge el concepto de *comunicación desviada*. Este estilo de comunicación está referido a las conductas de comunicaciones vagas, tangenciales, confusas y carentes de significación, que han sido identificadas en las familias con un miembro diagnosticado de esquizofrenia. Diversos autores como Waltzlawik, Helmick y Jackson, han mostrado en su obra *Teoría de la Comunicación Humana* desviaciones o trastornos en la comunicación de los padres y familiares de esquizofrénicos, dando lugar a numerosos estudios descriptivos que han demostrado que la *comunicación desviada* de los padres se asocia de forma significativa con la esquizofrenia en alguno de sus hijos, lo cual, obviamente, no implica una relación causal.

Otro factor importante en el ámbito de la comunicación es el de la *emoción expresada* (EE), constructo de vigencia actual. Benitez Chavez y Ontiveros (2005) mencionan la EE como hacer comentarios críticos o tener un comportamiento de excesivo involucramiento emocional. Un estudio en Estados Unidos hizo un seguimiento a adolescentes durante quince años y encontraron que el 36% de aquellos cuyos padres puntuaban alto en EE tenían diagnóstico de esquizofrenia. En comparación con aquellos que tenían uno o ningún padre con alta EE, con un 0% de diagnósticos (Goldstein, 1987).

## **Método**

A continuación se procede a desarrollar los datos obtenidos sobre el paciente entrevistado y la metodología con la cual se recabaron.

## *Participante*

Los datos del paciente han sido ligeramente modificados con el fin de salvaguardar el anonimato de su identidad.

Raúl es un chico de 34 años diagnosticado de una esquizofrenia simple, con una fuerte presencia de síntomas somatomorfos y síntomas obsesivos orientados a la vigorexia. El desarrollo de su enfermedad comenzó aproximadamente a los 17 años, a raíz de una grave operación que disminuyó su salud física. A raíz de su enfermedad dejó los estudios, por lo tanto solamente ha finalizado el periodo de la ESO y nunca ha trabajado. A día de hoy Raúl todavía no posee una conciencia de enfermedad completa, por lo tanto es necesario comparar las valoraciones hechas a lo largo del historial del caso tanto por el paciente como por la familia y los profesionales.

### Presentación del caso y diagnóstico clínico

A lo largo de su infancia Raúl vivió en una familia nuclear (padre, madre, hermana), con relaciones aparentemente normalizadas con la familia extensa (tíos y abuelos) e iguales en la escuela y barrio. A lo largo de este periodo no mostró ningún tipo de síntoma patológico. En el inicio de su adolescencia Raúl empezó a desarrollar conductas ligeramente obsesivas. Estas conductas se deducen debido a que Raúl comenzó a dedicar una cantidad de tiempo excesivo al desarrollo de determinadas aficiones, principalmente la guitarra y el fútbol.

Posteriormente Raúl sufrió un grave percance, el cual requirió una importante operación. Tras la operación y el periodo de reposo Raúl alcanzó un estado físico muy débil. A partir de este periodo el comportamiento de Raúl cambió enormemente, comenzó desarrollar un estado anímico muy irritable, determinadas conductas agresivas y, según él, “dolores en el pecho”. A raíz de estos síntomas Raúl dedujo que su operación le había dejado una serie de secuelas físicas.

Con el paso del tiempo la familia de Raúl observó como la convivencia se hacía cada vez más difícil. La familia decidió que sus problemas iban más allá de lo meramente físico, por lo que consideraron que debía ser evaluado por profesionales. Tras una evaluación por parte de un psiquiatra del Centro de Salud Mental (CSM) Raúl fue diagnosticado de una esquizofrenia simple. Más adelante Raúl agudizó muchas de

sus conductas obsesivas. Una de estas conductas consiste en auto-imponerse tablas de ejercicios muy severas de forma periódica a lo largo del día. Otra de estas conductas es la dieta, con la cual ha elaborado un ritual. Además de las ya mencionadas Raúl presenta otra serie de ideas obsesivas orientadas hacia el deporte: cualquier actividad cotidiana es contabilizada en términos de esfuerzo deportivo, la mera actividad de comer para él supone “ejercicio de mandíbula”.

Además de estas conductas Raúl ha desarrollado una serie de hábitos desestructurantes como son el llevar una vida nocturna, involucrarse de forma excesiva en redes sociales y chats y un aislamiento casi total en su casa. Después de varios años en consulta de psiquiatría de su CSM y la medicación correspondiente a su diagnóstico Raúl fue derivado a un Centro de Día (CD) en 2012.

### Historia psicológica

El comienzo de las entrevistas con el psicólogo del CD fue complicado, debido a su nula conciencia de enfermedad, Raúl solo alegaba tener síntomas físicos de dolor. Los objetivos de rehabilitación que él mismo proponía eran la desaparición de sus dolores y la continuación de su carrera deportiva y de sus estudios. Otro tema frecuente eran sus dolores, según él eran intensos y fluctuaban de una zona del cuerpo a otra en determinadas ocasiones, sin un patrón lógico (una temporada me duele la espalda, otra temporada me duele la ingle). Dada esta situación tanto el psicólogo como Raúl elaboraron una “tabla de dolor” en la que del 0 al 10 Raúl debía posicionar la intensidad de su dolor en cada sesión. En las fluctuaciones de la puntuación de cada sesión podía comprobarse cómo la puntuación disminuía levemente tras su estancia en el CD. Sin embargo, la principal fluctuación encontrada era que la intensidad del dolor aumentaba cuando Raúl confesaba haberse visto involucrado en alguna discusión familiar a lo largo de la semana.

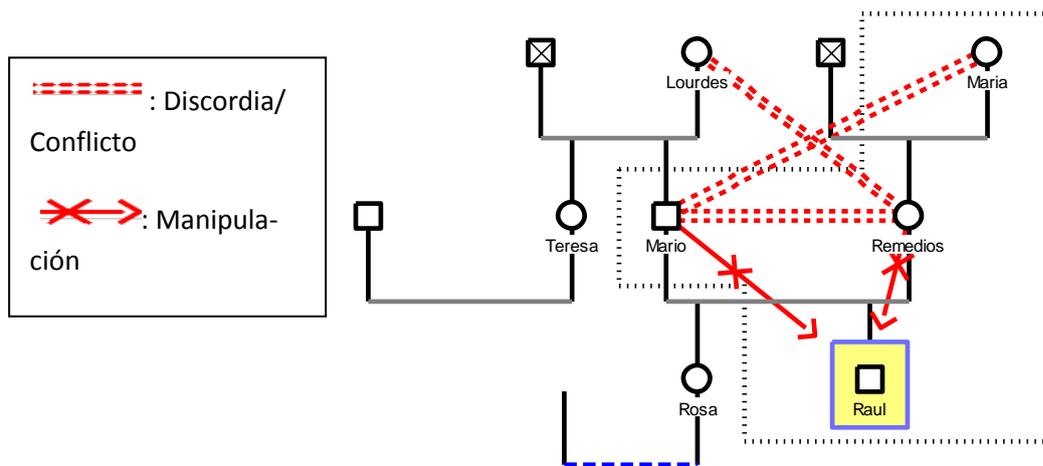
Tras la observación de este hecho y la información aportada por el psiquiatra del CSM se pudo comprobar que la situación familiar real de Raúl era la de una familia totalmente disfuncional. Entonces comenzaron a realizarse intervenciones familiares con un enfoque sistémico. Finalmente se decidió mantener una serie de intervenciones a los padres de Raúl (sin la presencia de éste) mientras se realizaba otra intervención independiente con el paciente. Una vez aplicado este sistema de intervención pudo

observarse un gran cambio en tan solo unos pocos meses. Raúl comenzó a aceptar que su dolor se veía influido por las discusiones familiares. Por otra parte las discusiones familiares disminuyeron.

Actualmente Raúl sigue en el CD, con un pronóstico favorable y alcanzando todos los objetivos marcados al inicio de su intervención.

### Historia social

Hoy en día, Raúl vive en un sistema familiar formado por su él, sus dos padres y su abuela materna. Con la información dada hasta el momento el sistema familiar aparenta ser funcional, sin embargo, tal y como se ha mencionado anteriormente no es así. Una vez que se realizaron diversas entrevistas familiares y se recibió información del antiguo psicólogo de Raúl del CSM se pudo comprobar el siguiente mapa de relaciones.



**Figura 2.** Genograma familiar

Al parecer, los padres de Raúl estaban manteniendo una situación de conflicto intensa desde hace muchos años. Ningún familiar sabe afirmar desde hace cuánto se mantiene esta situación. Contextualizando más, esta situación había evolucionado hasta tal punto que los padres habían generado un conflicto de poder. En tal conflicto cada padre intentaba establecer un rol de superioridad en la familia a través de la devaluación o humillación del cónyuge. Esta dinámica generó un ritual de constantes discusiones, insultos e, incluso, actos de venganza de un miembro a otro. Inevitablemente esta situación se extendió al resto de la familia, agravando la situación aun más. Las dos

abuelas comenzaron a intermediar en el conflicto, atacando al yerno y nuera respectivamente. La abuela materna se instaló en el domicilio familiar, lo cual agravó más la situación familiar dado que ahora Mario discutía tanto con Remedios como con su suegra.

Inevitablemente esta situación también repercutió en Raúl. Convirtiéndose en una herramienta del conflicto de sus padres. Ambos padres triangularon a Raúl, cada uno para su propio beneficio. Frecuentemente los padres utilizaban a Raúl como mensajero entre ellos cuando no se hablaban. Esta situación detonó, no solo en que Raúl fuese un constante espectador de discusiones familiares, sino que se le encomendaban tareas en las que hiciese lo que hiciese iba a hacer daño a uno de sus dos padres.

Esta constante dinámica familiar ha generado multitud de repercusiones negativas en Raúl a lo largo de su vida. Como hipótesis se puede formular que las interacciones hostiles que presenciaba en su entorno familiar provocaron que Raúl perdiese el interés en mantener otro tipo de relaciones sociales, esto agravó su situación encerrándolo en su casa. Este hecho no resulta extraño si se observa desde la Teoría del Apego, si los seres más íntimos y queridos de Raúl solo le reportan malestar éste solo puede esperar lo mismo de otros seres menos íntimos, por lo tanto la solución es alejarse de otros y evitar un posible sufrimiento adicional. Con el paso de los años, el conflicto familiar afectó a su identidad debido que todo su entorno social se redujo al familiar, Raúl solo se consideraba una herramienta en el conflicto de sus padres.

### *Material*

Según Martínez y Santelices (2005) el ámbito de la evaluación del apego adulto resulta un poco confuso debido a la multitud de técnicas existentes para este fin (entrevistas o autocuestionarios) y a los distintos modelos de representación de constructo (categorial o dimensional). De este modo concluyen que no existe evidencia concluyente que apoye un método concreto. Siendo conscientes de esta limitación se decidió utilizar en este estudio la AAI por ser la técnica más empleada y estudiada además de ser más sensible en estudios de casos.

La Entrevista de apego del adulto (*Adult Attachment Interview*, AAI) de Main y Goldwin es uno de los métodos más comúnmente utilizados para evaluar el estilo de apego en la adultez. Se trata de una entrevista estructurada diseñada para clarificar

recuerdos de la interacción en la infancia con los padres y evaluar las representaciones de apego. Es codificada en términos de la coherencia del discurso que muestra la persona mientras relata experiencias relevantes de su infancia, como también la estructura de su relato y su habilidad para colaborar efectivamente con el entrevistador. Las cuatro categorías en AAI (seguro-autónomo, negador, preocupado y no resuelto-desorganizado) se diseñaron en paralelo a las clasificaciones de apego infantil (seguro, ambivalente, evasivo y desorganizado), por la similitud de modelos de trabajo internos y estrategias defensivas empleadas (Buchheim y Kachele 2008).

La identificación de una organización específica del discurso a través de la técnica de análisis del discurso conduce a una de las disposiciones mentales respecto al apego. Buchheim y Kachele (2008) describen así las cuatro disposiciones establecidas:

Adultos clasificados como *seguros* (F) relatan de manera abierta, coherente y consistente los recuerdos sin importar si son positivos o negativos. Son capaces de integrar sus numerosas experiencias en un todo unitario y reflexionar sobre sus relatos durante su primera entrevista. Estas personas tienen acceso libre a los temas de los que se le pregunta y se muestran equilibrados.

Adultos con clasificación de *negador* (Ds o *Dismissing*) dan cuenta de sus experiencias de manera incoherente e incompleta y muestran a menudo lagunas de memoria. Minimizan la importancia del apego como defensa para que las memorias dolorosas no salgan a la superficie. Estas personas insisten en la normalidad y en su independencia de los otros. Las figuras de apego están representadas positivamente la mayoría de veces, pero la persona negadora no es capaz de dar ejemplos concretos de ellos. Las posibles influencias negativas se niegan.

Adultos clasificados como *preocupados* (E) cuentan, de una manera excesiva, no objetiva y enfadada, los conflictos vividos con sus figuras de apego. Parecen confusos y da la impresión que las experiencias pasadas están pasándoles actualmente y que no son capaces de distanciarse de ellas. Describen los eventos marcados por el dolor y ofrecen exagerados análisis pseudofisiológicos de ellos. La oscilación entre evaluaciones positivas y negativas es característica de las personas preocupadas, sin ser conscientes de la contradicción inherente. En general, su lenguaje parece confuso, poco claro y vago.

Los adultos clasificados como *desorganizados* (Ud) muestran lapsus temporales en el seguimiento del razonamiento o el discurso durante la discusión de eventos potencialmente traumáticos. Específicamente, lapsus en razonamiento que pueden sugerir la existencia de creencias paralelas e incompatibles y de sistemas de memoria respecto a eventos traumáticos que han sido disociados. Los lapsus en el seguimiento del discurso, como un cambio brusco hacia un discurso elogioso, sugieren la posibilidad de cambios de estado.

### *Procedimiento*

Para poder realizar adecuadamente el desarrollo de la entrevista se citó a Raúl en el despacho de su psicólogo del CD. Se le propuso la posibilidad de colaborar con el trabajo, explicando los objetivos de éste. Después de aceptar se le pidió un consentimiento verbal (grabado en video) y escrito de su participación voluntaria. Una vez finalizado el consentimiento se citó a Raúl a regresar al CD para proceder a la realización de la entrevista. La entrevista se realizó en el despacho del psicólogo del CD, un espacio pequeño con una mesa y tres sillas. El psicólogo del CD y el entrevistador se sentaron a un lado de la mesa y Raúl al otro lado. Se colocó una cámara de video enfocada de forma que solo aparecía Raúl en la imagen. Antes de comenzar la entrevista se recordó a Raúl las condiciones de confidencialidad de la entrevista. La entrevista duró 105 minutos. Conforme el entrevistado respondía el entrevistador tomaba notas brevemente a lo respondido.

La batería de preguntas de la entrevista realizada se adjunta en el apartado de anexos con un protocolo de intervención con AAI desarrollado por Main. Este protocolo fue respetado exceptuando pequeñas variaciones en el tema en función de las respuestas dadas por Raúl.

### **Resultados**

Resultados obtenidos por la AAI:

Raúl fue entrevistado por el método de la AAI a los 4 meses de su derivación al CD y fue clasificado como *negador*. Por lo tanto, si el proceso de codificación de la entrevista fue satisfactorio, se deduce que Raúl desarrolló en su infancia un estilo

representacional de apego *inseguro evitativo*. A continuación se detallan partes de la transcripción de la entrevista para clarificar el procedimiento de codificación.

*-Entrevistador: ¿Fueron tus padres amenazantes contigo de alguna forma? ¿Quizá por disciplina, incluso por broma? Quiero que comprendas que me refiero a situaciones en las que te sintieses amenazado en su momento aunque ahora como adulto comprendas que no fuese así.*

*-Raúl: ... No, en ningún momento. Nunca nada más de lo estricto. Sí que es verdad que me echaban la bronca muchas veces pero no más de lo necesario. Recuerdo que mi madre era muy pesada y siempre estaba encima de mí pero siempre era por motivos de disciplina... Mi padre por el contrario me echaba la bronca muy pocas veces pero cuando lo hacía le tenía mucho más respeto que a mi madre. También lo entiendo porque si me echaba la bronca solía ser por mis estudios... Puede que por aquel entonces me sintiese mal en esos momentos pero comprendo que lo hacían por mi bien...*

*-Entrevistador: En general ¿Cómo crees que todo el conjunto de experiencias con tus padres han afectado a tu personalidad adulta?*

*-Raúl: ... En ningún modo... Yo soy consciente que mi personalidad se debe únicamente a mi genética. No tiene nada que ver como me hayan criado mis padres... Estoy seguro de que si hubiese tenido otra familia sería igual...*

*-Entrevistador: ¿Recuerdas alguna otra experiencia que consideres potencialmente traumática?*

*-Raúl: ... No, para nada... Sí que es verdad que cuando aparecieron los dolores lo pase muy mal porque nadie me entendía... El hecho de que tú le digas a tu familia que te duele el pecho y que ellos se piensen que tienes una enfermedad mental era muy frustrante... Aun así no les culpo, ahora entiendo que por aquel entonces eran incapaces de comprenderme... Las cosas han cambiado...*

Puede comprobarse a lo largo del fragmento de la entrevista numerosas relaciones con la definición de la clasificación de *negador*. En primer lugar, Raúl no mencionó en ningún momento de la entrevista el plano afectivo de su familia, se limitó a explicar y responder eventos anecdóticos de su historia familiar. Para ejemplificar

mejor, algunas de las preguntas de la AAI están especialmente formuladas para tratar temas afectivos:

*-Entrevistador: Con cual de tus padres te sentías más cercano, y por qué. ¿Por qué no tienes ese sentimiento con tu otro padre?*

*-Raúl: Con mi madre, simplemente porque pasaba más tiempo con ella, mi padre trabajaba todo el día y solo le veía por la noche.*

Otro factor encontrado en común con la definición de *negador* es la representación positiva de las figuras de apego sin dar ejemplos concretos de ellos. Este fue un hecho especialmente llamativo a lo largo de la entrevista. Conforme avanzaba la entrevista pudieron observarse multitud de comentarios de exculpación de sus padres. Esta actitud de exculpación se manifestaba en comentarios como: “...era por motivos de disciplina... era por mis estudios... lo hacían por mi bien... no les culpo, eran incapaces de comprenderme...”. La aparición de estos comentarios en la entrevista resulta habitual, sin embargo su frecuencia de aparición con Raúl fue excesiva. Raúl incluso llegó a repetir algunos de estos comentarios en momentos de la entrevista donde no procedía, es decir, en momentos donde no se estaba preguntando sobre aspectos afectivos de sus padres.

#### Situación actual

Tras haber recibido una intervención psicológica con distintos abordajes (terapia familiar, terapia de pareja con los padres y terapia individual) el caso de Raúl mejoró progresivamente. En primer lugar la relación entre sus padres se estabilizó, repercutiendo en un ambiente familiar más tranquilo y seguro. Raúl dejó de ser esa “herramienta” del conflicto de sus padres, comenzando así a sentirse querido en su entorno familiar y provocándole una serie de mejoras terapéuticas como la reducción de su sintomatología negativa y de sus dolores.

Podría considerarse que Raúl comienza a oscilar de un estado afectivo de inseguro negador a un estado de mayor seguridad en sus relaciones gracias a la mejora de las condiciones familiares comentadas. Este cambio afectivo resultaría el detonante de su mejora sintomatológica.

Actualmente Raúl ha comenzado a salir de casa, está retomando y ampliando sus redes sociales, cursa diversos talleres en el INAEM y en el CD y su objetivo futuro es presentarse a unas oposiciones.

## **Limitaciones**

A continuación se realizará una valoración del trabajo realizado, distinguiendo los distintos tipos de limitaciones que han afectado a lo largo de su realización.

Limitaciones respecto a la literatura. Como se ha podido comprobar este estudio desglosa numerosos factores relacionados con el establecimiento de un modelo interno de apego que pueden estar relacionados con el desarrollo de una psicopatología en la edad adulta. Según la literatura existen otros factores, los cuales se ha decidido descartar por no estar tan íntimamente relacionados con el foco principal del estudio, el apego en la familia, como son aquellos producidos por las relaciones sociales o de apego que se establecen a posteriori.

Limitaciones respecto al instrumento de evaluación. La AAI es el método más utilizado y estudiado en el ámbito del apego adulto. A pesar de lo mencionado sigue siendo una técnica que presenta numerosas limitaciones según Martínez y Santelices (2005). Una de ellas es el arduo entrenamiento que demanda. El codificador requiere un profundo conocimiento sobre la teoría del apego, además de un entrenamiento específico impartido en muy pocos lugares del mundo y de coste económico elevado. El entrevistador de este estudio, pese a no poseer este entrenamiento específico, ha realizado un estudio intensivo sobre la teoría del apego y sobre numerosos estudios de casos realizados con esta técnica con el fin de minimizar este factor limitante.

Limitaciones respecto al entrevistador. Dado que esta técnica es una entrevista, las condiciones óptimas de aplicación serían que el entrevistador fuera un profesional cualificado y con experiencia en la realización de entrevistas. En este caso el entrevistador es un estudiante de último año de Grado de Psicología, no siendo suficientes las numerosas horas de prácticas y su poca experiencia en la realización de entrevistas. Para intentar solventar esta limitación el psicólogo del CD fue supervisor directo en toda durante la preparación y realización de la entrevista.

Limitaciones respecto a la muestra. Este estudio ha tenido acceso muy limitado a la población diana de interés. Como se ha mencionado el Centro de Día de la Fundación

Rey Ardid dio su disponibilidad para escoger uno de los usuarios en terapia en el momento de realización del estudio. El número de usuarios de este recurso fluctúa en torno a 60, de estos casos se escogió el que por su historial clínico resultó más afín a lo expuesto en la literatura. Una vez expuesto el caso del estudio puede percibirse que la situación afectiva de Raúl concuerda con varios de los factores analizados por la literatura, pero no con otros. Si el estudio hubiese tenido acceso a una muestra mayor, probablemente los resultados serían más concluyentes.

## **Conclusiones**

A lo largo del desarrollo de la situación familiar de Raúl se han podido identificar varios de los factores mencionados anteriormente que intervienen en la relación entre apego y psicopatología como la comunicación desviada, la emocionalidad expresada o la sensación de trauma relacionado. Como el presente documento trata un estudio de caso no pueden generarse inferencias causales o correlacionales, sin embargo los datos obtenidos apoyan las conclusiones de varios de los estudios referenciados. De forma más general, este estudio apoya la teoría de que el apego resulta un factor clave en el desarrollo de psicopatologías.

También se ha podido comprobar que la Teoría del Apego resulta útil en contextos clínicos específicos, concretamente en puntos de evaluación e intervención de casos con presencia de problemas familiares. El caso de Raúl fue clasificado como *negador*, permitiendo generar una serie de inferencias sobre su historial, sus pensamientos y sus puntos a intervenir en terapia. Posteriormente, gracias a la terapia, se pudo observar un cambio caracterizado por una mayor seguridad en sus relaciones familiares y sociales, lo cual podría considerarse como una rehabilitación clínica.

Tras lo expuesto se ha podido comprobar que pese a sus ventajas e inconvenientes la AAI es una técnica con un elevado potencial exploratorio de la vida afectiva de un paciente (Martínez y Santelices, 2005). Pese a ser una entrevista con preguntas definidas ésta admite respuestas de gran amplitud con la posibilidad de desviarse del tema principal, lo cual permite tratar indirectamente temas no preguntados explícitamente. Si el entrevistador es consciente de toda la información expuesta en el presente estudio y su bibliografía será capaz de abordar la entrevista con unos horizontes amplios, aumentando así ese potencial exploratorio y permitiéndole generar nuevas inferencias sobre el caso. En otras palabras, el estudio de la investigación

reciente sobre la relación apego-psicopatología podrá permitir un abordaje mucho más completo y satisfactorio de la AAI.

Después de haber realizado una exhaustiva revisión sobre la actual literatura sorprende el elevado número de estudios poblacionales que apoyan la existencia de esta relación apego-psicopatología, muchos de ellos ya citados (por ejemplo Bowlby, 1944; Bleuler, 1978; Goldstein, 1987; Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 1996; Myhrman, Rantakallio, Isohanni, Jones, y Partanen, 1996; Rosenstein y Horowitz, 1996; Warren y cols., 1997; Favaretto y Torresani, 1997; Ogawa y cols., 1997; Weinfield y cols., 1999; Liotti y Pasquini, 2000; Pasquini, Liotti, Mazzotti, Fassone y Picardi, 2002). Dadas estas premisas, se considera de especial importancia que en futuros estudios se investigue el desarrollo de una nueva técnica de evaluación del apego en edades tempranas. Una técnica sensible a estos aspectos afectivos que sirva como herramienta de screening con un fin preventivo de futuras psicopatologías.

## Referencias bibliográficas

- Bedoya, E. Y. (2012). Apego y *Esquizotipia en población no clínica*. Recuperado el 8 de abril del 2013, de <http://tdx.cesca.cat/bitstream/handle/10803/96180/eybc1de1.pdf?sequence=1>.
- Benitez, E., Chavez, E. y Ontiveros, M. P. (2005) Crianza y esquizofrenia. *Salud Mental*, 28: 59-72. Recuperado el 29 de abril del 2013, de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2802/sm280259cvb.pdf>.
- Bernier, A. y Meins, E. (2008). A threshold approach to understanding the origins of attachment disorganization. *Developmental Psychology*, 4: 969-982. Recuperado el 13 de abril del 2013, de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2008-08592-007>.
- Bowlby, J. (1944). Forty-Four Juvenile Thieves: Their Character and Home-Life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25: 19-52. Recuperado el 4 de abril del 2013, de [http://www.psychology.sunysb.edu/ewaters/345/2007\\_attachment/44%20thieves.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/ewaters/345/2007_attachment/44%20thieves.pdf).
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol 1*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Vol 2*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol3I*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1993). *El Apego: El Apego y la Pérdida I*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bradley, J.M., y Cafferty, T.P. (2001). Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. *Attachment and Human Development*, 3: 200-221.
- Buchheim, A. y Kachele, H. (2008) La Entrevista de Apego Adulto y la Perspectiva Psicoanalítica. Un estudio de un caso. *Clínica e Investigación Relacional*, 2: 417-432. Recuperado el 29 de abril de 2013, de [http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V2N2\\_2008/13A\\_Buchheim\\_HKachele\\_Entrevista-apego-adulto-psicoanalitica\\_CeIR\\_V2N2.pdf](http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V2N2_2008/13A_Buchheim_HKachele_Entrevista-apego-adulto-psicoanalitica_CeIR_V2N2.pdf).

- Favaretto, E., y Torresani, S. (1997). The parental bonding as predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 6: 124-138. Recuperado el 22 de abril del 2013, de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=6D5FAADDAE33A9A288676998B96DA72C.journals?fromPage=online&aid=8264547>.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R. y Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: comparison with other psychiatric outpatients. *Anxiety Disorders*, 16: 259–272. Recuperado el 18 de abril del 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214812>.
- Girón, S., Rodríguez, R., y Sánchez, D. (2003). Trastornos de comportamiento en los adolescentes: Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Psiquis*, 24: 5-14.
- Goldstein, M. (1987). The UCLA High-Risk Project. *Schizophrenia Bulletin*, 13: 505–514. Recuperado el 29 de abril del 2013, de <http://psycnet.apa.org/journals/szb/13/3/505/>.
- Gumley, A. y Shwannauer, M. (2008) *Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico: un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée De Brouwer S.A.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graff, R., y van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109: 38–45. Recuperado el 18 de abril del 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14674957>.
- Lafuente, M. J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 23: 165-190.
- Lecannelier, F. Ascanio, L. Flores, F. Hoffmann F. (2011). Apego y psicopatología Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales de apego desorganizado. *Terapia psicológica*, 29: 107-116. Recuperado el 13 de abril del 2013, de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art11.pdf>.
- Liotti, G., Pasquini, P., y The Italian Group for the Study of Dissociation (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica*

*Scandinavica*, 102: 282–289. Recuperado el 22 de abril del 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11089728>.

- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martínez, C y Santelices, M. P. (2005) Evaluación del Apego en el Adulto Una Revisión. *Psykhé*, 14: 181-191. Recuperado el 2 de septiembre del 2013, de [https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CFIQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.psykhe.cl%2Findex.php%2Fpsykhe%2Farticle%2Fdownload%2F280%2F260&ei=oddwUtGCL\\_Su7Ab4ooHYDA&usq=AFQjCNF8xxXSbZzOxyK7piiHNzpvDODXOw&sig2=JiJMdWJYUy4x2kb6w7INIw](https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CFIQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.psykhe.cl%2Findex.php%2Fpsykhe%2Farticle%2Fdownload%2F280%2F260&ei=oddwUtGCL_Su7Ab4ooHYDA&usq=AFQjCNF8xxXSbZzOxyK7piiHNzpvDODXOw&sig2=JiJMdWJYUy4x2kb6w7INIw).
- Myhrman, A., Rantakallio, P., Isohanni, K., Jones, P., y Partanen, U. (1996). Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child. *British Journal of Psychiatry*, 169: 637-640. Recuperado el 22 de abril del 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8932895>.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y de Psicología del Niño y del Adolescente*, 4, 65-81.
- Pasquini, P., Liotti, G., Mazzotti, E., Fassone, G., Picardi, A. y The Italian Group for the Study of Dissociation (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105: 110-116. Recuperado el 22 de abril del 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11939960>.
- Read, J. y Gumley, A. (2008) Can Attachment Theory Help Explain the Relationship Between Childhood Adversity and Psychosis. *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 2: 1–35. Recuperado el 18 de abril del 2013, de <http://www.hearingvoices.org.nz/attachments/article/55/John%20Read%20%20Andrew%20Gumley.published%20pdf.pdf>.
- Sanchis, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Tesis doctoral publicada. Universidad Ramon Llull. Barcelona. Recuperado el 4 de abril del 2013, de <http://es.scribd.com/doc/108700114/Apego-acontecimientos-vitales-y-depresion-en-una-muestra-de-adolescentes>.

- Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7: 177-195.
- Solomon, J. y George, C. (1991). *Attachment Disorganization*. Nueva York: Guildford Press.
- Watzlawick, P., Helmik, J. y Jackson, D. D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Editorial Herder.
- Zan, F. (2004). Importancia del apego en el desarrollo del psiquismo. *Vertex*, 56: 21-129. Recuperado el 4 de abril de 2013, de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex56.pdf#page=42>.

## Anexos

### Anexo 1. Protocolo de la Entrevista de Apego Adulto

#### Introducción

Voy a entrevistarte acerca de tus experiencias infantiles, y sobre cómo esas experiencias infantiles han afectado a tu personalidad adulta. Por lo tanto, me gustaría preguntarte sobre tus relaciones tempranas con tu familia, y cómo crees que te han afectado. Nos centraremos sobretodo en tu infancia, pero después en tu adolescencia y en el tú actual. Esta entrevista suele durar una hora, puede tomar entre 45 minutos o una hora y media.

1. ¿Podrías empezar a ayudarme para orientarme sobre tu situación familiar, y donde vivíais? Si me pudieses decir donde naciste, por dónde os relacionábais y que solía hacer tu familia a lo largo del día.
2. Me gustaría que intentaras describir tu relación con tus padres cuando eras lo más pequeño que puedas recordar.
3. Ahora, me gustaría que escogieses cinco adjetivos o palabras que reflejen tu relación con tu madre cuando eras lo más pequeño que puedas recordar. Piensa que una edad de 5 a 12 años está bien. Sé que esto puede llevarte un tiempo así que te voy a dejar un minuto para que pienses... Entonces me gustaría preguntarte por qué los has elegido. Escribiré cada uno conforme me los vayas diciendo.
4. Ahora, me gustaría que escogieses cinco adjetivos o palabras que reflejen tu relación con tu padre cuando eras lo más pequeño que puedas recordar. Piensa que una edad de 5 a 12 años está bien. Sé que esto puede llevarte un tiempo así que te voy a dejar un minuto para que pienses... Entonces me gustaría preguntarte por qué los has elegido. Escribiré cada uno conforme me los vayas diciendo.
5. Ahora, me gustaría que pudieses decirme con que padre te sentías más cercano y por qué. ¿Por qué no existía este sentimiento con el otro padre?
6. ¿Cuándo solías enfadarte cuando eras pequeño, que solías hacer?
7. ¿Cuándo es la primera vez que recuerdas estar separado de tus padres? ¿Cómo reaccionaste? ¿Recuerdas la reacción de tus padres?

8. ¿Te has sentido rechazado siendo pequeño? Quiero que comprendas que me refiero a situaciones en las que te sintieses amenazado en su momento aunque ahora como adulto comprendas que no fuese así.
9. ¿Fueron tus padres amenazantes contigo de alguna forma? ¿Quizá por disciplina, incluso por broma?
10. En general ¿Cómo crees que todo el conjunto de experiencias con tus padres han afectado a tu personalidad adulta?
11. ¿Por qué crees que tus padres se comportaron tal y como lo hicieron durante tu infancia?
12. ¿Hubo otros adultos cercanos, como tus padres, cuando eras pequeño?
13. ¿Experimentaste la pérdida de algún padre o ser querido durante tu infancia?  
¿Perdiste otro tipo de persona importante para ti durante tu infancia?
14. ¿Recuerdas alguna otra experiencia que consideres potencialmente traumática?
15. Ahora me gustaría hacerte más preguntas sobre tu relación con tus padres. ¿Ha habido muchos cambios en tu relación con tus padres desde tu infancia? Dentro de poco hablaremos del presente, pero ahora mismo me refiero a cambios ocurridos entre tu infancia y tu adultez.
16. Ahora me gustaría preguntarte por tu relación con tus padres como adulto. Aquí me refiero a tu relación actual.
17. Me gustaría hacerte otro tipo de pregunta, no sobre la relación con tus padres. ¿Cómo responderías actualmente, en términos de sensaciones, si tuvieses que separarte de tu hijo? (si lo tuvieses)
18. ¿Pudieses concederle tres deseos a tu (hipotético) hijo de veinte años ahora, cuáles serían? Con esto me refiero parcialmente a qué tipo de futuro te gustaría ver en tu hijo. Te daré un par de minutos para que lo pienses.
19. ¿Hay algo en particular que sientas que has aprendido a lo largo de las experiencias de tu infancia? Me refiero a algo que tú consideres que has ganado respecto a tu infancia.
20. Nos hemos centrado mucho en el pasado a lo largo de la entrevista pero me gustaría terminarla echando un vistazo al futuro. Hemos hablado sobre que consideras que has aprendido de tus experiencias infantiles. Me gustaría terminar preguntando qué esperas que tu (hipotético) hijo aprenda de sus experiencias de ser criado por ti.