



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**La Relación entre el Trastorno Mental Grave y el  
Vínculo de Apego**

Autor/a: Catalina Pajares Gay  
Director/a: Eva María Díaz Mesa

Madrid  
2021/2022

## ÍNDICE

|             |   |           |
|-------------|---|-----------|
| <b>I.</b>   | <b>Introducción.....</b>  | <b>5</b>  |
|             | <i>I.I. Justificación .....</i>   | <i>5</i>  |
|             | <i>I.II.</i>  |           |
|             | <i>Objetivos(.....</i>  | <i>11</i> |
| <b>II.</b>  | <b>Apego Infantil .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>III.</b> | <b>Trastorno Mental Grave.....</b>  | <b>18</b> |
| <b>IV.</b>  | <b>La relación entre el Apego Infantil y el Trastorno Mental Grave.....</b> | <b>23</b> |
| <b>V.</b>   | <b>Conclusiones .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>VI.</b>  | <b>Referencias bibliográficas .....</b>                                     | <b>33</b> |

## **Resumen**

*En las últimas décadas toma relevancia la postura que defiende que, además de los factores orgánicos y genéticos, en el desarrollo humano intervienen fuertemente condicionantes de carácter psicológico y social. En el presente trabajo se estudia la relación concreta entre el Apego infantil como factor ambiental y el desarrollo de Trastornos Mentales Graves, con el objetivo de mostrar la influencia que los distintos tipos de vínculo de apego infantil pueden tener en la génesis de este tipo de trastornos. Por un lado, en el establecimiento de un tipo de apego seguro son fundamentales la responsividad, seguridad y disponibilidad del cuidador para con el infante, por lo que la ausencia de trato con dichas características fomenta la posibilidad de establecer vínculos de apego de tipo inseguro o desorganizado, que a su vez relacionados con la vivencia de situaciones adversas. Por otro lado, ha sido demostrado que en el desarrollo y expresión sintomatológica de los Trastornos Mentales Graves tienen influencia las experiencias vitales tales como la educación, el entorno, las relaciones o el aprendizaje.*

*Por ello, resulta interesante fijarse en la influencia que el vínculo de apego, como factor del entorno, pueda tener sobre los TMG. Y, además, destacan también las diferencias en el impacto que los distintos tipos de apego tienen sobre la génesis de dichos trastornos, a través de la influencia indirecta de otros factores intermedios. Por último, se concluye que el tipo de vínculo seguro es el único que no repercute de forma negativa en el desarrollo de los TMG y que puede incluso considerarse un factor de protección para con la gravedad de la expresión sintomatológica de estas enfermedades.*

**Palabras clave:** *Apego infantil, Trastorno Mental Grave, Esquizofrenia, Psicosis, Seguridad del Apego, Factores de riesgo, Factores de protección.*

**Abstract**

*In the past decades, the consideration that, in addition to organic and genetic components, psychological and social conditioning factors are strongly involved in human development has gained relevance. This paper studies the specific relationship between infant attachment as an environmental factor and the development of Severe Mental Disorders (SMD), with the aim of showing the influence that different types of infant attachment bonds can have on the origins of this type of disorders. On the one hand, in the establishment of a secure attachment, the caregiver's responsiveness, security-providing behaviours and availability to the infant are fundamental, so that the absence of interactions with these characteristics fosters the possibility of establishing insecure or disorganised attachment bonds, which in turn are related to the experience of adversity. On the other hand, it has been shown that the development and symptomatological expression of Severe Mental Disorders is influenced by life experiences such as education, environment, relationships or learning. It is therefore interesting to look at the influence that attachment, as an environmental factor, may have on SMD. Furthermore, the differences in the impact that different types of attachment have on the development of these disorders, through the indirect influence of other intermediate factors, are also highlighted. Finally, it is concluded that the secure attachment is the only type of bond that does not have a negative impact on the development of MDD, and that it can even be considered a protective factor in terms of the severity of the symptomatological expression of these illnesses.*

**Key words:** *Infant Attachment, Severe Mental Disorders, Schizophrenia, Psychosis, Security of Attachment, Protective factors, Risk factors.*

## **Introducción**

Este trabajo tiene como finalidad indagar en la posible relación existente entre el establecimiento del vínculo de apego infantil y el posterior desarrollo de un Trastorno Mental Grave. En el siguiente apartado se introducen los conceptos centrales de la temática y se establece la relevancia del estudio de dicha hipotética relación en base al conocimiento científico existente a día de hoy.

### ***Justificación***

Si bien es cierto que con anterioridad la opinión mayoritaria era la de defender que, en la estructura genética del ser humano, desde el nacimiento, se traían predisposiciones conductuales y evolutivas que marcaban fuertemente el desarrollo de las personas, a día de hoy se alza un debate importante que gira entorno a la fuerza de la crianza en contraposición a la de la naturaleza en el desarrollo de las personas. Diversos estudios a lo largo de los años demuestran que la génesis del ser humano no está basada sólo en su biología (naturaleza), sino que el aprendizaje, la experiencia y el entorno y ambiente (crianza) del mismo configuran mucho el desarrollo bio-psico-social de las personas.

De hecho, en la última década, cobra mucha importancia el concepto de epigenética. El Instituto Nacional de Investigación del Genoma Humano (NIH) define este término como ‘el estudio de los cambios en la función de los genes que son hereditarios y que no se pueden atribuir a alteraciones de la secuencia de ADN’. Ahora sabemos que pueden darse cambios en la expresión del genoma, activaciones o inactivaciones distintas de los genes, sin que se den alteraciones en las propias secuencias de ADN. Es decir, a una misma carga genética le pueden corresponder varias expresiones diferenciales que tienen como consecuencia distintos resultados. Y estos cambios se dan en función de la exposición a factores ambientales y contextuales que modifican el desarrollo e incluso el riesgo de enfermedades. Así, en los últimos años la investigación deja parcialmente de lado la tendencia biologicista para centrarse en modelos más integradores que incluyen el estudio del ambiente, aprendizaje y experiencia como factores importantes en el desarrollo personal, conductual y evolutivo de las personas.

Es bien sabido, además, que las personas pasan por periodos críticos en sus historias evolutivas – periodos durante los cuales se producen las condiciones neurobiológicas oportunas para que las personas desarrollen determinadas habilidades y competencias que serán necesarias para una evolución normativa. Es precisamente lo que defiende Winter (1980) en su teoría de las fases sensibles del rendimiento infantil, en la que habla de los periodos críticos y sensibles.

Según Winter, durante los 10 primeros años de vida cuando el cerebro humano es más sensible a este tipo de influencias que, si bien condicionan y determinan la evolución individual, no son tan radicales como aquellos factores que determinan la adquisición de habilidades durante los periodos críticos. Así, la infancia, por ser un periodo de enorme plasticidad cerebral y de gran cantidad de redes y conexiones neuronales, supone una época definitoria a nivel tanto de periodos críticos como sensibles. Y aunque ya desde la gestación el entorno y contexto de desarrollo resultan determinantes, indudablemente es la infancia temprana el periodo de desarrollo crítico durante el cual adquirimos habilidades fundamentales que nos acompañarán a lo largo de toda la vida (motoras, sensoriales, verbales, intelectuales, etc.) y sin las cuales un desarrollo normativo y adaptativo es, si no imposible, altamente improbable (Gojman de Millán y Millán, 2013).

Además, la infancia temprana también es un periodo crítico en lo relativo a relacionamiento y emocionalidad. Durante los primeros años de vida, el bebé va a establecer sus primeras relaciones de las cuáles aprenderá cómo entender al mundo, a los demás y a sí mismo. Destaca en este ámbito especialmente la teoría del apego de John Bowlby (1979). El autor argumenta que durante los dos primeros años de vida y especialmente en los primeros 8 meses, el bebé establece con su cuidador primario una relación mediante la cual se satisfacen sus necesidades y que determinará su forma de verse a sí mismo, a los demás y su gestión emocional en las relaciones interpersonales. La forma que tenga el niño de relacionarse con su cuidador primario determinará ineludiblemente la forma que tendrá el adulto de relacionarse con las personas de su alrededor. Este vínculo de apego se establece en función de determinados parámetros como son el sentimiento de seguridad, la satisfacción de necesidades placenteras o el cuidado y puede resultar en patrones relacionales más o menos perjudiciales y adaptativos en el futuro del infante.

Desde una perspectiva biológica sí es interesante destacar que a través del efecto biológico de la adversidad el organismo da respuestas neurobiológicas al estrés mediante la activación del sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-hipofisario adrenal. Una infancia estresante (ya sea por el desarrollo de un vínculo de apego no seguro o por otros factores) puede promover la activación crónica de estas estructuras, que genera desequilibrios permanentes en las respuestas al estrés y también cambios epigenéticos relacionados con alteraciones del tejido cerebral encefálico y periférico que resultan en dificultades en la gestión de estrés, afrontamiento de problemas, regulación emocional, reactividad ante situaciones adversas, etc. (Read, 2001, en Blanco y González, 2014).

Estos elementos se relacionan con determinados tipos de apego (particularmente el inseguro) y a su vez, con el riesgo incrementado de psicosis, según explican Gabinío et al. (2018). Si, pues, un estilo de apego inseguro es causante de desequilibrios en mediadores químicos reguladores del estrés y la mala regulación de estrés está relacionada con el incremento en la posibilidad de sufrir psicosis, entonces es posible que haya una relación más o menos directa entre apego y psicosis a través de vías neurobiológicas y neuroquímicas.

Efectivamente, el periodo durante el cual se establece el vínculo de apego es una etapa de gran sensibilidad a factores externos (especialmente relacionales con el cuidador primario) y a modificaciones epigenéticas. En tanto en cuanto el vínculo de apego determina de forma notable el desarrollo personal y emocional de cada individuo (mediante el aprendizaje y las alteraciones epigenéticas) y afecta en gran medida a la manera que tenemos de ver el mundo, a nosotros mismos y de relacionarnos con objetos y sujetos, cobra especial relevancia su estudio y consideración en la génesis de alteraciones evolutivas y patologías mentales (Bretherton, 1985). Que el apego tenga una influencia en la psicopatología implica que el desarrollo de enfermedades y trastornos mentales no viene sólo determinado por la genética (biología), sino que también cobra relevancia el aprendizaje y entorno (crianza). Y consecuentemente, si el entorno y contexto de desarrollo determinan la génesis de enfermedades, entonces podemos prevenir la psicopatología mediante crianzas saludables que respeten las necesidades del niño y reduzcan las posibilidades de aprendizaje desadaptativo y de alteraciones epigenéticas detrimentales.

Esto implica que el poder del vínculo de apego sobre el desarrollo individual se basa en que el estilo de vinculación condiciona biológicamente, pero también

conductualmente a los sujetos desde el aprendizaje y el surgimiento de la personalidad, tanto a nivel experiencial como relacional. Esto implica que a través del apego se adquiere conocimiento sobre el funcionamiento del mundo, de los demás, y de las relaciones que los unen en función de la experiencia que se haya tenido (Martín Holgado, 2018). Las conductas vienen determinadas por este aprendizaje, de forma en que lo que ha resultado adaptativo anteriormente es lo que se pone en marcha en el futuro con mayor probabilidad. Pero estas conductas que son adaptativas en determinados entornos y contextos no tienen porque serlo en todos. La teoría del apego de Main (Main y Hesse, 1990) defiende que particularmente en situaciones de estrés y de adversidad prolongadas se aprenden patrones de comportamiento que no son idóneos en otros entornos en los cuales no existen tales amenazas, afectando pues al desempeño y funcionamiento en diversas esferas de la vida.

Por ello, un infante que establece un vínculo de apego con su cuidador primario sesgado por la adversidad y el estrés adquirirá patrones aprendidos que responden a esas necesidades que subyacen a la situación adversa y estresante, pero que seguramente no resulten adaptativos cuando se trata de desenvolverse en situaciones libres de tales estresores. En breve, se plantea la posibilidad de que el vínculo de apego -lejos de influir sólo en la forma que tenemos de relacionarnos desde una perspectiva social- repercuta en la salud mental de las personas.

Efectivamente, diversos autores defienden que los acontecimientos vividos en la infancia que suponen experiencias de adversidad o traumáticas pueden tener consecuencias negativas a largo plazo en lo que respecta a la salud física y mental de las personas. Tienari et ál. (2014) por ejemplo, argumentan que la expresión genética puede alterarse a través de la vivencia de eventos traumáticos y demuestran que aquellos niños que tienen antecedentes familiares de esquizofrenia y que además provienen de una familia estructural y funcionalmente alterada tienen un riesgo mayor de padecer esquizofrenia.

Igualmente, McCrory et ál. (2015, en Capitán Llamas y Artigue Gómez, 2020) explica que el riesgo de enfermedad crónica mental o física también está asociado a la adversidad en la infancia. Así, estas personas tendrían el doble de riesgo de desarrollar un trastorno mental.

Además, a mayor cantidad de factores de riesgo mayor peligro de enfermedad o trastorno, en acuerdo a la sensibilización conductual, que se refiere al hecho de que una



exposición prolongada y reiterada a factores estresores hace que las respuestas posteriores a dicho factor aumenten, aunque la exposición sea menor en intensidad o duración (Capitán Llamas y Artigue Gómez, 2020). De hecho, Wicks et ál. (2005, en Gabinio et ál., 2018) igualmente afirman que individuos con una suma de cuatro factores de riesgo en la infancia tienen cerca del triple de posibilidades de sufrir esquizofrenia. Algunos de estos factores serían el provenir de una familia monoparental, la precariedad económica, el paro parental y el abuso sexual al menor dentro de la estructura familiar. Esto cobra gran relevancia puesto que los cuatro factores están estrechamente (aunque indirectamente) relacionados con el establecimiento de un determinado tipo de vínculo de apego, como se verá más adelante.

Las funciones parentales empobrecidas impactan, por supuesto, en el aprendizaje que obtiene el niño de manera directa y vicaria sobre sí mismo, los demás y la forma de relacionarse. Pero, además, también configura el organismo a nivel neurobiológico. Capitán Llamas et al. (2020) describen una serie de diferencias en los niveles hormonales y en la estructura y funcionamiento de los sistemas cerebrales de los niños que han sufrido experiencias traumáticas de crianza y apego. Estas diferencias biológicas están en la base de las conductas de ansiedad y miedo ante la separación, pero a su vez se han visto afectadas en su creación por dichas conductas. En breve, es un círculo vicioso, en el cual las conductas que desencadena el vínculo no seguro con el cuidador genera un determinado funcionamiento neurobiológico, que consolida y fomenta esas conductas, que retroalimentan al sistema cerebral.

Más aún, Kessler et al. (2010) mentan 12 adversidades que, sufridas en la infancia, se asocian con la sintomatología diagnóstica de trastornos del DSM-IV (alucinaciones, ideas delirantes, cese de la actividad usual, sintomatología negativa, alteraciones en la afectividad y otros síntomas que también forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos mentales graves en el DSM-V). La muerte, el trastorno mental, el divorcio, el consumo de sustancias, la delincuencia o la negligencia parental, además de la violencia intrafamiliar son algunas de estas adversidades. Y de nuevo, se observa que todas ellas pueden influir en la relacionalidad de los niños con sus cuidadores y en el cuidado que éstos les proporcionan. Por ello, en la medida en que estos ambientes de riesgo -que alteran el desarrollo de capacidades y habilidades, de regulación emocional y el estilo de afrontamiento (Capitán Llamas y Artigue Gómez, 2020)- se relacionan con el vínculo de apego, es posible que se relacionen también con la salud mental.

Además, Arango et al. (2017) se basan en la evidencia científica existente para defender la necesidad imperante de desarrollar más y mejores estrategias de intervención en fases tempranas de trastornos mentales graves. Exponen cómo una detección y tratamiento tempranos están asociados con mejores y más rápidas tasas de recuperación y menor riesgo de recaída. Ponen el foco en la intervención temprana con las familias para la prevención del establecimiento o empeoramiento del trastorno, presentando tratamientos que incluyen intervenciones de corte farmacológico en combinación con programas psicosociales en los que se trabaja de forma sistémica con las familias para mitigar las dinámicas y factores familiares que puedan contribuir a empeorar la sintomatología.

Así, surge la posibilidad de que no sólo exista una relación entre trauma infantil, vínculo de apego y salud mental. Es posible que dentro del ámbito de la salud mental se dé una relación concreta con el trastorno mental grave, puesto que varios autores relacionan la adversidad infantil y experiencia traumática temprana con la esquizofrenia y con la sintomatología psicótica. Surge pues la cuestión de que pueda existir una relación estable y direccionada entre el cuidador primario y el niño (que da lugar al vínculo de apego) y el desarrollo de un trastorno mental grave, entendiendo como tal la esquizofrenia y las enfermedades de corte psicótico.

Esta posible relación cobra importancia de más si tenemos en cuenta la prevalencia de enfermedades y trastornos mentales en términos numéricos. En términos de salud mental, los datos que aporta la Confederación de Salud Mental de España (sf.) ponen de manifiesto la importancia de la salud mental en términos cuantitativos. Establece que una de cada cuatro personas del país desarrollará, a lo largo de su vida, un trastorno mental. De hecho, en España, entre el 2,5% y el 3% de la población adulta han sido diagnosticados con un trastorno mental grave: más de un millón de personas. Sin embargo, tanto como un 9% de la población mundial tendrá algún tipo de problema de salud mental, y un 25% lo desarrollará en algún momento de su vida según la OMS (2021). Más aún, más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento por razón de padecer un trastorno mental no lo reciben, o no lo reciben de forma adecuada. Siendo la incidencia en temas de salud mental así de importante, y el porcentaje de personas con un tratamiento adecuado tan limitado, las implicaciones de los trastornos mentales, sus consecuencias y repercusiones y, sobre todo, los factores desencadenantes y

contribuyentes son elementos especialmente importantes sobre los que obtener conocimiento.

Y, si cabe la posibilidad de que determinados tipos de vínculo de apego sean elementos explicativos en la etiología de los trastornos mentales graves, resulta interesante observar que, según Oliva Delgado (2004) el 60% aproximadamente de los niños estadounidenses desarrollan un apego de tipo seguro, el 20% uno inseguro-evitativo y el 10% inseguro-ambivalente. El 10% restante correspondería a los niños que desarrollan un vínculo de apego desorganizado, aunque esta cifra se eleva a 80% si consideramos sólo los niños maltratados o víctimas de negligencia en la infancia.

### ***Objetivos***

Este trabajo tendrá como objetivo general el mostrar la influencia que los distintos tipos de vínculo de apego infantil pueden tener en la génesis de un trastorno mental grave. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los tipos de apego y las características de los cuidadores y niños según cada vínculo
- Caracterizar los trastornos mentales graves
- Estudiar la relación entre los distintos tipos de apego y el desarrollo y evolución de trastornos mentales graves.
- Conocer las variables relacionadas con los tipos de apego que constituyen factores de riesgo o de protección para el desarrollo de un trastorno mental grave

### **Apego infantil**

A mediados del siglo XX, frente a los posicionamientos psicoanalíticos mayoritarios, John Bolwby defiende que el estudio de las figuras inconscientes y representaciones parentales no basta para entender cómo y por qué afectan las experiencias de separación temprana y el tipo de crianza de los padres a los hijos.

Integrando los estudios de Lorenz, Hinde y el matrimonio Harlow, Bowlby termina por desarrollar su teoría del apego, que defiende que existe en el ser humano un impulso innato a establecer un vínculo y buscar la proximidad con un agente social más competente, que asegure la supervivencia.

Es por ello por lo que el recién nacido pone en marcha una serie de conductas instintivas destinadas a establecer contacto con un cuidador y asegurar la proximidad (Bowlby, 1969), y que además la búsqueda de una relación afectiva estable por parte del niño –de amor materno- es un impulso primario que no se basa sólo en la búsqueda de sustento físico, sino también en la necesidad de satisfacer las carencias o necesidades emocionales. La madre (que para Bowlby es siempre el cuidador primario, aunque se asumirá de ahora en adelante que el cuidador primario no tiene por qué ser la madre) no es sólo alguien que ofrece posibilidades de sobrevivir, sino una figura de seguridad, protección y de regularización del sistema exploratorio. El bebé trata de establecer una relación estable, coherente y satisfactoria con aquella figura. Esta relación es el vínculo de apego.

Según Bowlby (1969), en base al nivel de desarrollo evolutivo del recién nacido habría tres sistemas biológicos innatos: el de apego, el de exploración y el de gestión de estrés y miedo. Dichos sistemas implican recursos y habilidades que el bebé aprende a poner en marcha sólo con la ayuda de un cuidador primario que le garantice afecto, protección, cuidado y consuelo. El cuidador (puesto que extenderemos la figura de la madre de Bowlby a cualquier persona que asuma el rol de cuidador del niño) cuenta con un sistema de *caregiving* que es complementario al sistema de apego del niño. Frente a las conductas que pone en marcha el bebé, la madre presenta respuestas que configuran el tipo de vínculo que se establece.

Así, por su cuenta, el bebé tiene preferencias perceptivas que se traducen en la atracción hacia otros humanos. Esto implica que nace con la preferencia por las características estimulares humanas frente a las de otras especies y objetos. Prefiere los sonidos que emiten los seres humanos, los estímulos visuales con claroscuros frente a los monocromáticos (rostro humano) y el contacto cálido frente al frío (Bowlby, 1969). Además, el bebé pone en marcha una serie de conductas señalizadoras instintivas que contribuyen a la obtención de la proximidad con el cuidador, como por ejemplo el llanto y la sonrisa.

Por otro lado, las conductas motóricas de aferramiento, desplazamiento, seguimiento y succión son intentos impulsivos de mantener el contacto estrecho con la figura de referencia (Oliva Delgado, 2004).

Por último, el bebé en sí mismo es un estímulo que suscita reacciones de ternura. Sus proporciones faciales y demás características estimulares elicitán el deseo de cuidar,

proteger y asegurar el bienestar del niño. Por lo tanto, como determina Bretherton (1985) el bebé es un agente activo en la construcción de su realidad. Sus conductas y características contribuyen a la creación del vínculo de apego, de forma en que el establecimiento de dicha relación no depende sólo del cuidador primario, sino de la interacción que se establece entre uno y otro.

La clausura del vínculo de apego tiene lugar a los 8 meses de vida del niño, aproximadamente. Esto implica que llegado este punto el bebé ya ha construido un patrón relacional sobre el cual se basarán sus relaciones futuras. El apego, en este sentido, es un patrón de ciclo vital que determina no sólo la relación del niño con la madre, sino la forma que tendrá el niño de relacionarse a lo largo de la vida, de percibirse a sí mismo y de percibir a los demás. Simeonova et. al. (2004, en Pozueco-Romero, 2011) hablan de cómo los primeros años de vida son determinantes para el niño en tanto en cuanto esos 8 primeros meses constituyen un periodo de sensibilidad ante las experiencias, pudiendo tener un alto impacto en el desarrollo cognitivo, social y emocional del niño. Además, a los 8 meses, una vez el apego está clausurado (Bowlby, 1969), se observa que no todos los tipos de vinculación son igual de seguros.

La seguridad del apego está basada, en gran parte, en el modelo operativo interno que el bebé haya desarrollado durante esa primera etapa vital, en función de las experiencias relacionales que ha podido tener con la figura de apego. Aquí juega un papel importante la responsividad (Ainsworth, 1969) como la capacidad de los cuidadores de dar las respuestas adecuadas a las necesidades que los niños expresen. El niño se forma una representación interna del cuidador como persona sobre cuya disponibilidad y cuidado puede o no confiar. Un cuidador responsivo es capaz de promover un apego seguro en tanto en cuanto el niño tiene una percepción de consuelo ante el estrés (Dajas, 2010) y de cuidado ante la necesidad. Igualmente, la falta de responsividad aumenta la inseguridad del niño y fomenta las conductas evitativas y resistentes.

Efectivamente, basándose en las experiencias que tiene con el cuidador primario, el bebé forma unos esquemas precognitivos, una variedad de aprendizajes inconscientes que determinan la autorregulación del comportamiento y la manera de procesar la información relacionada con las interacciones sociales (Main, Kaplan y Cassidy, 1985, en Rozenel, 2006). A pesar de que estos modelos de procesamiento son modificables, son esquemas bastante estables que se extienden en el tiempo y situaciones.

Además, Main, Kaplan y Cassidy (1985, en Rozenel, 2006). hablan de cómo el bebé también forma un modelo operativo interno de sí mismo. En este caso, es un esquema cognitivo-afectivo de uno mismo que indica en qué medida se percibe que otros tienen en cuenta nuestras necesidades y éstas son relevantes para ellos. De ahí deriva un sentido de la autoimagen que determina en qué grado uno siente que es relevante, valorado y aceptado por los demás. En este sentido, podría decirse que la autoestima del niño (que se convertirá en adulto) depende de haber experimentado una mirada de ternura y cariño por parte de su madre -o, en lo que nos concierne, del cuidado primario.

Ainsworth (1969), basándose en la teoría de Bowlby establece tres tipos de vínculos de apego en función de la forma que tiene el bebé de comportarse respecto de su madre a lo largo de una serie de episodios experimentales denominados Procedimiento de la Situación Extraña: a) Se expone al bebé a la presencia de la madre, b) a la presencia de la madre junto con otro extraño, c) a la ausencia de la madre en presencia del extraño y d) a la presencia única del extraño. En función de la forma que tenga el bebé de reaccionar y de comportarse con la madre y con la persona extraña puede adivinarse el tipo de vínculo que ha establecido con su madre.

En su experimento, Ainsworth (1969) estudia el comportamiento del niño respecto de su madre en 8 situaciones de corta duración que pueden ser más o menos ‘extrañas’ para el niño (ver tabla).

|              | MADRE                   | EXTRAÑA   |
|--------------|-------------------------|---|
| Primer paso  | Dentro de la habitación | Dentro de la habitación                               |
| Segundo paso | Dentro de la habitación | Sale de la habitación                                 |
| Tercer paso  | Dentro de la habitación | Entra en la habitación<br>Aproximación a madre e hijo |
| Cuarto paso  | Sale de la habitación   | Entra en la habitación                                |
| Quinto paso  | Entra de la habitación  | Sale de la habitación                                 |
| Sexto paso   | Sale de la habitación   | Fuera de la habitación                                |
| Séptimo paso | Fuera de la habitación  | Entra en la habitación                                |
| Octavo paso  | Entra en la habitación  | Sale de la habitación                                 |

**Tabla 1:** *Ocho pasos de la situación extraña de Ainsworth*

En base al comportamiento que tiene el niño para con su madre a lo largo de dichas situaciones, especialmente en aquellas de reunión tras el abandono materno, Ainsworth categoriza el tipo de vínculo que los niños han establecido por su madre. Estos comportamientos que observa son el de proximidad y búsqueda de contacto del bebé con su madre, el contacto que mantiene con ella, las conductas de evitación de proximidad y contacto y la resistencia al contacto y al reconforte materno. Estos comportamientos son registrados por un observador, que califica la intensidad de los mismos en una escala de 1 a 7 puntos que servirá para describir el vínculo: seguro, inseguro, evitativo o ambivalente.

Pero, además, Main y Hesse (1990) hablan de una última tipología de comportamiento distinta a las demás. Existe un porcentaje de niños que no tienen conductas consistentes respecto de sus madres en la situación extraña y que no pueden ser clasificables en ninguna de las tres categorías, cuyo estilo de vínculo se define como ‘desorganizado’ por la inconsistencia de las conductas que presentan de forma tanto inter como intrapersonal (en el tiempo y situaciones).

Sin embargo, no es sólo importante el comportamiento infantil: el comportamiento del cuidador también es una variable a considerar en el establecimiento del tipo de apego (Gojman de Millán y Millán, 2007). Main observa que determinados vínculos establecidos por los niños se corresponden con determinadas formas de respuesta de las madres, por lo que éstas influyen y direccionan, igualmente, el tipo de vínculo que sus hijos establecen con ellas.

Expuestos los hallazgos de Ainsworth, Main y Hesse, el apego seguro es aquel vínculo caracterizado por la capacidad del niño de explorar en presencia de la madre, de sentir distrés en ausencia de la misma y consuelo en la reunión. Al mismo tiempo, Main observa que la madre del niño con apego seguro en la situación extraña permanece accesible y responde a las llamadas implícitas o explícitas de atención, intercambia miradas y anima al niño a la exploración.

Cuando el bebé no presenta conductas de desconsuelo en la separación de la madre y evita el contacto con la misma cuando se reúnen, el tipo de vínculo se define como inseguro evitativo (Main y Hesse, 1990). Además, este tipo de relación se caracteriza por la ambivalencia respecto de la capacidad de exploración. Algunos niños explorarán, otros

no, o lo harán de forma inconsistente. Esto se debe a una falta de percepción del cuidador como base segura desde la cual conocer el mundo. En este sentido, las madres de los niños con apego evitativo son aquellas que proporcionan altos niveles de rechazo afectivo, incluso a veces con brusquedad física. Sin embargo, la sobreestimulación materna, la insistencia, el comportamiento materno que coarta en exceso la independencia e individualización del niño también puede causar este tipo de vínculo: se genera un exceso de atención que desborda al niño (Facijs, 2017).

El apego inseguro ambivalente resistente es aquel en el cual el niño no es capaz de ejecutar conductas de exploración puesto que tiene fuertes sentimientos de inseguridad respecto de su madre (Main y Hesse, 1990). Sentirá altos niveles de distrés ante la separación, y de nuevo ante la reunión. En lugar de sentirse consolado y seguro en la reunión con su madre, buscan el consuelo materno a la vez que expresan rabia, irritabilidad y dificultados en la consolación, elementos que revelan la inconsistencia y ambivalencia en la percepción de su madre como figura de cuidado. El comportamiento de los cuidadores de este tipo de niño es desatendido, anteponiendo la madre sus propias necesidades a las del niño, aunque se forma asistemática. Por ejemplo, en circunstancias de deseabilidad social o alta insistencia del niño, pueden volcarse en su cuidado de forma intrusiva (Facijs, 2017). Coartan el comportamiento autónomo del niño, pero al mismo tiempo se desentienden de sus necesidades.

El último estilo de vinculación, aquel que resulta de las conductas inclasificables en el resto de categorías, sería el apego de tipo desorganizado.

Estos niños presentan conductas y comportamientos inconcluyentes e inestables en las situaciones de experimento. Como exponen Main y Hesse (1990), son aquellos que actúan de forma extraña con sus madres puesto que no saben como comportarse con ellas, a menudo por falta de consistencia en la relación. No es extraño que los niños con apego de tipo desorganizado presenten una variedad de características conductuales alta, llegando incluso a tener comportamientos como los descritos por Henninghausen et al. (2019), como el *head banging* (golpearse repetidamente en la cabeza con objetos o con otras partes del cuerpo), paralización o conductas de autoconsuelo.

A pesar de no haber ninguna consistencia en el tipo de conductas que presentan en el Procedimiento de la Situación Extraña, los niños con apego de tipo desorganizado a menudo presentan tendencias hacia otros tipos de apego, estableciéndose así un vínculo desorganizado evitativo, desorganizado ambivalente resistente o desorganizado seguro. Este tipo de vínculo es más frecuente en familias en las se presentan niveles altos de



maltrato, tendencia a la depresión, al consumo de drogas o a las enfermedades mentales (Darrel Barrey et al, 2017, en Díaz-Cutraro et al., 2020). Main y Hesse (1991) estudian lo que las madres de los niños con este tipo de vinculación presentan en común: caras atemorizadas o atemorizadas frente al bebé, drenado pues una reacción de ansiedad y distrés al niño. La madre, más que aparecer como un referente de seguridad y protección es una fuente de miedo e inseguridad.

En esta línea, numerosos autores hablan de las repercusiones que pueden tener en el establecimiento del vínculo de apego las experiencias de adversidad o trauma en la infancia. Si el establecimiento de un apego seguro depende en gran parte de la responsividad, disponibilidad, consistencia y seguridad en el trato del cuidador, aquellas situaciones en las que estos factores están ausentes propician la creación de vínculos inseguros o desorganizados. Dejando de lado la relación directa cuidador-niño, en tanto en cuanto, además, estas características del cuidador pueden verse impactadas por factores externos, el entorno y contexto holísticos de crecimiento del niño también pueden influir, de forma indirecta y a través de su influencia en las conductas parentales, en el establecimiento del vínculo.

Gabinio et al. (2018) estudian las relaciones padres-hijos durante los primeros meses de vida en familias con cuidadores abusivos y concluye que el maltrato o negligencia parental hacia los hijos se relaciona con el establecimiento de apegos de tipo inseguro a través de la creación de representaciones mentales más rígidas y desadaptadas en los niños (modelos de funcionamiento interno inflexibles y nocivos). El maltrato y la negligencia pueden ser conductas activas, por supuesto, tales como la violencia física o el abandono de los niños. Pero también pueden ser conductas por omisión que se dan en situaciones de necesidad: niños que se quedan solos porque los padres trabajan, precariedad económica (que resulta, por un lado, en altos niveles de estrés familiar y por otro, en la ausencia de elementos de primera necesidad, por ejemplo), etc.

También pueden encontrarse problemas de vinculación durante la crianza en presencia de situaciones adversas otras que el maltrato parental. Por ejemplo, Capitán Llamas y Artigue Gómez (2020) hablan de las repercusiones de los problemas obstétricos, de lactancia, el retraimiento materno en los primeros meses o los trastornos del sueño. Si bien estos factores no constituyen en sí mismas conductas activas de impacto en el niño, de nuevo son circunstancias que afectan a la responsividad del cuidador y por lo tanto a los sentimientos de seguridad y cuidado, a la autoimagen y a la relación cuidador-bebé.

En este sentido, los autores describen las funciones parentales empobrecidas como el conjunto de características educativas por parte de los cuidadores en las que hay presencia de figura parental, pero ésta es insuficiente a nivel emocional, afectivo o responsivo. A pesar de no haber conductas de maltrato o negligencia activas, hay una “latente incapacidad del adulto de sostener en su mente una representación del niño como alguien que tiene sentimientos propios” (Capitán Llamas y Artigue Gómez, 2020). Esta incompreensión en ocasiones puede desembocar en conductas de abandono.

## **Trastorno Mental Grave**

El Trastorno Mental Grave (TMG) se refiere a las aquellas alteraciones psiquiátricas prolongadas en el tiempo que implican un nivel variable, pero superior al normativo, de discapacidad y disfunción social, según el Centro de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave Creap (2016). De forma más concreta las personas con TMG son aquellas que padecen una enfermedad que cumple con los criterios diagnósticos de una de las siguientes categorías establecidas en el CIE-10 (2000): trastornos esquizofrénicos, esquizotípicos, delirantes persistentes, delirantes inducidos, esquizoafectivos, psicóticos no orgánicos, bipolar, depresivo grave con síntomas psicóticos, depresivo grave recurrente u obsesivo compulsivo. Así, de forma general, la referencia al término TMG implica los trastornos esquizofrénicos y las psicosis.

En conjunto, las psicosis se dan en nuestro país en un 1,2% de la población, siendo la mayoría de los afectados mayoritariamente mujeres (1,4% de mujeres, 1,1% hombres). En el caso concreto de la esquizofrenia, entorno a un 3,7% de la población cumple con los criterios diagnósticos de dicha enfermedad, siendo la mayoría hombres (4,5%) frente a mujeres (2,9%) (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). A nivel mundial, se estima que 21 millones de personas padecen esquizofrenia, de los cuales la mayoría son varones que además también suelen desarrollar la enfermedad a una edad más temprana que las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La esquizofrenia afecta a la manera en que una persona piensa, siente y se comporta puesto que constituye una pérdida de contacto con la realidad. En general, los diagnósticos se dan entre los 16 y 30 años (Organización Mundial de la Salud, 2000) tras el padecimiento de un primer episodio psicótico que actúa de voz de alarma, siendo

importante por las consecuencias que tiene en el pronóstico de la enfermedad el trato temprano de la sintomatología, según los Institutos Nacionales de la Salud (2021). La esquizofrenia presenta una mezcla de síntomas (positivos y negativos) y signos, que, en caso de aparecer durante una parte significativa de tiempo en el transcurso de un mes y con algunos signos que persisten durante seis meses o más, son indicativos de diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013).

Por un lado, la sintomatología positiva son conductas o comportamientos que reflejan un exceso de las funciones de la mente. En este sentido, incluyen las ideas delirantes, alucinaciones, verborrea, agitación motórica, entre otras conductas.

Por otro lado, la sintomatología negativa es aquella que incluye comportamientos funcionales deficitarios: retraimiento, abulia, aplanamiento afectivo, alogia, etc.

La sintomatología suele presentarse a lo largo de tres fases cuya duración es variable pero que suele circunscribirse a un periodo aproximado de seis meses. En primer lugar, aparecen los signos prodrómicos, que indican un cambio significativo en la conducta y comportamiento de la persona, pero sin dar lugar a sintomatología aislada. En segundo lugar, comienza la fase aguda en la que aparece la sintomatología positiva, trayendo consigo la pérdida de los límites del yo y del contacto con la realidad comúnmente aceptada. Por último, se da paso a los signos y síntomas residuales, caracterizados por la aparición de sintomatología negativa y la remisión de la positiva.

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) refiere distintos tipos de esquizofrenia en función de las características sintomatológicas predominantes. La esquizofrenia paranoide es aquella en la que predomina la sintomatología positiva y se dan rasgos importantes de sospecha y suspicacia; frente a la catatónica, en la que el paciente presenta mayoritariamente sintomatología negativa y destaca el estupor y la rigidez motora. La esquizofrenia hebefrénica se distingue por la desinhibición y la desorganización de las conductas. Es frecuente un alto grado de inestabilidad y de inadecuación emocional y conductual. Por último, la esquizofrenia de tipo indiferenciado es aquella en la cual observamos fases delimitadas y que presenta una variedad de síntomas negativos y positivos generales.

Así bien, atendiendo a la sintomatología es destacable el grado en que la esquizofrenia es afecta a todas las dimensiones de la mente. De hecho, Meana Peón et al. (2014) hablan de dicho trastorno como de ‘la gran patología del psiquismo’, en tanto en

cuanto afecta a todas las áreas que caracterizan al ser humano (conciencia, afectividad, sensopercepción, sentido de la realidad, pensamiento, etc).

Como diagnóstico diferencial de la esquizofrenia es importante mencionar el trastorno esquizofreniforme, puesto que las diferencias que se plantean responden principalmente a criterios temporales. El trastorno esquizoafectivo se caracteriza también por diferencias en la duración respecto de la esquizofrenia, además de por incluir en su diagnóstico criterios sintomatológicos de un trastorno del estado de ánimo.

Por otro lado, el término ‘psicosis’, en la DSM IV (American Psychiatric Association, 2013) se utiliza para designar el conjunto de trastornos que afectan a la mente de forma en que se pierde contacto con la realidad durante una duración de tiempo determinada, llamada episodio psicótico. Durante dicho periodo, el pensamiento y las percepciones de la persona se ven alterados y puede resultarle complicado discernir la realidad de la imaginación. Como en la esquizofrenia, el comienzo de la enfermedad suele ser tardío, teniendo lugar el diagnóstico normalmente entre los 16 y los 25 años de edad (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Meana Peón et al. (2014) explican que al episodio psicótico en sí mismo normalmente le precede un periodo prodrómico similar a la fase primera de la esquizofrenia, durante el cual la persona presenta un comportamiento alterado que es indicador de un próximo brote. Entre estas señales aparecen los problemas en el ritmo del pensamiento, la suspicacia y la sospecha, la alteración del lenguaje o el aislamiento social.

Igualmente, el autor expone que los síntomas de la psicosis incluyen la presencia de alucinaciones, delirios, alteraciones en el lenguaje y alteraciones la conducta motora. En el trastorno psicótico breve aparecen todos estos síntomas durante un periodo de tiempo determinado (entre un día y un mes). En los trastornos delirantes no suelen aparecer síntomas psicóticos más allá del pensamiento delirante (lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico; etc.) aunque en ocasiones pueden darse alucinaciones sensoriales si están en consonancia con el tema del delirio. El delirio dura al menos un mes y puede ser más o menos extraño en su ideación. El trastorno psicótico puede tratarse de un caso de *folie à deux* (trastorno psicótico compartido) cuando se comparte una idea delirante con otra persona con la que se tiene una estrecha relación, como si dicho pensamiento se hubiese contagiado (Meana Peón et al., 2014).

Durante años, la comunidad científica basaba la etiología de los trastornos mentales graves en bases genéticas y biológicas, aunque a día de hoy los avances en neurociencia y neurobiología han permitido determinar que, si bien es cierto que hay un importante componente genético en el desarrollo dichos trastornos, la génesis de estas enfermedades se debe también en parte a los factores medioambientales y contextuales de las personas que la padecen.

Pacheco y Raventós (2004) defienden que las complicaciones pre y perinatales como el bajo peso al nacer, las deficiencias nutricionales de las madres durante el embarazo y las incompatibilidades madre-hijo del factor Rhesus sanguíneo están asociados con un mayor riesgo de desarrollo de esquizofrenia en el futuro del niño. Según los autores, podría deberse a la interferencia de dichos factores en el desarrollo cerebral a nivel celular y neuronal. Además, se ha demostrado que la heredabilidad (es decir, la proporción de la variabilidad fenotípica en una población que puede ser atribuida a factores genéticos hereditarios) de la esquizofrenia es de un 50% (Bahn, 2002). De hecho, el riesgo de desarrollar el trastorno en una persona con un familiar directo que sufre la enfermedad es de entre 9 y 16%, diez veces mayor que el de una persona que no tiene antecedentes familiares directos. Este riesgo aumenta aún más en el caso de hijos de ambos padres esquizofrénicos, llegando la probabilidad de desarrollar esquizofrenia a un 46% (Faraone et al. 2002).

Es interesante considerar también que investigaciones recientes defienden que tal vez las enfermedades psicóticas no sean resultantes de la posesión de un solo gen, sino de la confluencia de distintos genes de efecto menor cuyo efecto acumulativo, unido al efecto ambiental, contribuye al aumento de la probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos (Risch, 1990). Así pues, en la etiología de los trastornos psicóticos no es suficiente la posesión de factores genéticos determinados o la mera exposición ambiental a factores de riesgo. Sería necesaria la confluencia de estresores (como se verá más adelante al hablar del apego como factor de riesgo o protección) en el entorno con una carga genética determinada para considerar el riesgo latente de desarrollar un trastorno mental grave. Es por ello que, sin dejar de lado el estudio de dichas vulnerabilidades genéticas, la comunidad científica se ha volcado en el estudio de aquellos factores del entorno que pueden tener un peso mayor a la hora de desarrollar estas enfermedades.

De hecho, Capitán Llamas y Artigue Gómez (2020) emplean el cuestionario LISMEN (Listado de ítems en Salud Mental) para llevar a cabo un estudio con población con problemas psicóticos con el objetivo de realizar una exploración biográfica sobre la

vivencia de acontecimientos que conforman factores de riesgo para la salud mental en pacientes con trastorno mental grave. Los autores exponen, acorde a los resultados de pruebas estandarizadas (entre ellas el LISMEN) y entrevistas, que, en dicho estudio, 27 de 29 pacientes con trastorno mental grave han sufrido una serie de situaciones adversas o traumáticas a lo largo de sus vidas que, en su acumulación, han supuesto un para su salud mental. Además, destacan entre dichas situaciones adversas la presencia del abandono parental, la negligencia en la crianza o el maltrato por parte de los padres durante la infancia.

De forma más específica, otros autores como Rossenberg (2001) y Janssen (2004) (ambos en Blanco González, 2014) estudian el riesgo de padecer esquizofrenia u otras psicosis tras haber sufrido abuso durante la infancia. Los resultados demuestran que aquellos niños víctimas de abuso tienen una probabilidad mayor que los niños que no lo han sido de desarrollar trastornos psicóticos (Janssen, 2004, en Blanco-González, 2014). También, Varesse (2012, en Blanco-González, 2014) establece seis tipos distintos de adversidades, entre los cuales se encuentran la negligencia en el cuidado de los niños, pérdida o separación parental temprana y el abuso emocional o psicológico en la infancia temprana, que están correlacionados con la aparición de psicosis.

Por último, también Read (2001, en Blanco-González, 2014) en su Modelo Traumógeno de Neurodesarrollo, defiende que las personas con psicosis tienen características muy parecidas a las de las personas que han sufrido situaciones muy traumáticas en la infancia desde un punto de vista cerebral, estructural y funcional. Por ejemplo, presentan alteraciones similares en la simetría cerebral, atrofia de determinados tejidos, alteraciones en el córtex prefrontal e hiperactividad del eje hipotalámico-suprarrenal.

Por ello, resulta indiscutible la existencia de una relación entre las vivencias (aprendizaje, educación, entorno, etc.) y el desarrollo de los TMG. Sin embargo, queda indagar sobre la relación concreta entre dichos trastornos y el establecimiento del vínculo de apego.

## **La relación entre el apego infantil y el trastorno mental grave**

Anteriormente ha sido descrita la importancia del establecimiento de un vínculo de apego saludable en la creación de modelos de funcionamiento interno y patrones de relacionamiento adecuados, así como en el desarrollo de una percepción del mundo, sí mismo y del futuro ajustada y positiva. En este sentido, han sido estudiados muchos de los factores que alteran el establecimiento de dicho vínculo y las consecuencias determinadas que cada uno de ellos tiene, no sólo en el tipo de apego adulto del niño, sino también en muchas otras esferas de su salud y de su vida. Es por ello que resulta interesante fijarse en la relación que el apego tiene (o puede tener) con la génesis de un Trastorno Mental Grave, en tanto en cuanto se conocen elementos que contribuyen al desarrollo o al empeoramiento de la sintomatología de los trastornos de salud mental que tienen que ver con el aprendizaje, el entorno y la crianza.

Es muy interesante como Benítez-Camacho et al. (2014) describen las diferencias en los vínculos que establecen las personas con sus padres, diferenciando la población con enfermedades de corte psicótico de la población sana. Argumentan que, de forma general, en personas que no tienen enfermedades mentales es observable un vínculo óptimo con los cuidadores, de forma en que éstos son favorecedores de autonomía e independencia, por supuesto teniendo en cuenta la existencia de diferencias interpersonales y matices. Sin embargo, establecen que en la mayoría de los casos de las personas que sufren un TMG de corte psicótico, la relación con los padres es de control sin afecto, que implica frialdad emotiva, indiferencia y negligencia parental al mismo tiempo en que los cuidadores establecen un control e interferencia emocional excesivos, interrumpiendo la autonomía y por ende en detrimento de las competencias sociales y de la adquisición de habilidades en lo referente a relaciones interpersonales.

Esta diferencia en el relacionamiento de padres e hijos con o sin TMG nos muestra que, efectivamente, existen diferencias en el trato paterno-filial que implican el desarrollo de la salud mental.

No sólo eso, sino que Benítez-Camacho et al. (2014) también establecen una correlación entre la remisión de la sintomatología psiquiátrica y psicológica y la mejora de las relaciones paterno-filiales y vínculos de crianza. En este sentido, observan que cuanto mejor es la relación entre el hijo enfermo y el padre (es decir, cuanto más saludable es el vínculo entre ellos), menor es la sintomatología del TMG de corte psicótico, según los

propios hijos. Sin embargo, es cierto que aquí cabe preguntarse si no sería posible que la relación fuese bidireccional, y por ende que, a menor sintomatología, mejor relación. Sea ésta una posibilidad o no, el hecho de que el grado de distancia y frialdad emocional de los padres se relacione inversamente con la edad de inicio de la enfermedad (a mayor frialdad y distancia, más pronta edad de inicio) nos indica que, indudablemente, el trato parental afecta a la sintomatología psiquiátrica de las personas con TMG (Benítez-Camacho et al., 2014)

En este sentido, según estos autores, las personas con esquizofrenia que han convivido en la infancia con cuidadores muy críticos tienen un 51% más de posibilidades de recaída atribuibles a esas vivencias de crítica tras el primer episodio respecto de la población enferma que no se ha visto sometida a tal situación.

Por otro lado, Gabinio et al. (2018) hallaron una correlación positiva entre la severidad de la sintomatología de personas que padecen esquizofrenia, el patrón de apego que les caracteriza y la presencia de acontecimientos traumáticos en su historia temprana. Parecería que las personas con esquizofrenia que han establecido un vínculo de apego de tipo inseguro tienen mayor probabilidad de desarrollar ataques de pánico frecuentes e intensos en el transcurso de la enfermedad.

De hecho, también Ruby (2017, en Gabinio et al., 2018) se centra en las consecuencias del trauma relacionado con el apego en la sintomatología del trastorno mental grave. Defiende que aquellas personas que han sido sometidas a situaciones traumáticas para con sus cuidadores primarios (abandono parental, negligencia, maltrato, etc.) presentan mayor gravedad de los síntomas de ansiedad en el trastorno y un empeoramiento de la sintomatología general. También, a nivel cerebral observa reducciones en el volumen encefálico y un aumento de la proporción del tamaño de la amígdala. Las observaciones de Ruby cobran especial importancia ya que aquellos factores que estudia y que vincula con el TMG son precisamente los mismos que los que están estrechamente relacionados con el establecimiento de un vínculo de apego no seguro durante los primeros meses de vida.

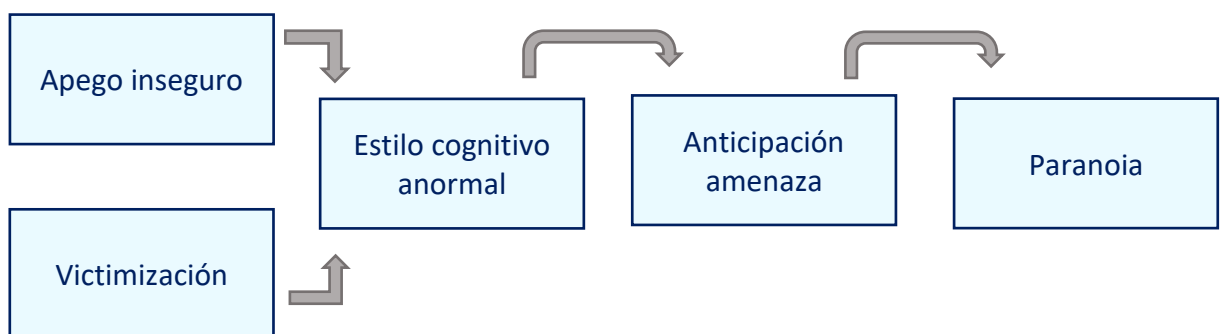
Resulta interesante relacionar las conclusiones de Ruby con el Modelo Traumógeno de Neurodesarrollo ( que previamente ha sido descrito) de Read (2001, en Blanco-González, 2014). Ambos autores establecen un enlace entre factores traumáticos en la infancia y alteraciones de corte neurobiológico. Esto vendría a indicar que el



establecimiento de un vínculo de apego inseguro, que es provocado por situaciones y entornos estresantes, a la vez que constituye en sí mismo un factor de estrés en la persona que lo posee, se relaciona con el desarrollo de alteraciones cerebrales que pueden dar lugar al empeoramiento y cronificación de los factores, ya de por sí negativos, que implica el tipo de apego no seguro.

Pero, además, en tanto en cuanto Read (2001) defiende que las personas con psicosis poseen características cerebrales funcional y estructuralmente muy parecidas a las de las personas con un vínculo de apego no seguro, esta información cobra mayor relevancia. De hecho, Boldrini et al. (2020) también se fijan en los factores neurobiológicos y argumenta que la existencia de susceptibilidades de tipo genético a la psicosis puede producir alteraciones neurobiológicas que minan los procesos mentales relacionados con el establecimiento del apego, alterando el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario e hipersensibilizando el sistema dopaminérgico, entre otros.

También argumentan en esta línea Capitán Llamas y Artigue Gómez, en 2020. Realizan una investigación con adolescentes en situación de estado mental de alto riesgo y establecen que, aquellos cuyo tipo de apego infantil era evitativo, ambivalente o desorganizado presentaban peores resultados en terapia, menor capacidad de gestión del estrés, mayor inseguridad en situaciones de intercambio social, etc. En base a dicho estudio, los autores establecen un esquema que vincula el tipo de apego inseguro con el desarrollo de un modelo cognitivo paranoico, y que funciona en paralelo con la victimización. Es decir, aquellas personas víctimas de trauma presentan un desarrollo cognitivo similar al de los niños con apegos inseguros.



**Esquema 1.** Modelo cognitivo resultante de la interacción del apego inseguro con experiencias tempranas de victimización

Este estilo cognitivo fomenta alteraciones y malfuncionamientos en los mecanismos de anticipación de la amenaza (por su relación con la Dopamina), resultando incluso estilos paranoicos de pensamiento, como se resalta en el esquema.

Y no sólo eso, si no que parecería que los datos estadísticos apoyan la información que Read y Ruby exponen. Gabinio et al. (2018) se centra en la prevalencia de los vínculos de apego de tipo inseguro en la población con esquizofrenia y observa que, mientras que en el grupo de población que no posee la enfermedad la media estadística es de 2.12 de prevalencia de apego de tipo evitativo y de 2.32 en la categoría de apego ansioso, en la población con esquizofrenia estas cifras se elevan a 4.63 y 5.04 respectivamente, lo que indica una diferencia significativa de un grupo respecto del otro. En ese sentido y citando a Read (2001), Blanco-González (2014) afirma que los niños con predisposición a sufrir enfermedades de corte psicótico (ya sea por antecedentes familiares o por otros tipos de predisposiciones individuales) que además sufren abuso, abandono o negligencia por parte de sus cuidadores tienen mayor posibilidad de desencadenar síntomas psicóticos.

Además, afirma que son mediadores importantes de dicha relación la disrupción cognitiva y la dificultad de gestión emocional que el trauma puede causar.

Blanco-González (2014) conglomerara los resultados que obtienen diversos investigadores y académicos respecto de este tema y expone, entre otros, una relación entre la psicosis en adultos y la presencia de traumas no resueltos relacionados con los cuidadores en la infancia (Main y Hesse, 1990, en Blanco-González, 2014). También Myhrman (1996, en Blanco-González, 2014) obtiene conclusiones en esta línea y argumenta sobre la existencia de una relación entre un aumento en el riesgo de psicosis y el establecimiento de un tipo de apego basado en el pensamiento de ser un hijo no deseado por sus cuidadores. Esta afirmación implicaría, en línea con lo que ha sido expuesto previamente, que la génesis de un TMG y la gravedad sintomatológica que lo acompaña no depende sólo de factores biológicos, sino que tiene una etiología bio-psico-social y que, además, el vínculo de apego que se establece en la infancia es un factor de peso en su desarrollo y expresión sintomática.

De hecho, otros como Díaz-Cutraro et al. (2020) se fijan en aquellos factores que caracterizan dicha relación entre apego y TMG. El autor defiende que a través del vínculo de apego el niño aprende a procesar las emociones, y que en personas con esquizofrenia esta capacidad de fijarse, entender, interpretar y actuar acorde con las emociones que otros (y que uno mismo) sienten se ve gravemente alterada. Las personas con

esquizofrenia tendrían sesgos atencionales que les impedirían centrar la atención en las claves que contribuyen a descifrar las emociones ajenas, como por ejemplo la mirada (Hooker y Park, 2005, en Díaz-Cutraro et al., 2020) y una marcada tendencia a malinterpretar las señales emocionales que sí que captan (Kington et al., 2007, en Díaz-Cutraro et al., 2020). Cobra relevancia ya que los autores afirman que existe una relación entre el aprendizaje de capacidades de procesamiento emocional y desarrollo de habilidades que contribuyen (por ejemplo, el sesgo atencional a través de la mirada) y el desarrollo de un vínculo de apego.

Por otro lado, tanto Hart (2017) como Pos (2014, ambos en Díaz-Cutraro et al., 2020) concluyen que la Teoría de la Mente es un factor mediador en la relación entre el tipo de apego y los trastornos mentales graves. Ambos autores defienden que el establecimiento de un apego de tipo inseguro altera el desarrollo adecuado y saludable de las facultades que caracterizan a la Teoría de la Mente (siendo esta relación recíproca), siendo éste un factor contribuyente del empeoramiento sintomático de los TMG. Fonagy y Target (1997, en Pos et al., 2014) defienden igualmente que en aquellas personas que han establecido un vínculo de apego seguro las habilidades y capacidades relativas a la Teoría de la Mente son más adecuadas que en personas con apegos inseguros.

También, en este sentido, Hart et al. (2017, en Díaz-Cutraro et al., 2020) hablan de la cognición social como variable interviniente en la gravedad sintomatológica de los TMG, siendo la cognición social una variable relacionada por sí misma con el establecimiento del vínculo de apego y determinada por las experiencias y aprendizaje tempranos. Asimismo, Pos et al. (2014) también argumentan a favor de la Teoría de la Mente como elemento que media en la relación entre los TMG y el vínculo, centrándose especialmente en la asociación entre los problemas en el desarrollo de las capacidades relacionadas con la Teoría de Mente y un riesgo mayor de ideación paranoide, peor funcionamiento generalizado y menor recurso a ayuda y alianza terapéutica en personas con un TMG.

Por su cuenta, Boldrini et al. (2020) llevan a cabo una investigación centrada en las vicisitudes del apego y la influencia que este vínculo puede tener en el curso y desarrollo de la esquizofrenia y enfermedades del mismo espectro. Describen, por ejemplo, que el aumento en los niveles de sensibilidad al estrés que se producen mediante el abuso emocional y la negligencia parental en la infancia (osea, en algunos de los

factores que caracterizan a los vínculos de apego no saludables) aportan vulnerabilidad al desarrollo de la psicosis, tal y como lo explican Capitán Llamas y Artigue Gómez (2020). Sin embargo, en dicho artículo se pone el foco en que el apego no es de por sí una variable causal en el desarrollo de los TMG, sino que constituye un factor ambiental de riesgo que, en su interacción con las predisposiciones genéticas y epigenéticas de los individuos, fomentan la génesis y la gravedad sintomatológica los TMG (Brent y Fonagy, 2014, en Boldrini et al. (2020).

En este sentido, según Debanné (2016, en Boldrini et al. (2020), el apego seguro es un factor protector que modera el riesgo de psicosis ya que está vinculado al desarrollo de la resiliencia y de las capacidades de adaptación a la adversidad.

Y, además, Boldrini et al. (2020) exponen que los vínculos de apego de tipo inseguro o desorganizado son factores de riesgo para los TMG en tanto en cuanto contribuyen a la ruptura de los mecanismos psíquicos de resiliencia, que repercuten en la capacidad de regular y gestionar las experiencias internas y el desarrollo de un sentido identitario estable. En este sentido, el establecimiento de vínculos de apego no seguros afecta, en varios niveles a los resultados que se obtiene de los tratamientos psicológicos y psiquiátricos de los TMG. Berry y Carr (2007, en Boldrini et al. (2020), entre otros, relacionan estos vínculos de apego con mayores dificultades en el enganche terapéutico, peores niveles de adherencia al tratamiento y de implicación con servicios clínicos, malas relaciones terapéuticas, un inicio más temprano de la enfermedad y, en general, peor calidad de vida.

Estas diferencias respecto de las personas con TMG que han desarrollado un vínculo de apego seguro pueden deberse a los déficits en la cognición social que resultan de la interacción entre los factores neurobiológicos de las enfermedades de corte psicótico y de la esquizofrenia y las alteraciones neurales que se deben al establecimiento de un vínculo de apego no seguro. También Gumley (2014, en Boldrini et al. (2020) defiende que el vínculo de apego de tipo inseguro está asociado una peor involucración respecto de los tratamientos de salud mental y peores resultados en el caso concreto de pacientes con psicosis.

Boldrini et al. (2020) versan especial atención sobre el desarrollo de la ‘mentalización’, es decir, la habilidad de comprender las acciones propias y ajenas en función de los estados mentales; en tanto en cuanto dicha habilidad depende en gran parte

del establecimiento de un apego seguro a través del cual se promueve el comprender y aprehender sobre las emociones y sentimientos (de uno mismo y de los otros).

También Capitán Llamas y Artigue Gómez (2020) se centran en el vínculo de apego como factor de protección o riesgo, más que en su capacidad causal para con los TMG. Observa que en la población con TMG se dan, en un porcentaje mayor de casos, factores que afectan a los procesos de vinculación infanto-parental. Es decir, hay mayor prevalencia de factores de riesgo relacionados con el vínculo de apego en la infancia temprana en aquellas personas que sufren un TMG que en aquellas que no. Partiendo de esa base, defiende que las alteraciones en la salud mental serían en gran parte promovidas por las adversidades en la infancia temprana, que influyen en el desarrollo de trastornos y enfermedades a través de la influencia epigenética.

Y, además, Capitán Llamas y Artigue Gómez (2020) argumenta que la mayoría de esas adversidades que constituyen factores de riesgo para las personas con TMG tienen que ver con los procesos de vinculación y relación con los cuidadores que generan sufrimiento emocional. De hecho, expone que las personas con TMG confiesan, en un mayor número de casos, el haber tenido dificultades o problemas en factores relacionados con la vinculación, siendo los problemas de retraimiento en la relación con el infante por parte del cuidador principal frecuentes en un 86% de los casos estudiados.

Sin embargo, tanto Boldrini et al. (2020) como Capitán Llamas y Artigue Gómez (2020) defienden que es especialmente grave la confluencia de factores de riesgo relacionados con el vínculo de apego la que predispone al desarrollo y empeoramiento sintomatológico de las personas con TMG. Este argumento iría en línea con lo previamente expuesto en el apartado anterior acerca del hecho de que en la etiología de los trastornos psicóticos es necesaria la confluencia de diversos estresores y factores de riesgo que interactúen con una carga genética predispuesta al desarrollo de un TMG.

Además, Boldrini et al. (2020) diferencian, dentro de la población susceptible de desarrollar un TMG, aquellos pacientes que tienen un riesgo especialmente elevado de sufrir una enfermedad o trastorno de este corte, y observan en este grupo una confluencia muy elevada de diversos factores de riesgo relacionados con el vínculo de apego. Asimismo, dentro de dicho grupo el 80% de los pacientes tienen un apego de tipo inseguro, según Gajwani et al. (2013, en Boldrini et al. (2020), por lo que sus hallazgos van en línea con aquellos previamente expuestos de Capitán Llamas y Artigue Gómez (2020) sobre la prevalencia de apegos no seguros en pacientes con TMG.

Yung (2004, en Boldrini et al. 2020) argumenta, en base a dichas indicaciones, que la intervención temprana en el vínculo del paciente con el cuidador primario es un factor de protección en la génesis del TMG.

Asimismo, resulta abundante la materia científica que aboga que el vínculo de apego saludable es constituyente de un factor de protección para con los TMG, al mismo tiempo que los vínculos de apego no saludables (esto es, no seguros) conforman un factor de riesgo.

Por último, otros autores como Berry et al. (2008, en Pos et al. 2014) se han centrado en la evaluación del vínculo de apego en personas con enfermedades psicóticas a través de pruebas estandarizadas. En concreto, emplean el Psychosis Attachment Measure (PAM; Berry et al., 2006) para evaluar los sentimientos, conductas y pensamientos de personas con psicosis, de sus hermanos y de un grupo control en relación con el vínculo de apego. Sus resultados muestran que los niveles de apego de tipo ansioso y evitativo son más altos en los pacientes con enfermedades psicóticas que en la población control o en el grupo fraterno.

Además, en línea con lo expuesto anteriormente respecto de la Teoría de la Mente, llama la atención mencionar que, según Fonagy y Luyten (2009, en Pos et al. 2014), los pacientes psicóticos también puntúan peor en los niveles de medición de la Teoría de la Mente que los otros dos grupos, hecho que lleva a los autores a afirmar que el curso de la psicosis se ve directamente afectado por las alteraciones en las capacidades relacionadas con la Teoría de la Mente, que a su vez dependen en gran parte del establecimiento del tipo de apego (en el caso de la población psicótica, del apego inseguro).

## **Conclusiones**

Así pues, la revisión de la literatura hallada lleva a concluir que existe una relación entre el vínculo de apego y el desarrollo de un trastorno mental grave y que, en este sentido, los distintos vínculos de apego tienen impactos diferentes en los TMG. Así, se responde al objetivo general cuando se establece que el vínculo de apego seguro es el único que no impacta de forma negativa en la génesis de los trastornos mentales graves.

Aludiendo al objetivo que pretende conocer los tipos de apego y las características asociadas de cuidadores y niños, destaca que los niños con estilos de apego inseguros o desorganizados presentan características a nivel neurobiológico y de personalidad que favorecen el establecimiento de un TMG y el empeoramiento sintomatológico de aquellas personas vulnerables a desarrollarlo.

Respecto de los TMG, es interesante conocer sobre la existencia tanto de factores genéticos que determinan su génesis como de factores ambientales que, a través de determinismos de corte neurobiológico y de factores relacionados con el aprendizaje, aumentan la probabilidad de desarrollar un TMG, como se pretendía averiguar en la segunda parte del trabajo.

En este sentido, en referencia a la intención de estudiar la relación entre el vínculo de apego y los TMG, se puede concluir que el establecimiento del vínculo de apego infantil ha demostrado tener una influencia importante en el desarrollo futuro del infante, a nivel cognitivo, social, individual e interpersonal. Efectivamente, el vínculo de apego determina fuertemente la percepción de uno mismo, de los demás y del mundo, condiciona el desarrollo de modelos de funcionamiento interno y conforma patrones de relacionamiento en base a los cuales las personas interactúan con los demás a lo largo de sus vidas. El vínculo de apego es pues un factor muy importante en el desenvolvimiento de la persona.

Además, es especialmente interesante la importancia que muchos autores versan sobre el desarrollo de las habilidades vinculadas con la Teoría de la Mente en la relación entre apego infantil y TMG. Argumentan, pues, que gran parte de la influencia que tiene el vínculo de apego sobre el desarrollo y sintomatología de un TMG es indirecta y está mediada por la Teoría de la Mente, en tanto en cuanto las habilidades que ésta supone formatean estructuralmente y funcionalmente el cerebro.

Por otro lado, la comunidad científica defiende también que el apego no determina sólo del desarrollo psico-social de las personas, sino que su influencia abarca también el desarrollo biológico. Se responde al objetivo específico que trata de los factores de protección o riesgo que se hallan en la relación entre TMG y vínculo de apego cuando se expone que a través de las influencias de tipo epigenético y de las alteraciones de corte neurobiológico que caracterizan al apego, el desarrollo de este vínculo se relaciona con la génesis y la expresión sintomatológica de los TMG. En tanto en cuanto un vínculo de

apego seguro mitiga el desarrollo de un trastorno de este tipo y limita la gravedad de los síntomas, el apego seguro constituye un factor de protección para con el desarrollo de un TMG. Por otro lado, los efectos nocivos que tiene el establecimiento de un tipo de apego inseguro implican que este tipo de vinculación conforma un factor de riesgo para con los TMG.

Sin embargo, no se pueden dejar de lado las limitaciones en este estudio. Por un lado, partimos de la base de que aún quedaría mucho por conocer acerca de los TMG desde un punto de vista de prevención y tratamiento. Es posible que estudiando aquellos factores que contribuyen a prevenir el establecimiento o empeoramiento sintomatológico de los TMG se pueda concluir más acerca de la influencia directa del apego sobre dichos trastornos. Y no sólo eso, sino que además hay que tener en cuenta que, si bien la teoría del apego expuesta en este trabajo es ampliamente aceptada en el mundo de la psicología y respaldada por la comunidad científica, en culturas minoritarias y distintas a la hegemónica occidental el apego no se considera un vínculo único entre un cuidador y un niño, sino que se defienden modelos alternativos que se basan en relaciones igualitarias múltiples entre niño y diversos cuidadores. Indudablemente, habría que estudiar más de cerca la etiología y sintomatología de los TMG y la relación el apego considerando estas perspectivas.

En cuanto a la prospectiva, sería adecuado tener más conocimiento en el campo de la epigenética y acerca del impacto que tienen los procesos epigenéticos en la salud mental, siendo pues probable que un estudio más exhaustivo acerca de la posición actual de la comunidad científica y de las vías abiertas de investigación puedan resultar esclarecedores y permitan ahondar más en la relación entre el vínculo de apego y los trastornos mentales graves.

De cara al futuro podría ser provechoso un mayor apoyo a la investigación en el ámbito de la prevención e intervención, para así comprender cuáles deberían ser los focos de atención el tratamiento temprano de los TMG, que sería el siguiente paso de esta línea de estudio, considerando además que las conclusiones hasta ahora halladas resultan esperanzadoras. Todo indica que una intervención temprana que promueva un vínculo saludable entre niño y cuidador puede resultar tremendamente importante a la hora de prevenir el desarrollo de enfermedades mentales graves y de la atenuación de la gravedad de su sintomatología.



## Referencias bibliográficas

- Ainsworth, M. D. y Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49–67. <https://doi.org/10.2307/1127388>.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M.J., González, N., Parrabera, S., Sanjuan, J., Serrano, A., Vieta, E., Lennox, B.R. y Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86.
- Bahn, S. (2002). Gene expression in bipolar disorder and schizophrenia: new approaches to old problems. *Bipolar Disorders*, 4(Supl.1): 70-72.
- Benítez Camacho, E., Chávez León, E. y Ontiveros Uribe, M. (2014). Crianza y esquizofrenia. *Salud Mental*, 28(2), 59-72.
- Blanco-González, A. (2014). El niño herido del adulto con psicosis. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 57, 107-110.
- Boldrini, T., Pontillo, M., Tanzilli, A., Giovanardi, G., Di Cicilia, G., Salcuni, S., Vicari, S. y Linguardi, V. (2020). An Attachment Perspective on the Risk for Psychosis: Clinical Correlates and the predictive Value of Attachment Patterns and Mentalization. *Schizophrenia Research*, 222, 209-21. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.052>.
- Bowlby, J. (1984). *Attachment* (2nd ed.). London, UK: Penguin.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 3–35. <https://doi.org/10.2307/3333824>.
- Capitán Llamas, M. y Artigue Gómez, J. (2020). Estudio y detección de factores de riesgo en la infancia: un estudio retrospectivo a través del cuestionario LISMEN. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137): 93-108. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352020000100006>.
- Centro de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave CREAP. (2016). *Trastorno Mental Grave*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. [https://creap.imserso.es/creap\\_01/tmg/index.htm](https://creap.imserso.es/creap_01/tmg/index.htm).
- Confederación de Salud Mental (sf.). La salud mental en cifras. <https://comunicalasaludmental.org/guiaestilo/la-salud-mental-en-cifras/#mundo>.

- Díaz-Cutraro, L., Amarfil, E. y Ochoa, S. (2020). La relación entre el apego y la cognición social en la psicosis: una revisión sistemática. *Psicosomática y Psiquiatría*, 12, 17-29.
- Duschinsky, R. (2015). The emergence of the disorganized/disoriented (D) attachment classification, 1979–1982. *History of Psychology*, 18(1), 32-46. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038524>.
- Facius Cruz, S. (2017). *Estilos y tipos de apego: cuáles son, sus consecuencias y cómo generar correctos vínculos afectivos*. Cognifit. <https://blog.cognifit.com/es/tipos-apego/>.
- Faraone, SV., L. Taylor y MT. Tsuang. (2002). The molecular genetics of schizophrenia: an emerging consensus. *Expert Reviews in Molecular Medicine*, 1-3.
- Gabinio, T., Ricci, T., Kahn, J.P., Malaspina, D., Moreira, H., Veras, A.B. (2018). Early trauma, attachment experiences and comorbidities in schizophrenia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(3), 179-184. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0005>.
- Gojman de Millán, S. y Millán, S. (2007). Fundamentos Biológicos y Sociales del desarrollo Emocional. Una contribución empírica derivada de la Teoría del Apego y de la del Carácter Social. *Norte de Salud Mental*, 7(29), 8-17.
- Henninghause, K. y Lyons-Ruth, K. (2019). Disorganization of Attachment Strategies in infancy and Childhood. *Encyclopedia on Early Childhood Development* 3. <https://www.child-encyclopedia.com/attachment/according-experts/disorganization-attachment-strategies-infancy-and-childhood>.
- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Aguilar-Gaxiola, S., Obaid Alhamzawi, A., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., De Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., ... Williams, D.R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 278-385. <http://10.1192/bjp.bp.110.080499>.
- Main, M. y Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. T. Greenberg, D. Cicchetti, y E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.
- Meana Peón, R., Núñez Partido, J.P. y Ruiz Jiménez, M.T. (2014). *Sufrir Esquizofrenia*. Editorial Gruponel.
- National Institute of Mental Health. (2021, mayo). *La esquizofrenia*. Recuperado 5 de noviembre de 2020, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-esquizofrenia>.

- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Esquizofrenia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Pacheco, A. y Raventós, H. (2004) Genética de la esquizofrenia: avances en el estudio de genes candidatos. *Revista de biología tropical*, 52(3), 467-473.
- Pos, K., Bartels-Velthuis, A., JP Simons, C., Korver-Nieberg, N., J Meijer, C., de Haan, L., and the members of For Group. (2014). Theory of Mind and attachment styles in people with psychotic disorders, their siblings, and controls. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49, 171-180. <https://doi.org/10.1177/0004867414546386>.
- Risch, N. (1990). Linkage strategies for genetically complex traits. I. Multilocus models. *American Journal of Human Genetics*, 46(2): 222-228.
- Rozenel, V. (2006). Los Modelos Operativos Internos (IWM) dentro de la teoría del apego. *Aperturas psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis en Internet*, 23. <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=404>.
- Subdirección General de Información Sanitaria, (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. BDCAP. Recuperado el 12 de enero de 2022, de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadísticas/estadísticas/estMinisterio/SIAP/Saludmentaldatos.pdf>.
- Tiernari, P., Wynne, L.C., Sorry, A., Lahti, I., Läksy, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P., Wahlberg, K.E. (2014). Genotype-environment interaction in schizophrenia spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 216-222. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.184.3.216>.

