

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO O PERSONALIDAD MÚLTIPLE

*Anabel González
Dolores Mosquera*



Guías profesionales


EDITORIAL
SÍNTESIS

Trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com En ella encontrará el
catálogo completo y comentado



Trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple

Anabel González Dolores Mosquera



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Anabel González
Dolores Mosquera

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN 978-84-907768-0-3

Impreso en España-Printed in Spain

Índice

[Introducción](#)

PRIMERA PARTE

ASPECTOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

[Distintas presentaciones clínicas](#)

[1.1. Depresión crónica](#)

[1.2. Trastorno límite de personalidad](#)

[1.3. Psicosis](#)

[1.4. Abuso de sustancias](#)

[1.5. Trastorno conversivo](#)

[1.6. Trastornos alimentarios](#)

[1.7. Trastorno antisocial](#)

[1.8. Problemas cognitivos](#)

[1.9. Posesión](#)

[1.10. Trastorno disociativo que pasa desapercibido](#)

[2. Historia del trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple](#)

[2.1. El papel del trauma en la enfermedad mental](#)

2.2. La histeria y el trastorno de personalidad múltiple

2.3. Personalidad múltiple y esquizofrenia

2.4. El trastorno de personalidad múltiple y el trastorno de identidad disociativo como diagnóstico operativizado

2.5. La controversia

3. Evidencia empírica

3.1. ¿Existe el trastorno de identidad disociativo?

3.2. ¿Están los trastornos disociativos asociados a un mayor nivel de experiencias traumáticas y disrupciones de apego temprano?

4. El concepto de disociación

4.1. La disociación horizontal y vertical

4.2. La disociación como defensa

4.3. El apego y la disociación

4.4. De múltiples personalidades a alternancia en la identidad

4.5. La teoría de la disociación estructural

5. Los trastornos postraumáticos, disociativos y conversivos en las clasificaciones internacionales

5.1. La amnesia y la fuga disociativas

5.2. La despersonalización y la desrealización

5.3. Trastornos de conversión

6. Los síntomas del trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple

6.1. Memoria y disociación

6.2. Conciencia e identidad: desconexión y fragmentación

6.2.1. Desconexión

6.2.2. Fragmentación de la conciencia y de la identidad

6.3. Los síntomas corporales de la disociación

6.4. Las intrusiones

6.5. La regulación emocional, el autocuidado y los sistemas de creencias

6.6. Los indicios indirectos de la disociación

7. Evaluación estandarizada de la disociación

7.1. Los instrumentos psicométricos para evaluar la disociación y el trauma complejo

7.2. La evaluación de la disociación en un caso clínico

8. Del trauma al síntoma disociativo

8.1. Entendiendo el origen de los síntomas disociativos

8.1.1. Disociación, memoria y amnesia

8.1.2. Desrealización/despersonalización

8.1.3. Fragmentación de la conciencia: confusión y alteración de identidad

9. ¿Cómo surgen las partes disociativas?

9.1. Precauciones en el trabajo con partes

9.2. Entendiendo cómo surgen las partes

SEGUNDA PARTE

EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO O PERSONALIDAD MÚLTIPLE

10. El tratamiento: perspectivas teóricas y orientaciones terapéuticas

10.1. Terapias que manejan conceptos equivalentes a los estados mentales o partes disociativas

10.1.1. Terapia de los estados del ego

10.1.2. Terapia de sistemas familiares internos

10.2. Terapias orientadas al trauma

10.2.1. La teoría de la disociación estructural de la personalidad

10.2.2. Terapia EMDR

10.2.3. Terapias de trauma de orientación somática

10.3. Terapias orientadas a los trastornos de personalidad

10.3.1. Terapia cognitivo-analítica

10.3.2. Terapia de esquemas

10.3.3. Terapia basada en la transferencia

10.3.4. Terapia basada en la mentalización

11. Tratamiento del trastorno de identidad disociativo

11.1. ¿Es necesario un abordaje específico de las partes disociativas?

[11.2. Líneas generales del tratamiento](#)

[11.3. Fobias disociativas](#)

[12. Entendiendo el trabajo con el trastorno de identidad disociativo a partir de un caso](#)

[Bibliografía y webgrafía](#)

Introducción

El trastorno de identidad disociativo (TID), también conocido como trastorno de personalidad múltiple, es un cuadro grave, frecuente y consecuencia de experiencias vitales adversas, como el apego desorganizado en la infancia y el trauma temprano, grave e interpersonal. En este libro nos centraremos en describir las distintas presentaciones clínicas de esta patología, la evidencia empírica disponible hasta la fecha y unas líneas generales sobre el tratamiento.

La comunidad científica ha tenido acalorados debates respecto a la validez de esta etiqueta diagnóstica y su relación con eventos traumáticos. Esta controversia ha ido ligada a los debates sobre la veracidad de las informaciones de abuso sexual intrafamiliar y a la influencia del terapeuta tanto en los recuerdos recuperados como en la presentación sintomática. Haremos cierta referencia a estos temas, pero en este libro ofreceremos una visión homogénea de este cuadro, entendiéndolo como la forma más grave de patología postraumática.

El libro está dividido en dos secciones, la primera dedicada a aspectos clínicos y diagnósticos, y la segunda al abordaje terapéutico.

Se habla en una primera parte de la historia de este trastorno, así como de la evidencia empírica respecto a su prevalencia en distintos países y muestras y de su asociación con trauma grave y apego temprano disfuncional. Más adelante se profundiza en el concepto de disociación, las distintas acepciones del término y las clasificaciones actuales. Se describirán distintas presentaciones sintomáticas y se darán herramientas para la detección de este trastorno, que puede pasar desapercibido debido a su frecuente comorbilidad con problemas clínicos muy diversos, y se revisarán los instrumentos psicométricos específicos para hacer un diagnóstico estandarizado. La parte

de aspectos clínicos y diagnósticos concluye con dos capítulos que explican la sintomatología disociativa desde su origen traumático y la fragmentación de la personalidad en partes no integradas.

Revisados estos aspectos orientados a la comprensión y evaluación del trastorno, se pasa a describir las estrategias terapéuticas. En primer lugar se revisan distintas orientaciones que manejan conceptos similares o encajables con los aquí descritos, y los capítulos finales se dedican a explicar las directrices generales del tratamiento de estos cuadros, que se ejemplifican con un caso clínico real.

A través de sus distintas secciones, el lector podrá adquirir una visión global sobre el trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple, que puede aplicarse por extensión a todos los trastornos disociativos y a muchos otros problemas originados en experiencias traumáticas graves.

PRIMERA PARTE

*Aspectos teóricos y clínicos del
trastorno de identidad disociativo*

1

Distintas presentaciones clínicas

El trastorno de personalidad múltiple, o trastorno de identidad disociativo (TID), no acostumbra a presentarse con la imagen espectacular de la película *Las tres caras de Eva* o la más reciente serie *Los estados unidos de Tara*, sino que se esconde debajo de muchos conglomerados sintomáticos. Como un camaleón, puede adaptar muy diversos aspectos, y con frecuencia estos pacientes reciben distintos diagnósticos en función de los síntomas más evidentes en cada periodo. Empezaremos este capítulo con varios casos reales, en los que los nombres y algunos elementos han sido modificados para proteger la privacidad de los pacientes.

1.1. Depresión crónica

Sara presenta depresiones recurrentes y ha tenido varios intentos autolíticos. Pocas veces acude a consulta, y cuando lo hace suele bloquearse con las preguntas de los médicos, por muy sencillas que estas sean. Les explica que ella no fue al colegio, que nunca fue muy lista y que le cuesta entender las cosas. No sabe describir lo que le pasa.

Su aspecto está muy deteriorado, tiene un importante sobrepeso y no se cuida ni se arregla mínimamente. Muchas temporadas apenas sale de casa. Tiene un niño, de 13 años, al que cuida una familiar porque ella apenas puede ocuparse de sí misma. Sara se siente muy furiosa con esta persona porque está ocupando su lugar como madre, aunque entiende que ella no está en condiciones de atenderlo.

Nunca les ha contado a los médicos que oye voces. La tomarían por loca y

la encerrarían, piensa. Oye muchas voces diferentes, en su mayoría amenazantes y negativas. Ella cree que algunas son demonios o espíritus. A veces siente que la controlan y se apoderan de ella, y tiene estallidos en los que se pone a gritar o a golpear cosas. Estos episodios no los recuerda bien, y muchas veces tiene grandes lagunas de memoria, le cuesta en general acordarse de las cosas. Una vecina suya, con la que mantiene buena relación, ha de ocuparse de su tratamiento y sus citas, o sería imposible que las cumpliera.

Sara sufrió abusos sexuales por parte de su padre desde muy niña, y esta situación persistió hasta la adolescencia. Su madre, depresiva y ausente, no supo protegerla. Creció entre el maltrato físico y una grave negligencia emocional. Apenas fue escolarizada. Más tarde se casó con un hombre que la maltrató física y emocionalmente, hasta que se marchó de casa desentendiéndose de ella y de su hijo.

1.2. Trastorno límite de personalidad

Diana lleva acudiendo a terapia desde que tiene 12 años y descubrieron que se autolesionaba. No sabe cómo es, ni que es lo que le gusta. Tampoco es capaz de plantearse qué hacer con su vida, sus objetivos varían y es muy inconstante. Lo único que parece tener claro sobre ella misma es que es rara y que hace sufrir a los demás. Al preguntarle por algo positivo dice que no es mala persona y que es muy sensible, pero rápidamente explica que esta sensibilidad a la vez le juega malas pasadas. Comenta que a veces se vuelve paranoica y desconfiada, que siempre le parece que los demás le dicen las cosas por fastidiar y que le quieren hacer daño.

La sensación de no encajar y de ser un fraude la acompaña en todo momento, y está siempre tan pendiente de intentar agradar y encajar que deja de ser ella misma. La familia comenta que saben con quién ha estado por su manera de hablar o comportarse cuando llega a casa. Diana se siente tan

insegura con relación a todo que duda de sus propias opiniones cuando los demás manifiestan una opinión diferente.

Desde pequeña escucha voces que le dicen que es una estúpida, que nunca servirá para nada y que lo mejor que puede hacer es quitarse de en medio. Tiene miedo a acercarse a ventanas o balcones abiertos por si tiene de nuevo el impulso de tirarse, pero no comenta a nadie que sus intentos de suicidio se relacionaron con una voz crítica que no ve salida y que piensa que estarían mejor muertas. A veces se hace cortes y no nota el dolor, ni recuerda gran parte de lo que ocurre en estos episodios, aunque al psiquiatra le dice que es por llamar la atención, como ha escuchado que le decían tantas veces en urgencias y en sus dos ingresos. En ocasiones siente que esta voz crítica la controla y la domina, y en esos momentos se vuelve muy agresiva. Sus recuerdos de estos estados son fraccionados e incompletos.

Siente un gran vacío y soledad y está frecuentemente agotada y deprimida. Su energía se desgasta en mantener bajo control el intenso conflicto consigo misma, y apenas tiene fuerzas para salir al mundo. Cuando lo hace, busca de modo desesperado alguien que pueda llenar ese vacío que siente, pero en cuanto se acerca se activa el miedo a los vínculos. Su historia de apego temprano nos explica claramente esta reacción.

1.3. Psicosis

Raúl habla con objetos inanimados. Le gusta ir al puerto a hablar con los barcos y esos son para él los buenos momentos del día. Comenta que solo hay uno con el que no habla, porque no le dice nada y lo relaciona con una pesadilla recurrente en la que ese barco lo arrastra hasta alta mar y lo abandona allí.

Escucha varias voces, una es un como un ruido constante que no acaba de entender, pero que le resulta muy molesto. Otras son amenazantes, pero le preocupa una, la que llama "niño cabrón", que constantemente le pide que se

haga daño. Raúl presenta numerosas conductas autolíticas graves, como cortes y quemaduras, y ha hecho varios intentos de suicidio. Tras una intoxicación medicamentosa grave estuvo un mes en coma.

Además de las voces más agresivas, a veces escucha una voz que parece muy asustada. En alguna ocasión se ha visto a sí mismo desde fuera, pidiendo ayuda de manera desesperada, "como una vela que se derretía mientras gritaba socorro".

Su aspecto está deteriorado, sus procesos mentales están enlentecidos y toma diversas medicaciones que le han prescrito en un intento infructuoso de controlar sus síntomas y sus conductas. Apenas se relaciona con nadie, tiene miedo de la gente, mostrando reacciones de tono paranoide ante miradas, gestos o comentarios de personas conocidas o de extraños. Refiere frecuentes fenómenos de influencia pasiva, en los que "una fuerza" lo empuja a hacer cosas, en las que no se reconoce. Estas vivencias de influencia son tan intensas que tiene miedo de sí mismo y no se siente capaz de controlarse.

1.4. Abuso de sustancias

Darío consume heroína desde los 15 años y muchas veces sus consumos han estado a punto de ser letales. Tiene otras conductas de riesgo, como poner su coche a velocidades extremas, estando además bajo los efectos de las drogas.

Pese a que su consumo es muy elevado, curiosamente puede pasar semanas sin tomar nada y sin sintomatología de abstinencia significativa. Afirma que la heroína es el único modo en que puede "anestesiarse" lo que siente por dentro. Describe diversos personajes que viven en su interior, a los que nota como "presencias" y que visualiza mentalmente. A algunos los define como asesinos, como "la muerte", o son internalizaciones de figuras negativas de su biografía, como un hombre mayor con el que se relacionaba en su adolescencia, que lo introdujo en el consumo de drogas. También ve a un niño pequeño, como él mismo con cuatro años, y repetidamente visualiza

en su mente cómo estos personajes malignos lo atormentan. Estas interacciones se asocian a una angustia y un miedo intensos, que solo la heroína consigue calmar. Muchas veces ni siquiera esto funciona, y va incrementando la dosis para que todo pare. Pese a lo que explica, la finalidad de estas conductas es confusa, y a veces siente como si estos personajes internos quisieran aniquilarlo llevándolo a tomar una sobredosis o a estrellar su coche.

1.5. Trastorno conversivo

Rebeca tiene episodios frecuentes con síntomas físicos muy variados, como parálisis, pérdida de la voz, dolor, pérdida de visión, etc., que van sucediéndose en un catálogo interminable de presentaciones sintomáticas. A veces tiene alucinaciones visuales, y desde hace un tiempo auditivas. Las voces corresponden a una figura que también puede ver, que identifica consigo misma a una edad inferior a la actual. En ocasiones no recuerda lo sucedido en estos episodios, y habla y se comporta de modo infantil. Otras veces se desorienta y acaba en lugares diversos, sin saber qué hace allí, pero con suficiente noción de lo que ocurre como para llamar a casa y pedir ayuda. El nivel de conciencia en estos estados es variable, y se hace mayor conforme la terapia avanza.

En su historia destaca violencia verbal entre sus padres, y aunque no llegó a haber agresiones, y en su mayor parte la agresividad no iba dirigida hacia ella, se recuerda muchas veces detrás de la puerta de su habitación escuchando los gritos. El estilo de apego de los cuidadores principales era preocupado en relación con la madre y distanciarte en relación con el padre. Destaca un importante trauma preverbal, ya que la paciente estuvo en la incubadora al nacer, y en este periodo los padres no la visitaron porque los médicos les aseguraron que moriría. La larga hospitalización y procedimientos invasivos, así como la privación afectiva temprana, de lo que no hay una memoria declarativa, podrían tener que ver con la severidad

del cuadro y el importante componente somático en la sintomatología.

1.6. Trastornos alimentarios

Lucía ha sido hospitalizada en diversas ocasiones con diagnósticos muy variados. En los primeros años es tratada por anorexia nerviosa, tras perder 30 kilos en un mes. En otra etapa come compulsivamente y llega a engordar 40 kilos en un corto periodo de tiempo. Meses más tarde comienzan los atracones y vómitos y se la trata por bulimia. Cuando descubren que se corta y se tatúa insultos en los brazos y las piernas comienzan a sospechar de puede tratarse de un trastorno límite, pero tampoco acaba de encajar bien en este cuadro. Los tratamientos habituales no funcionan y la paciente hace cosas cada vez más extrañas. Tras años de fracasos terapéuticos la paciente es tratada como una "histérica", especialmente tras varios desmayos y crisis conversivas en las que la paciente no se puede mover ni hablar.

La familia relata que se compra ropa de diferentes tallas, como si no supiese que su cuerpo ha cambiado. A veces se comporta como una niña pequeña vulnerable e indefensa, en otras ocasiones se vuelve muy agresiva hacia ella misma, y llega a clavarse cristales, grapas y lápices. Los problemas con la comida persisten a lo largo de todo el proceso. Al explorar su historia y lo que hay tras los síntomas, la paciente explica que tiene a varias "Lucías" dentro y que cada una le dice una cosa diferente. Comenta que hay una que le hace comer para no gustar a los demás y otra que la insulta y le hace daño si "no para de comer como una cerda". Este conflicto interno aterroriza a la paciente, que no habla de las voces porque llega a creer que son fuerzas externas que le pueden hacer daño.

1.7. Trastorno antisocial

Julio lleva acudiendo a psicólogos y psiquiatras desde los 11 años. De pequeño lo describen como un niño inquieto con problemas de atención. Al inicio de la adolescencia comienza a presentar conductas agresivas graves, se

mete en líos y peleas constantemente. Cuando acude a consulta tiene diversas causas pendientes con la ley, incluidos varios atracos con violencia. Durante la exploración dice que le gusta como es y que no tiene ningún tipo de problema. Presenta un discurso aplanado y frío, casi robótico. En la edad adulta ha sido diagnosticado como trastorno antisocial y personalidad psicopática.

Después de varias sesiones comenta que desde pequeño tenía algo dentro que le decía que tenía que matar o hacer daño, lo describe como un monstruo lleno de ira. Relata con odio y resentimiento las humillaciones e insultos constantes de su madre cuando era pequeño. Su madre parecía hacerle responsable de que su padre se fuera de casa cuando él tenía cuatro años. Sobrevenida por estar a cargo de la familia sin ayuda, su madre le dejó varios periodos interno en un colegio religioso, donde la disciplina era rígida y los castigos frecuentes y duros. Estas situaciones alimentaron en Julio intensas fantasías de venganza, en las que soñaba con devolverles todo lo que le habían hecho. Las imágenes que asaltaban su cabeza llegaban a asustarlo, y activaban fuertes sentimientos de culpa alimentados por las creencias religiosas que lo rodeaban. A veces pensaba que tenía el demonio dentro y que estaba poseído. Nunca se atrevió a confesar estos pensamientos, que fueron acumulándose y creciendo, mientras oscilaba entre sumergirse en ellos durante sus episodios de descontrol y tratar de controlarlos a toda costa. Tras cierto tiempo, acabó identificándose con su imagen de "malo".

1.8. Problemas cognitivos

Susana se queja a los profesionales de graves problemas de memoria. En su nevera aparece ropa, papeles y todo tipo de objetos inverosímiles. Se ha dejado con frecuencia el gas encendido y su casa está llena de papeles para acordarse de cosas. Tiene una sensación de bloqueo mental permanente, y se angustia muchísimo por estas dificultades. Ha consultado a varios neurólogos, psicólogos y psiquiatras, por los que no se ha sentido entendida.

Cuando los profesionales le proponen tareas o le sugieren cosas para que mejore, ella no hace más que sentirse completamente inútil e impotente, porque se arma un lío con todo. Cuando le aseguran que todo está bien en su cerebro, se siente fatal, porque lo entiende como si le dijeran que se lo inventa todo. En las notas clínicas con frecuencia la describen como dramática o histriónica, porque su angustia no se corresponde con la gravedad "objetiva" de sus dificultades. Ella se siente incomprendida y desesperada ante la situación.

Las lagunas de memoria son muy extensas en su historia biográfica, y lo poco que recuerda de su infancia es borroso y confuso. Durante una enfermedad grave de su padre experimentó una intensa desconexión de sí misma y llegó a verse en algunos momentos desde fuera del cuerpo. En esa etapa se sentía completamente diferente. A veces ahora también se siente extraña, como ajena a todo, y sin saber muy bien quién es.

1.9. Posesión

Ramón vive en una zona rural donde persisten muchas creencias culturales sobre la influencia de espíritus y brujería. Ha sido etiquetado de psicótico, pero con poca convicción, por diversos psiquiatras, que pese al diagnóstico destacan que el contacto y la expresividad emocional no tienen la falta de sintonía, aplanamiento afectivo o inadecuación frecuentes en los esquizofrénicos. Sin embargo, los frecuentes fenómenos de influencia pasiva que presenta el paciente hacen que este diagnóstico sea el único que se adapte mínimamente a sus problemas.

Ramón está convencido de estar poseído por el demonio, y afirma tener poderes sobrenaturales, como mover cosas con la mente o anticipar el futuro. También afirma que el demonio que lleva dentro en ocasiones se apodera de él y lo obliga a hacer cosas, por ejemplo conductas violentas como peleas, que él dice no buscar ni querer. Este demonio a veces "se queda con sus

pensamientos", explica: "Estoy pensando algo, y de repente me lo quita...". Este demonio está con él desde los 11 años, edad en la que afirma que "pasaron cosas", pero no quiere hablar de esta etapa. Lo han llevado a varios curanderos para "quitarle el mal de ojo" y su madre, profundamente supersticiosa, refuerza la creencia del paciente.

Aunque se ha propuesto que los cuadros de posesión pueden corresponder a trastornos disociativos explicados con conceptos culturales o religiosos (Ross, 1996), en la reciente DSM-V la inclusión de ciertos fenómenos de posesión ha sido explícitamente realizada para dar cuenta de las presentaciones diversas del trastorno de identidad disociativo.

1.10. Trastorno disociativo que pasa desapercibido

Fátima presenta síntomas disociativos claros. Tiene episodios en los que habla en otro idioma, afirma ser un niño de 10 años, y se comporta como tal, descolocando las cosas de casa o levantándose por la noche a comer cosas dulces. A veces se va de casa y se pierde; en una de las ocasiones, sus padres la encontraron metida en el agua, en la playa, completamente confusa. Los padres reaccionan con bastante rechazo hacia los comportamientos de Fátima, considerándolos arrebatos infantiles y etiquetándola de vaga por seguir en casa, sin trabajar, a sus 28 años. Así relatan los hechos a los profesionales a los que consultan, buscando que "la ingresen en algún sitio". En la historia clínica se recogen "comportamientos regresivos y pueriles" y se hace un diagnóstico de inteligencia límite y trastorno de personalidad. Sin embargo, las pruebas psicométricas muestran un nivel intelectual normal. Los síntomas disociativos son omitidos en la descripción del cuadro, tanto por la paciente (que usa las descripciones que ha oído a los demás) y los familiares (que no se centran en estos síntomas ni entienden lo que le pasa a la paciente) como por el profesional (que no los explora de modo específico). La familia de Fátima presenta un patrón caótico y un estilo de apego altamente desorganizado, y sus descripciones de las conductas de la paciente están muy

distorsionadas como parte de su propio sistema de funcionamiento.

Pocos pacientes con TID o personalidad múltiple se muestran en un modo abierto y evidente. Incluso cuando lo hacen, la falta de referencias sobre el trastorno en muchos profesionales hace que los indicios pasen desapercibidos frente a otros síntomas o problemas (González, 2010). La imagen del TID en el imaginario colectivo está más asociada al cine y a la literatura que a las investigaciones recientes y a la realidad clínica.

En este libro haremos un recorrido por la historia del trastorno, su etiopatogenia, su presentación clínica y su tratamiento. Trataremos también de entender las razones para el cuestionamiento de este diagnóstico y la controversia existente alrededor del mismo entre los profesionales.

2

Historia del trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple

Los trastornos disociativos son un campo controvertido entre los profesionales de la psiquiatría y la psicología (González, 2010) y, de entre todos ellos, el trastorno de identidad disociativo (TID) o trastorno de personalidad múltiple ocupa el centro de esta polémica. Mientras diversos autores hablan sobre numerosos pacientes con este diagnóstico y su tratamiento específico, muchos profesionales en diversos países afirman no haber visto en muchos años de vida profesional ningún caso de personalidad múltiple. Cuando un paciente presenta sintomatología evidente de presentar diversas identidades alternantes, es frecuente que los clínicos sospechen ante todo de una simulación.

¿A qué puede deberse esta disparidad de opiniones? Las enfermedades mentales están basadas supuestamente en evaluaciones estandarizadas, pero en la práctica los pacientes reciben numerosas etiquetas diferentes según el área-problema que el profesional haya considerado más importante. Una de las razones para que esto ocurra es que el concepto de enfermedad mental no es absolutamente equivalente al de otras enfermedades médicas, en las que hay un origen o al menos un mecanismo causal conocidos, y un cuadro clínico definido. La patología psíquica se presenta, salvo algunos casos muy concretos, como constelaciones de síntomas que se combinan de modo particular en cada persona. Los pacientes con TID (antes personalidad

múltiple), que presentan diversos síntomas psicológicos y somatomorfos reciben con frecuencia muchos otros diagnósticos antes de ser identificados como trastornos disociativos, y en un porcentaje muy elevado nunca son diagnosticados de TID. Parte de las claves para entender tanta discrepancia de posiciones teóricas puede entenderse a partir del desarrollo histórico de las teorías del trauma y del concepto de disociación, que describiremos a continuación.

2.1. El papel del trauma en la enfermedad mental

El trastorno de identidad disociativo (TID) o personalidad múltiple ha sido un diagnóstico prevalente en las etapas en las que el trauma temprano, al que está fuertemente asociado, estaba siendo el núcleo de interés de la comunidad científica. Desde finales del siglo XIX ha habido oscilaciones entre el reconocimiento y la negación del maltrato infantil, en particular del abuso sexual. En *Etiología de la histeria*, Sigmund Freud (1896) proponía esta relación entre abuso sexual en la infancia y enfermedad mental, de la que poco después se desdijo para atribuir el origen de la histeria a la fantasía edípica de sus pacientes. La psiquiatra de Harvard Judith Herman (1992a) relacionó este cambio de Freud con la presión social de la época victoriana, en la que no debió de resultar fácil hablar de abuso sexual intrafamiliar. Este giro de la teoría freudiana, para abandonar la hipótesis traumática, se relacionó con décadas de literatura psiquiátrica en la que el trauma, la disociación y la personalidad múltiple parecían sencillamente haber dejado de existir (Zetzel y Meissner, 1973).

Con las grandes guerras mundiales y los casos de la denominada neurosis de guerra o shell shock, y en particular con el movimiento sociopolítico asociado a la guerra de Vietnam, la huella que el trauma dejaba en la mente y el cuerpo de los individuos no pudo ser negada (Van der Kolk, Weisaeth y Van der Hart, 1996). El movimiento feminista de los 70, que puso el foco en el maltrato intrafamiliar, y la publicación de diversos estudios en relación con

el maltrato y el abuso a menores (Burgess, Groth, Holmstrom y Sgroi, 1978; Sgroi, 1982; Herman, 1981; Courtois, 1988; Terr, 1991), contribuyó también a lo que puede denominarse el retorno de la teoría traumática (Chu y Bowman, 2000). Y, de nuevo, con la emergencia del trauma en la literatura científica, el TID reaparece en el debate clínico.

En los 80 empieza a estudiarse el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como diagnóstico y comienzan a mostrarse las evidencias sobre los efectos psicológicos y fisiológicos del trauma. En esta década se fundan la Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación, rebautizada más tarde como Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (ISST-D) y la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático (ISTSS). Estas sociedades internacionales y sus correspondientes europeas (ESTD y ESTSS) tratan de coordinar a profesionales, investigaciones y ofertas formativas del extenso campo de estudio del trauma y la disociación. De las revistas dedicadas al trauma, el *Journal of Trauma & Dissociation* y su predecesora, *Dissociation*, están dedicadas exclusivamente a los trastornos disociativos.

2.2. La histeria y el trastorno de personalidad múltiple

El nacimiento del concepto de personalidad múltiple va estrechamente ligado al de la histeria en el siglo XIX. Los fenómenos de trance y posesión, contemplados como un subtipo de trastorno disociativo, también han sido descritos a lo largo de la historia, ligados a connotaciones culturales o religiosas (Naegeli-Osjord, 1988; Oesterreich, 1974). Podría considerarse que algunos cuadros descritos en diversas culturas y etapas históricas están ligados a este concepto, como señala Ross (1997), que explica cómo los individuos etiquetados previamente como endemoniados pasan a ser adoptados por el naciente psicoanálisis y a ser considerados pacientes. Sin embargo, hacer una equivalencia entre estos cuadros y las personalidades múltiples será probablemente inexacto, dado que los fenómenos de posesión

tenían connotaciones sociales (Lewis, 1971) muy diferentes al trastorno de personalidad múltiple o TID.

Lo mismo ocurre con la histeria, un concepto escurridizo, mal definido, y que solo puede entenderse en el contexto social y cultural de finales del siglo xix (Rojo, 2006). El nombre histeria procede del francés *hystérie*, y este del griego *ὑἔρα* (útero). Los griegos describían una patología característica de las mujeres, que se caracterizaba por ansiedad, irritabilidad, fantasías sexuales y excesiva lubricación vaginal, que según ellos partía de un "útero ardiente". Un mito griego describía que el útero migraba por el cuerpo de la mujer, causando síntomas al llegar al pecho. Hay descripciones en papiros egipcios y en obras de Platón e Hipócrates. Galeno en el siglo II escribe que la histeria era una enfermedad causada por la privación sexual en mujeres particularmente pasionales. En la era medieval se diagnosticaba frecuentemente en vírgenes, monjas y viudas, y menos en mujeres casadas; el coito a través del matrimonio era el tratamiento de elección. Aunque estas descripciones antiguas guardan una relación poco consistente con el concepto de la histeria, esta asociación con la represión sexual en la mujer continuó en siglos posteriores.

La auténtica eclosión del diagnóstico de histeria se produce en la época victoriana, donde llega a diagnosticarse de histeria a una de cada cuatro mujeres. Todo tipo de síntomas (75 diferentes), junto a una "tendencia a causar problemas", se asociaban a este cuadro, que acabó describiendo casi cualquier dolencia en mujeres para la que no se encontrase una causa que la medicina de la época pudiera diagnosticar. Curiosamente, esta asociación de que un trastorno disociativo o conversivo es "todo aquello que no tiene una causa identificable" también parece impregnar el diagnóstico de disociación en nuestros días, convirtiendo los trastornos disociativos en un diagnóstico por descarte (González, 2010), pese a los numerosos instrumentos disponibles para un diagnóstico operativizado.

Este borroso concepto de la histeria supuso no solo una moda transitoria, sino un reconocimiento entre los profesionales médicos del papel de los factores psico lógicos en la sintomatología física. También en la obra de algunos autores se asocia al reconocimiento de la influencia del trauma en la salud mental y del organismo.

Pero también desde sus inicios la asociación con la teatralidad y la simulación pone en tela de juicio los diagnósticos de histeria. La Salpêtrie, por un lado, y la escuela de Nancy por el otro, debatían sobre la autenticidad de los cuadros inducidos por Charcot en su famoso anfiteatro y sobre los fundamentos de la hipnosis, que era la vía prioritaria de exploración y tratamiento de las pacientes histéricas (Rojo, 2006). La escuela de Nancy remarca el papel de la sugestión en el efecto de la hipnosis. La teoría psicoanalítica, que se desarrolla a partir de la hipnosis, quedaría vinculada junto a esta al devenir del concepto de histeria en la época, y dejará rastros en las concepciones modernas. Sin embargo, el concepto de personalidad múltiple, aunque relacionado con estos temas, no puede simplemente considerarse un sinónimo de la histeria.

Junto a esta "epidemia" de la histeria, durante todo el siglo XIX se dieron a conocer muchos casos de personalidad dividida. En 1880 la cuestión de la doble personalidad era un foco de enorme interés para psiquiatras y filósofos. De 1874 a 1886 "una moda de multiplicidad se despliega sobre Francia", las ciencias de la memoria se consolidan y la idea del trauma, que hasta entonces se circunscribía a las lesiones corporales, se aplica también a la herida psíquica" (Hacking, 1995/1998). Rojo (2006) señala cómo el concepto de personalidad dividida no tiene que ver únicamente con el concepto de la histeria, sino con el debate de la época en torno al concepto de personalidad y de la unidad del yo. Los filósofos Taine y Ribot defienden una sucesión o coexistencia de personalidades, de diferentes "yoes" que correspondían a estados orgánicos distintos y por naturaleza inconscientes.

En 1876, el caso Félida fue presentado en la Academia de las Ciencias Morales y Políticas, y publicado por la Revue Scientifique. Félida presentaba dos personalidades alternantes: una de ellas, la llamada "condición primera", ignoraba todo de la otra, la cual, a la inversa, poseía una memoria completa. En aquella época, el caso generó un intenso debate respecto a si se trataba de una personalidad dividida o si el problema central era la amnesia. Las teorías desde las que se explicaban estos casos en la psiquiatría francesa estaban más ligadas al sonambulismo espontáneo y artificial, y hablarán de desdoblamiento.

Este debate reflejaba la preeminencia que los autores franceses daban al tema de la memoria (Rojo, 2006), frente al énfasis en la multiplicidad de la personalidad propia de los autores ingleses y americanos. Estos últimos estaban fascinados por la permutación de personajes. En la psiquiatría anglosajona se utilizará el término doble conciencia, separado por completo del magnetismo y la hipnosis (Crabtree, 1993).

Así, en las descripciones de los casos de la época, puede verse la orientación predominante de los autores. El francés Bertrand (1823) describía a una adolescente de catorce años que presentaba cuatro estados, clasificados de la siguiente forma: 1) el sonambulismo magnético, 2) el noctambulismo, 3) el sonambulismo nervioso, o histérico, y 4) el sonambulismo despierto. Había una amnesia en sentido único, es decir, el estado 1 se acordaba de los cuatro estados, mientras que el estado 2 se acordaba de los estados 2, 3, y 4 y el estado 4 no sabía nada de los tres anteriores.

Mary Reynolds fue considerada la múltiple de lengua inglesa más conocida del siglo XIX. Los términos que eran regularmente utilizados para describir este estado alterado eran los siguientes: vivo, animado, impertinente, alegre, jovial, impúdico, travieso, impaciente, apasionado y vengativo.

Probablemente fue Baillarger el primero en utilizar el término de

desdoblamiento en 1861 como un fenómeno que se produce en los sueños, pero que además traspasa este ámbito. Describe así el caso de una mujer que, tras acudir a un espiritista, afirma estar acompañada por el espíritu de su hija, que guía sus acciones: "Hay un desdoblamiento de la personalidad análogo al que se produce en el sueño; una fracción pertenece al individuo, otra, parece fuera de él...". O, el mismo autor, en 1862: "Se ve cómo la inteligencia se fracciona en dos partes. El hombre que sueña reconoce como suyas ciertas ideas, y atribuye otras a un ser extraño; de ahí, las conversaciones que tenemos tan frecuentes durante el sueño. Esta pérdida de consciencia, de la unidad intelectual, se observa también con mucha frecuencia en los alienados... Conozco en este momento una mujer desgraciada que todo el día se siente abrumada por sus propias injurias, con la convicción de que las injurias son dichas por el diablo".

Charles Richet renueva el interés en el sonambulismo hipnótico, estudiando fenómenos como la escritura automática. En un artículo publicado en 1883 demostró que sujetos hipnotizados a quienes se les sugería otras personalidades no solo asumían las personalidades sugeridas, sino que olvidaban completamente su identidad. Este tipo de experimentos enlazan con las controversias posteriores respecto a la construcción iatrogénica de las personalidades múltiples y sobre la relación entre hipnotizabilidad y predisposición a la disociación.

El concepto de "disociación" se atribuye a Pierre Janet, procedente del concepto de desagregación psicológica. En su tesis de filosofía El automatismo psicológico, de 1889, Janet enunciará la "ley de la disociación" de la conciencia, propia de las histéricas, que reposa sobre la noción del subconsciente. Hablará de personalidades alternantes como las que habían sido descritas, pero también de personalidades segundas que aparecían de modo simultáneo. Según Janet, estas personalidades segundas estaban basadas en ideas fijas inconscientes. La personalidad primera sería un estado incompleto, con la segunda personalidad siempre escondida detrás de la

principal, tanto más fuerte cuanto más débil es la primera. Janet estudia en particular a cuatro pacientes, para elaborar sus teorías sobre la disociación: Léonie, Lucie, Rose y Marie.

En relación con los estudios sobre hipnosis, Alfred Binet (1890, 1896) describe que las personalidades alternantes (alters) pueden ser producidas de forma experimental en sujetos altamente hipnotizables, aunque estos alter eran análogos incompletos y transitorios de los que se presentaban en el TID. Entiende que este desdoblamiento de la conciencia es un mecanismo clínico común a muchos trastornos psiquiátricos. Un fenómeno relacionado, y también asociado a la hipnosis, es el del "observador interno", descrito por Hilgard (1994), que hace referencia a los trabajos de Richet (1977, 1984).

Un autor que junto con Janet tendrá gran influencia en teorizaciones modernas sobre la disociación, como la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006) es Charles Myers (1940). El autor describe una teoría de la psicología humana normal basada en estados de conciencia paralelos disociados. Habla de un self subliminal, que coexiste con un self supraluminal, en el que influye a través de diversos tipos de intrusiones.

La personalidad múltiple francesa siempre estuvo ligada a la histeria. Todas las múltiples eran histéricas y presentaban habitualmente los síntomas que Charcot había hecho célebres. Después del periodo 1895-1910, la histeria dejó de ocupar un lugar protagonista en la psiquiatría francesa. Se hacía un sencillo silogismo: con la desaparición de la histeria, la personalidad múltiple también desapareció.

2.3. Personalidad múltiple y esquizofrenia

El concepto de esquizofrenia se asocia con frecuencia a "personalidad dividida" o "personalidad múltiple". Bleuler acuña en 1911 el término esquizofrenia partiendo del griego $\sigma\chi\iota\zeta\epsilon\iota\sigma$ (schizein: dividir, escindir,

romper) y (pprly (phren: mente, entendimiento, razón). Aunque Bleuler propone su descripción de la esquizofrenia como un desarrollo de la demencia preaecox de Kraepelin, se refiere a ella en estos términos: "En todos los casos hemos visto una escisión más o menos definida de las funciones psíquicas", "en unos pocos casos la `otra personalidad' está definida por el uso de una voz y un modo de hablar diferente", "de modo que aquí tenemos dos personalidades diferentes funcionando por uno y otro lado, y pueden comunicarse la una con la otra", "su personalidad puede dividirse en sí misma: ahora actúa como un gran hombre, ahora como un erudito", "la escisión de la psique en varias mentes siempre lleva a las mayores inconsistencias" y "el esquizofrénico ciertamente tiene complejos o personalidades que son más o menos independientes unos de otros" (Bleuler, 1950). Bleuler cita además el trabajo de Wernicke, quien describía a un paciente que presentaba simultáneamente varias personalidades diferentes. Aunque Bleuler consideraba raros los casos puros de doble personalidad, el término esquizofrenia quedaría desde entonces ligado a la personalidad múltiple.

Es probable que esta confusión no obedezca estrictamente a una cuestión etimológica y de traducción. Muchos casos de TID o personalidad múltiple se asemejan mucho a la esquizofrenia. Los pacientes pueden presentarse con alucinaciones auditivas predominantes, una importante desorganización del pensamiento y una afectación marcada de su funcionamiento mental y general, como veremos en alguno de los casos descritos en este libro. Sobre todo cuando la personalidad y el funcionamiento del paciente carecen de teatralidad, la desregulación emocional no es marcada y no plantea desafíos relacionales al terapeuta, puede acabar diagnosticado de psicosis y, dada la falta de respuesta de las alucinaciones auditivas a los fármacos antipsicóticos, probablemente será etiquetado como esquizofrenia refractaria.

2.4. El trastorno de personalidad múltiple y el trastorno de identidad disociativo como diagnóstico operativizado

En las clasificaciones internacionales, este trastorno se introduce en la DSM-II (1968), que empleó para referirse a él el término neurosis histérica de tipo disociativo. Se describía la posible alteración en el estado de conciencia o la identidad del paciente, e incluía síntomas de amnesia, sonambulismo, fuga y personalidad múltiple.

El DSM-III (1980) agrupó este diagnóstico con otros cuatro trastornos disociativos y empleó el término trastorno de personalidad múltiple. El DSM-IV cambia el nombre para enfatizar que no se trata de la existencia de múltiples personalidades, sino de la falta de una identidad unificada, considerando a estas identidades como centros de procesamiento de información. Habla también de "distintas identidades o estados de personalidad", en lugar de "personalidades". Se introduce también la amnesia como síntoma.

La ICD-10 sitúa el diagnóstico en el grupo de "otros trastornos disociativos (de conversión)" y continúa utilizando el término trastorno de personalidad múltiple. Si bien la ICD-10 ha tenido en nuestra opinión el acierto de unificar en el mismo epígrafe la disociación psicomorfa y somatomorfa (trastornos disociativos y conversivos) se considera un diagnóstico residual y se recoge en la descripción las dudas sobre la validez del diagnóstico, lo que no ocurre en ningún otro epígrafe. Se clasifica junto al síndrome de Ganser, un cuadro que se ha considerado cercano a la simulación. En la descripción se dice que el cuadro es raro y que no es claro que no sea iatrogénico o ligado a la cultura. La sintomatología que se propone es más extrema, con personalidades completas distintas de la personalidad premórbi da (apuntando a un inicio del cuadro en un momento definido, en lugar de un desarrollo desde etapas precoces) y se afirma que la forma común es de dos personalidades, y que el cambio se asocia inicialmente a un evento traumático y luego a sucesos estresantes o a sesiones que incluyen relajación, hipnosis o abreacciones. Dadas las limitaciones de esta descripción de la ICD-10, que en nuestro criterio no refleja

adecuadamente la complejidad del trastorno, hemos optado en este libro por usar la terminología de la DSM de TID, y sus criterios diagnósticos.

En la DSM-IV-TR (2000), el TID se identificaba por los siguientes criterios:

- a) Evidencia de dos o más estados de personalidad persistentes, definidos por un modo único de percibir, relacionarse y pensar acerca del yo y del entorno.
- b) Al menos dos de los estados de personalidad descritos han de controlar repetidamente la conducta del individuo.
- c) La persona no tiene acceso en un estado mental a información de otros estados, representando problemas de memoria que van más allá del olvido ordinario.
- d) Estos tres criterios no pueden ser explicados mejor por otro problema como el efecto de sustancias psicoactivas o un problema médico general.

En la nueva DSM-V (mayo de 2013), son cinco los criterios en lugar de cuatro:

1. En el primero hay una descripción más completa de los estados de personalidad, que se definen como "discontinuidades marcadas en el sentido del yo y el sentido de agencia, acompañadas de alteraciones relacionadas en el afecto, la conducta, la conciencia, la memoria, la percepción, la cognición y/o el funcionamiento sensoriomotor". Además, estos tres síntomas pueden ser descritos por la persona u observados por un testigo externo.
2. El segundo criterio, consistente con la clasificación previa, implica una pérdida de memoria que no puede ser explicada por el olvido ordinario.

- 3.El tercero requiere que el individuo experimente una perturbación clínicamente significativa en el dominio social, ocupacional u otro significativo.
- 4.El cuarto excluye que el diagnóstico se realice cuando la experiencia sea parte de una práctica cultural o religiosa aceptada (por ejemplo, los amigos imaginarios en la infancia).
- 5.El quinto también excluye aquellos síntomas que sean consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas o un problema médico preexistente.

En la DSM-V se han incluido varios cambios en varios trastornos disociativos. El trastorno de despersonalización incluye ahora también la desrealización. La fuga disociativa se incluye como un subtipo de amnesia disociativa, más que como un diagnóstico separado. Respecto al TID, los síntomas de alteración de identidad pueden ser relatados por el paciente, además de observados por el examinador. Las lagunas de memoria pueden producirse para eventos del día a día y no solo para eventos traumáticos. También se han incluido experiencias patológicas de posesión propias de algunas culturas, así como algunos síntomas neurológicos, como tipos de alteración de identidad, con lo que el abanico de presentaciones clínicas se amplía. Comentaremos un poco más estos aspectos en capítulos posteriores.

El desarrollo de criterios diagnósticos contribuyó al desarrollo de instrumentos psicométricos específicos. En este sentido, la Escala de Experiencias Disociativas (DES; Bernstein y Putnam, 1986) es la más utilizada como screening, y la SCID-D (Steinberg, 1994), la entrevista estructurada para los trastornos disociativos del DSM; ambos recursos, junto a la DDIS (Ross, 1989, 1997) son los instrumentos psicométricos habitualmente empleados en clínica e investigación. La existencia de estos instrumentos, entre otros, permitió que empezasen a realizarse estudios de prevalencia, que han confirmado a nivel empírico la existencia y relativa frecuencia del TID entre muestras clínicas, como veremos en el capítulo

sobre evidencia empírica.

Dado que el TID se ha relacionado con experiencias traumáticas en la infancia (Braun, 1990; Coons, 1994; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1998; Chu, 1998a) y a un apego temprano desorganizado (Liotti, 1992, 2009) es lógico pensar que en población infantojuvenil empiecen a presentarse síntomas. Existen ya instrumentos específicos, como la Lista de Comprobación de Disociación Infantil (Child Dissociative Checklist: Putnam, Helmers y Trickett, 1993) y la Escala de Experiencias Disociativas en Adolescentes (ADES; Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith, 1997), y se han desarrollado abordajes para comprender y tratar la disociación en niños (Silberg, 1996; Putnam, 1997). Sin embargo, el diagnóstico de trastorno traumático del desarrollo (Van der Kolk, 2005), que trata de describir las consecuencias precoces de la traumatización temprana, no ha sido incluido en la reciente DSM-V.

2.5. La controversia

Los primeros estudios modernos sobre trastornos disociativos aparecen también en los años 80 (Bliss, 1980; Coons, 1980; Greaves, 1980). A principios del año 1992, los padres acusados de haber abusado de sus hijas forman una asociación, junto con psicólogos que trabajaban en investigaciones de laboratorio sobre la memoria, y algunos psiquiatras, que denominaron Fundación para el Síndrome de las Falsas Memorias (FMSF). Este grupo afirmaba que muchos terapeutas estaban utilizando técnicas sugestivas y sin validación con las que inducían a pacientes vulnerables a desarrollar falsas memorias de abuso infantil (Chu y Bowman, 2000). Los defensores del síndrome de las falsas memorias afirmaban que no había una evidencia científica de que existiese una amnesia traumática y que terapeutas equivocados estaban causando mucho daño al hacer creer a pacientes no traumatizados que sus padres habían abusado de ellos. Estas personas llevaron a cabo ataques sistemáticos contra la validez del diagnóstico de TID,

las historias de abuso ritual, el uso de la hipnosis y la terapia de visualización guiada.

Los ataques de la FMSF contra los defensores de puntos de vista distintos llevaron durante un periodo a que se adoptaran posturas extremas respecto a las memorias traumáticas, especialmente las memorias "recuperadas", donde todo era verdad o todo era falso. Como suele ocurrir en ciencia, ambos puntos de vista resultaron contener parte de verdad. Es cierto que algunas técnicas sugestivas pueden llevar a memorias traumáticas imprecisas. Sin embargo, no hubo evidencia de que la mayoría de los terapeutas tuviesen intención de persuadir a pacientes dubitativos de que habían padecido abusos por parte de sus padres, y no se pudieron conseguir pruebas definitivas de la implantación clara de memorias en terapia. De hecho, estudios posteriores fueron capaces de avalar la validez de las memorias recuperadas en un número sustancial de pacientes, incluyendo aquellos con trastornos disociativos (Coons y Milstein, 1986; Coons, 1994; Kluft, 1995; Dalenberg, 1996; Chu, Frey, Ganzel y Matthews, 1999). El contagio y la contaminación social con las memorias de abuso puede influir en memorias corroboradas vagamente, como las memorias de abuso en rituales satánicos, pero la contaminación no podía obviar la clara evidencia de la existencia del maltrato a menores, e incluso de redes organizadas de prostitución infantil. Pero la evidencia científica establece una correlación clara entre disociación y trauma y se ha encontrado amnesia asociada a abusos infantiles en prácticamente todos los estudios de amnesia en pacientes con trauma (Schefflin y Brown, 1996).

Con la llegada del nuevo milenio, la controversia continúa. En 2012 Joel Paris cuestiona la permanencia del TID como diagnóstico en el DSM-V. También Piper y Merskey (2004) presentan opiniones críticas contra el constructo de TID. Sin embargo, como comenta Ross (2013), estos cuestionamientos no están fundamentados en la extensa evidencia científica sobre la prevalencia del trastorno y su asociación con la traumatización temprana y grave. Pese a estas opiniones, el TID continúa presente en las

clasificaciones internacionales, para lo cual se ha revisado la investigación reciente en el campo. Su relación con la historia de trauma parece estar también más ampliamente aceptada, aunque se ha entendido que los clínicos han de tener cuidado a la hora de explorar antecedentes traumáticos, para no inducir o distorsionar los recuerdos de los pacientes. Una buena parte de los informes de pacientes sobre abuso y maltrato intrafamiliar temprano corresponden a experiencias tristemente ciertas que reflejan la alta frecuencia con las que estas experiencias se producen en el seno de las familias.

La actitud de los terapeutas hacia el TID y su consideración como diagnóstico válido parece, sin embargo, estar al margen de la evidencia científica. En esta actitud pueden influir diversos factores:

- 1.La sombra de la fantasía freudiana parece estar en la sospecha de muchos clínicos respecto a que los pacientes disociativos simulan o magnifican sus síntomas.
- 2.La historia de la histeria y el ambiente teatral de Charcot podría seguir vinculando en el imaginario colectivo los trastornos disociativos con la sugestionabilidad.
- 3.Su asociación inicial al psicoanálisis y la hipnosis podría influir negativamente en los profesionales que no comulgan con dichas disciplinas.
- 4.El movimiento de las falsas memorias ha sembrado la sospecha sobre un cuadro en el que la historia de abuso sexual temprano es más frecuente que en otros trastornos.
- 5.La imagen espectacular de la personalidad múltiple reflejada en el cine desde *Las tres caras de Eva*, basada en la descripción de Thigpen y Cleckley (1954, 1957), puede hacer que los casos más comunes, pero menos llamativos, no se identifiquen.

6. Probablemente, una exploración psicopatológica y unos instrumentos diagnósticos, como la SCID-I, que no recogen la sintomatología disociativa, llevan a no encontrar lo que no se explora.

Los datos empíricos, los estudios empleando instrumentos estandarizados, las orientaciones terapéuticas que han mostrado mayor eficacia en estos cuadros, hablan de un trastorno grave, el de mayor severidad entre todos los cuadros del espectro postraumático, con una prevalencia elevada, un alto grado de repercusión funcional, y una respuesta favorable a tratamientos específicos. Aunque esta información no parece haber calado todavía entre gran parte de los profesionales, cada vez hay más estudios alrededor de este trastorno, como veremos en el capítulo 3 sobre evidencia empírica.

3

Evidencia empírica

A lo largo de su historia, el trastorno de identidad disociativo (TID) o personalidad múltiple ha sido siempre un diagnóstico bajo sospecha. Elzinga, Van Dyck y Spinhoven (1998) hablan de tres controversias respecto al TID. En primer lugar, se preguntan: ¿es el TID un artefacto debido a influencias iatrogénicas? La evidencia empírica, afirman, no apoya dicha conclusión. Segundo: ¿son adecuados los actuales criterios diagnósticos? Se ha argumentado, dicen los autores, que el DSM-IV propiciaba el sobrediagnóstico, aunque curiosamente en nuestro país el mismo manual con criterios estandarizados ha llevado al infradiagnóstico. La conclusión sería la misma que apuntan los autores: es imprescindible el uso de entrevistas clínicas estructuradas. La tercera controversia gira en torno a los procesos de memoria en los pacientes con TID: ¿existe la amnesia psicógena para el abuso sexual, o son las denominadas memorias reprimidas de abuso en realidad falsas memorias inducidas no intencionalmente por los terapeutas? Los datos clínicos y experimentales, afirman los autores, tienden a avalar la validez de los recuerdos recuperados.

Otro punto de controversia, previo a los anteriormente descritos, es la propia existencia del trastorno, que, como veíamos, todavía sigue siendo cuestionado por una parte de la comunidad científica (Paris, 2012). También se ha puesto en tela de juicio la relación entre disociación y trauma, sobre todo su conexión con el trauma interpersonal temprano, grave y crónico, y la validez de los recuerdos traumáticos tempranos, sobre todo en lo referente al abuso sexual intrafamiliar en la infancia. Hemos comentado ya en el capítulo anterior el origen de algunos de estos cuestionamientos y lo que la evidencia

empírica dice al respecto. Veremos en este capítulo qué dice la investigación científica sobre la prevalencia del trastorno y su relación con el trauma temprano.

3.1. ¿Existe el trastorno de identidad disociativo?

Los estudios sobre prevalencia del TID han sido numerosos en las últimas décadas y, aunque ofreciendo resultados variables, muestran una frecuencia importante de los trastornos disociativos en general, y del TID en particular (Gamze, 1999; Foote, Smolin, Kaplan, Legatt y Lipschitz, 2006; Xiao, Yan, Wang, Zou, Xu, Chen, Zhang, Ross y Keyes, 2006; Tutkun, Sar, Yargic, Ozpulat, Yanik y Kiziltan, 1998; Friedl y Draijer, 2000; Robles, Garibay y Páez, 2006; Gast, Rodewald, Nickel, Emrich, 2001; Rifkin, Ghisalbert, Dimatou, Jin y Sethi, 1998; Mueller, Moergeli, Assaloni, Schneider y Rufer, 2007; Johnson, Cohen, Kasen y Brook, 2006; Lipsanen, Korkeila, Peltola, Jirvinen, Langen y Lauerma, 2004; Sar, Akyüz, Dogan y Oztü, 2009; Foote, Smolin, Neft y Lipschitz, 2008; Ross, Keyes, Yan, Wang, Zou, Xu, Chen, Zhang y Xiao, 2008; Sar, Akyüz y Dogan, 2007; Sar, Koyuncu, Ozturk, Yargic, Kundakci, Yazici, Kuskonmaz y Aksüt, 2007; Sar, Akyüz, Kundakci, Kiziltan y Dogan, 2004; Tezcan, Atmaca, Kuloglu, Grecici, Buyukbayram y Tutkun, 2003; Kersting, Reutemann, Gast, Ohrmann, Suslow, Michael y Arolt, 2003; Ellason, Ross, Sainton y Mayran, 1996; Latz, Kramer y Hughes, 1995; Horen, Leichner y Lawson, 1995; Shearer, 1994; Anderson, Yassenik y Ross, 1993; Ross, Anderson, Fleisher y Norton, 1991; Korzekwa, Dell, Links, Thabane y Fougere, 2009; Friedl, Draijer y De Jonge, 2000; Horen, Leichner y Lawson, 1995).

En la tabla adjunta pueden verse más datos sobre estos estudios, en los que se recoge la frecuencia del TID o personalidad múltiple. La tabla recoge también la prevalencia de los trastornos disociativos en general y del trastorno disociativo no especificado (TDNE). En el TDNE se han definido dos subtipos, el primero de los cuales sería una forma incompleta de TID. El

TDNE-I corresponde al primer ejemplo definido en el DSM-IV (APA, 1994): "Presentaciones clínicas similares al trastorno de identidad disociativo que no llegan a cumplir todos los criterios para este trastorno. Incluye presentaciones en las que no hay dos o más estados de personalidad diferentes o no se da una amnesia para información personal importante". Dell (2006) ha insistido en que la definición del TID no se asocie de modo imprescindible a la amnesia, proponiendo lo que denomina un modelo fenomenológico de la disociación patológica, ya que muchos pacientes con TDNE presentan cuadros muy similares al TID, tanto en sintomatología como en afectación funcional, y revisten a veces mayor severidad que cuadros completos de TID.

La investigación es consistente en mostrar que el TID está más presente en los contextos clínicos que lo que los profesionales parecen percibir. Asimismo, puede verse un gradiente creciente de presentación de estos cuadros cuando pasamos de población general a pacientes ambulatorios, ingresados y urgentes, orientando a una asociación de estas patologías a indicadores de gravedad. Así, vemos que la prevalencia del TID es mayor entre pacientes ingresados (Xiao, Yan, Wang, Zou, Xu, Chen, Zhang, Ross y Keyes, 2006; Tutkun, Sar, Yargic, Ozpulat, Yanik y Kiziltan, 1998; Friedl y Draijer, 2000; Robles, Garibay y Páez, 2006; Gast, Rodewald, Nickel y Emrich, 2001; Rifkin, Ghisalbert, Dimatou, Jin y Sethi, 1998; Lipsanen, Korkeila, Peltola, Järvinen, Langen y Lauerma, 2004; Horen, Leichner y Lawson, 1995; Ross, Anderson, Fleisher y Norton, 1991; Friedl, Draijer y De Jonge, 2000), y mayor aún entre los que acuden a urgencias (14%: Sar, Koyuncu, Ozturk, Yargic, Kundakci, Yazici, Kuskonmaz y Aksüt, 2007) o entre las víctimas de abuso sexual (54,9%: Anderson, Yassenik y Ross, 1993).

Como comentábamos al principio de este capítulo, los datos muestran una importante variabilidad. Algunas discrepancias en las cifras podrían explicarse por cuestiones culturales. Por ejemplo, el trabajo de Xiao, Yan, Wang, Zou, Xu, Chen, Zhang, Ross y Keyes (2006), en población china, arroja cifras más bajas (0,5% en pacientes ingresados y 0,3% en

ambulatorios), lo que podría interpretarse como una influencia cultural en la presentación de estos cuadros. Sar, Akyüz, Dogan y Oztü (2009), sobre población turca, analizan la frecuencia de síntomas conversivos en una muestra de población general femenina, donde se evidencia una altísima prevalencia a lo largo de la vida (48,7%) y una clara relación de los síntomas conversivos con trauma y disociación psicomorfa. En este mismo estudio los autores encuentran un 2,8% de pacientes con TID y un 27,8% de pacientes con trastorno disociativo no especificado (TDNE). Dado que una buena parte de los TDNE corresponden a presentaciones incompletas de TID, estos resultados podrían apuntar a una tendencia a presentaciones con mayor componente somatomorfo que psicomorfo, a la concurrencia de síntomas de ambas áreas y a presentaciones diferentes, en países donde la dicotomía mente-cuerpo está menos establecida.

Los instrumentos de medición pueden explicar parcialmente las diferencias en las cifras de prevalencia (González, 2010), observándose una tendencia a mayores porcentajes en los estudios que emplean la entrevista estructurada DDIS para el diagnóstico que en los que usan la SCID-D.

Pero también es muy posible que factores como la familiaridad de los evaluadores con el trastorno tengan que ver con las diferencias en las cifras. Un cuadro como el TID, donde existe una tendencia a la minimización de algunos síntomas, una fobia a los contenidos mentales y una escasa conciencia del problema en muchos pacientes, requiere para su evaluación una adecuada atención a los síntomas aportados por el paciente, pero también a los indicadores indirectos, y a los signos objetivos. Podría establecerse un paralelismo con el diagnóstico de los cuadros delirantes o de la esquizofrenia, donde buena parte de los casos presentan escasa conciencia de enfermedad y una tendencia a la ocultación de los síntomas, debido a la desconfianza y el paranoidismo propios del trastorno. Un evaluador poco familiarizado con este tipo de pacientes probablemente dejará sin identificar cierto número de ellos. En el TID y los trastornos disociativos en general, este problema podría verse

incrementado por la influencia, no siempre consciente y explícita, de la marca conceptual que generó el movimiento de las falsas memorias. La idea de que pueden inducirse falsos recuerdos de abuso ha contaminado el abordaje de estos trastornos, en los que muchos profesionales mantienen que la sola exploración de los síntomas podría inducirlos. Los datos empíricos deberían más bien despertar nuestra preocupación por que un porcentaje importante de personas con síntomas invalidantes e historias traumáticas graves estén resultando invisibles a los ojos de los profesionales.

Por último, aunque el diagnóstico de TID y TDNE es categorial, lo que vemos en la clínica son distintos niveles tanto de sintomatología como de afectación funcional. Para decidir si un paciente con síntomas disociativos entra o no en la categoría de TDNE, usando la SCID-D, la entrevista más restrictiva, ha de tenerse en cuenta el grado de repercusión funcional de los síntomas. Muchas veces algunos pacientes gravemente afectados, por ejemplo por problemas de memoria o despersonalización, están tan adaptados a estos síntomas que se presentan de modo crónico, que afirman que no tienen repercusión en sus actividades cotidianas. El clínico puede darse cuenta, sin embargo, de que guardan una estrecha relación con la limitación funcional del paciente, muchas veces sin apenas relaciones personales o sin desarrollar un trabajo autónomo debido a la interferencia de estos problemas. Pero si se fía de la adaptación a los síntomas o de la tendencia del paciente a aparentar normalidad, podría descartar estos problemas por irrelevantes o leves.

Pese a la falta de uniformidad en los datos de prevalencia, los estudios dan prueba en su conjunto de una frecuencia relevante del TID y de las formas incompletas de este. La frecuencia de estos cuadros es mayor en algunas subpoblaciones, como el trastorno mental grave, los pacientes que acuden a urgencias, los trastornos de personalidad límite y los cuadros somatomorfos. Estos datos, curiosamente, suelen estar ausentes en las argumentaciones de quienes cuestionan la validez o la relevancia del trastorno.

En el cuadro 3.1 podemos ver un listado de estudios donde se evalúa, utilizando instrumentos estandarizados, la prevalencia del TID en diversas muestras.

3.2. ¿Están los trastornos disociativos asociados a un mayor nivel de experiencias traumáticas y interrupciones de apego temprano?

Los síntomas disociativos están incluidos en la descripción clínica del trastorno por estrés postraumático (TEPT) tanto en la DSM-IV como en la CIE-10. Algunos autores (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006) consideran el TEPT y el TID los dos extremos de lo que ha dado en llamarse el espectro postraumático, en el que también estarían incluidos los trastornos de personalidad límite y los trastornos por somatización. Estos cuadros de base traumática compartirían, según algunos autores, un mecanismo psicobiológico común que es disociativo (Brewin, 2003; Chu, 1998b; Nijenhuis y Van der Hart, 1999; Spiegel, Hunt y Dondershine, 1988; Van der Kolk y Van der Hart, 1991).

Cuadro 3.1. Estudios sobre prevalencia del trastorno de identidad disociativo (TID)

<i>Artículos</i>	<i>Tipo de población</i>	<i>N</i>	<i>Instrumentos psicométricos disociación</i>	<i>TD en general (%)</i>	<i>TDNE (%)</i>	<i>TID (%)</i>
Gamze, 1999	Población general	994	DES DDIS	1,7		0,4
Foote, Smolin, Kaplan, Legatt y Lipschitz, 2006	Pacientes psiquiátricos ambulatorios	231	DES DDIS	10	3,03	2,16
	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	423	DES DDIS	1,6	0,7	0,5
Xiao, Yan, Wang, Zou, Xu, Chen, Zhang, Ross y Keyes, 2006	Pacientes psiquiátricos ambulatorios	304	DES DDIS	4,9	2	0,3
	Población general	618	DES DDIS	0,4	0,0	0,0
Tutkun, Sar, Yargıç, Özpulat, Yanık y Kiziltan, 1998	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	166	DES DDIS	10,2	4,8	5,4
Friedl y Draijer, 2000	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	122	DES SCID-D	8,2	6,6	1,6
Robles, Garibay y Páez, 2006	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	100	DES DDIS	38		24
Gast, Rodewald, Nickel y Emrich, 2001	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	115	DES SCID-D-R	7	2,6	0,86
Rifkin, Ghisalbert, Dimatou, Jin y Sethi, 1998	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	100	SCID-D			1
Mueller, Moergeli, Assaloni, Schneider, Rufer y 2007	Pacientes psiquiátricos ambulatorios (tras- torno mental grave)	28	DES SCID-D	25	11	7

Johnson, Cohen, Kasen y Brook, 2006	Población general	658	DES SCID-D	9,1	5,5	1,5
Lipsanen, Korkeila, Peltola, Järvinen, Langen y Lauerma, 2004	Pacientes psiquiátricos hospitalarios y ambulatorios	37	DES DDIS	21	7	5,25
	Pacientes psiquiátricos hospitalarios y ambulatorios	37	DES DDIS	14	4,6	3,5
Sar, Akyüz, Dogan y Oztü, 2009	Población general (submuestra de trastornos somatomorfos)	628	DDIS	38,9	27,8	2,8
Foote, Smolin, Neft y Lipschitz, 2008	Pacientes psiquiátricos ambulatorios	83	DES DDIS	29	9	6
Ross, Keyes, Yan, Wang, Zou, Xu, Chen, Zhang y Xiao, 2008	Población canadiense	502	DES DDIS	12	0,2	3
	Población china	304	DES DDIS	5	2	0,3
Sar, Akyüz y Dogan, 2007	Población general	1128	DDIS	18,3	8,3	1,1
Sar, Koyuncu, Ozturk, Yargic, Kundakci, Yazici, Kuskonmaz y Aksüt, 2007	Pacientes psiquiátricos urgencias	43	DES DDIS	34,9	14	14
Sar, Akyüz, Kundakci, Kiziltan y Dogan, 2004	Pacientes con trastorno de conversión	38	DISQ SCID-D	47,4	34,2	7,9
Tezcan, Atmaca, Kuloglu, Grecici, Buyukbayram y Tutkun, 2003	Pacientes psiquiátricos hospitalarios con trastorno conversivo	59	DES DDIS SCID-D	30,5	44,4	50

Kersting, Reutemann, Gast, Ohrmann, Suslow, Michael y Arolt, 2003	Pacientes psiquiátricos ambulatorios transexuales	41	SCID-D DES	17	14,6	2,4
Ellason, Ross, Sainton y Mayran, 1996	Pacientes psiquiátricos hospitalarios con abuso de sustancias	102	DES DDIS	56,9	26,5	18,6
Latz, Kramer y Hughes, 1995	Pacientes psiquiátricos hospitalarios (mujeres)	175	DES DDIS	46	19,42	12
Horen, Leichner y Lawson, 1995	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	48	DES DDIS	17	2	6
Shearer, 1994	Pacientes psiquiátricos hospitalarios con TLP (mujeres)	62	DES SCID-P	23	13,14	9,8
Anderson, Yassenik y Ross, 1993	Mujeres víctimas de abuso sexual	51	DES DDIS	88,2		54,9
Ross, Anderson, Fleisher y Norton, 1991	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	299	DES DDIS			3,3
Korzekwa, Dell, Links, Thabane y Fougere, 2009	Pacientes psiquiátricos ambulatorios con TLP	21	SCID-D MID DESt SDQ	76	24	24
Friedl, Draijer y De Jonge, 2000	Pacientes psiquiátricos hospitalarios (metaanálisis de nueve estudios)	1300	DDIS SCID-D	5-58,3		0,5-12
Horen, Leichner y Lawson, 1995	Pacientes psiquiátricos hospitalarios	48	DES DDIS SCID-D	17	2	6

Fuente: N. Seijo (tesis doctoral, no publicada).

Numerosos estudios avalan que los trastornos disociativos, y en especial el TID, son el resultado de traumas psicológicos graves y repetidos, que se inician generalmente en la infancia (Boon y Draijer, 1993; Nijenhuis,

Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1998; Putnam, Guroff, Silberman, Barban y Post, 1986; Ross, Norton y Wozney, 1989; Saxe Van del Kolk, Berkovitz et al., 1993; Schultz, Braun y Kluft, 1989; Braun, 1990; Chu, 1998a, 1991; Bernstein y Putnam, 1986; Coons y Milstein, 1986, 1990; Ross, 1991; Ross, Norton y Wozney, 1989; Saxe, Van del Kolk, Berkovitz et al., 1993; Van der Kolk y Kadish, 1987).

Liotti (2013) considera también que los procesos disociativos que coexisten típicamente con síntomas somatomorfos (Nijenhuis, 2004) se han ligado tanto a la desorganización en el apego temprano (Liotti, 2004) como a la historia de trauma grave. El apego desorganizado es un factor de riesgo para diferentes tipos de trastorno mental (Dozier, Stovall y Albus, 2008), pero, según Liotti, este ejerce su influencia en la psicopatología fundamentalmente a través de reacciones disociativas. El estudio longitudinal de Dutra, Bureau, Holmes, Lyubchik y Lyons-Ruth (2009) indica que la desorganización del apego temprano es un predictor de disociación más positivo que las experiencias traumáticas acontecidas posteriormente.

Existen otros autores, sin embargo (p. ej., Brett, 1996), que consideran la disociación como uno de entre otros muchos grupos de síntomas del TEPT, que desempeñaría un papel menor en los trastornos relacionados con el trauma, con la excepción hecha del TID.

Lo que parece claro a partir de la investigación empírica es que trauma y disociación están conectados, pero esta conexión no es directa ni exclusiva. El trauma ocurrido en la infancia se ha asociado con patologías muy diversas: depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultades en el funcionamiento social, conductas autodestructivas, trastornos de personalidad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, somatización, etc. (Chu, 1998a). En las personas con diagnóstico de TID la incidencia de abuso sexual es del 85-90%, pero no olvidemos que en muestras clínicas la prevalencia de abuso sexual en mujeres es también muy alta: 44-77% (Tilman, Nash y Lerner,

1994). Tampoco en todos los trastornos disociativos vamos a encontrar abuso sexual temprano o maltrato físico, y es posible que los datos estén sesgados al estar hechos sobre muestras clínicas. En un estudio de Ross (1991) sobre población general, los sujetos que cumplen criterios de TID raramente refieren historias de abuso y parecen experimentar mucha menos psicopatología.

Aun teniendo en cuenta estas consideraciones, cuando evaluamos en consulta a un paciente con un TID es muy frecuente que nos encontremos con experiencias de apego desorganizado, y diversos tipos de maltrato y abuso en la infancia, en mayor medida que en otros diagnósticos psiquiátricos.

4

El concepto de disociación

No existe un consenso en tomo a la definición de la disociación (ISST-D, 2011). Putnam (1989) describe el proceso de disociación como "un proceso normal que es usado inicialmente por el individuo como una defensa para manejar experiencias traumáticas, que con el tiempo evoluciona a un proceso desadaptativo o patológico". Diversos autores (Cardeña, 1994; Homes et al., 2005) han usado el término para referirse a fallos en la integración de la información y las atribuciones sobre uno mismo, que deberían estar integradas, y alteraciones de la conciencia caracterizadas por un sentimiento de desapego y desconexión del yo y del entorno.

Dell y O'Neil (2009) elaboran la siguiente definición basada en el concepto central de disrupción de la DSM-IV:

La manifestación esencial de la disociación patológica es una disrupción total o parcial de la integración normal del funcionamiento psicológico de una persona [...]. Específicamente, la disociación puede alterar, interrumpir o producir una intrusión en la conciencia y experiencia del cuerpo, el mundo, el yo, la mente, el sentido de agencia, la intencionalidad, el pensamiento, las creencias, el conocimiento, el reconocimiento, los sentimientos, los deseos, el discurso, la acción, la visión, el aprendizaje, el olfato, el gusto, el tacto y muy diferentes funciones psíquicas [...]. Estas disrupciones son experimentadas habitualmente por la persona como intrusiones repentinas y autónomas en su modo habitual de funcionar y responder. Las intrusiones disociativas más comunes incluyen oír voces,

despersonalización, desrealización, pensamientos impuestos, impulsos egodistónicos, deseos que no se sienten propios y acciones impuestas.

Autores como Howell (2005) afirman que los procesos disociativos tienen manifestaciones tanto patológicas como no patológicas, y Dell (2009) afirma que las reacciones disociativas espontáneas, ligadas a la supervivencia, son parte de una respuesta de la especie, fruto de la selección natural evolutiva, y que son respuestas biológicas que se activan ante el peligro y desaparecen en cuanto este desaparece.

Aparte de estas definiciones propuestas por autores del campo de los trastornos disociativos, el término disociación ha sido empleado con mucha frecuencia en las teorías psicológicas, pero con significados muchas veces bastante diferentes. Estas son algunas de las dificultades relacionadas con la definición del término disociación (González, 2010):

- a) La palabra disociación se emplea en la literatura para designar conceptos diferentes que incluyen síntomas, mecanismos psíquicos o trastornos mentales.
- b) Existen términos como el de conversión que se mantienen en el DSM-IV como una herencia de la tradición psicoanalítica, pero no encajan en una clasificación atórica que trata de estar al margen de cualquier corriente teórica.
- c) Las clasificaciones internacionales se basan supuestamente en la descripción clínica de síntomas y no en el mecanismo etiopatogénico. Sin embargo, esta norma general se incumple en algunos cuadros, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o los trastornos mentales orgánicos. Los trastornos disociativos y conversivos, que están clasificados en distintos capítulos, debido a su origen traumático común, deberían compartir epígrafe con el TEPT, pero no se establece ni en la DSM ni en la CIE ninguna relación entre estos cuadros.

- d) La dualidad mente-cuerpo propia del pensamiento médico-científico occidental ha llevado a separar trastornos muy ligados como los trastornos somatomorfos, conversivos y disociativos, en función únicamente de si la sintomatología se exprese a través del cuerpo o de funciones psíquicas.
- e) Algunos autores hablan de disociación normativa para definir un fenómeno habitual, como los síntomas de absorción (perderse o ensimismarse en los propios pensamientos, una película, etc.), mientras que otros consideran que solo debe entenderse como disociación la que es disfuncional y constituye un síntoma.
- j) Algunos autores hablan de un contínuum disociativo entre la disociación cotidiana y normativa hasta el otro extremo, donde estaría el trastorno de identidad disociativo (TID). Otros consideran la disociación como un mecanismo patológico.
- g) El concepto de disociación que estamos acostumbrados a manejar implica una disminución o estrechamiento de la conciencia. En esta concepción nos encajan bien síntomas como el estupor disociativo o la despersonalización. Algunos autores entienden la disociación únicamente como fragmentación de la conciencia, considerando la despersonalización como un fenómeno inespecífico presente en diversos trastornos neurológicos y psiquiátricos.

4.1. La disociación horizontal y vertical

La disociación tiene que ver con la psicopatología de la conciencia. Dado que en la psicopatología clásica, así como en la clasificación neurológica, hablamos de niveles de conciencia, nos es más fácil encajar modelos relacionados con un grado mayor o menor de conciencia de uno mismo o del entorno. Así, por ejemplo, son más frecuentes entre los profesionales los diagnósticos de estupor disociativo o amnesia psicógena, en los que el

paciente presenta una menor conciencia del entorno o de sí mismo.

Este tipo de disociación se ha definido como horizontal. En ella se disociarían los niveles superiores de conciencia de los niveles inferiores.

En este modelo de disociación horizontal encajaría también la distinción propuesta por el psicoanálisis entre consciente e inconsciente (figura 4.1).

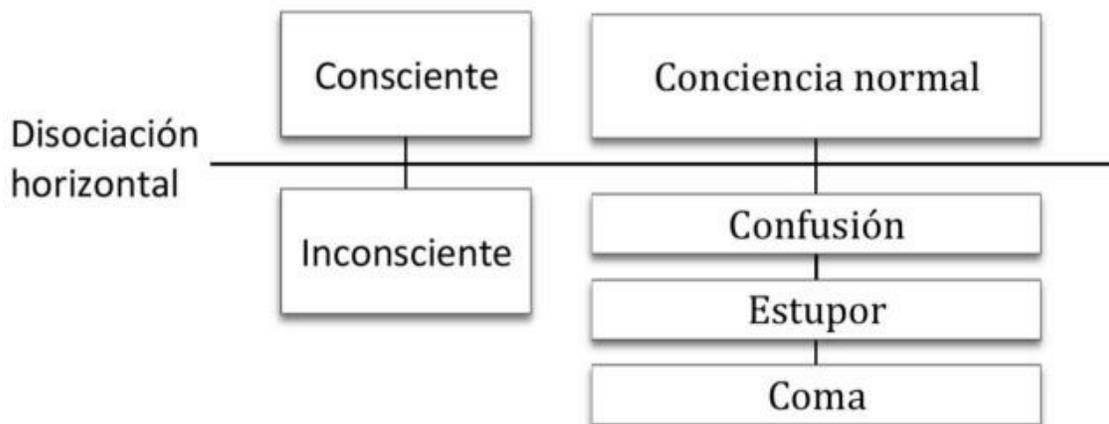


Figura 4.1. Disociación horizontal: los niveles de conciencia y los conceptos de consciente e inconsciente.

Para entender el trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple, necesitamos un cambio de modelo. Hablaríamos aquí de una disociación vertical (figura 4.2), en la que se presentaría una escisión o separación entre distintos estados de conciencia. Esta concepción estaba ya presente en autores como Fairbairn (1952) y Klein (1946), y ha sido desarrollada por autores posteriores (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006).

Esta disociación vertical o fragmentación puede deberse tanto a un infradesarrollo de las funciones mentales integradoras como a una ruptura traumática que hace imposible conciliar determinados aspectos de una experiencia.

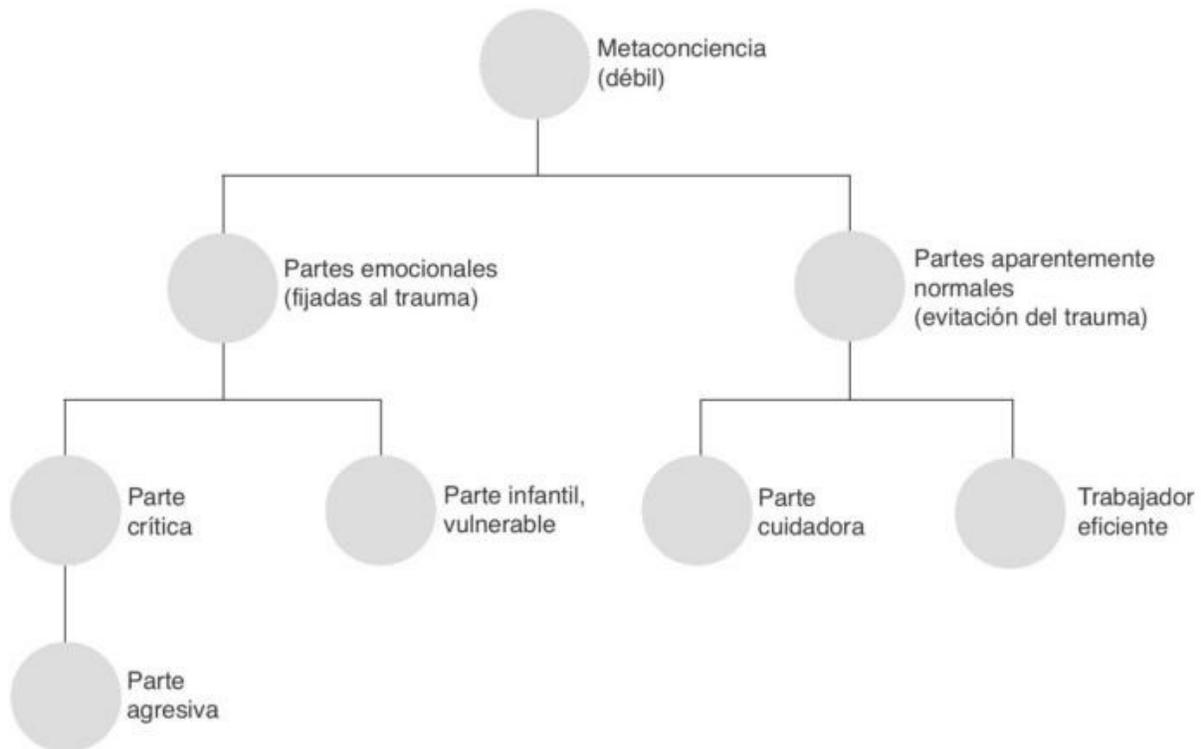


Figura 4.2. Disociación vertical: el trastorno de identidad disociativo.

4.2. La disociación como defensa

Las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, y con el tiempo se convertirán en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo. Ante una amenaza los animales pueden presentar diversas reacciones defensivas. Cuando el sujeto tiene opciones de respuesta, se ponen en marcha reacciones proactivas (Levine, 1997): el individuo "hace algo", lucha o huye. Pero cuando no hay posibilidad de reaccionar, cuando la situación es lo que se ha definido como un shock inescapable, aparecen otras reacciones como el colapso, la congelación o la muerte aparente (Scaer, 2001). Cuando la presa siente que no hay posibilidad de huida, incluso antes de ser alcanzada, se desploma en un estado de inconsciencia. Esto puede corresponder a un mecanismo de supervivencia, ya que aparentando estar muerto puede engañar al depredador y huir, o representar el efecto externo de una alta descarga de opioides, que aporta una analgesia frente al dolor

inminente.

En los seres humanos, la respuesta disociativa al trauma sería el equivalente a estas respuestas "de emergencia". Ante la imposibilidad de manejar lo que sucede, la mente se desconecta para proteger al individuo y permitirle salir de la situación. Cuando esta amenaza se produce tempranamente, muchas veces por parte de las propias personas que tendrían que proteger y cuidar al niño, y es repetida y grave, la respuesta disociativa se acaba convirtiendo en un automatismo con el que el organismo hará frente a cualquier tipo de estrés.

Para Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2008), la activación simpática/parasimpática corresponde a la puesta en marcha de distintos sistemas defensivos simultáneamente; por ejemplo, por un lado la persona intenta luchar, pero al mismo tiempo huir, o activa una respuesta de sumisión. La disociación no sería únicamente el equivalente del estado de colapso o congelación, sino la activación simultánea de distintos sistemas de acción. Este patrón de activación caótica de sistemas de acción sería también característico del apego desorganizado, donde se observan en el niño conductas de apego y conductas defensivas de modo simultáneo o en rápida alternancia.

¿Por qué los animales no se traumatizan? La diferencia es que el animal (al menos en estado salvaje) deja que la tendencia biológica instintiva se encargue de resolver la situación. El organismo bloquea la respuesta proactiva de lucha/huida porque no la ve viable o la considera peligrosa: pelear si el oponente tiene más fuerza, o escapar si las salidas están cerradas, aumentaría el daño. Esta respuesta, según Scaer (2001), quedaría almacenada en la memoria procedimental, para descargarse en cuanto la amenaza desaparece. Es típico en animales ver movimientos de sacudida, espasmódicos, cuando salen de la respuesta de congelación, comportándose después con total normalidad. En cambio, cuando esta descarga se limita de

algún modo (por ejemplo, impidiendo al animal moverse en ese preciso momento), aunque luego se le libere, la conducta del animal ya no será normal, mostrando inquietud y evitación. En humanos, y sobre todo en sociedades occidentales, la liberación de esta energía bloqueada en el trauma tiende a contenerse. Un ejemplo de ello es la expresión cultural del duelo en las sociedades modernas.

4.3. El apego y la disociación

Una figura de apego que es atemorizadora para el niño, incluso cuando no es abiertamente maltratadora, genera una situación en la que la fuente del miedo es al mismo tiempo la fuente del potencial confort (Liotti, 2013). La respuesta de apego es una reacción neurobiológica de protección propia de especies como la humana, que necesita la protección de un adulto para sobrevivir hasta edades avanzadas. Por ello, para el niño, el patrón de apego desorganizado lo pone ante una enorme paradoja neurobiológica, que se ha denominado miedo irresoluble: los niños no pueden encontrar alivio para el miedo ni en distanciarse de la fuente de peligro ni en acercarse a la fuente de confort (Main y Hesse, 1990). Como consecuencia los individuos expuestos a estas situaciones en los sensibles primeros estadios del desarrollo pueden volverse temerosos tanto de su deseo de cercanía e intimidad (fobia al apego) como de su deseo a estar solos (fobia a la pérdida de apego), como explican Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006).

A nivel cognitivo, estos niños construyen representaciones del self múltiples, dramática y recíprocamente incompatibles, en lo que Liotti (2004) ha denominado modelos de trabajo internos (IWM). En el apego desorganizado, estos modelos de trabajo interno configuran un "triángulo dramático", donde los prototipos de rescatador, persecutor y víctima configuran las bases del comportamiento, el self y los demás. Estos subsistemas están compartimentalizados, no hay síntesis entre estas representaciones mentales del yo y los otros. Esta compartimentalización es

uno de los elementos nucleares de la disociación (Holmes, 2005). El otro es la desconexión o despersonalización.

Según Liotti, los estilos de apego desorganizado en la infancia dan lugar a conductas controladoras rígidas cuando el niño va creciendo. Estas conductas pueden ser de agresividad hacia el cuidador (estrategia controladora rígida) o de inversión del rol cuidador (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2008), siendo el niño el que cuida del adulto (estrategia controladora-cuidadora). Cuando ocurre un trauma, una amenaza de separación o diversas experiencias dolorosas, activan de forma intensa y persistente el sistema de apego, las estrategias controladoras colapsan (Hesse, Main, Abrams y Rifkin, 2003) y se reactivan los modelos de trabajo interno propios del apego desorganizado, dando lugar a los procesos disociativos.

4.4. De múltiples personalidades a alternancia en la identidad

Como comentábamos al hablar del desarrollo histórico del trastorno de identidad disociativo, el término personalidad múltiple fue cambiado en el DSM-III (1980) por el de trastorno de identidad disociativo, tratando de reflejar que este cuadro clínico no es un trastorno de personalidad, ni se trata de que exista más de una personalidad, sino que más bien el problema está en la falta de desarrollo de una identidad integrada. Estaríamos ante una única personalidad que está fragmentada.

La dificultad para el desarrollo de una identidad que abarque los múltiples aspectos de la personalidad está también en la base de muchos otros trastornos, en particular los trastornos de personalidad. Entre estos, algunos cuadros, como las personalidades obsesivas o narcisistas, corresponden a estructuras caracteriales rígidas, con las que el individuo está fuertemente identificado. En el caso del trastorno de identidad disociativo, como también ocurre en el trastorno límite, hay por el contrario dificultades para desarrollar una identidad firme, siendo característica la fluctuación y los cambios entre

distintos estados mentales en este tras tomo. Ambos cuadros clínicos estarían caracterizados por una disociación estructural de la personalidad (Mosquera, González y Van der Hart, 2011), que en el caso del trastorno de identidad disociativo se hace mucho más acusada, llegando a presentarse amnesia entre unos estados mentales y otros, y una mayor estructuración y autonomía de dichos estados.

La idea de identidades alternantes ha sido manejada por diversos autores, que han aportado distintas definiciones. Putnam (1989) las describe como "estados de conciencia altamente discretos organizados alrededor de un afecto prevalente, un sentido del self (incluyendo la imagen corporal), con un repertorio limitado de conductas y un conjunto de memorias dependientes de estado". Kluft (1988) las define como "estados del self desagregados" y para él serían

patrones relativamente estables y persistentes de movilización selectiva de contenidos y funciones mentales [...1 sensible a estímulos intrapsíquicos, interpersonales y ambientales. Se asocian a un patrón de activación neuropsicológica y tienen contenidos psicodinámicos cruciales. Funcionan como un recipiente, un procesador y un centro de almacenamiento para percepciones y experiencias, que son procesadas en conexión con eventos y pensamientos pasados [...1. Tienen un sentido de identidad e ideación propia, y una capacidad para iniciar procesos de pensamiento y de acción.

Otros términos que describen fenómenos similares, es decir, identidades alternantes que reflejan una disociación vertical de la personalidad, son los de estados de personalidad, estados del yo, estados del yo desagregados, alters, personalidades alter, partes alternantes de la identidad, partes, partes de la mente, partes del yo, partes disociativas de la personalidad o entidades, entre otras (Van der Hart y Dorahy, 2009).

4.5. La teoría de la disociación estructural

La traumatización, para Van der Hart, Nijenhuis y Steel (2003, 2008), implica en esencia un cierto grado de división o disociación de los sistemas psicobiológicos o sistemas de acción que constituyen la personalidad del sujeto. La personalidad normal se consideraría la organización dinámica de esos sistemas (Allport, 1981; Janet, 1907). Los sistemas de acción son básicamente de dos tipos: unos orientados a la supervivencia (vinculación, cuidado hijos, alimentación, etc.) y otros a la defensa frente a la amenaza (lucha, huida, sumisión). En la disociación se produce una escisión entre ambos sistemas. Una o más de las partes disociadas de la personalidad del sujeto evitan los recuerdos traumáticos y desempeñan las funciones de la vida diaria, mientras que una o más partes de ella siguen fijadas a las experiencias traumáticas y a las acciones defensivas.

Esta alternancia y coexistencia entre la reexperimentación del trauma y la evitación del mismo serían para estos autores características del trastorno de estrés postraumático. La parte de la personalidad fijada a la defensa y la reexperimentación del trauma se denomina parte de la personalidad emocional (PE). Esta parte contiene recuerdos traumáticos que son diferentes de la memoria autobiográfica, en cuanto a que se trata de experiencias primariamente somatosensoriales, emocionalmente intensas, alucinatorias, fragmentarias e involuntarias (Brewin, 2003; Van der Kolk y Van der Hart, 1991). Por el contrario, otra parte de la personalidad debe seguir con la vida cotidiana, y para ello evita los contenidos traumáticos. Esta parte es denominada por estos autores parte de la personalidad aparentemente normal (PAN). Los síntomas disociativos negativos del TEPT y del TEPT complejo, este último secundario a traumas tempranos, repetidos o prolongados (Herman, 1992; Ford, 1999; Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan y Resick, 1997; Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk y Mandel (1997); y Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005) se relacionan generalmente con la PAN y estos constituyen pérdidas de funciones o fenómenos. Los síntomas positivos se relacionan generalmente con la PE y estos representan fenómenos de intrusión.

Desde la teoría de la disociación estructural, los síntomas disociativos psicológicos y somáticos se entienden como fenómenos derivados de este mismo mecanismo. También se consideran síntomas disociativos no solo los síntomas positivos (siguiendo la terminología de Janet) como las intrusiones, sino también los negativos. Por ejemplo, la falta de asertividad en la personalidad aparentemente normal es un síntoma disociativo negativo psicomorfo, que contrasta con la energía, la resistencia y la rabia acumuladas en algunas partes emocionales.

De acuerdo con estos planteamientos, los autores señalan varios niveles de disociación. Cuanto mayor es la gravedad y cronicidad del trauma, y cuanto más tempranamente se produce, mayor es la fragmentación de la personalidad.

En el trastorno de identidad disociativo, encontramos varias partes emocionales y varias partes aparentemente normales. El individuo funciona a veces desde una reacción de lucha (mostrando por ejemplo agresividad), otras de huida (conductas evitativas) y en otras de sumisión (reacción dependiente frente a una pareja maltratadora), mientras mantiene áreas de funcionamiento a veces bastante adecuadas (por ejemplo, puede ser un trabajador eficiente o un padre o madre abnegado) o presenta, cuando mantener el control sobre el caos y el conflicto interno consume mucha energía, un bajo nivel de eficiencia mental y de funcionalidad general. Por todo lo anterior podemos encontrar muy distintos grados de afectación entre pacientes con el mismo diagnóstico.

Cuadro 4.1. Tipos de sintomatología disociativa

	<i>Disociación psicomorfa</i>	<i>Disociación somatomorfa</i>
Síntomas disociativos negativos	Amnesia Abulia, apatía En el carácter faltan emociones o rasgos Falta de criterio propio, sugestionabilidad	Anestesia Analgesia total o parcial Pérdida de control motor (p. ej., parálisis) Pérdida de funciones (voz, vista, etc.)
Síntomas disociativos positivos	Actos fuera de control voluntario Ideas fijas Crisis disociativas Pensamientos intrusivos Alucinaciones auditivas	Síntomas somatomorfos intrusivos Pseudocrisis

Fuente: modificado de Janet y Nijenhuis.

La teoría de la disociación estructural de la personalidad ofrece un marco teórico global desde el que se pueden conceptualizar y entender todos los trastornos del espectro postraumático, incluido el más severo de todos, que sería el trastorno de identidad disociativo. Por ello, a la hora de describir estos cuadros, utilizaremos con frecuencia terminología propia de esta perspectiva teórica.

5

Los trastornos postraumáticos, disociativos y conversivos en las clasificaciones internacionales

La DSM-V, la más reciente revisión de las clasificaciones internacionales, propone ciertos cambios relativos a los trastornos postraumáticos, disociativos y conversivos. Estos cuadros, como veremos a continuación, se recogen en distintos capítulos, no relacionados entre sí.

- a) Los trastornos postraumáticos y adaptativos se agrupan en un capítulo específico, que se etiqueta como trastornos relacionados con el trauma y estresores. En este capítulo se incluiría:
- El trastorno de apego reactivo.
 - El trastorno de implicación social desinhibida.
 - El trastorno por estrés postraumático.
 - El trastorno por estrés agudo.
 - Los trastornos adaptativos.
 - Otros trastornos específicos asociados a trauma y estresores.
 - Trastornos inespecíficos asociados a trauma y estresores.

b) Los trastornos disociativos constituyen un capítulo específico, en el que estarían incluidos:

- El trastorno de identidad disociativo.
- La amnesia disociativa.
- El trastorno por despersonalización/desrealización.
- Otros trastornos disociativos.
- Trastornos disociativos no especificados.

c) Por último, los trastornos asociados a síntomas somáticos constituyen otro capítulo diferente, del que formarían parte:

- El trastorno de síntomas somáticos (que unifica los anteriormente denominados trastornos por somatización y trastornos somatomorfos).
- El trastorno de ansiedad ante la enfermedad.
- El trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales.
- Los factores psicológicos que afectan a otros diagnósticos médicos.
- El trastorno facticio.
- Otros trastornos de síntomas somáticos y cuadros relacionados.
- Trastornos de síntomas somáticos y cuadros relacionados inespecíficos.

Las clasificaciones internacionales obedecen a un intento de organizar los

cuadros clínicos desde una perspectiva ateórica, válida para todas las orientaciones, pero esto en la práctica termina siendo imposible y genera diversas contradicciones.

En la reciente edición de la DSM se trata de seguir en esta línea, eliminando por ejemplo el grupo de los trastornos mentales orgánicos. Una de las posibles razones es que la definición de unos trastornos mentales como "orgánicos" plantea como lógica consecuencia que los demás trastornos son "no orgánicos", lo cual entra en contradicción con las recientes aportaciones en neurobiología de distintos trastornos mentales. Sin embargo, como vemos, no se ha producido la misma modificación en los cuadros postraumáticos. La persistencia del epígrafe "trastornos asociados a trauma y estresores" puede llevar a que cuadros como el trastorno de personalidad límite, los trastornos disociativos y los trastornos conversivos, fuertemente asociados a trauma y estresores, no sean vistos como trastornos basados en experiencias traumáticas y estresantes. Es más, el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, que recoge algunas las consecuencias - pero no todas - de la exposición a eventos traumáticos, puede contribuir a minimizar la contribución de estos eventos traumáticos al desarrollo de muchos trastornos mentales descritos en otros apartados.

Sin embargo, como comentábamos, la DSM es, de entre las dos clasificaciones internacionales, la que con mayor precisión describe el trastorno de identidad disociativo que nos ocupa en este libro. Hablaremos en este capítulo un poco más sobre el capítulo de los trastornos disociativos y conversivos.

5.1. La amnesia y la fuga disociativas

La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado

amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario. Se afecta sobre todo la información relativa a la identidad personal: nombre, edad, estado civil, ocupación, historia vital... Sin embargo, la información general no suele estar afectada. En los trastornos mentales orgánicos ocurre a la inversa: la información general se afecta primero, y permanece conservada hasta el final la información personal (Putnam, 1989). La amnesia puede seguir distintos patrones, y puede presentarse como localizada, selectiva, generalizada, continua o sistematizada (González, 2010).

La fuga disociativa, consistente en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo, pasa a ser en la DSM-V un subtipo de amnesia disociativa, persistiendo como diagnóstico separado en la CIE-10.

Cuando la amnesia o la fuga disociativas aparecen inscritas en un trastorno de identidad disociativo, este diagnóstico prima sobre los dos anteriores en la DSM-V. Si otros síntomas disociativos, que describiremos en los capítulos siguientes, no son explorados, el paciente puede ser erróneamente diagnosticado a partir solo de una parte de sus síntomas. En el trastorno de identidad disociativo es frecuente la presencia de amnesia para diversos periodos de la infancia, las lagunas de memoria reciente y los episodios de "microfugas".

Veamos un ejemplo. Un paciente de sale de su casa sin avisar y se pone a andar por el monte. Lo encuentran unas horas después, aparentemente confuso, sin saber dónde está ni qué hace allí. Este estado revierte rápidamente y el paciente no sabe explicar lo que ha pasado, su último recuerdo es al salir de casa. Explorando otros síntomas se identifican alucinaciones auditivas intrapsíquicas de contenido hostil, que se presentaban desde hacía años. El paciente había consultado previamente a varios psiquiatras por síntomas de ansiedad, sin hablar de sus voces. Su explicación es que no sabía que se tratara un fenómeno anormal, y se había acostumbrado

a vivir con ellas.

Otra paciente presentó un episodio de pérdida de memoria ante un estresante familiar. Durante un par de días no recordaba nada de quién era ni de quienes eran los que la rodeaban. Da otros nombres cuando le preguntan quién es su familia, descubriéndose posteriormente que estas personas eran los miembros de una familia vecina de su infancia. Cuando era niña admiraba la bonita relación que esas personas tenían y deseaba que su familia, donde ocurrían diversos tipos de maltrato, fuese parecida a aquella. Aparte de este episodio bien delimitado, la paciente presenta frecuentes lagunas de memoria y episodios en los que "despierta" en medio de una actividad, sin poder dar cuenta del periodo anterior. Estos episodios habían pasado desapercibidos porque la paciente siempre había podido continuar con lo que estaba haciendo sin que el lapso de tiempo perdido fuera evidente para los que la rodeaban. Presentaba además diversos síntomas intrusivos, como pensamientos egodistónicos de contenido crítico, y conductas en las que no se reconocía.

5.2. La despersonalización y la desrealización

Agrupadas en el mismo epígrafe en la DSM-V, permanecen como cuadros separados en la CIE-10. Se caracterizan ambas por una alteración cualitativa de la conciencia de uno mismo o del entorno, con distanciamiento y sentimiento de extrañeza.

Como ocurre con la amnesia o la fuga disociativas, son síntomas frecuentes en el trastorno de identidad disociativo (TID), y su presencia dentro de un clúster más amplio de síntomas llevaría al diagnóstico de TID.

La despersonalización y la desrealización son síntomas por otro lado muy inespecíficos, que pueden presentarse en un amplio abanico de patologías tanto neurológicas como psiquiátricas. Putnam (1985) señala que los sentimientos de despersonalización aparecen en el 15-30% de todos los

pacientes psiquiátricos, independientemente del diagnóstico. Se ha descrito en la esquizofrenia, depresión, fobias y ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias, privación de sueño, epilepsia del lóbulo temporal y migrañas. También pueden ocurrir en personas sin patología asociada. Investigaciones en estudiantes muestran que hasta un 25% referían haber tenido alguna vez estas experiencias (Hart, 1954). Cuando ocurren en personas que no son pacientes psiquiátricos suelen asociarse a momentos de relajación física y calma (Twemlow, Gabbard y Jones, 1985).

5.3. Trastornos de conversión

Brown, Cardeña, Nijenhuis, Sar y Van der Hart (2007) recogen diversos estudios de prevalencia que señalan la frecuencia con la que los trastornos de conversión, en particular las pseudocrisis, ocurren entre los pacientes con otro trastorno disociativo, señalando la importancia de considerar estos trastornos dentro del capítulo general de los trastornos disociativos. Mondon, De Toffol, Praline, Receveur, Gaillard, El Hage y Autret (2005) encuentran en el 70% de los pacientes con pseudocrisis epilépticas al menos un trastorno mental comórbido, con el trastorno de estrés postraumático, los trastornos somatomorfos y los trastornos disociativos entre los más frecuentes. También Sar (2004) describe un 7,9% de casos de trastorno de identidad disociativo, y un 34,2% de formas incompletas del mismo. Al igual que ocurría respecto a la amnesia o la fuga disociativa, muchos pacientes con TID o trastorno disociativo no especificado se quedan con el diagnóstico de trastorno conversivo, porque los síntomas físicos son más evidentes y no se lleva a cabo una evaluación completa de la sintomatología disociativa.

La clasificación CIE-10 incluye los trastornos conversivos entre los trastornos disociativos, denominándolos trastornos disociativos de conversión. Los denomina trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad (F44.4F44.7), dentro de los cuales estarían los siguientes:

- a) Trastornos disociativos de la motilidad: parálisis total o parcial, falta de coordinación de movimientos (ataxia), temblores o sacudidas de una o más extremidades y, en general, síntomas que remedan un trastorno neurológico. También puede presentarse afonía o disfonía.
- b) Convulsiones disociativas.
- c) Anestias y pérdidas sensoriales disociativas, más frecuentemente pérdida de la sensibilidad cutánea y de la visión. La sordera disociativa y la anosmia son bastante menos habituales.

La CIE-10 introduce un matiz, no presente en la DSM, afirmando que "la evaluación del estado psicológico del enfermo y de su situación social sugiere que la incapacidad funcional consecuencia de los síntomas puede estar ayudando al enfermo a escapar de conflictos desagradables o a expresar de una manera indirecta una necesidad de dependencia o un resentimiento" o que "puede haber una cierta proporción de búsqueda de atención añadida a un núcleo central e invariable de pérdida de la motilidad o de la sensibilidad que no está bajo el control voluntario". Estos detalles apuntan al recelo que desde la psiquiatría europea existe hacia los trastornos disociativos en general, remarcando el posible componente de beneficio secundario o llamada de atención. También es destacable que estos cuadros se conectan con estresantes actuales, pero no con una historia de trauma temprano. En la DSM-V, por el contrario, se enfatiza que los factores psicológicos asociados con los cuadros conversivos pueden no ser demostrables en el momento del diagnóstico.

Pese a la perspectiva que se refleja en la CIE-10, que resta relevancia al trastorno de identidad disociativo, relegándolo a una categoría residual, asocia los cuadros disociativos de conversión a llamadas de atención o ganancias secundarias, y los relaciona más con un estresor identificable que con historia de trauma temprano, es importante reconocer el acierto de unificar disociación psicológica y somática. Ellert Nijenhuis (2000), uno de

los autores que desarrolló la teoría de la disociación estructural, propone, retomando la teoría de Janet (1907), una conceptualización conjunta de los trastornos disociativos y de conversión, denominándolos disociación psicológica y somatomorfa.

6

Los síntomas del trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple

La psicopatología del trastorno de identidad disociativo (TID) gira en torno a las esferas de la conciencia, la memoria y la identidad. Junto a estos aspectos nucleares, puede presentar síntomas relacionados con la traumatización grave temprana a la que generalmente se asocia, como son la desregulación emocional, la afectación de los sistemas de creencias y las expectativas de futuro. A continuación se profundiza en cada una de estas esferas.

6.1. Memoria y disociación

A través de investigaciones experimentales y observaciones clínicas, se ha encontrado evidencia sobre diversos procesos de memoria para los hechos traumáticos, tanto conscientes como no conscientes. Los estudios experimentales han demostrado que el contenido de la memoria es dinámico y está sujeto a la sugestión y distorsiones. Los recuerdos traumáticos difieren a nivel cognitivo y por sus características psicobiológicas de los procesos ordinarios de memoria. Incluso vemos que las características de la memoria traumática son muy variadas y dependientes de la naturaleza de los hechos traumáticos, así como del nivel de desarrollo evolutivo según la edad en la que fueron experimentados.

Una traumatización breve o limitada conlleva un incremento en la claridad

o en la forma de recordar o en la recuperación la memoria (hipermnesia), y un elevado nivel de precisión en cuanto a los detalles centrales de la experiencia. Por otro lado, una grave traumatización temprana y crónica puede estar correlacionada con la negación, la disociación y la amnesia. Como se ha comentado en el capítulo 3, los estudios clínicos apoyan la existencia de amnesia y de memorias recuperadas especialmente para los casos graves y crónicos de abuso infantil (Chu, Matthews, Frey y Ganzel, 1996). El debate sobre el síndrome de las falsas memorias y los estudios sobre la modificación de los recuerdos ha ayudado a la investigación sobre los recuerdos traumáticos, y está ampliamente aceptado que estos recuerdos, sobre todo cuando ocurren en edades tempranas, pueden ser más vulnerables a la distorsión y a los errores. Esto da gran importancia a una evaluación cuidadosa que, sin minimizar o negar la realidad de los hechos traumáticos, tome precauciones para no inducir o modificar dichos recuerdos.

En la presentación clínica del TID, uno de los criterios definidos en el DSM es la amnesia o la incapacidad para recordar que va más allá del olvido ordinario. Esta amnesia disociativa se diferencia de la amnesia orgánica en que puede no ser completa o estable, y en algún momento puede ser reversible. Por ejemplo, un paciente que no recuerda su infancia puede reconocer sensaciones derivadas de ella cuando responde a un cuestionario específico. El recuerdo puede ser borroso o confuso, como si estuviera cubierto por una niebla, pero no completamente inaccesible. La persona puede notar sensaciones corporales o emociones desconectadas del recuerdo donde se originaron, o tener un recuerdo narrativo totalmente desprovisto de emoción.

La amnesia infantil es un fenómeno normal hasta los cinco años, pero muchas personas tienen periodos delimitados de amnesia posteriores a esa edad. Por ejemplo, no recuerda nada entre los nueve y los doce años, aunque puede contar situaciones previas y posteriores. Esto suele orientar a que en esta etapa ocurrieron sucesos de alta carga traumática. En algunos casos la

persona llega a desarrollar una confabulación para rellenar sus lagunas. Por ejemplo, da una descripción genérica de la infancia, generalmente con altos niveles de idealización, pero es incapaz de poner ningún ejemplo. A veces simplemente se "salta" el periodo amnésico cuando habla de su biografía, y resulta evidente únicamente con una entrevista atenta a la cronología de los hechos.

Este tipo de amnesia remota, frecuente en los cuadros disociativos, puede presentarse en muchos otros trastornos, en general ligados a historia de trauma temprano. Más específicas de los trastornos disociativos son las lagunas de memoria reciente. El individuo puede reconocer que hay como huecos en el transcurrir del día, trozos que no recuerda y de los que no puede dar cuenta aunque se esfuerce. Estas lagunas a veces no son conscientes, la persona cae en la cuenta porque está haciendo algo y no recuerda lo que pasó antes, se encuentra en un sitio sin saber cómo llegó allí, a veces sin saber qué lo llevó a ese lugar (microfugas) o encuentra pruebas de haber hecho cosas que no recordaba haber hecho. En algunos casos, los pacientes pueden llegar a "rellenar" estos huecos u omitirlos cuando se les pregunta, como si el tiempo simplemente diera un salto. En ocasiones son los demás los que les cuentan estos hechos.

Algunos pacientes lo relatan así:

De repente aparezco en un sitio y no tengo ni idea de cómo he llegado hasta allí, ni por qué iba a ese sitio.

Llego a casa y veo un queso. Y digo... "Qué es esto, si a mí no me gusta el queso...". Y salgo a comprar otra vez. Me pasa muchas veces, me encuentro con cosas en la compra que ni siquiera me gustan.

Mi escritura cambia totalmente. A veces se deforma. Otras veces es infantil, totalmente de niña. Encuentro notas por casa a veces con estas letras y yo no recuerdo haber escrito eso.

¿Qué hago los fines de semana? Duermo, duermo mucho. (La paciente afirmaba dormir tres días seguidos, sin despertar ni un solo minuto. Más adelante resultó evidente que los fines de semana hacía cosas, saliendo con gente de un estilo muy distinto al suyo).

La sintomatología negativa de la memoria (amnesias) puede alternar con hipermnesia en relación a los recuerdos traumáticos, que se reactivan con una extraordinaria viveza. El paciente revive determinados eventos como si estuviesen sucediendo ahora, pudiendo llegar a presentarse una desorientación temporoespacial transitoria. Estos recuerdos pueden venir también espontáneamente a modo de flashbacks o pesadillas. Al tiempo que estos recuerdos se presentan con gran nitidez perceptiva, el paciente puede tener memorias más confusas debido a la edad en la que se produjeron, a que están en la base de la fragmentación de la personalidad y la persona no puede acceder de modo global a todos los elementos de ese recuerdo, o a que se sucedieron en medio de periodos del desarrollo tempranos y se vieron afectados los propios mecanismos de procesamiento de la información (Van der Hart, Bolt y Van der Kolk, 2005).

6.2. Conciencia e identidad: desconexión y fragmentación

MacDonald (2008) describe cinco componentes en la conciencia, que se asocian para dar lugar a la experiencia de lo que ocurre y de uno mismo:

- a) La existencia de un yo observador distante y un yo experimentante que siente, más corporalizado. El yo observador permite una perspectiva metacognitiva (pensar sobre el propio mundo interno) y la autoobservación, y reside en los sentimientos y la sensopercepción que inconscientemente contribuyen a la sensación de "estar presente" con uno mismo y el mundo en cada momento.
- b) El acceso voluntario a las propias memorias autobiográficas (memorias sobre el yo ubicado en el tiempo), que están constantemente

recuperándose e integrándose con la experiencia presente. Este componente permite distinguir entre experiencias que se recuerdan (pasadas) y experiencias de "primera mano" (presentes).

c)Un sentido de agencia y control voluntario de los contenidos mentales propios, la actividad mental y los movimientos corporales.

d)Una conexión dinámica con el propio cuerpo y mente y una comprensión de dónde vienen las sensaciones e imágenes.

e)Un sentido secuencial de la experiencia, con transiciones relativamente suaves (del yo del trabajo al yo de casa, del yo de hace una semana al yo de hoy, etc.) que tiene un referente singular (una identidad).

Estos componentes de la conciencia están afectados en la disociación, de modo diferencial en cada subtipo. La separación entre el yo "observador" y el "experimentarte" ocurre en el trastorno de despersonalización. La pérdida reversible de la capacidad para acceder a los recuerdos caracteriza a la amnesia disociativa. La desconexión entre las experiencias secuenciales forma parte del trastorno de identidad disociativo.

6.2.1. Desconexión

La desconexión forma parte esencial de la respuesta disociativa. Algunos pacientes muestran una desconexión emocional marcada que puede representar una verdadera falta de aprendizaje de vocabulario emocional (alexitimia) o solo una falta de conexión con emociones definidas e identificables subyacentes. En el primer caso, donde podemos entender que existe una alexitimia verdadera, el paciente, que ha crecido con un nivel importante de negligencia emocional, no reconoce ni diferencia sus estados emocionales, puede no prestarles atención o bloquearlos al no saber qué hacer con ellos. En el segundo caso, el paciente está "aparentemente" anestesiado, embotado, o con un afecto plano; pero cuando entra en

determinados estados mentales conecta, generalmente de modo intenso, con emociones, sensaciones o esquemas cognitivos que muchas veces le sorprenden y le desconciertan, no sintiéndolos como propios.

Otro matiz es la desconexión entre los bloques de la experiencia (Braun, 1988a y 1988b). Un paciente puede tener un recuerdo cognitivo, pero no sensoriomotor o emocional, o la respuesta corporal puede estar desconectada del resto y manifestarse como síntomas físicos sin causa aparente. El paciente no conecta lo que ocurre con sus reacciones, viviendo su malestar como algo inexplicable ante lo que se siente impotente y sin recursos.

Un síntoma no exclusivo, pero sí característico de los trastornos disociativos, es la despersonalización, en la que el paciente experimenta una desconexión de sí mismo o del cuerpo en diversos modos. Puede sentirse un observador de lo que hace o lo que experimenta, o verse literalmente desde fuera del cuerpo. Puede no reconocerse en el espejo, o ver un rostro que no es el suyo. Puede en algunos momentos no sentir el dolor o ver el cuerpo o partes de él cambiados de tamaño. A veces el paciente no se siente parte de lo que sucede, y se ve funcionando como un autómatas, o como si un yo observador estuviese aparte, mirando cómo otra parte del yo sigue adelante con la vida. Veamos algunos ejemplos:

Cuando tenía 12 años empecé a jugar con mi conciencia, yo la mantenía alerta cuando quería y cuando no, la apagaba, como un botón voluntario. Yo decidía cuándo ser consciente y cuándo no percibir, aunque siguiera estando ahí de forma aparentemente normal, participando en una conversación como una más, aunque mi boca hablara automáticamente, como si mi mente relegara todo al hábito adquirido por mi cuerpo. Es como estar en una burbuja de cristal en mi cuerpo y él actúa autónomamente mientras la otra duerme impasible.

Me salía de mi cuerpo, me veía desde fuera, como te estoy viendo a ti ahora. La primera vez que me pasó fue de niña, y luego se ha

repetido varias veces.

Mi cabeza y mi cuerpo están desconectados. A veces veo cómo hago las cosas, pero es como si fuera un robot. Mi cabeza lo mira, pero todo ocurre automáticamente.

Tengo esa sensación de modo permanente, es como no estar en mí mismo, como no estar en nada... Simplemente van pasando las horas y los días, y yo sigo ahí, hago como si me relacionara, como si me moviera, como si viviera..., pero... no sé cómo explicarlo...

Las palabras salen de mi boca sin que yo decida lo que digo ni pueda controlarlo... Una vez a una compañera le grité "puta" y, la verdad, no sé por qué lo hice... No era yo...

Mi cuerpo es como si no me perteneciera. A veces ni siquiera lo siento. En ocasiones es muy angustioso, me voy, me voy de mi cuerpo... Entonces tengo que cortarme o quemarme, o hacerme daño... Así puedo "volver".

Me veo en el espejo, pero no veo mi cara... Veo la cara de aquel hombre [un abusador de su infancia]... No soy yo, es su cara (se agarra la cara con las manos, como intentando quitarse una máscara).

La desconexión puede estar también en relación con el entorno, en lo que se conoce como desrealización. Hay una alteración cualitativa de la conciencia de lo que rodea a la persona, percibiendo el mundo con un sentimiento de extrañeza. Todo, o algunos elementos, se ven irreales, como en un sueño o a través de una niebla. Personas o lugares conocidos parecen extraños y ajenos. Los pacientes lo describen así:

Llegaba a mi casa, sabía que era mi casa... Pero no la reconocía... Nada en aquel sitio me parecía familiar. Me asusté mucho, me quedé

bloqueada... No sabía qué hacer...

Durante un tiempo todo parecía una película, vivía como en la Edad Media y todos me parecían personajes (literalmente). Yo también me veía como un personaje.

(Contado por un familiar): "Vino hacia mí y me llamó Ramón [el nombre del padre, que era a veces muy agresivo] y se puso a darme golpes diciéndome que me fuera. Estaba fuera de sí y no me reconocía. Le decía, soy yo, soy Luis... Tardó varias horas en volver a la normalidad...

6.2.2. Fragmentación de la conciencia y de la identidad

La identidad tiene que ver con la conciencia de uno mismo, con cómo nos vemos, y con el sentimiento de pertenencia de las propias acciones. Un elemento central de los trastornos disociativos es la presencia de distintos estados mentales o partes disociativas no integradas en una personalidad coherente, no vividas desde un yo central que se siente experimentarte de los fenómenos psíquicos y agente de las acciones psicológicas y físicas.

El individuo se siente distinto en unos y otros momentos, o siente como si en su interior hubiese tanta contradicción que no puede saber quién es, porque el concepto de sí mismo es enormemente cambiante e inestable. En muchos trastornos de personalidad límite encontramos estos cambios drásticos, que en los casos de trastornos disociativos se harán mucho más extremos, presentándose en ocasiones barreras amnésicas entre ellos. Es decir, la persona en un estado no recuerda lo que hace, siente o piensa en el otro.

Dependiendo del grado de fragmentación de la conciencia, podemos hablar de confusión o alteración de identidad.

El síntoma de confusión de identidad se define como una sensación subjetiva de incertidumbre, perplejidad o conflicto sobre la identidad. La persona está en lucha permanente respecto a quién es y a qué decisiones tomar. La confusión de identidad es un síntoma que se manifiesta a lo largo de un espectro de severidad (Steinberg, 1991), que va desde una lucha intermitente entre las partes "buenas" y "malas" que se presentan en ausencia de amnesia en los trastornos de personalidad (Boon y Draijer, 1991) hasta luchas internas persistentes respecto a la identidad, caracterizadas por constantes diálogos internos, en el trastorno de identidad disociativo y en los trastornos disociativos no especificados.

Ejemplos:

No sé quién soy en realidad. Es como si no tuviera una identidad definida. Cambio constantemente de idea, no sé lo que opino sobre nada, soy incapaz de tomar decisiones.

Hay una lucha en mi interior, una constante pelea conmigo misma. Distintas partes de mi intentan imponerse... Es agotador.

Es como si una parte tirara de mí para un lado, y la otra me quisiera llevar para el otro lado, y gane la que gane, el que sale perdiendo soy yo..., yo entero, quiero decir...

Cuando se presenta alteración de identidad suelen presentarse cambios marcados de estado mental, y la persona se comporta de modos muy diferentes. Es frecuente cuando alguien los describe escuchar "parecía otra persona". Estos cambios a veces son muy extremos, el paciente tiene amnesia en un estado de lo que ocurría en el otro, y llegan a configurar patrones complejos de comportamiento. Hablamos aquí de partes disociativas, porque cada estado mental llega a funcionar con un cierto grado de autonomía mental o, en palabras de Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006), de perspectiva de primera persona. Es decir, la persona en un estado piensa, siente, recuerda,

experimenta el mundo y a los otros de un modo muy distinto que en otro estado. Cuanto mayor sea la diferencia entre estos estados más brusca será la transición entre unos y otros, y cuanto menos coconsciencia exista mayor entenderemos que es la fragmentación y la disociación.

Por ejemplo, si en uno de estos estados le preguntamos a un paciente adulto cuántos años tiene, podemos sorprendemos escuchando una edad mucho menor que la edad cronológica del paciente. Si no hacemos esta pregunta, podemos ver simplemente a una persona de 40 años hablando en un modo que no encaja con su edad, pero podremos etiquetar esta conducta como "regresiva" o "inmadura", sin darnos cuenta de que esta "inmadurez" es literal: una parte de la mente del paciente, un conjunto de redes neurales, un estado mental, se ha quedado estancado en una forma de funcionamiento propia de una etapa de la infancia en la que sucedieron hechos de especial carga traumática. Es como si el individuo hubiese podido crecer, relacionarse con otra gente, desarrollarse en determinadas áreas de su vida, pero algunos aspectos de sí mismo, una parte de él, se hubiese quedado atascada en el tiempo, bloqueada, fijada a los recuerdos traumáticos. Cuando el paciente entra en ese estado mental, puede que siga sintiendo que está allí y entonces, o funcionando como lo hacía allí y entonces.

Cuando esta fragmentación es extrema, el paciente en estos estados puede creer ser otra persona, incluso usar otro nombre. Esta presentación más extrema no es la única con la que haríamos un diagnóstico de trastorno de identidad disociativo, pero esta idea probablemente explique por qué muchos pacientes con estados claramente disociados y grave repercusión funcional no están siendo diagnosticados. Además, no es lo habitual que el paciente, cuando entra en este estado de importante perturbación, salude y se presente por su nombre. Más bien al contrario, no suele ser evidente si no se explora, pudiendo pasar como cambios extremos de estado emocional, similares a los de los pacientes con trastorno límite de personalidad.

A veces esta fragmentación de la personalidad no se muestra externamente, sino que opera a nivel interno. El paciente siente como si hubiese distintas partes dentro de él influyendo en su conducta. Puede sentir como si hubiese un niño en su interior, afirmando muchas veces que esta sensación es tan potente que no se sienten realmente adultos. Este mundo interno se oculta por temor a ser tomados como locos, o, debido al aislamiento social y las dificultades interpersonales, se considera "normal" y no hablan de ello, sino de los síntomas que los perturban.

Veamos algunos ejemplos:

A veces pierdo el control, me altero y no puedo controlar lo que hago. En alguna de esas ocasiones he llegado a ponerme muy agresivo... De esos momentos tengo recuerdos en trozos, como partes sueltas de una película... Luego me echo las manos a la cabeza, me siento muy avergonzado, muy culpable... Pero no puedo evitar que vuelva a pasar.

Yo creo que hay una Paula buena y una Paula mala... Trato de que la Paula mala no aparezca, pero a veces me controla por completo... Es muy vengativa, sobre todo con los hombres. El otro día vi una denuncia que puse... Yo no recuerdo esto... Sé que fue la Paula mala, pero no recuerdo nada... Algunas veces sí recuerdo cuando aparece, pero esa vez no...

Oigo una voz que me insulta, me llama gusano, me quiere dominar... A veces ella toma el control, me domina por completo y hago cosas horribles... Es como si ocupara la mitad de mi cerebro, y quiere destruirme, quiere acabar con todo. Yo trato todo el tiempo de controlarla, pero a veces no puedo, a veces se me escapa.

6.3. Los síntomas corporales de la disociación

La ruptura traumática no es un fenómeno mental, sino también somático. Para muchos autores en el cuerpo está la huella fundamental de la experiencia traumática (Ogden, Minton y Pain, 2006; Levine, 1997).

Los síntomas somáticos pueden ser muy variados. Las parálisis y las convulsiones o pseudocrisis epilépticas son las más conocidas, por hallarse entre las descripciones clásicas de la histeria. Sin embargo, muchos pacientes presentan síntomas atípicos, que pueden ser cambiantes o repetitivos, episódicos o crónicos.

Los trastornos conversivos se presentan ante nuestros ojos con una evidencia innegable. Están presentes muchas veces en las consultas de diversos especialistas médicos, en particular los neurólogos. Por lo general, el esfuerzo del clínico irá orientado a diferenciar el cuadro conversivo de una "verdadera" enfermedad. Entre los psiquiatras y psicólogos, aunque reconociendo el carácter involuntario de los síntomas, acostumbra a presentarse una ambivalencia respecto a estos pacientes, colocándolos cerca de la simulación y la manipulación intencional. Pero, aunque se trate de un diagnóstico bajo sospecha, su carácter físico hace que no pase desapercibido, como ocurre con otras presentaciones de la disociación. Sin embargo, junto a los síntomas somatomorfos, es muy frecuente encontrar síntomas de disociación psicomorfa, como las alucinaciones auditivas, la presencia de partes disociativas a veces complejas o las amnesias. En algunos de estos casos se cumplirían criterios para un trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple, del que la sintomatología conversiva sería únicamente una parte.

Es importante, por tanto, explorar en los pacientes con trastorno conversivo más allá del síntoma evidente, así como también es necesario, para dibujar el cuadro clínico completo, evaluar la sintomatología física en los pacientes con presentaciones de disociación más psicomorfas.

A veces no puedo caminar, mis piernas no me responden. Me

bloqueo completamente. Puede ocurrir cuando hay algo que me agobie, pero muchas veces no lo asocio con nada... Me pasa desde los 13 años, la primera vez fue cuando mi padre murió... Dura a veces semanas, otras días... Luego se pasa...

No puedo controlar estos saltos [todo el cuerpo de la paciente experimenta una sacudida]. He hecho de todo para que se quiten, pero cada vez era peor. Ahora los dejo estar, procuro hacer cosas relajantes [nueva sacudida] y esperar a que se pase... Estoy desesperada.

A veces estos síntomas están claramente vinculados a una parte disociativa que se expresa somáticamente. En otros pueden corresponder a bloqueos somáticos o memorias preverbales.

6.4. Las intrusiones

Los síntomas intrusivos reflejan confusión o alteración de identidad, pero su relevancia en la sintomatología disociativa hacen necesario que les dediquemos un apartado específico. Los fenómenos intrusivos, como los fenómenos de influencia pasiva que Schneider (1975) describía como los factores de primer rango para la esquizofrenia, están considerados por muchos autores como indicadores más bien de disociación y característica fenomenológica fundamental de los cuadros disociativos (Dell, 2006, 2009). Las partes disociativas (o emocionales) de la personalidad son percibidas por el paciente en su estado ordinario como intrusiones, y pueden tomar la forma de voces, pensamientos egodistónicos, sensación de estar siendo controlado por una fuerza externa o por algo interno, sentir que la persona hace cosas sin estar controlando lo que hace, sentirse como una marioneta en manos de otro, o tener emociones o sensaciones físicas que no entiende de dónde vienen... Estos síntomas pueden entenderse como una parte de la mente del sujeto que funciona de forma autónoma, y es percibida por el resto del yo, que no se siente experimentando esos procesos mentales, en forma de síntomas.

Por ejemplo, Dell (2008) menciona varias intrusiones que son experimentadas de forma consciente por una parte de la personalidad, entre otras:

- Voces infantiles, una de las pocas características distintivas de las voces disociativas frente a las esquizofrénicas (Dorahy et al., 2009). La persona puede ver también, aunque no siempre, una imagen visual de ese niño.
- Dos o más voces que comentan o discuten. Pueden establecer una lucha por el control del individuo, o de unas sobre otras.
- Voces persecutorias, amenazantes, que insultan o que empujan a actos autodestructivos.
- Inserción del habla, consistente en que la persona dice cosas sin sentir que tiene intención de hacerlo o sintiendo que no es él quien está hablando.
- Actos que la persona se ve impelida a hacer. Puede experimentarse este fenómeno desde un estado de despersonalización, en el que la persona observa desconectada cómo realiza de modo automático una conducta, o desde una sensación de estar siendo controlado o incluso poseído por una fuerza. En ocasiones, la persona observa que una parte del cuerpo parece tener vida propia.
- Pérdida de habilidades previamente adquiridas. La persona pierde una capacidad que tenía perfectamente entrenada, como tocar un instrumento, o hacer una tarea específica. A veces va ligada a amnesia de información relacionada.
- Experiencias desconcertantes de alteración corporal o psicológica, como sentir que el cuerpo o partes de él han cambiado de tamaño, verse

distinto en el espejo, sentirse como hombre siendo mujer, o viceversa, o sentirse en un cuerpo que no le pertenece, entre otras.

- Sensación de perplejidad profunda y crónica respecto a uno mismo. Cuando el individuo experimenta síntomas frecuentes, la sensación de extrañeza acaba por hacerse casi crónica, permaneciendo la persona en un estado de desconcierto respecto a sus percepciones, sensaciones y pensamientos.

Veamos varios ejemplos:

Lo que me pasa de que... mis manos me quieren hacer daño, ¿sabes? Yo no quiero que lo hagan, me clavan con tenedores, me queman con cigarros, me arañan..., yo no siento el dolor, mientras ocurre no lo noto, no noto nada hasta un rato después.

Son cosas que yo no quiero hacer, me las hacen hacer..., como cuando le eché aquello en la comida a la señora para la que trabajaba (se tapa la cara avergonzada), dios mío, yo no hago esas cosas...

Me quitan los pensamientos de la cabeza, de repente, se van (hace un gesto)..., me quedo como en blanco, y ya no sé de qué estaba hablando...

Esas voces están siempre ahí, torturándome. Son como una voz interior, como la voz de mi conciencia. Cuando estoy más o menos normal están ahí, de fondo. Pero cuando estoy alterada se hacen más fuertes. Entonces parece como si vinieran de fuera de mí.

Ante la pregunta del terapeuta sobre si la paciente oye voces la paciente reconoce, nerviosa: "Sí, ¿eso quiere decir que estoy loca? Siempre me ha dado miedo contárselo a los psiquiatras porque pensé que querrían volver a ingresarme...". Cuando el terapeuta pregunta: "¿Te están diciendo algo

ahora?", la paciente comenta: "Sí, me dicen que no te haga caso, que no te cuente nada... Cuando estaba con la otra terapia [en un centro específico para trastornos de personalidad] las voces estaban calladas en la sesión, pero al salir me machacaban sin parar, me gritaban todas a la vez, me decían que tenía que haber estado callada..., eso duraba semanas y me sentía fatal". La paciente no comentó nada de esto a sus terapeutas anteriores, en parte porque ellos no le habían preguntado específicamente por estos síntomas. El estimular que la paciente hablara del contenido de las voces en la sesión, y tratar de entender lo que significaba, eliminó el periodo de malestar intenso debido a las voces que la hostigaban continuamente.

Las voces disociativas no se distinguen de las voces en otras patologías, como la esquizofrenia, por sus características psicopatológicas (Dorahy, 2009), salvo por la edad de inicio: las voces disociativas se inician con más frecuencia en la infancia. Pese a que estos síntomas no son específicos de la disociación, sí son frecuentes en ella, y suelen ser interesantes puntos de partida para acceder a los estados mentales disociados que subyacen a las intrusiones.

6.5. La regulación emocional, el autocuidado y los sistemas de creencias

Los pacientes crónicamente traumatizados, en particular cuando están expuestos a traumatización temprana, desarrollan síntomas que no están bien descritos en el concepto de trastorno por estrés postraumático, más en relación con traumas delimitados en el tiempo (Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005). Entre los pacientes con historia de trauma en la infancia, mujeres víctimas de violencia doméstica y supervivientes de campos de concentración se identificaron más síntomas. Judith Herman (1992b) los ordenó como desregulación de los siguientes aspectos: a) afectos e impulsos, b) atención y conciencia, e) autopercepción, d) percepción del perpetrador, e) relaciones con otros, f) somatización y g) sistemas de significado.

Aunque algunos de estos aspectos están enlazados con los síntomas anteriormente descritos, la regulación emocional y los sistemas de creencias merecen un apartado específico.

En estas relaciones de apego temprano se establecen los mecanismos de la regulación emocional y las creencias nucleares sobre el self (Liotti, 2013). Aunque factores constitucionales y relaciones en otros entornos también contribuyen, la relación diádica entre el niño y el cuidador principal es crucial. Así, el niño aprende a verse, a entenderse, a "sentirse sentido" (Siegel, 2011) y también a entender a los demás como diferentes de él, a adquirir lo que se ha denominado mentalización (Bateman y Fonagy, 2004).

En los pacientes con disociación suele haber problemas con la gestión de las emociones, que van más allá de la disociación de algunas de ellas. Las emociones más rechazadas, porque se sienten como intolerables o porque se asocian a figuras que fueron dañinas, pueden estar más vinculadas a determinadas partes de la personalidad (por ejemplo, la rabia solo es expresada por una parte, que es percibida por el paciente como una alucinación auditiva de contenido hostil). Desde la parte de la personalidad que no siente esta emoción (una personalidad poco asertiva, frágil, sumisa o complaciente) puede experimentarse una intensa fobia a todo lo que la primera representa, tratando de evitarla a toda costa.

Otro conjunto de emociones que son generalmente disociadas son aquellas que tienen que ver con la vulnerabilidad y el apego, dado que en el apego desorganizado la vinculación con el cuidador, supuesta fuente de protección, se asocia paradójicamente a daño y amenaza. Conectar con la tristeza, el miedo, pero también con el cariño y la afectividad, pueden ser vividos como la puerta hacia una potencial amenaza.

La culpa y la vergüenza son también emociones que suelen asociarse a diversas experiencias adversas, y que cuando no pueden ser asimiladas bloquean de modo importante el sistema mental. La vergüenza es una

emoción intensa que se asocia con la activación autonómica, y es además una señal social que se disipa cuando encuentra una respuesta compasiva. Sin embargo, cuando encuentra otra respuesta, no puede regularse. Autores como Herman (2007) han propuesto que esta emoción juega un papel nuclear en el trastorno de estrés postraumático.

Sin embargo, la desregulación emocional en los pacientes disociativos va mucho más allá de estos ejemplos. Algunos pacientes presentan una baja tolerancia a los afectos de tonalidad positiva como la alegría, el disfrute o el placer (Leeds, 2009), dado que no hubo momentos positivos compartidos, como el juego, con los cuidadores en la infancia. El individuo puede también no ser capaz de sentir emociones positivas por un sentimiento de culpa que le hace no creerse merecedor de nada bueno, o por temor a "lo que siempre viene después de lo bueno".

Puede existir una falta de reconocimiento emocional, como comentábamos al hablar de la despersonalización, falta de vocabulario emocional, de identificación de las emociones y de su relación con los factores que los desencadenan. Puede haber una falta de resonancia con las emociones de los demás, por no haber podido desarrollarse una capacidad mentalizadora (Bateman y Fonagy, 2004) o porque la persona está absorbida por su sufrimiento y su conflicto internos. Si cuando el niño estaba mal nadie se daba cuenta, tenderá a ignorar su malestar, o a desbordarse ante cualquier perturbación porque no aprendió a modular sus reacciones. Si además le castigaban por ello, podrá hacerse duros reproches por estar mal, o sentirse culpable o inadecuado por sentirse así, manejando sus estados emocionales a base de control rígido como sistema compensatorio.

Pueden darse numerosos escenarios, que en algunos casos configuran estructuras rígidas, bajo las que se ocultan emociones que el individuo no percibe o evita activamente, o sistemas altamente inestables, con frecuentes cambios de un estado emocional a otro.

Como comentábamos, los sistemas de creencias están generalmente muy afectados. Las creencias básicas se generan en la infancia, siendo la mirada hacia uno mismo reflejo de la mirada de los cuidadores, de las expectativas que proyectan en el niño, o fruto de un intento de compensar una autoimagen deficitaria o dolorosa. Cuando existe una fragmentación marcada y partes disociativas elaboradas, como en el trastorno de identidad disociativo, el paciente puede tener muy distintas creencias autorreferentes en unas y otras partes. Por ejemplo, puede sentirse débil en una parte desde la que se siente un niño asustado, culpable en la que está en contacto un abuso sexual, fuerte en la parte agresiva que se identifica con el abusador, superior en una parte narcisista que surge como compensación ante la infravaloración que siente.

Una alteración frecuente es la de los patrones de autocuidado (González y Mosquera, 2012). El individuo severamente traumatizado acostumbra a no cuidarse bien, tanto a nivel físico como relacional, y tiene problemas en el establecimiento de los límites, para pedir ayuda y dejarse ayudar, tendencia a tratarse mal interna o externamente, a no protegerse adecuadamente o a buscar la solución de sus problemas en los demás y en vías no realistas.

Los significados, la moral, la posición ante las personas y ante la vida se ven alterados. La persona con un pasado traumático no tendrá unas expectativas realistas de futuro, y estas pueden oscilar entre los sueños idealizados y las soluciones mágicas y la convicción de tener un destino infausto y un futuro desolador. La visión de los demás puede también presentar esta oscilación entre la idealización y la desconfianza y la devaluación, o estar fijada en alguno de los dos extremos. Las figuras abusivas pueden estar idealizadas o la persona puede estar atascada en un resentimiento que no le permite avanzar. El mundo puede verse como globalmente injusto y el rechazo a la injusticia condiciona gran parte de las reacciones del sujeto. Todos los sistemas de creencias se ven condicionados por un pasado que la persona siente como conminada a continuar.

La visión del presente, el pasado y el futuro están en sí misma alterada. El pasado es presente, ya que el paciente (cuando es consciente de los eventos traumáticos) no recuerda, sino que revive dichas experiencias como si estuvieran ocurriendo aquí y ahora. El futuro se ve como la inevitable continuación de este pasado.

6.6. Los indicios indirectos de la disociación

Como señala Paul Dell (2008), la disociación se experimenta desde el self, en particular desde el yo consciente. Es este yo consciente es el que percibe y se da cuenta de las intrusiones disociativas en el funcionamiento y sentido del self. Si este self no está apenas desarrollado, o no está "en línea" mientras se producen estos síntomas, no se percibirán como intrusiones. En este caso, lo que el individuo podrá referir serán indicadores indirectos de que se han producido.

- Los lapsos de memoria pueden detectarse porque la persona es consciente por el reloj o el periódico de que ha pasado el tiempo sin que se diera cuenta.
- A veces son los demás los que hablan al individuo de actos llevados a cabo de los que este no tiene conciencia, o en un periodo que no recuerda.
- La persona puede "despertar" o "venir en sí" en medio de una actividad, sin recordar cómo la inició o qué ocurrió en un fragmento de esa acción. A veces la persona se traslada de lugar sin conciencia del proceso, lo que constituye fugas disociativas o minifugas (solo durante minutos u horas, por ejemplo dentro de la propia casa).
- Encontrar "pruebas": la persona puede descubrir que ha comprado cosas que no recuerda haber comprado, escritos que no recuerda haber hecho, trabajos que ha terminado sin recordar siquiera haberlos iniciado, etc.

La psicopatología del TID, como vemos, abarca muchas esferas y va mucho más allá de la presencia de partes disociativas. Entender todo el cuadro clínico está en directa relación con la comprensión de las consecuencias de la traumatización temprana, crónica y grave. En el próximo capítulo trataremos de enlazar ambos aspectos (historia traumática y sintomatología disociativa).

7

Evaluación estandarizada de la disociación

Lejos de presentarse habitualmente de modo espectacular y evidente, la mayoría de los pacientes que cumplirían criterios para un trastorno de identidad disociativo se muestran externamente con un cuadro clínico polimorfo y variado, en el cual los síntomas disociativos pueden no referirse espontáneamente, ser minimizados por el paciente o expresarse de modo contradictorio.

Una razón más simple para que estos síntomas apenas figuren en las historias clínicas de estos pacientes es que la exploración específica de la psicopatología disociativa no suele formar parte del guión habitual de entrevista. Cuando los pacientes llevan además cierto tiempo acudiendo a profesionales psiquiatras y psicólogos, están acostumbrados a que se les pregunte por otro tipo de sintomatología, y tienden a referir más problemas de ansiedad o depresivos, síntomas somáticos, alimentarios, adicciones o cualquier otra parte de su cuadro clínico.

En este capítulo se describirán diversos instrumentos psicométricos que pueden aportar al clínico una sistemática para la evaluación de estos casos. Incluiremos escalas y entrevistas estandarizadas que recogen tanto la sintomatología psicomorfa como somatomorfa, así como afectaciones más generales consecuencia de la traumatización severa y compleja.

7.1. Los instrumentos psicométricos para evaluar la disociación y el trauma complejo

Estos instrumentos pueden clasificarse de la siguiente forma:

- a) Instrumentos de screening: Son escalas breves, autoadministradas, que nos permiten detectar casos en los que es posible un trastorno de identidad disociativo. Los más utilizados son la Escala de Experiencias Disociativas (DES), el Cuestionario de Disociación (DIS-Q) y el Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20).
- b) Escalas autoadministradas diagnósticas: El Inventario Multidimensional de Disociación (MID).
- c) Entrevistas estructuradas: Permiten hacer diagnósticos clínicos. Las más utilizadas son la Entrevista Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM (SCID-D) y la Entrevista Estructurada para Trastornos Disociativos (DDIS). Hablaremos también de un instrumento en desarrollo: la Entrevista para Trastornos Disociativos y Síntomas Relacionados con el Trauma (IDDTTS). La Entrevista Estructurada para Trastornos de Estrés Extremo (SIDES) evalúa las consecuencias de la traumatización compleja.

A) Escala de Experiencias Disociativas (DES)

La Escala de Experiencias Disociativas (DES) (Bernstein y Putnam, 1986) es una escala de screening de 28 ítems (Carlson y Putnam, 1993). Dentro de la escala, algunos ítems reflejan amnesia, otros fenómenos de absorción y también fenómenos de desrealización-despersonalización (Carlson y Putnam, 1993). Esta escala parte de la idea de la disociación como contínuum entre experiencias normales y patológicas; por ello algunos ítems describen experiencias comunes y otros fenómenos más sugestivos de la presencia de un trastorno, como la desconexión del yo o del entorno, las alucinaciones auditivas o los actos no recordados.

B) Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20)

La disociación, como comentábamos, no se expresa únicamente a nivel

psicológico, sino en gran parte a través de manifestaciones somáticas. El Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20) (Nijenhuis et al., 1996) puede usarse también para detectar posibles casos, y tiene una alta correlación con la DES. Disociación somatomorfa y psicomorfa son probablemente manifestaciones de un mismo principio subyacente (Nijenhuis, 2000). La SDQ incluye síntomas positivos, como el dolor o la pseudocrisis, y negativos, como la parálisis o la anestesia.

C) Cuestionario de Disociación (DIS-Q)

El Cuestionario de Disociación (DIS-Q) (Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen y Verkes, 1993; Vanderlinden, 1993) es un instrumento autoadministrado de 63 ítems. Desarrollado en los Países Bajos, es más utilizado en Europa. Cuatro factores explican el 77% de la varianza: 1) confusión y fragmentación de identidad, 2) pérdida de control, 3) amnesia y 4) absorción. Correlaciona bien con la DES.

D) Inventario Multidimensional de Disociación (MID)

El inventario multidimensional de disociación (MID) (Dell, 2002; Ruths, Silberg, Dell y Jenkins, 2002; Dell, 2006) es también una escala autoadministrada, pero mucho más extensa. La estructura es similar a la DES, pero tiene 260 ítems y permite hacer diagnósticos, aunque no con la misma fiabilidad de una entrevista clínica.

E) Entrevista Estructurada para Trastornos Disociativos (DDIS)

La Entrevista Estructurada para Trastornos Disociativos (DDIS) incluye una parte de síntomas somáticos de origen no orgánico, exploración de psicopatología depresiva, consumo de tóxicos y síntomas de trastorno límite de personalidad. Explora primero de modo indirecto indicios de disociación: lapsos de memoria, pruebas de actos no recordados, etc., para pasar después a síntomas más claros (sentir que tiene otra personalidad, actos controlados por

otra persona, etc.). También recoge datos sobre experiencias extrasensoriales (los síntomas disociativos son muchas veces interpretados de ese modo por los pacientes).

F) Entrevista Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM (SCID-D)

Puede considerarse el estándar de evaluación para los trastornos disociativos, aunque tanto este instrumento como la DDIS han sido ampliamente utilizados en investigación. La Entrevista Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM (SCID-D) es el apéndice de trastornos disociativos de la SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IVR), elaborado por Marlene Steinberg (1994a, 1994b).

La SCID-D describe cinco áreas: amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de identidad y alteración de identidad. La evaluación puede ser breve si el individuo no responde positivamente a las preguntas iniciales, o más detallada si en alguna área hay aspectos que precisan mayor profundización.

G) Entrevista para Trastornos Disociativos y Síntomas relacionados con el Trauma (IDDTTS)

La Entrevista para Trastornos Disociativos y Síntomas relacionados con el Trauma (Interview for Dissociative Disorders and Trauma-Related Symptoms), elaborada por Boon, Draijer y Matheb (2007), recoge un amplio abanico de síntomas somáticos y psicomorfos, así como consecuencias postraumáticas en diversas áreas psicológicas. Se trata de un instrumento aún en desarrollo, pero con un interesante potencial.

H) Entrevista Estructurada para Trastornos de Estrés Extremo (SIDES)

La Entrevista Estructurada para los Trastornos de Estrés Postraumático

Complejo o de estrés extremo (disorders of extreme stress, DESNOS), desarrollada por Pelcovitz et al. (1997), no está centrada en los síntomas disociativos, sino en las consecuencias postraumáticas en diversas áreas:

- Regulación emocional: regulación emocional, de la rabia, conductas autodestructivas, conductas de riesgo.
- Atención y conciencia: Amnesia, síntomas disociativos, despersonalización transitoria.
- Autopercepción: ineficacia, daño permanente, culpa, vergüenza, incomprensión, minimización. - - - - -
- Percepción del perpetrador: adopción de creencias distorsionadas, idealización o preocupación con dañar al perpetrador.
- Relación con otros: incapacidad para creer, revictimización o victimización de los demás.
- Somatización.
- Alteración de los sistemas de significado: sentimiento de un futuro desolador, pérdida de creencias previas.

7.2. La evaluación de la disociación en un caso clínico

A continuación describiremos un caso que acudió durante años a los dispositivos psiquiátricos y fue valorada por distintos terapeutas, sin que los síntomas disociativos se hubiesen evidenciado. En esta paciente, con diagnóstico de trastorno de identidad disociativo, probablemente fue la falta de una exploración sistemática lo que hizo que sus graves síntomas disociativos pasasen desapercibidos.

La paciente, a la que llamaremos Teresa, tenía varias citas en la unidad de

salud mental, con diagnósticos de "síndrome ansioso-depresivo", "agorafobia" o "ansiedad generalizada", a lo largo de los últimos cuatro años. Ha acudido también a urgencias en cinco ocasiones por episodios de autolesiones. En su historia clínica aparece muy poca información, la demanda no es clara, la paciente explica de modo muy pobre lo que le pasa o por qué acude. Viene con su marido, con el que vive desde hace 10 años, que se muestra desesperado e impotente ante los problemas de la paciente. Tienen dos hijos, de 8 y 11 años, por los que manifiesta una gran preocupación, y se culpa por no poder atenderlos como debería. Aparte de con ellos, no se relaciona con nadie y no mantiene contacto con su familia de origen. Refiere frecuentes sentimientos de infravaloración.

En la evaluación previa a la SCID-D la paciente puntúa 60,71 en la escala de experiencias disociativas (DES). En la SDQ y la DDIS destacan numerosos síntomas somatomorfos. La entrevista DDIS evidencia alucinaciones auditivas, tanto extrapsíquicas (fuera de la cabeza), que identifica con su abuelo, como intrapsíquicas (dentro de la cabeza).

A) Amnesia: severa

Teresa refiere importantes lagunas de memoria, que se presentan también durante la entrevista y dificultan incluso la confección de los cuestionarios. Respecto a los lapsos de memoria que ocurren en su vida diaria, afirma: "No me acuerdo y luego me pongo muy agresiva". Estos periodos de "tiempo perdido" pueden durar hasta dos días y son muy frecuentes. Los demás le cuentan cosas que hace o dice y ella no recuerda.

Teresa llega a olvidar información personal importante: "Como cuántos años tengo... El nombre siempre lo recuerdo". Esto le ha pasado unas cuatro veces el pasado año. Presenta además lo que se denomina microfugas, periodos cortos de tiempo en los que se desplaza a otro lugar sin conciencia de ese periodo ni tener claro a dónde va. La paciente lo describe así: "Quiero

ir al supermercado, pero voy a otro lado y me veo perdida, es cuando me pongo más nerviosa".

Además de estos episodios, la paciente experimenta amnesia de gran parte de su infancia. Sus problemas de memoria se inician ya durante la niñez, y en torno a los 7-12 años presenta una laguna de memoria circunscrita, no es capaz de recordar nada de ese periodo. Estos problemas se han manifestado de modo continuado hasta la actualidad, no se asocian a un estrés desencadenante, y suelen causarle angustia, evidente cuando los relata. Las dificultades para recordar son evidentes en el momento de la entrevista y aporta ejemplos recientes. Estos periodos le generan una importante limitación funcional: "No puedo hacer nada, estoy en babia".

B) Despersonalización: severa

Las experiencias de despersonalización son frecuentes, intensas y generan una marcada repercusión funcional: "Veó mi propia imagen (desde fuera) cuando estoy muy alterada... Es como si alguien me quisiera hacer daño...". Durante las rutinas diarias, funciona de modo automático: "Estoy haciendo cosas, pero estoy ida...". Se llegó a prender fuego cocinando: "No soy yo..., no me acuerdo mucho".

Otras experiencias descritas por Teresa en esta sección son las siguientes: "Cambio de verme como una loca a verme después relajada". "Estoy hablando y me noto como eco, como otra voz". Nota una sensación de falta de control sobre sentimientos, emociones y acciones.

Las diversas manifestaciones de despersonalización ocurren todos los meses alguna vez y duran a veces hasta semanas. Al igual que los síntomas de amnesia, la despersonalización se inicia en la adolescencia, y al comentarlo habla de los problemas de alcohol de su padre durante su infancia, que se agravaron en esa etapa. Estos síntomas siguen manifestándose actualmente, a veces ante cosas que la angustian, pero no

siempre. Le agobia mucho que le suceda esto, y presenta secundariamente episodios de descontrol y ansiedad.

C) Desrealización: moderada

La paciente no describe ninguna situación concreta, únicamente sentimientos de irrealidad que duran cierto tiempo. En cambio, su marido aporta ejemplos claros de desrealización: "Van personas al bar a las que conoce de siempre y no las reconoce". Y otros que podrían entenderse como desrealización o alteración de identidad: "A veces cuando se va la luz y hay truenos se pone a llorar y a darse cabezazos contra la pared". En esos momentos su marido no tiene claro que Teresa sepa dónde está.

El inicio y el nivel de afectación no son claros en el apartado de desrealización, pero los ejemplos aducidos son claramente patológicos.

D) Confusión de identidad: severa

Teresa describe una lucha interna clara e intensa: "Muchas veces estoy tranquila y de repente aparece como una pelea contra mí misma, algo que me dice que no valgo para nada... A veces desconfío de mí misma, me veo que no soy yo". Esta lucha se asocia por lo general con un fuerte dolor de cabeza.

Estos episodios están delimitados en el tiempo y duran habitualmente horas. Cuando han pasado, se pone agresiva. Al igual que los otros problemas, se inicia con ella ya en la adolescencia y han seguido estando presentes hasta la actualidad. En los momentos en que esta sintomatología está presente, la incapacita por completo. En ese estado no puede estar con sus hijos, que es lo que más le importa y la motiva.

E) Alteración de identidad: severa

Describen frecuentes cambios de estado mental. El marido le ve cosas

como de niña pequeña, cosas sin sentido. A veces ella misma se ve como una persona completamente distinta, también el marido se lo dice. Su estado de ánimo varía con frecuencia, con algunos modos que se repiten. En alguno de estos estados a veces revive el pasado, pero es más que un recuerdo, se siente literalmente como si estuviese allí. Esto último ha pasado varias veces el último año, los cambios de humor y estado mental son mucho más frecuentes.

Afirma que a veces gasta dinero y no recuerda en qué, no sabe poner un ejemplo. Tiene episodios muy frecuentes de sonambulismo y semitrance. Habla consigo misma en voz alta de modo habitual. Tiene pensamientos que le parece que son de otra persona y otros que son como "ecos del propio pensamiento".

A veces se siente como poseída, "como si alguien me mangoneara cuando tengo las crisis". Esta sensación ha llegado a durar días. Interfiere en su capacidad para funcionar, no está claro que se desencadene con estrés, y suele causarle angustia. Tiene dudas respecto a sentir que hay personas dentro de ella y si tienen un nombre, pero afirma que a veces "otra persona" toma el control.

Siente como una "cosa" que la controla mientras se autolesiona y en otras ocasiones. Cuando era niña su madre llegó a llevarla a una bruja porque su médico pensó que estaba poseída (se había tirado por la ventana con solo 7 años). A veces pone el coche a toda velocidad: "Quería morir, pero en realidad no era yo... La gente me decía que había hecho esto y lo otro, y yo les decía: `No era yo—. A veces describe sentir como si hubiera una bruja dentro de ella, o a su alrededor, en su casa. A veces la siente detrás de ella y se vuelve, mirando a todas partes, tratando de encontrarla.

También oye voces con frecuencia. Aparecen antes de los episodios de rabia, en ocasiones le dicen qué debe hacer, a veces le dicen "ponte mal". No las reconoce como propias, pero afirma que provienen de su interior. Afirma

estar notando reacciones muy distintas en su interior ante las preguntas de la entrevista.

A lo largo de la sesión describe historia de maltrato en su familia de origen durante su infancia, su padre bebía en exceso y era violento. Refiere también abuso sexual por parte de amigos de su padre, con el conocimiento de este. Dado que recuerda estos eventos, y presenta una laguna de memoria autobiográfica de los 7 a los 12 años, podría hipotetizarse otro tipo de eventos traumáticos graves que contribuyeron al desarrollo del trastorno. Los síntomas se inician a partir de los 13 años y se mantienen hasta la actualidad.

La paciente no trabaja, mantiene relaciones exclusivamente con su núcleo familiar (marido e hijos), no sale de casa durante días o semanas, presenta episodios de inhibición y tendencia al encamamiento y un importante sufrimiento subjetivo. El grado de severidad global es alto y los síntomas disociativos muy evidentes, cuando se pregunta a la paciente específicamente por ellos. En otros casos los pacientes pueden encubrir la sintomatología (por ejemplo, por miedo a que los ingresen por oír voces), o presentar tan baja eficiencia mental que apenas pueden explicar lo que les pasa o tomar conciencia de ello. Sin embargo, muchos pacientes describirán sus problemas con claridad si incluimos algunas preguntas específicas en nuestra exploración psicopatológica.

8

Del trauma al síntoma disociativo

En los capítulos anteriores se describían los síntomas más frecuentes en los trastornos disociativos y una exploración sistematizada de esta psicopatología. Intentemos ahora entender la ruta por la que un apego desorganizado y los eventos traumáticos tempranos pueden llevar a que un individuo oiga voces, se sienta controlado por una fuerza interna, actúe en modos en los que no se reconoce, olvide partes de su vida o afirme ser diferentes personas. ¿Cómo se llega de lo primero a lo segundo?

Pensar que el trauma "rompe" la mente del individuo en pedazos que no pueden volver a unirse es una metáfora atractiva pero que describe únicamente algunos aspectos de cómo se genera la disociación de la personalidad. Los padres de los niños que desarrollan disociación suelen tener a su vez una importante historia de trauma, evidente cuando hacemos mapas transgeneracionales. Sus propios problemas psicológicos les impiden ver auténticamente a sus hijos y más aún atender a sus necesidades, actuando como si esperaran que sus hijos fuesen los que calmasen su propio malestar (Bowly, 1985; Barach, 1991).

Cuando un niño sufre abuso sexual por parte de su propio padre, estamos ante el paradigma más extremo de esta situación. El niño es visto por el progenitor como un objeto para satisfacer su impulso, ignorando por completo la necesidad del niño y las consecuencias psicológicas que esta situación le está generando. Pero con frecuencia vemos que, en las historias de los pacientes que sufrieron abusos siendo niños dentro del ámbito familiar,

lo más traumático no es por lo general el propio abuso, sino la respuesta - o más bien la ausencia de ella - en el progenitor no abusador, que muchas veces niega o minimiza el abuso, o incluso culpa al niño por ello. Esta falta de protección y de resonancia es devastadora. ¿Qué hacer entonces con esta experiencia abrumadora, enormemente contradictoria, muchas veces sin narrativa y sin coherencia? Colapsados los sistemas neuro biológicos de protección, la compartimentalización de las experiencias incompatibles y la desconexión se convierten en modos de preservar cierta capacidad de funcionamiento, que persisten hasta la edad adulta.

Pero esta compartimentalización y desconexión no se inician en la experiencia traumática, sino que ya habían sido aprendidas previamente. ¿Cómo entender con los mismos parámetros, con las mismas asociaciones y en similares estados a una madre que alimenta y que grita de modo amenazante? ¿Cómo integrar en la personalidad aspectos de uno mismo que son reconocidos por el espejo de los cuidadores (el niño obediente) y aquellos que son severamente castigados (el niño que se enfada) o ignorados (el niño que llora)? ¿Cómo estar conectado con uno mismo cuando nadie conectó con nuestras sensaciones internas y resonó sintónicamente con ellas?

La imagen de nosotros mismos, la identificación de nuestras sensaciones y desde ahí de nuestras necesidades, se desarrolla a partir de una relación de apego caracterizada por la sintonía, la coherencia y el equilibrio (Sieguel y Hartzell, 2004). La falta de sintonía hace que el niño no entienda ni identifique lo que le ocurre, partiendo desde los elementos sensoriomotores más básicos, así como los emocionales y cognitivos. La falta de coherencia y equilibrio generan desajustes en los modelos desde los que interpretamos el funcionamiento psicológico de uno mismo y de los demás. El espejo en el que el niño se ve, la mirada de los cuidadores principales, carece de la capacidad de "mirada mental" (mindsight; Sieguel, 2001), no se desarrolla la experiencia de "sentirse sentido", esencial para el desarrollo de una experiencia básica de seguridad interpersonal.

Pensemos no ya en padres que generan un daño intencionado, sino en otro tipo de escenarios. Por ejemplo, un padre profundamente afectado por sus propias experiencias vitales, con tendencia a sobreactivarse y desconectarse. Cuando su hijo, todavía un bebé, llora desconsolado por la noche, este hombre le grita porque no soporta la sensación que le genera escucharlo. Le grita cada vez más porque el niño, ante sus gritos, se asusta y se altera aún más. El niño, agotado, se acaba durmiendo y el padre pasa entonces a sentirse terriblemente culpable, y se da cuenta de que ha hecho lo mismo que hacía su padre cuando él era un niño. Incapaz de regular la angustia y el malestar que esta idea y los recuerdos asociados le generan, comienza a beber hasta aturdirse. La madre, bloqueada por muchos episodios similares, guarda silencio y no se acerca al niño porque ha comprobado que cuanto más quieta está, antes acaba la escena. Como resultado, el niño va interiorizando que su malestar no solo es inaceptable, sino que se asocia a una reacción de hostilidad por un lado, y de pánico y parálisis por el otro. No hay nadie que calme, nadie que consuele, nadie que proteja, y el estado de malestar aumenta hasta que el sistema colapsa. Cuando este niño crezca, el inevitable malestar de miles de situaciones cotidianas tenderá, después de aprendizajes previos repetidos, a ser compartimentalizado o a generar respuestas de colapso. Si se compartimentaliza, cada vez que un estado mental similar se active será ese compartimento mental el que lo gestione, almacenándose en ese conjunto de redes de memoria las experiencias asociadas a este tipo de respuesta emocional. El resto de las experiencias no entrarán en contacto con estas y pertenecerán a distintos "compartimentos". Cuando corresponda la activación de respuestas similares, el individuo tenderá a acceder al compartimento correspondiente, y a funcionar desde el conjunto de experiencias vitales que se fueron almacenando en él, sin acceso o con escaso contacto con el resto de las memorias y recursos adquiridos.

La compartimentalización no se genera solo a partir de una respuesta atemorizante, sino que también puede relacionarse con la falta de respuesta por parte del cuidador. Por ejemplo, el llanto del niño genera en su madre,

con dificultades importantes para manejar el malestar propio, una respuesta disociativa de desconexión. El niño, cuando este patrón se repite, interioriza que cuando entra en determinados estados no hay nadie ahí, los experimenta desde el vacío relacional. Tenderá por tanto a activar con el cuidador aquellos estados que le permitan tener un cuidador sintonizado y emocionalmente presente, y a suprimir, controlar o apartar aquellos estados que generan en el cuidador la respuesta de desconexión. El experimento de la "cara inexpresiva" (still face; Tronick, Als, Adamson, Wise y Brazelton, 1978) es un buen ejemplo de la sensación que la inexpresividad emocional del cuidador puede generar en el niño.

Muchos posibles escenarios dan lugar al desarrollo y el mantenimiento de la desconexión y la compartimentalización. Por ejemplo, una madre consigue separarse de su marido, que los maltrataba emocionalmente a ella y a su hijo. Pero los recuerdos de toda esta historia, que enlazan con su propia infancia, siguen activos en su mente. Por eso cuando el niño expresa rabia y, reproduciendo reacciones aprendidas en el entorno en el que creció, insulta a su madre, esta se bloquea y su mirada le devuelve una mezcla de temor y desconexión, seguida cuando el episodio termina de amargos reproches que activan la culpa acumulada, y no integrada, del niño. Este estado mental no establecerá un vínculo con la madre, que solo se desarrollará cuando otros patrones estén activos. En el compartimento de la rabia se almacenan también los recuerdos asociados a agresividad y violencia, y los propios pensamientos de este tipo, junto a la expresión facial de la madre que da un significado de "has de temer sentir esto" y de "es reprobable sentir esto" a las sensaciones de este perfil. Este compartimento va complejizándose, pero evoluciona en menor medida que otros segmentos de la mente de ese niño que se va convirtiendo en adulto, mientras esa parte de él se queda fijada en momentos evolutivos anteriores. Si alrededor de estas experiencias, dentro de este "compartimento mental", se generan acciones mentales complejas, desde él podrán salir ideas o pensamientos que el individuo no identifica como "parte de él" y que vivirá "desde el otro lado" como voces, o pensamientos o

sentimientos intrusivos y egodistónicos.

La respuesta sintónica, coherente y equilibrada del cuidador funciona como un espejo desde el que el niño identifica sus estados y les da un significado. Pero es además un modulador de la respuesta emocional del niño, que será el modelo de la futura autorregulación en la edad adulta. También será modelo de la perspectiva metacognitiva, de la conciencia dual entre el yo observador y el yo experimentarte (MacDonald, 2008). Cuando el niño es mirado con una mirada de aceptación incondicional, aprende a sentirse identificado con todas sus emociones, a saberse capaz de modularlas, y a entenderlas como un conjunto de respuestas ante las situaciones que se equilibran entre sí. La narrativa biográfica es coconstruida con la ayuda de la mirada de interés, afecto y realismo del cuidador. Con este paraguas se van integrando los distintos aspectos de la personalidad del niño, que se van volviendo elaborados y complejos para adaptarse cada vez mejor a las demandas de la vida, evolucionando y flexibilizándose.

Imaginemos ahora un padre autoritario y exigente. Este hombre, para compensar un sentimiento interno de infravaloración, trata de que su hijo alcance todos sus deseos frustrados. Lo fuerza a entrenar duramente para alcanzar un alto nivel como jugador de tenis, pese a que el niño no quiere dedicar tantas horas al entrenamiento. En algunos momentos, el chico tiene estallidos de descontrol en los que llega a golpearse la cabeza contra las paredes, a lo que el padre responde con castigos físicos y encerrándolo en su habitación. En algunas ocasiones, si esto no es suficiente, lo encierra en la despensa a oscuras, lo que le provoca un gran pánico. La madre sufre frecuentes etapas depresivas, en las que está centrada en su mundo y apenas interacciona con el niño. En otras épocas es cariñosa con él, pero el niño la ve demasiado frágil para contarle sus problemas, y se siente culpable cuando ella se siente mal. En el colegio, desde hace dos años, empieza a sufrir burlas e insultos de sus compañeros, pero no se ha atrevido a contarlos a los profesores ni a sus padres. En su interior va creciendo una rabia inmensa que trata de

controlar a toda costa, y con el tiempo empieza a visualizarla como un demonio. Cuando tiene explosiones, se siente dominado por este demonio interno, que quiere matar a todo el mundo. Teme llegar a hacerle daño a alguien. Trata de alejar de sí mismo los sentimientos de tristeza y desamparo, porque no sabe qué hacer con ellos, porque ha de suprimirlos para no afectar a su madre, y porque no quiere que le acabe pasando lo mismo que a ella. Cuando la tristeza lo roza, siente como que podría absorberlo por completo y ahogarlo, por lo que trata de huir de esa emoción a toda costa. Si pudiera conectar con ella, entendería que ese es el disparador que precede a los momentos en los que se altera, pero apenas sabe entender sus emociones, ni diferenciarlas, ni mucho menos hablar de ellas.

Sin una mirada de aceptación incondicional, sin el paraguas integrador de un cuidador "suficientemente bueno", se van desarrollando distintos aspectos de la personalidad que en determinadas circunstancias pueden dar lugar a estructuras mentales complejas y autónomas. Pueden también generarse aspectos de la personalidad defensivos o sobrecompensadores con los que el niño (y el adulto en el que se convertirá) tratan de lidiar con un entorno falto de coherencia.

Los eventos traumáticos están a veces de forma directa en la base de la fragmentación de la conciencia, la personalidad y la identidad. Por ejemplo, una paciente experimenta su primera vivencia de despersonalización durante un abuso sexual ocurrido a los cuatro años de edad. Hay un momento de la experiencia en el que recuerda haberse desdoblado, y pasar de experimentar un intenso dolor y pánico a verse desde el techo de la habitación sin sentir absolutamente nada. Sin embargo, el dolor y el pánico seguían presentes en el organismo, solo que la parte que se desconectó dejó de percibirlos. Dada la alta carga traumática del evento y que no hubo nadie que se diese cuenta o a quien pudiese contarle, el evento traumático nunca fue asimilado ni integrado. La parte que se quedó sintiendo la experiencia - con toda su carga de dolor y angustia - y la parte que se desconectó nunca volvieron a reunirse,

a experimentar a la vez ninguna experiencia, a tener lo que denominamos coconsciencia. Cuando la paciente es adulta, describe situaciones como la siguiente: un perro la muerde y, tras unos segundos, el dolor desaparece. Cuando el terapeuta pregunta qué ha pasado con la sensación de dolor, la paciente afirma no notar nada, mientras una de las dos voces hostiles que acostumbra a escuchar, grita en su cabeza: "¡Lo siento yo!". Al preguntarle a esta voz a qué se refiere, afirma que ella es quien está sintiendo la mordedura. Explorando cuál es el recuerdo más temprano que tiene, cuándo recuerda ser consciente por primera vez de estar ahí, habla del momento del abuso sexual: "Yo me quedé allí, yo soy fuerte" (mostrando rechazo por la "debilidad" de la paciente, que no soportó la experiencia).

En general, esto es lo que vemos en las historias de los pacientes con trastornos disociativos graves, distintos factores de trauma y apego disfuncional (LyonsRuth et al., 2006). Aunque la historia de trauma temprano es frecuente y por lo general está caracterizada por eventos graves, la presencia de disfunciones de apego es prácticamente universal. Para que un niño sufra un abuso intrafamiliar, alguien tiene que ignorar al niño como persona y convertirlo en un objeto, y otros han de no querer o no poder ver. Se ha discutido mucho cuál de estos factores es el más relevante, pero está claro que el efecto de ambos es multiplicativo. Un evento traumático grave, con cuidadores coherentes y sintónicos, puede neutralizarse hasta el punto de no tener consecuencias psicológicas significativas. Una circunstancia de impacto traumático aparentemente menor puede ser devastadora en un contexto familiar desorganizado, caótico, negligente.

Los niños con un patrón de apego desorganizado-desorientado (D) tienden a construir múltiples modelos del yo que son incoherentes o incompatibles. Sus cuidadores están a veces asustados y desbordados y otras veces son agresivos con el niño. Este puede ver al cuidador como desamparado y vulnerable y a sí mismo como malo por "causarle" malestar, mientras en otras ocasiones ve al cuidador como amenazante y elabora en consecuencia una

imagen de sí mismo como vulnerable y desamparado. Por otro lado, la tendencia del cuidador a invertir los roles con el niño y a buscar en él calma y consuelo genera en el niño un rol de rescatador del progenitor asustado. En definitiva, no se desarrolla en el niño una visión de sí mismo consistente y sólida (Liotti, 1992).

Si estos niños no están expuestos a un maltrato o abuso adicional, probablemente estarán predispuestos a presentar síntomas disociativos, pero no desarrollarán un trastorno disociativo complejo y quizás no consulten en dispositivos psiquiátricos. Pero cuando se añade un trauma grave tenemos la base para el desarrollo futuro de un trastorno de identidad disociativo. Para mantener un apego con estos padres inconsistentes el niño deberá a veces idealizarlos y en ese modo establecer algo parecido a un apego seguro. Otras veces tendrá que identificarse con el agresor para sentirse fuerte y escapar de su autoimagen de debilidad y vulnerabilidad.

La escisión y compartimentalización de los contenidos mentales puede servir al niño para mantener las imágenes idealizadas y atemorizantes de las figuras de apego, la del yo fuerte, el niño vulnerable, el rescatador-cuidador del progenitor desregulado, que son absolutamente incompatibles, separadas en redes de memoria diferentes que no intercambian información entre sí. De este modo se evita la discordancia cognitiva y se mantiene la coherencia, introduciendo predictibilidad en un entorno caótico y falta de consistencia. El patrón de funcionamiento de los cuidadores abusivos se internaliza y puede también configurar futuros estados disociados en el trastorno de identidad disociativo (Blizard, 1997).

8.1. Entendiendo el origen de los síntomas disociativos

Los síntomas disociativos se agrupan en tres grandes bloques: amnesia, desrealización/despersionalización y confusión/alteración de identidad (Steinberg, 2002). La desrealización y despersionalización, como hemos visto

en el capítulo anterior, se relacionan con la desconexión, mientras que la amnesia y la confusión y alteración de la identidad podrán entenderse desde la compartimentalización.

8.1.1. Disociación, memoria y amnesia

La memoria no es una función única, sino que está compuesta de varios subsistemas. La memoria explícita o declarativa, mediada por el hipocampo derecho y el córtex orbitofrontal, conforma la narrativa que da sentido a una experiencia. La memoria implícita almacena datos emocionales, sensoriales y somáticos. El tipo más primitivo de memoria implícita es la memoria procedimental. Un trauma puede provocar trastornos mucho antes de que exista memoria declarativa, en fases preverbales del desarrollo infantil. También puede ocurrir que la experiencia, aunque acontezca cuando el lenguaje esté consolidado, se almacene solo a nivel implícito. Scaer (2001) propone que las respuestas defensivas que no han podido ser llevadas a cabo quedan bloqueadas en la memoria procedimental dando lugar a síntomas. Parte de las discordancias en los recuerdos, así como la gran cantidad de sintomatología somatomorfa en los pacientes traumatizados podría explicarse teniendo en cuenta los distintos niveles de procesamiento y almacenamiento de la información. La amnesia podría corresponder a la falta de un recuerdo explícito o declarativo: la memoria solo se almacena a nivel implícito por ocurrir en una etapa preverbal, o porque por su intensidad emocional, la disonancia cognitiva que genera y la falta de un adulto que le dé sentido a la experiencia el recuerdo no puede elaborarse en una narrativa coherente. Esta falta de narrativa puede también cumplir una función protectora, y de este modo el recuerdo es deliberadamente evitado. Para sobrevivir a una situación angustiosa y a una emoción intolerable, hacer como si "no hubiera ocurrido" puede ser la única manera de manejarlo. Esto nos permite seguir adelante con la vida diaria, manteniendo al margen las experiencias abrumadoras.

Otra de las posibles explicaciones de la amnesia se relaciona con la

compartimentalización. En los distintos estados mentales o partes, con sus distintos patrones de conducta, emoción, cogniciones y recuerdos, tienen además distintos recuerdos o distintas partes de esos recuerdos. Las partes que se ocupan de las situaciones cotidianas con frecuencia presentan amnesia para los traumas previos. Necesitan estar libres de esta información y de la repercusión emocional que representarían para poder ocuparse de afrontar la vida diaria. Cuando el paciente experimenta una reacción emocional de rabia o tristeza puede activarse un estado mental diferente, en el cual los recuerdos traumáticos están claramente presentes.

 Mi pérdida de memoria fue retroactiva. Yo (PAN) no recordaba que mi padre me hubiera tocado nunca sexualmente. Yo no recordaba haber visto jamás a mi padre desnudo. No recordaba que mi padre me hubiera visto alguna vez desnuda a mí. En el futuro, cuando mi padre me abordaba sexualmente, me convertía en mi otro yo (PE) y después (PAN) no recordaba nada de lo que había ocurrido.

 ¿Quién era mi otro yo (PE)? Aunque habíamos dividido una personalidad entre las dos, yo (PAN) era la accionista mayoritaria. Fui a la escuela, hice amigos, cogí experiencia, desarrollando mi parte de la personalidad, mientras que ella (PE) siguió siendo moral y emocionalmente una niña, funcionando por instinto más que con inteligencia. Ella comenzó como mi criatura, forzada a hacer lo que yo me negaba a hacer, pero, por borrar su existencia, escapó de mi control, como el personaje de un sueño (Sylvia Fraser, *My father's house*, 1987, p. 24).

La "memoria dependiente de estado" se ha propuesto como uno de los mecanismos implicados en este fenómeno. Los datos pueden no estar disponibles si el individuo está en otro estado mental, como ocurre en la disociación (Steinberg, 2002). La información almacenada en un estado mental se recuperará posteriormente con más facilidad cuando la persona se

encuentra en ese mismo estado.

Veamos esto en un ejemplo clínico: una paciente responde a la entrevista estructurada DDIS hablando de una historia de maltrato por parte de su padre alcohólico, contando diversos ejemplos de aquellas situaciones. Cuando vuelve a consulta, dos meses después y el terapeuta le pregunta sobre ello, la paciente niega haber dado tal información, y lo hace con tal convicción que el terapeuta llega a dudar de sus propias notas. Ese día describe al padre de modo más benévolo, como un hombre que bebía, pero al que el alcohol solo le había causado problemas físicos y no había influido en su carácter. Más adelante, en otras entrevistas la paciente volvió a hablar de nuevo del carácter agresivo de su padre. El terapeuta fue observando que el estado emocional y el patrón conductual de la paciente diferían en un tipo de sesiones y en otras, con una actitud más fantasiosa, más infantil y con mayor desconexión emocional cuando mantenía la versión más amable de su familia de origen.

8.1.2. Desrealización/despersonalización

La desrealización puede responder a una supresión de las funciones superiores de la conciencia. La realidad no se percibe en conjunto, sino solo como elementos aislados. El yo observador y el yo experimentante se "desintonizan" y se experimentan desde planos diferentes y desconectados. La cualidad perceptiva es distinta y los pacientes suelen referir un sentimiento de extrañeza. Cuando asistimos a este tipo de respuestas en una situación de trauma agudo, la visión menos definida o alterada, a veces desprovista de respuesta emocional, funciona probablemente como defensa frente a un grado de activación emocional intolerable para el individuo.

Una víctima del 11-M hacía una descripción muy gráfica de este mecanismo: ve el inmenso desastre a su alrededor, llevaba una cámara en la mano..., de modo automático empieza a fotografiarlo todo y ve las escenas como fotografías. Se desconecta así del horror y solo visualiza imágenes que

experimenta como ajenas.

En los niños las respuestas proactivas de lucha y huida están, por su etapa de desarrollo, muy limitadas, y cuando la amenaza física o emocional viene de los cuidadores que tendrían que brindar la protección se vuelven imposibles. La huida mental pasa a ser la única opción: gracias a ella el niño puede pensar que le está pasando al cuerpo, pero no a él, que él en realidad no está allí. La rica fantasía de la infancia proporciona además un lugar al que escapar y en el que construir los escenarios alternativos para sustituir la realidad. El paciente que vivía su entorno durante meses como si fuera la era medieval había tenido una infancia terrible, incluyendo el asesinato de su madre por un familiar, y un contexto social plagado de droga y violencia. Los libros y películas de caballeros eran su refugio. Fue el único de sus hermanos que no acabó en la cárcel o con una toxicomanía, pero cuando no pudo ayudar a uno de ellos a recuperarse de su adicción, se activó toda su historia y la edad media pasó a teñir la realidad, convirtiéndose en una ensoñación de la que iban formando parte las personas que lo rodeaban.

8.1.3. Fragmentación de la conciencia: confusión y alteración de identidad

Los sentimientos opuestos de querer al único padre que uno tiene y odiarlo por el maltrato infringido no pueden coexistir en la mente de un niño. Por ello alterna entre un estado mental y otro sin que pueda desarrollar una metaconciencia que abarque a ambos. Para poder amar a un padre maltratador en sus momentos "buenos" (una vinculación imprescindible para el desarrollo) el niño aparta de su mente los recuerdos del daño infringido. La memoria del maltrato solo está presente cuando ocurre de nuevo, se activan los sistemas defensivos, y siente un odio terrible hacia ese adulto. Sobre esta alternancia entre estados opuestos empiezan a construirse las barreras amnésicas que remarcarán la separación entre esos estados del yo. En algunos casos fragmentarán gravemente la mente del niño y del adulto en que se convertirá, y dará lugar a un trastorno de identidad disociativo.

En ocasiones estas identidades disociadas toman la forma de figuras que realmente formaron parte de la historia del paciente, representando introyecciones (Watkins y Watkins, 1977). Estas partes de la personalidad tendrán patrones propios de estas figuras, e interaccionarán con la personalidad principal de un modo similar a como sucedía en la realidad, reeditando internamente los escenarios de la infancia. Si esta introyección corresponde a un abusador, acabará constituyendo una parte persecutoria en el sistema. A veces el paciente llega a estar realmente convencido de que esa parte de su mente es realmente el abusador.

Las partes vividas como hostiles y persecutorias surgen inicialmente con frecuencia como protectoras, librando a la personalidad principal de emociones y recuerdos intolerables. Al pasar el tiempo, ir acumulando más experiencias negativas y sentirse rechazadas por el resto del sistema, acaban funcionando como persecutorias. El paciente describe sintomáticamente esto como fenómenos de influencia (siente que una parte de él o algo ajeno a él le impone pensamientos, sentimientos o acciones), alucinaciones o pensamientos obsesivos.

Estas partes "negativas" guardan con frecuencia los recuerdos más traumáticos, pero también gran parte de la capacidad defensiva del paciente. A veces para un niño el único modelo disponible de tener fuerza, poder, capacidad de influir sobre los demás y de tener control sobre algo es precisamente la figura que de un modo u otro lo está agrediendo. Por un lado no quiere ser así. Por otro lado necesita sentir alguna sensación de dominio sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodea. En el mundo en el que este individuo ha crecido, las únicas opciones posibles son ser víctima indefensa o agresor poderoso. Son opciones incompatibles, pero ambas contienen elementos imprescindibles. Por ello oscila de uno a otro extremo sin integrar nunca estos aspectos en la misma experiencia al mismo tiempo.

Entendamos en resumen con un ejemplo cómo se desarrolla la disociación

estructural de la personalidad.

Una parte de la personalidad se queda fijada en el trauma: cuando el paciente recuerda el abuso de aquel vecino, no recuerda, lo vive de nuevo, una y otra vez, como si estuviese allí y entonces, esto es la parte de la personalidad emocional (PE).

Pero, por otro lado, la vida sigue. El niño por la mañana ha de ir al colegio, interaccionar con los niños y los profesores... Imposible recordando lo que pasó por la noche, ¿realmente pasó? Tiene que haber sido mi imaginación..., cómo iban a hacerme algo así... No voy a pensar en esto, qué vergüenza... Y cuando aparece en la conciencia, el niño lo aparta y la mente, tratando de adaptarse a lo que la situación necesita, lo aparta también de modo más inconsciente y automático... Esta es la parte de la personalidad que sigue adelante con la vida diaria, la parte "aparentemente normal" (PAN).

¿Qué hace que este niño llegue a casa y no cuente nada de lo que le ha pasado ni de lo mal que se siente? Su madre, una mujer muy ansiosa y preocupada siempre resuelve el malestar del niño diciéndole "venga, eso no es nada, no pasa nada". Contarle un problema equivale a preocuparla, y ya bastantes problemas da su hermano mayor. Él tiene que ser un buen niño y no hacer que su madre se sienta mal. De modo que, no estando disponible la vía prediseñada biológicamente para obtener protección, que es apearse al cuidador, el niño recurre a la vía de la disociación. Sin embargo, el apego no es desorganizado, los cuidadores no son atemorizantes, no activan los sistemas defensivos del niño. De modo que la cosa no se complica más.

Cuantas más situaciones traumáticas se producen y más temprano en la vida, cuanto más graves y crónicas son, y cuanto más desorganizados se presentan los patrones de apego primarios, en más trocitos se rompe la mente del niño, más se fragmenta, sin amortiguación alguna por parte de unos cuidadores que no solo no ayudan a la regulación emocional ni a la integración de la personalidad y la experiencia, sino que contribuyen a lo

contrario. ¿Por dónde rompe? Por las zonas de unión, por los puntos donde distintos subsistemas neurobiológicos conectan entre sí. Todos los sistemas defensivos posibles se activan desesperadamente ante lo vivido, de modo alternante o simultáneo.

El organismo activa la respuesta de lucha, pero instintivamente sabe que está en inferioridad de condiciones; de modo que la defensa de lucha, a medio activar, se bloquea y se queda en un amago, pasando luego a ser fuente de sensaciones de tensión, de la lucha contra uno mismo... El organismo, bloqueada la respuesta de lucha, activa la siguiente respuesta proactiva: la huida, cuya emoción asociada es el miedo. Pero, de modo también instintivo, esta respuesta también ha de ser bloqueada: ¿a dónde puede ir un niño, si no tiene edad para valerse por sí mismo, y no hay salida? El miedo por tanteo también se bloquea y se disocia..., se queda en el cuerpo sin liberarse ni descargarse. Es como si se hubieran disparado las alarmas y sonasen constantemente, pero ahora avisan de peligros inexistentes o etiquetan como peligrosos eventos intrascendentes. En el paciente adulto veremos una personalidad poco asertiva (PAN) con una rabia de la que se desconecta porque no sabe manejarla y rechaza sentirla, y una constante activación autonómica y numerosas reacciones fóbicas y de ansiedad. Sin embargo, en el trabajo, la persona se centra y funciona de modo muy eficiente. Cuando necesita regularse emocionalmente, su única opción conocida es trabajar más.

Bloqueadas las respuestas defensivas proactivas de lucha o huida, solo quedan las respuestas defensivas reactivas o pasivas, como la sumisión (tienen razón, es culpa mía), el colapso (no puedo más), el grito desesperado de apego que nadie atiende (por favor, por favor...) o la muerte aparente (que hagan lo que quieran conmigo). Todas estas respuestas, ¿cómo integrarlas, cómo entenderlas, en medio de una experiencia sin palabras, en medio de un sufrimiento que nadie ve? Persisten así desintegradas, bloqueadas, fijadas, incompletas en su desarrollo...

Desde esta semilla de sistemas defensivos bloqueados en la experiencia traumática, sin una integración ni a veces memoria narrativa, pueden ir desarrollándose distintas partes de la personalidad. Por ejemplo, la rabia asociada a la defensa de lucha es rechazada cuando aparece, porque el individuo ve en sí mismo la misma furia que sufrió por la violencia de otros, y eso es "lo último que quiere ser". Esta rabia rechazada se va almacenando y asociándose a recuerdos conectados con ese estado mental. Con el tiempo esas redes de memoria pueden adquirir suficiente complejidad como para que funcionen como una "submente autónoma". Este compartimento con redes neurales propias aisladas del resto del sistema produce pensamientos y acciones propios, a veces simples y rudimentarios, otras veces realmente elaborados, pero siempre estereotipados y prototípicos. De este compartimento asociado con las respuestas activas, la lucha, la rabia y recuerdos asociados a la agresión y la amenaza, pueden surgir respuestas hacia el resto de la mente del paciente, que no se vive como propia. Este subsistema mental puede creerse incluso algo diferente, como un espíritu que no se ve sujeto a las limitaciones del cuerpo, y que no morirá si empuja al paciente a suicidarse. Los pensamientos, emociones y sensaciones propias de este subsistema serán percibidos por otras partes de la personalidad como intrusiones (voces, emociones o pensamientos egodistónicos).

Lo mismo puede ocurrir con muchas otras partes que no pueden integrarse y continúan su desarrollo sin apenas contacto o reproduciendo internamente los escenarios tempranos. Por ejemplo, una parte de la personalidad funciona como un niño asustado, y cuando la parte que describíamos en el párrafo anterior se hace presente, le genera el mismo miedo que su padre cuando llegaba a casa con ganas de bronca. En el mundo psíquico del paciente, el pasado y el presente no están diferenciados, como tampoco lo están el mundo interno y el externo. Las partes disociativas, que son parte de la personalidad, se viven como ajenas, mientras que se atribuyen a algunas de ellas identificaciones literales con figuras reales de la historia biográfica. Cuando los pacientes nos hablan de su conflicto interno, nos describen muchas veces

estos escenarios complejos, reproducciones de interacciones pasadas. Esta intensa "pelea consigo mismos" se expresa a veces sintomáticamente como dolores de cabeza o síntomas físicos.

Si la traumatización es muy grave, todo se fragmenta. Y la parte de la personalidad que va al trabajo es muy distinta de la que se relaciona con la familia y de la que sale por las noches. Todos somos un poco distintos en diferentes ámbitos, no funcionamos igual con nuestro jefe que con nuestros compañeros, nuestros amigos o en un partido de fútbol. Pero aquí los cambios son más drásticos, las transiciones son más bruscas y las diferencias son más marcadas. Es como si la persona no pudiese salirse del guión. Aquí estaríamos ya en la disociación estructural terciaria propia del trastorno de identidad disociativo. Es simplemente una cuestión de niveles de fragmentación y de niveles de gravedad.

9

¿Cómo surgen las partes disociativas?

Las partes disociativas, estados mentales o identidades alternantes que caracterizan al trastorno de identidad disociativo no son síntomas que surgen de novo, sino, como hemos descrito en capítulos anteriores, son fruto de una combinación de interrupciones de apego temprano y traumas definidos. Entender cómo se generan las partes es esencial para el trabajo con los pacientes que presentan estos problemas. La psicoeducación no consiste simplemente en dar información al paciente, sino que es un proceso de coconstrucción, una completa reformulación del problema que presenta. En esta reformulación, el individuo ha de pasar de creerse loco, raro o culpable de sus problemas a mirar sus problemas con aceptación, comprensión, responsabilidad sana y expectativas de cambio realista.

Otro aspecto también importante del tratamiento del trastorno de identidad disociativo es lo que podríamos denominar "reciclaje de las partes disociativas". Aun en los casos con sintomatología más espectacular, con partes con tanta autonomía mental que no solo tienen nombre propio, sino que tanto el paciente como las propias partes llegan a creer que son entidades separadas (espíritus, otras personas), puede encontrarse una función adaptativa para estos distintos estados mentales. Estas partes son modalidades extremas, a veces en caricatura, de rasgos adaptativos de carácter. Por ejemplo, un demonio, dado que posee fuerza, control, rabia y capacidad para causar daño, puede con la adecuada "reconversión" convertirse en la energía, el autocontrol, la asertividad y la capacidad de defender los propios derechos

o marcar límites, les guste a los demás o no. Un niño asustado, vulnerable y dañado puede, curadas las heridas traumáticas, representar la capacidad para mostrar nuestra propia vulnerabilidad y conectar así de modo profundo con los demás, o tomar contacto con la realidad desnuda de quienes somos. El miedo es la base de la prudencia. La culpa es la versión dolorosa de la responsabilidad, de asumir los errores y de repararlos. La vergüenza nos ayuda a ser adecuados en los contextos sociales. Cualquier parte de la personalidad, por mucho miedo, rechazo, vergüenza o enfado que genere en el paciente, es un valioso recurso que solo necesita un nuevo modelo para funcionar a favor de la adaptación y el cambio saludable.

Lo más difícil para el paciente es asumir como aprovechables aquellas partes disociativas que reproducen más fielmente rasgos propios de figuras muy abusivas o dañinas. "¿Cómo aceptar que pueda yo parecerme a aquellos que tanto daño me han hecho? ¡Eso es lo último que yo querría ser!". Aquí es esencial que el paciente pueda establecer una adecuada diferenciación entre las personas reales que lo trataron mal y algunos rasgos de su carácter que él pueda haber copiado. También ha de diferenciarse la base de esa reacción, del modelo concreto que se ha copiado o imitado, a veces con bastante literalidad. Es decir, una cosa es la rabia en sí, y otra muy distinta el modo en el que mi padre la expresaba. Es precisamente la intensa fobia a estas partes que el paciente tiene la que hace que estos rasgos no evolucionen ni se integren con el resto de la personalidad. El "sentirme horrorizado de ver ese odio en mi interior" hace que la persona no quiera enfadarse bajo ningún concepto, y evite los conflictos. Lógicamente esto hace que acumule renuncias, frustraciones y rabia no expresada, y paradójicamente facilita que esta se vuelque contra sí mismo internamente o salga de modo explosivo, reforzando la creencia de ser una persona horrible.

Otro aspecto esencial del trabajo psicoeducativo con partes es que el paciente entienda lo que significa un funcionamiento integrado y fluido. Las partes, connotadas de entrada en muchas ocasiones negativamente, pasarán a

verse como recursos de cuya combinación surgirá una forma eficaz de adaptarse al mundo y de moverse en él. El paciente disociativo cree que tiene que elegir entre extremos, entre ser "mala persona como mi padre" (violento y agresivo) o "ser una víctima como mi madre" (depresiva, ausente y victimizada por el padre). Desde el nuevo modelo que le planteamos simplemente ha de encontrar un equilibrio entre defender sus derechos y adaptarse a los demás, entre protegerse y vincularse, entre arriesgarse y ser prudente. Cuando estamos ante una persona que nos importa, y nos dice algo que nos molesta, hemos de tener en cuenta al mismo tiempo que nos importa y que nos ha molestado, para hacer algo al respecto, teniendo cuidado al mismo tiempo de no deteriorar la relación. Si la vinculación forma parte de un estado infantil que sigue vinculado a un progenitor abusivo, y la capacidad de defensa forma parte de un estado más cargado de hostilidad, rabia y memoria del daño sufrido, para el paciente será difícil entender cómo conciliar ambos polos. En el apego desorganizado, el apego y la defensa se activan ante los progenitores, pero la disociación mantiene estas realidades incompatibles desconectadas para preservar un mínimo de coherencia en la mente del niño. El paciente ha de volver a mirar esto como adulto, con una comprensión nueva, con una visión global, con una perspectiva integradora en la que ambas realidades pueden reconciliarse. El mundo de los adultos, al contrario que el de los niños, se acepta como complejo, a veces ambivalente, lleno de matices y de contradicciones.

9.1. Precauciones en el trabajo con partes

El trabajo con partes no consiste en incrementar la división del paciente, sino en conducirlo hacia la integración. No se trata de aumentar la diferenciación entre las partes, por ejemplo, poniendo nombre a estados mentales que no lo tenían previamente, sino reconvertirlos quitando al nombre connotaciones peyorativas. Por ejemplo, una parte definida por el paciente como "mala" puede reconvertirse a través del diálogo terapéutico en "la parte que tiene más rabia".

Aunque es importante de entrada escuchar al paciente y a las partes que tienen suficiente complejidad mental como para establecer comunicación, el trabajo terapéutico no ha de contagiarse de las visiones fóbicas y basadas en los escenarios traumáticos del paciente. Por ejemplo, que el paciente quiera "expulsar" a una parte no significa que la terapia haya de centrarse en suprimir ese estado. Con frecuencia esta estrategia no lleva sino a la exacerbación de las conductas disfuncionales asociadas a ese estado, que, por tener autonomía mental, tiende hacia la autopreservación. El deseo de la paciente de expulsar a la parte proviene de la fobia disociativa hacia esa parte, quizás relacionado con que contiene recuerdos traumáticos que la parte aparentemente normal no quiere asumir, o porque tiene rasgos similares a los de una figura abusiva, con la que no consigue establecer la adecuada diferenciación.

La tendencia del paciente a aislarse del mundo real y a sumergirse en su realidad paralela y en su mundo interno no ha de llevar a una terapia constantemente focalizada en conversar con las partes, sin enfocar al paciente hacia el mundo real y a las partes hacia la adaptación a sus circunstancias presentes.

Y, por último, la alternancia de estados mentales ha de ser reconocida, pero no estimulada. El terapeuta no trata de "activar" partes para que tomen el control y actúen en desconexión del resto. Esto puede resultar muy espectacular en los casos en los que la disociación es más marcada, pero no tiene beneficios terapéuticos y puede ser contraproducente para el paciente. Tan problemático es ignorar partes de la mente del paciente y dejarlas aparte del proceso terapéutico, como caer en una especie de fascinación con el mundo disociativo del paciente, con la posibilidad de pasar el terapeuta a formar parte de él y entrando la terapia en un estancamiento.

Conectar con todos estos estados no implica que esto tenga que hacerse de igual modo que cuando la alternancia de identidades se produce

espontáneamente. Por ello nuestra propuesta se basa en reforzar al yo adulto, la perspectiva metaconsciente desde la que el individuo va tomando conciencia de las distintas partes, de sus distintas reacciones, y aprende a aceptarlas, entenderlas y regularlas.

9.2. Entendiendo cómo surgen las partes

Rebeca acude a consulta derivada por un psicólogo que trabaja en un programa de atención a víctimas de violencia doméstica. El psicólogo que la deriva comenta que el caso lo tiene desconcertado porque la paciente está convencida de que hay una persona dentro de ella que quiere usurpar su cuerpo. Explica que la paciente escuchaba voces, pero que habían estado trabajando en que pudiera ignorarlas porque la asustaban mucho y no quería saber nada de ellas. Se le habían pautado técnicas de desvío de atención que solo parecían empeorar el problema. En diversas ocasiones, la paciente también había tenido explosiones agresivas en las que sentía que "no era ella", que "era la otra" (la que la aterrorizaba). Ante el temor de poder dañar a otros durante esos episodios, la paciente se autolesionaba y con esta conducta desaparecía la parte agresiva y volvía a ser ella.

Tras varias palizas graves, la paciente consigue escapar y poner fin a una relación abusiva. Comienza una vida nueva, alejada de todas las personas que conocía de antes y las voces remiten. El terapeuta le da el alta considerando que ya está bien y que ya no necesita ayuda. Un año más tarde, las voces reaparecen y es cuando se la deriva a nuestro centro.

A continuación se transcribe una primera entrevista que puede ayudar al lector a comprender cómo surgen las partes en los trastornos disociativos.

T: ¿Me podrías comentar cómo es la situación ahora en tu interior? Me comentaba tu terapeuta que llevabas una temporada en la que estas voces estaban tranquilas.

P: Estuvieron mucho tiempo tranquilas.

T: Mucho tiempo tranquilas, ¿y sabes por qué?

P: (Pensativa).

T: ¿Has pensado sobre esto?

P: Quizás porque estaba tranquila con mi vida, supongo que estaba a gusto con todo, con la gente nueva, es como que había empezado todo de cero. La nueva vida que construí me gustaba, estaba feliz, nunca había estado tan feliz. Estaba muy contenta..., supongo que fue por eso.

T: Bien, ¿y cómo describirías estas voces?

P: Es como que yo hablo mucho conmigo misma, no sé hasta qué punto soy yo misma la que me contesto, pero a partir de un punto las contestaciones que me doy a mi misma son muy bestias (risa nerviosa)... A ver, noto como algo aquí (señala la parte de atrás de su cabeza y espalda), al principio era como yo misma pero deformada, yo misma con cara muy agresiva y me hablaba, bueno más que hablarme la notaba, sobre todo en la espalda (risa nerviosa de nuevo)..., es que no sé qué parte contar, es tan confuso todo...

T: No te preocupes por eso, coméntame lo que te vaya saliendo.

P: La "otra fantasma" era yo misma, la que yo decía que era la otra; era yo deformada, muy agresiva, con ojos airados, que me hacía daño a mí y me defendía de los demás, de lo que fuera, y la tenía que controlar.

T: Y ¿cuándo aparece por primera vez? ¿Lo recuerdas?

P: Hum... La recuerdo de siempre.

T: ¿De siempre, desde pequeña?

P: Supongo que no estaría siempre porque yo tengo pequeños destellos de mi infancia en los que me recuerdo yo sola, puedo decir que tenía unos cuatro años..., desde que eres consciente supongo, desde los tres años o así.

A esta edad la paciente sufre abusos por parte de un familiar cercano. Sin embargo, no establece esta conexión, lo que refleja que se da cuenta de modo muy parcial de cómo su historia se conecta con sus síntomas. Ha podido contarlo en su historia biográfica, de modo desprovisto de emocionalidad. Muy probablemente los recuerdos emocionales y somáticos de esta experiencia están contenidos en algunas de las otras partes disociativas. Hasta que estos fragmentos se reúnan y se procese el recuerdo traumático no podrá producirse una verdadera toma de conciencia. Sin embargo, esta información sería probablemente prematura para una primera entrevista. El diálogo terapéutico tratará de conducir a la paciente a una reflexión que vaya un poco más allá del punto donde está, pero evitando forzar y sobre todo no exponiendo a la paciente a lo que sería un "salto en el vacío".

T: A partir de los tres años... Entonces hace mucho tiempo que te acompaña.

P: Sí, siempre (risa nerviosa).

T: Y la otra parte... ¿surge más tarde?

P: Luego de esa parte agresiva, la que siempre estaba agresiva, la que me quería asfixiar, que me dejaba sin aire... Esa me quería matar, ocupar mi lugar y cargarse a todos... Pues de esa hace poco que salió otra, y esa... ¡puf! Apareció otra y, a ver... Yo pensé que cuando me daban ataques de ira en varias ocasiones, me he llegado a transformar en la otra, en la que me habla y me hace todas esas cosas... Entonces noto que no soy yo

porque hago cosas que no puedo controlar y de las que luego no me acuerdo. Entonces cuando me transformo en "la agresiva" intento controlarme y la única manera de controlarme que había era haciéndome daño a mí misma. Haciéndome daño era como más consciente de que era yo, y no me llegaba a convertir en la otra. Pero en ocasiones, cuando ni haciéndome daño paraba por la presión que tenía o porque cuando me acorralan los que querían hacerme daño, era cuando salía ella. Que en el fondo era cuando yo no podía más, e incluso la llamaba para que viniera y poder enfrentarme a todo eso.

T: Y te ayudase.

P: Claro.

T: ¿Cuándo surge por primera vez el que tú te hagas daño para evitar hacer daño a otros?

P: Al poco tiempo de salir ella... Yo es que notaba como que me quería usurpar. Por ejemplo, por las noches, si me levantaba, después al volver a la cama iba muerta de miedo por si me la encontraba allí. Ese era mi mayor temor, llegar a verla... Que no la llego a ver porque se mete dentro de mí y luego me convierto en ella, pero mi temor era exteriorizarla (en estos momentos la paciente aún no se da cuenta de que la parte y ella son la misma persona).

T: Y eso no ha llegado a pasar.

P: No, verla en algún sitio no, pero también lo evitaba. De hecho hubo una temporada en que no podía ni mirar mi sombra, me daba miedo que estuviese caminando detrás de mí... No podía mirarme a los espejos ni podía ver tiendas.

T: Tenías miedo a que apareciese allí.

P: Que apareciese por detrás al mirar... Vivía aterrorizada (la terapeuta asiente). Y luego apareció otra, en un momento que tuve de mucha tensión. Últimamente me dan como mareos, noto que me caigo y ahí es cuando me habla ella... Entonces se dio una situación de mucha tensión con mi mejor amiga, le dije que me quería ir, y como me vio mal me dijo que no, hizo el amago de no dejarme salir y, claro..., a mí cuando me pasaban estas cosas (malos tratos), me sentía acorralada, a mis hermanos y a mí nos encerraban y no nos dejaban salir..., y se me viene la misma sensación de rabia que sentía en esos episodios... Entonces le dije: para el coche que me estoy enfadando y no me quiero transformar en la otra, no te quiero hacer daño, ¡es que no quiero hacerle daño por nada en el mundo, es mi única amiga de la infancia, siempre ha estado a mi lado, la quiero mucho! Pero ella me decía "no me vas a hacer daño" y yo le decía "por favor, no me hagas hacerlo". ¡Es que me hago daño a mí misma! ¿Cómo voy a controlar no hacérselo a ella? Y ella me decía: "Háblame, por favor". Y yo estaba sufriendo muchísimo, entonces llegó un punto que dejé de sufrir y pensé que me había transformado en la otra. Pero no, me transformé en "nada", de repente dejé de sufrir, sentí como cuando me transformaba, que se me quitan todos los pesos de encima..., pero era yo. Ella me decía: "Respóndeme" (parece que no respondo ni reacciono yo no me doy cuenta de esto). Y, a partir de esa vez, apareció otra yo que lloraba. Entonces tenía a la "yo agresiva" y a la "yo que lloraba". La que lloraba siempre estaba en una esquina, como muy sucia, en un rincón y cuando me quería acercar a ella para preguntarle qué le pasaba (pero todo en mi cabeza, aclara) se ponía... pero loca.

T: La que llora.

P: ¡Sí! La que llora. Pero incluso me empezó a dar más miedo que la que siempre vivió conmigo, que era la agresiva, porque la agresiva era agresiva, pero esa no. Y entonces me daba mucha pena, porque yo me

que ría acercarse a ella, pero en cuanto lo hacía se ponía como la otra, le salían las uñas, los colmillos..., en ese plan (risa nerviosa). Entonces alucinaba porque era muy raro... ¡Lo que faltaba, ahora con dos, ya no puedo con una y ahora con dos! Y de repente se me ocurrió que como estaban en una parte de mi cabeza, poner como un cristal blindado para que no me diese tanto miedo... Hice una especie de cárcel ahí y las estuve encerrando durante bastante tiempo.

Fijémonos en que la paciente habla de cómo la trataban a ella de pequeña, de los malos tratos que sufrió, y de lo intolerable que le resultaba que la encerraran y la acorralaran. Curiosamente este es el mismo sistema que ella utiliza con "la parte que llora", que la asusta más aún que la rabia. Cuando nos describa a las figuras de sus progenitores, y su paralelismo con estas partes, entenderemos mejor la reacción de la parte aparentemente normal frente a "la parte agresiva" y "la parte que llora". Pero aparte de estas similitudes con las figuras de apego, podría pensarse también que la conexión con la propia tristeza y vulnerabilidad, quizás representadas en "la parte que llora", puede parecerle a la paciente más aterrador que la violencia de "la parte agresiva", que al menos es fuerte y reacciona. Muchos pacientes disociativos sienten más rechazo hacia sus partes vulnerables que hacia las hostiles y agresivas.

T: ¿Y cómo lo vivieron eso?

P: Pues la agresiva cuidaba de la que lloraba porque no paraba de llorar. Y yo me acercaba desde fuera del cristal y me sentía superculpable, porque era como que yo la hacía llorar, no sé... Pero me daba más miedo la que lloraba. Y me reconcilé un poco con la agresiva, porque ella, cuando yo me acercaba a mirar, se pegaba al cristal y me miraba así (fijamente), pero luego se iba y cuidaba de la que llora.

T: ¿Te recuerdan a alguien estas otras yo?

P: Sí, de hecho, a veces sospecho que son mi padre y mi madre.

T: ¿Cuál crees que sería tu padre y cuál tu madre?

P: Mi padre el agresivo y mi madre la que llora.

T: ¿Las ves como partes de ti misma?

P: Son yo, físicamente son yo.

T: Y, tú, ¿entiendes que forman parte de ti misma y que están en tu interior?

P: Ahora sí, pero hubo una temporada en que lo pasé fatal, era un sinvivir, no podía salir de casa, dejé de comer... Después tuve depresión, me medicaba, pero eso solo me tenía dormida. Yo seguía sin poder quitarme eso de la cabeza, todo el tiempo que estaba consciente estaba completamente aterrorizada.

T: ¿Y cómo conseguiste darte cuenta de que eran partes de ti misma?

P: Porque tenían mi cara. Un psicólogo me dijo que no existían, pero yo me moría de miedo.

T: ¿Qué ocurría en tu interior cuando te decía eso?

P: A ver, yo racionalmente sé que no pueden aparecer ahí físicamente, pero me muero de miedo igual. El que me dijese eso no me quitaba el miedo, ni me ayudaba a entender lo que me pasaba.

La paciente nos explica aquí muy bien por qué los abordajes generales que no tienen en cuenta, o incluso tratan de ignorar a las partes disociativas, no consiguen ayudarla. Se había podido lograr algo de calma durante un periodo en el que las cosas externamente iban algo mejor, pero en cuanto el entorno

se volvió más estresante, el sistema de equilibrio inestable volvió a desconectarse y la fragmentación se incrementó.

T: Además existen, son partes de ti misma que están en tu interior.

P: Sí.

T: ¿Qué tipo de función crees que pueden tener estas partes?

P: Yo siempre pensé que la agresiva, la que estuvo siempre conmigo, me defendía de todas las cosas que estaban pasando. Pero nunca entendí por qué me hacía daño a mí. Si me defendía de todo, ¿por qué me hacía daño? Pienso que era en plan "no llores"..., algo así.

T: ¿Te recuerda a alguien esa manera de defenderte?

P: A mi padre, porque mi padre nos hacía daño a todos, pero como alguien me hiciera daño a mí... ¡Dios mío! Recuerdo una vez que estaba patinando con mis hermanos y un niño mayor chocó contra mí, me tiró al suelo y me hizo mucho daño... Tuve que ir a urgencias, tenía un montón de moratones y agarró mi padre al niño y ¡puf!... No lo mató porque bajaron sus padres.

T: Y tú que sentiste ahí, ¿lo recuerdas?

P: A ver, yo, cuando mi padre hacía eso, me sentía orgullosa de él.

Se refuerza aquí la función protectora de esta parte que la asusta, tratando de ayudar a la paciente a entender mejor la estructura de su sistema interno.

T: Es muy importante que te hayas dado cuenta de que esta parte tiene una función protectora.

P: Sí, lo que no entiendo es por qué me hace daño a mí, pero bueno...

T: Lo que entendí yo antes, si lo entendí bien, es que tenías miedo de que ella se apoderase de ti e hiciese daño a otros.

P: Y me estaba mirando siempre, me espiaba, me hablaba, me decía cosas. Yo no quería oírla, me llamaba cobarde, y me decía unas barbaridades... "Mátalo, mátalo...". Yo a veces soñaba que iba por el pasillo con un cuchillo y me despertaba asustada... Bueno, es que hay otra cosa, a veces yo no distinguía lo que soñaba de la realidad... Le preguntaba a amiga de toda la vida este tipo de cosas: "¿fuimos a tal sitio?", "¿hicimos esto?", y era ella la que me mantenía en la realidad. Porque yo soñaba, recuerdo soñar que avanzaba por el pasillo con un cuchillo, entraba en la habitación de mi padre y lo mataba a cuchilladas, y despertarme empapada en sudor y no atreverme ni a ir a mirar (por si era cierto). Iba a la cocina, miraba todos los cuchillos, "¡Dios, Dios!"... Lo miraba todo y decía: "Debió ser un sueño", pero me no quedaba muy convencida.

T: ¿Cuántos años te suena que tendría esta parte? Lleva muchos años acompañándote...

Esta es una pregunta que nos ayuda a entender el origen, sin preguntar de modo directo por eventos traumáticos. Recordemos que el acceso a la historia ha de ser gradual y cuidadoso. La edad en la que la parte surge, o los años que parece tener, es orientativo. Si vemos que en esa época hay un evento identificado o una laguna amnésica, tenemos un dato importante que añadir a la historia. A veces no tenemos ningún indicador ni directo ni indirecto, pero la edad en la que una parte aparece siempre es indicativa de algo. Esto no quiere decir que tengamos que adelantamos a hacer hipótesis, por ejemplo, no hemos de dar por sentado que tenga que haberse producido un abuso sexual o algún tipo de agresión. Las hipótesis siempre han de ser abiertas, provisionales y revisables, para no condicionar la exploración ni la recuperación de recuerdos del paciente.

P: Sí, pero tampoco envejeció..., yo creo que es adolescente.

T: Adolescente, ¿cuántos años más o menos?

P: Ahí ya no sabría decirte, creo que desde que me fui de casa de mis padres, como que se quedó en casa de mis padres.

T: Y ahí ella te protegía ya.

P: A partir de ahí no volvió a crecer, se quedó en esa forma.

T: Se quedó de esa forma.

P: Sí.

T: Adolescente, y la función en principio es protección, lo que no entiendes es por qué lo hace de esa manera.

P: Sí (risa nerviosa).

T: ¿Es posible que no haya aprendido a hacerlo de otra manera?

P: Puede ser (triste).

T: Por lo que decías..., desde pequeños aprendemos de lo que vemos en nuestro entorno.

P: Puede ser, sí... (triste).

T: Entonces es probable que no sepa que hay otras alternativas de protección.

P: Puede ser (más tranquila).

T: Lo más importante es entender que es un intento de protección, esto nos

ayudará a entenderla y también que ella entienda que hay otras maneras de proteger. Has puesto varios ejemplos en los que tú estabas en peligro y ha salido a protegerte.

P: Sí.

T: Y las veces que te has hecho daño, qué sensación tienes, ¿lo hacías tú o esta parte?

P: Yo.

T: Lo que entendí antes es que tenías miedo de que hiciese daño a otros y te hacías daño tú y paraba.

P: A mí me daba miedo que saliera porque, como era incontrolable, me daba miedo que en los arrebatos que tenía matara a todo el mundo... Entonces la temía, pero a la vez la necesitaba. Pero como no sabía hasta dónde podía llegar..., me daba puñetazos contra la pared..., cabezazos...

T: Y eso lo hacías tú.

P: Sí, yo.

T: Entonces, cuando tú te hacías daño, esta parte paraba y ya no salía.

P: Sí, yo me hacía daño y me dolía el daño, no salía. Salvo excepciones en las que me seguían persiguiendo y no podía más.

T: Entonces, esta parte, cuando veía que tú te hacías daño, paraba.

P: Sí, paraba.

T: Entonces no tiene interés en hacerte daño.

P: No, daño físico no...

T: Solo aparece cuando no puedes más y te pueden hacer daño.

P: Sí.

Como vemos, se trata de estados mentales con un funcionamiento autónomo, pero cuyos patrones de comportamiento tienen sentido a la luz de la historia de la paciente. La paciente presenta una intensa reacción de miedo ante estas partes (fobia a las partes disociativas), las cuales reproducen patrones aprendidos de las figuras de apego, aunque esto de entrada no resulta en absoluto evidente. La paciente también describe con mucha claridad cómo las partes se quedaron estancadas en determinados periodos de su biografía, y no evolucionaron como el resto de la personalidad.

La terapia previa había abordado muchos de los problemas de la paciente, pero había omitido esta sintomatología, y, guiados por el rechazo de la paciente hacia algunos síntomas como las voces, habían tratado de ayudarla a "apartar" todo esto. Sin embargo, la mejoría no fue estable ni sólida hasta que se pudo empezar a trabajar la estructura disociativa subyacente.

La exploración, como vemos, no es solamente un conjunto de preguntas, sino que se busca ayudar a la paciente a entender, a buscar la función adaptativa de las partes, a establecer mayor empatía con los distintos estados mentales y a reconstruir su historia. Todo este proceso surge de una reflexión colaborativa entre paciente y terapeuta.

SEGUNDA PARTE

*El tratamiento del trastorno
de identidad disociativo
o personalidad múltiple*

10

El tratamiento: perspectivas teóricas y orientaciones terapéuticas

Existen diversas orientaciones terapéuticas que trabajan con conceptos similares a los de las partes disociativas, y en cuyo modelo pueden encajarse bien estos cuadros. Otro grupo de psicoterapias están orientadas al trabajo con experiencias traumáticas, y ofrecen un marco teórico desde el que entender bien el origen postraumático de estos trastornos y cómo se generan. Por último, los tratamientos específicos para los trastornos de personalidad, debido a que estos son una de las manifestaciones clínicas de la traumatización temprana y crónica, han ido definiendo conceptos que encajan de forma natural con la estructura disociativa. Comentaremos brevemente cada uno de estos modelos y cómo pueden ayudarnos a entender la fragmentación de la personalidad en el trastorno de identidad disociativo (TID).

10.1. Terapias que manejan conceptos equivalentes a los estados mentales o partes disociativas

Muchos autores clásicos, especialmente aquellos que han trabajado en torno al trauma psíquico, han descrito partes independientes de la mente o escisiones psicológicas asociadas al trauma (Breuer y Freud, 1895/1954; Charcot, 1889/1991; Fairbairn, 1981; Ferenczi, 1933/1980; Freud, 1896, 1933, 1940a; Janet, 1889; Jung, 1934; Myers, 1940; Winnicott, 1960;

Guntrip, 1969; Beere, 2008; Blizard, 1997; Bromberg, 1998, 2001; Dell, 2001a, 2003; Davies y Frawley, 1994; Howell, 1997a, 1997b; Kluft, 1988; Peterson, 1996a, 1996b; Siegel, 1999; Kalsched, 1996; Putnam, 1997 y Spiegel, 1986).

Desde distintas teorías, se entiende que partes separadas de la psique, el ego o la autoestima surgen como reacciones postraumáticas o adaptaciones. Las experiencias traumáticas que no pueden ser manejadas o metabolizadas, en las que no se puede pensar y de las que no se puede hablar, son secuestradas en una o más partes traumatizadas del yo, para que el individuo pueda hacer frente a las exigencias del día a día.

Dell (2008) describe un gran número de términos para hacer referencia a partes autónomas de la psique, un concepto equivalente en gran medida a las partes disociativas, como son el de automatismos mentales o existencias sucesivas (Janet, 1889), los estados hipnoides (Breuer y Freud, 1893, 1895), la progresión traumática (Ferenczi, 1933), los complejos o un cuerpo extraño animado en la esfera de la conciencia (Jung, 1934), un estado dentro de otro estado (Freud, 1939), la escisión del ego (Freud, 1940b), la escisión y las partes-objeto (Klein, 1946), el saboteador interno (Fairbairn, 1981), el ego antilibidinal (Guntrip, 1969), la escisión de las partes destructivas omnipotentes del self (Rosenfeld, 1971), la estructura narcisista psicótica (Rosenfeld, 1971), la organización patológica (Steiner, 1987), una entidad separada dentro de la personalidad (Spillius, 1988), el cocoon (Goldberg, 1995), el sistema de autocuidado arquetípico (Kalsched, 1996) y los islotes desligados defensivamente de la experiencia del yo (Bromberg, 1998). Probablemente, como comenta Dell, esta gigantesca torre de Babel, y su inclusión en un modelo particular con terminología ideosincrática, no ha ayudado a la difusión de esta idea fuera de cada orientación específica.

Diversas orientaciones terapéuticas más generalizadas trabajan con un concepto de la mente que implica la existencia de distintos estados mentales.

El análisis transaccional (Berne, 1961), por poner un ejemplo, habla del "estado del yo adulto" y del "niño interno", señalando que existen estados mentales agrupados en los grupos de "padre" (autoridad), "adulto" y "niño" (dependencia). Propone también como objetivo del proceso psicoterapéutico facilitar el abandono del guión psicológico que se establece en la infancia bajo la influencia de las figuras parentales y de autoridad, que fue necesario para sobrevivir y que podemos aún estar siguiendo de forma inconsciente. Al dejar el guión, dejamos también de jugar los juegos psicológicos que lo refuerzan, y podemos entonces usar integradoramente nuestra capacidad de pensar, sentir y actuar. A su vez estas teorías influenciaron el desarrollo de la terapia de estados del ego (Watkins, 1993), que describiremos a continuación.

El psicodrama (Moreno, 1978) maneja el concepto de roles, entendidos como unidades de acción, como "unidades de experiencia interpersonal que sintetizan elementos privados, sociales y culturales"... El sujeto va adquiriendo distintos roles que constituirán su yo operativo. Este yo que constituye la individualidad nace de las relaciones grupales y se pone en función en los contextos relacionales. Como vemos, el psicodrama enfatiza el componente relacional, todo rol necesita del otro para ponerse en juego, y a cada rol le corresponde un contrarrol sin el cual no puede estar presente, permaneciendo en modo potencial. También se habla de roles suplementarios, que sustituyen a los roles genuinos. Al igual que en el análisis transaccional, o en la terapia de estados del ego que veremos a continuación, los roles son la base de la personalidad normal, y lo que define la patología será en esta orientación la rigidez y la falta de creatividad y espontaneidad.

Ya más específicamente, muy diversos autores han escrito tratados y artículos sobre el tratamiento de los trastornos disociativos (González, 2010; Chu, 1998; Boon, Steele y Van der Hart, 2011; Howell, 2011; Haddock, 2001; Sinason, 2002), basándose en general en una recopilación de distintas aportaciones, cuya descripción excede de las posibilidades de este capítulo.

Haremos mención a algunos abordajes que incluyen un modelo teórico específico, como son la terapia de los estados del ego y la terapia de sistemas familiares internos.

10.1.1. Terapia de los estados del ego

Se trata de un enfoque psicodinámico orientado a tratar diferentes patologías. La creación de esta terapia ha sido atribuida a John Watkins (1997). Este modelo utiliza técnicas de las terapias grupales y familiares, pero a nivel individual, orientadas al sistema interno de diferentes aspectos que se dan en un individuo. Por ejemplo "el niño asustado", "la controladora", "el temeroso", "la sensible" o "la fuerte". Una vez identificadas las diferentes características y la función que tiene cada una de ellas, se trabaja con diversas intervenciones para conseguir una buena relación entre todos estos estados. La terapia de estados del ego utiliza diversas intervenciones basadas en la hipnosis entre otras herramientas. Para estos autores, los estados del ego estarían presentes en todos los individuos, y representan las distintas facetas de la personalidad. En los casos de disociación se produciría una mayor separación y diferenciación de estos estados, que sería más extrema en el TID.

10.1.2. Terapia de sistemas familiares internos

Este enfoque integrador, desarrollado por Richard Schwartz (1995), propone un modelo de la mente como compuesta de partes o subpersonalidades relativamente discretas, cada una con su propia perspectiva, recuerdos, intereses y características. Se explora la organización de estas subpersonalidades y los posibles conflictos entre ellas. Un aspecto central de este enfoque es que todas las partes tienen una intención positiva, incluso si sus acciones o efectos son contraproducentes o generan malestar. El objetivo de la terapia es lograr conexión y armonía internas, sin que ninguna parte sea eliminada. Las partes pueden tener roles que se definen como extremos o

sanos. Los roles extremos se dividen en tres: los "gestores", los "exiliados" y los "apagafuegos". Los "gestores" son partes con roles protectores cuya función es evitar que la persona sea dañada por otros o que tenga acceso a recuerdos traumáticos o dolorosos. Los "exiliados" son partes que acumulan mucho dolor, vergüenza o traumatización, generalmente originados en la niñez. Por último, los "apagafuegos" son las partes que emergen cuando los "exiliados" aparecen o demandan atención. También son las partes que se implican en conductas de riesgo o que hacen que la persona se focalice en otras cosas para evitar contactar con el dolor, como, por ejemplo, trabajar en exceso o automedicarse. Tanto los "gestores" como los "apagafuegos" intentan que los "exiliados" no accedan a la conciencia.

10.2. Terapias orientadas al trauma

Otro conjunto de modelos de tratamiento ponen su énfasis central en el trabajo con los orígenes traumáticos (incluyendo el apego temprano disfuncional) de la sintomatología disociativa. Nos centraremos en la teoría de la disociación estructural de la personalidad, la terapia EMDR y las terapias somáticas de trauma.

10.2.1. La teoría de la disociación estructural de la personalidad

En el año 2006, Van der Hart, Nijenhuis y Steele desarrollan esta teoría que enlaza conocimientos recientes sobre psicotraumatología y neurobiología con las teorías clásicas sobre disociación de Pierre Janet. Aparte de la evidencia clínica consistente, están surgiendo investigaciones que apoyan los principios básicos de la teoría de la disociación estructural (Reinders et al., 2003, 2006; véase Van der Hart, Nijenhuis y Solomon, 2010).

Esta teoría no trata sobre la disociación entendida como síntoma ni como trastorno. La palabra disociación es utilizada aquí para describir un mecanismo, que para los autores estaría en la base de todos los trastornos postraumáticos. Los cuadros originados en experiencias traumáticas se

distribuirían en un espectro psicopatológico que iría desde el trauma agudo y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en un extremo, hasta el TID en el otro, como los cuadros postraumáticos de mayor gravedad.

Inspirándose en Allport (1981) y Janet (1907), Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006) definen la personalidad como la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas biopsicosociales que determinan sus acciones mentales y conductuales características. Es decir, el concepto de personalidad sana incluye la idea de integración, y en esa integración los elementos neurobiológicos, psicológicos y sociales están relacionados de modo coherente, flexible y adaptativo. La patología se define por la falta de integración entre estos subsistemas, que pueden operar de modo errático, no modulado o incluso entrar en conflicto interno. Las distintas reacciones y estados emocionales de los pacientes límite corresponderían a esta situación.

La teoría de la disociación estructural de la personalidad postula que en el trauma -no solo eventos traumáticos incluíbles en el criterio A, sino experiencias relacionadas con interrupciones de apego temprano - la personalidad del paciente se divide en dos o más subsistemas o partes disociativas, cada uno mediado por distintos sistemas de acción. En concreto, dos subsistemas tienden a dividirse ante la vivencia de amenaza que caracteriza al trauma: aquellos relacionados con la vida diaria y los vinculados a la defensa. Cuando la persona está centrada en el día a día y en "seguir adelante" trata de evitar a toda costa los contenidos mentales asociados a las experiencias traumáticas, y se desarrolla para esta función lo que los autores denominan parte aparentemente normal de la personalidad (PAN). Por otro lado, las experiencias traumáticas se recuerdan, o más bien se reviven, en modo defensivo, con la activación de otra gama de subsistemas biológicos, que configuran lo que denominan partes emocionales de la personalidad (PE). El sistema pierde flexibilidad y su capacidad de adaptación dinámica. La rigidez y el intento de control sustituyen a la modulación espontánea (Myers, 1940; Van der Hart, Nijenhuis y Steele,

2006).

El paciente como PE sigue reviviendo el trauma, continúa en el "allí y entonces". Como para esta parte la amenaza sigue activa, la respuesta defensiva también continúa, y puede manifestarse a través de distintas reacciones, como las de lucha, huida, congelación, sumisión total, hipervigilancia, cuidado de las heridas, estados recuperativos, grito de apego, etc., "continuando la acción, o más bien el intento de acción, que empezó cuando todo ocurrió" (Janet, 1919/1925). Es evidente que en este estado el individuo no podría continuar funcionando ni relacionándose. Para ello se desconecta de su parte emocional, y pasa a funcionar desde la PAN. Las acciones mentales y conductuales de la PAN están mediadas principalmente por sistemas de acción de la vida diaria (implicación social, apego, cuidado, exploración, juego, regulación de energía y sexualidad/reproducción).

Como PAN, el superviviente experimenta la PE y al menos algunas de las acciones y contenidos de las PE como egodistónicos, como algo que "le pasa", pero que no siente como propio, al menos no completamente. Esta PAN está fijada en la evitación de los recuerdos traumáticos y con frecuencia de la experiencia interna en general. La persona trata de no pensar, de no recordar, de no sentir ni entrar en contacto con nada relacionado con el trauma y la PE para poder seguir viviendo. Ante la imposibilidad de sentirse realmente bien tras lo sucedido, desde la PAN el individuo trata de aparentar normalidad. Para ello mantiene el recuerdo tan aislado que no piensa en ello o no lo recuerda, tiene un recuerdo narrativo pero no emocional, y desde esa profunda desconexión se dice a sí mismo que "lo tiene superado", "que no fue tan importante" o que "no es un problema en su vida". La evitación, la minimización y la negación protegen al individuo, que se esfuerza por salir adelante del desbordamiento inmanejable de los recuerdos. Pero el funcionamiento mental está alterado, y la normalidad de la PAN es solo aparente, ya que presenta síntomas negativos de distanciamiento, embotamiento y amnesia parcial o, en casos excepcionales, completa para la

experiencia traumática.

Según la teoría de la disociación estructural, el mecanismo causal del trastorno por estrés postraumático sería el mismo que el del TID. Simplemente, cuanto más intensa, frecuente y duradera es la traumatización, y más temprano es su inicio en la vida, más compleja será la disociación estructural de la personalidad. La división de la personalidad que antes describíamos entre una PAN y una PE únicas constituye una disociación estructural primaria, y caracteriza los trastornos postraumáticos simples, incluyendo el TEPT. Pero, cuando los eventos traumáticos empiezan tempranamente en la vida o son cada vez más abrumadores, prolongados o crónicos, la fragmentación de la personalidad aumenta, y puede haber distintas PE centradas en distintos sistemas de acción y distintas PAN para distintos aspectos de la vida cotidiana. Esta fragmentación múltiple caracterizaría al TID.

10.2.2. Terapia EMDR

El EMDR (eye movement desensitization and reprocessing; Shapiro, 2001) es una psicoterapia orientada al trauma que ha alcanzado un alto nivel de evidencia empírica para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático y se está aplicando en un amplio rango de patologías, que se consideran asociadas a eventos vitales adversos. El modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI) en el que se basa la terapia EMDR propone que gran parte de la psicopatología se debe al almacenamiento disfuncional o al procesamiento incompleto de experiencias vitales adversas traumáticas o perturbadoras. Esto altera la capacidad de la persona para integrar estas experiencias de un modo adaptativo.

Este modelo parte de la idea de que la tendencia hacia la salud está presente en los organismos vivos. En condiciones óptimas, las experiencias nuevas tienden a ser asimiladas por un sistema de procesamiento de

información que facilita su conexión con redes de memoria ya existentes asociadas a experiencias similares. Al ligarse a estas redes de memoria, se crea la base para el conocimiento y el aprendizaje.

Los eventos traumáticos y las experiencias vitales adversas pueden, por el contrario, almacenarse disfuncionalmente en la memoria, y como consecuencia su conexión con redes de memoria que contienen información adaptativa será inadecuada o se verá alterada. Estas experiencias no completamente procesadas serán las que generan la patología.

La terapia EMDR facilita que la información almacenada disfuncionalmente sea procesada e integrada. Para ello se recogen elementos perceptivos, cognitivos, emocionales y somáticos del recuerdo, correspondientes a distintos niveles de procesamiento de la información (Shapiro, 2001). Una vez que este recuerdo y todos sus componentes estén activados, se utilizan movimientos oculares para desbloquear esta información, lo que se considera que pone en marcha el sistema innato de procesamiento de información que nuestro cerebro tiene. El terapeuta va siguiendo el proceso, ayudando al paciente a hacer tandas de movimientos oculares, hasta que toda la perturbación emocional y somática asociada a esa memoria desaparece y una nueva creencia adaptativa sobre el yo queda asociada a ella. Además de movimientos oculares, se ha propuesto el uso equivalente de sonidos o estimulación táctil alternantes, denominándose cualquiera de estas formas estimulación bilateral.

Para su empleo en pacientes con trastornos disociativos se han desarrollado adaptaciones de la terapia EMDR, combinando esta modalidad terapéutica con la terapia de estados del ego (Forgash y Copeley, 2007; Paulsen, 2009) y la teoría de la disociación estructural (González y Mosquera, 2012).

10.2.3. Terapias de trauma de orientación somática

Pese a su histórica confrontación, la terapia cognitivo-conductual y las terapias dinámicas tienen sin embargo un punto en común: la escasa atención dedicada al cuerpo y a la parte somatosensorial de la experiencia normal y patológica. Esto es especialmente problemático en el campo del trauma psíquico, a donde las terapias más "corticales" no consiguen llegar (Van der Kolk, 2001). Si entendemos que la experiencia se procesa con elementos cognitivos, conductuales, emocionales y somatosensoriales, necesitamos técnicas terapéuticas que no dejen fuera una parte esencial del problema. Comentaremos de entre las muchas terapias de orientación corporal las dos más fundamentadas en los recientes descubrimientos sobre trauma y neurobiología: la experimentación somática (Levine, 1999) y la terapia sensoriomotora (Ogden, Minton y Pain, 2006).

A) Experimentación somática

Propuesta por Peter Levine (1999). Se propone al paciente empezar con cualquier componente del modelo SIBAM de la experiencia que les resulte más accesible (sensación, imagen o representación sensorial interna, conducta o movimiento, emoción y significado). El terapeuta rastrea cuidadosamente la experiencia interna que el paciente relata, sin inducción formal de trance. Cuando progresa ese rastreo, el paciente se mueve hacia los otros elementos del modelo SIBAM a través de puentes emocionales espontáneos. Este sistema puede ayudar especialmente con pacientes que tienden a desbordarse emocionalmente con facilidad al utilizar métodos como la hipnosis o el EMDR y también con pacientes con síntomas somáticos importantes o una sensibilidad somática incrementada.

B) Terapia sensoriomotora

Ogden, Minton y Pain (2006) proponen un desarrollo con elementos comunes a la experimentación somática de Levine, pero más completa y comprensiva, sobre todo por la articulación de conceptos e intervenciones

con la teoría de la disociación estructural (van der Hart, Steel y Nijenhuis, 2008) y en el concepto de disociación somatomorfa (Nijenhuis, 2000). Los autores describen la interrelación entre trauma, apego y disociación, su repercusión en el cuerpo y el tratamiento a partir de intervenciones desde lo somático. Una parte relevante es el desarrollo de autoconciencia respecto a las sensaciones del cuerpo, el reconocimiento de los sistemas de acción subyacentes a esas sensaciones y las intervenciones que permiten ir progresando hacia sistemas más elaborados, maduros e integrados. Los actos defensivos incompletos y la respuesta de orientación interrumpida se completan con ayuda del terapeuta. Se exploran los patrones corporales aprendidos en la relación de apego y se desarrollan recursos somáticos. También precisa adaptaciones específicas para el uso con cuadros disociativos graves.

10.3. Terapias orientadas a los trastornos de personalidad

Algunos autores han descrito los trastornos de personalidad en términos de disociación. Bromberg (1998) afirma que "el término trastorno de personalidad representa una disociación egosintónica, no importa qué estilo de personalidad encarne". Un trastorno disociativo propiamente dicho sería desde esta perspectiva una pieza clave para comprender todos los demás trastornos de personalidad. Blizard (2003) y Howell (2002, 2005) conciben los trastornos de personalidad límite como trastornos disociativos con "un patrón significativo de estados del self". Se habla en estas propuestas terapéuticas, por ejemplo, de estados del self de masoquista/víctima y estados del yo sádicos, también denominados estados del self rabiosos/perpetradores o estados del yo abusadores. Estos "estados del self" son equivalentes al concepto de "partes disociativas de la personalidad" aunque estas últimas representan un concepto más inclusivo, porque en ocasiones pueden ser complejas y comprender distintos estados mentales en diferentes momentos (Van der Hart et al., 2006). Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus (2004) afirman que los pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) "a

menudo se mueven de un estado de ánimo interpersonal reactivo a otro, con gran rapidez y fluidez, experimentando varios estados disfóricos y períodos de eutimia durante el curso de un día", una descripción que enlaza con el concepto que estamos describiendo de disociación.

Algunos modelos de tratamiento de los trastornos de personalidad manejan conceptos vinculados a los estados mentales o partes disociativas, y entienden la patología de la personalidad como un desajuste y falta de integración de estos estados. Veremos a continuación algunas de ellas.

10.3.1. Terapia cognitivo-analítica

La terapia cognitivo-analítica (Ryle, 1997) por ejemplo, describe la conexión entre trauma temprano, estilos de cuidado y patología límite. Los modelos relacionados de funcionamiento borderline - el modelo de múltiples estados del self (MSSM) - explica muchas de las características del TLP en términos de dominancia alternante de uno u otro de un pequeño rango de estados del self "parcialmente disociados" (Ryle, 1997). Golynkina y Ryle observaron que "entre estos estados la memoria puede estar alterada, y hay alguna capacidad de autoobservación en todos o algunos de ellos" (p. 431). Ryle (2007) afirma que los pacientes borderline manifiestan discontinuidades importantes en su experiencia y conducta, y que estas contribuyen a las dificultades con las que los clínicos se encuentran a la hora de tratarlos. Desde esta perspectiva, el problema subyacente es de una disociación estructural de los procesos del self en un pequeño rango de estados del self parcialmente disociados, con cambios no intencionalmente provocados, que pueden ser bruscos. Es obvio que esta visión tiene mucho en común con la teoría de la disociación estructural de la personalidad, aunque esta última enfatiza más claramente la perspectiva de primera persona de las partes disociativas. Algunos ejemplos de los tipos de estados del self descritos por Golynka y Ryle (1999) son los siguientes: un self ideal ("otros me admiran"), un estado de abusador con rabia ("quiero hacer daño a otros"), una víctima

impotente ("los demás me atacan y yo soy débil") y un estado zombi. La teoría de la disociación estructural de la personalidad relaciona estos diferentes estados del self o partes disociativas con distintos (sub)sistemas de acción de acuerdo con los cuales funcionan: por ejemplo, el abusador con rabia funciona de acuerdo con el subsistema defensivo de lucha, y la víctima impotente lo hace basada en el subsistema defensivo de sumisión.

Ryle y Kerr (2006) definen el procedimiento de rol recíproco como un concepto subyacente a lo que ellos denominan el modelo de múltiples estados del self (MSSM). Estos procedimientos son secuencias de percepción, evaluación, acción y análisis de las consecuencias, conformando acciones dirigidas a un objetivo. Cada rol es identificable por su conducta característica, humor, síntomas, visión del yo y los otros, y búsqueda de reciprocidad, que enlaza con el concepto de la teoría de la disociación estructural de la personalidad relativo a la perspectiva de primera persona de las partes disociativas.

10.3.2. Terapia de esquemas

Young, Klosko y Weishaar (2003) observan que los pacientes con trastornos de personalidad se caracterizan por la existencia de distintas partes del self que ellos denominan "modos". Identifican cuatro tipos principales: modos infantiles, modos de afrontamiento desadaptativos, modos parentales disfuncionales y el modo adulto saludable. Afirman que "en pacientes con trastornos borderline o narcisistas, los modos están relativamente desconectados, y la persona solo es capaz de experimentar un modo cada vez. Los pacientes con TLP cambian rápidamente de un modo a otro". Este cambio brusco entre distintos modos es equivalente a la alternancia entre PE y PAN tal como es descrita por la teoría de la disociación estructural de la personalidad. En ambas teorías, algunos modos o partes disociativas pueden a su vez disociarse en subpartes. Una de las diferenciaciones que Young hace es la relativa a los modos infantiles: el niño vulnerable, el niño enfadado, el

impulsivo/indisciplinado y el niño feliz. De nuevo, la teoría de la disociación estructural de la personalidad considera que estas diferentes partes, algunas de las cuales son descritas como PE, están mediadas por distintos sistemas defensivos, pueden tener diferentes niveles de desarrollo mental y contienen diferentes aspectos de los recuerdos traumáticos. Young, Klosko y Weishaar (2003) distinguen un modo adulto saludable, que no parece ser similar a la PAN. Los autores observan que este modo está virtualmente ausente en muchos pacientes borderline; por tanto, sería algo que habría que alcanzar en el curso de la terapia.

10.3.3. Terapia basada en la transferencia

Otto Kernberg (1993), en la psicoterapia basada en la transferencia, describe una teoría evolutiva de la organización de la personalidad borderline (Levy et al., 2006), conceptualizada en términos de afectos y representaciones del self y del otro, que tiene algunas similitudes con las partes disociativas descritas anteriormente. Las representaciones parciales del self y los otros están asociadas de dos en dos y ligadas por un afecto en unidades mentales que Kernberg denomina díadas objetales relacionales. En borderlines estas díadas no están integradas y las representaciones totalmente negativas están escindidas o apartadas de las representaciones positivas idealizadas del yo y de los otros. El mecanismo del cambio en pacientes tratados con psicoterapia focalizada en la transferencia es la integración de estos estados afectivos y representaciones del self y los otros, que están polarizados, en un todo más coherente, siendo esta integración un objetivo compartido con el abordaje terapéutico de los trastornos disociativos.

Según Kernberg, la tarea del terapeuta es "identificar a los actores" en el mundo interno del paciente borderline, usando la contratransferencia como una guía para comprender la experiencia del paciente. Pares representativos de actores que pueden figurar en la vida interior del paciente incluyen el "niño destructivo, malo" y la "figura parental punitiva, sádica"; el "niño no

deseado" y la "figura parental descuidada, egocéntrica"; el "niño defectuoso, inútil" y la "figura parental despectiva"; la "víctima de abusos" y el "atacante sádico"; y la "presa atacada sexualmente" y el "violador". Aunque Kernberg entiende a estos "actores" como representaciones fantaseadas distorsionadas de la experiencia del paciente, son más probablemente reflejos precisos el entorno relacional temprano del niño traumatizado (Hernian, 1992a). Las oscilaciones rápidas, confusas, en la contratransferencia del terapeuta reflejan las oscilaciones de la transferencia del paciente, y ambas reflejan el impacto de la experiencia traumática.

Kernberg (1993) propone varias tareas de desarrollo en pacientes límite, destacando aspectos de diferenciación: ser capaces de distinguir entre lo que es el self (y la propia experiencia) y lo que son los demás (y su experiencia) y síntesis: debe reaprender a ver los objetos como un todo, tanto buenos como malos al mismo tiempo.

10.3.4. Terapia basada en la mentalización

Por otra parte, Fonagy et al. (2002) describen cómo los fallos en la tarea materna de hacer de espejo (mirroring) para los estados emocionales del bebé afectan al desarrollo del self. En algunos casos, el espejo puede ser demasiado exacto o demasiado real, como por ejemplo una madre que responde con miedo al miedo de su hijo, más que con una representación del miedo del bebé y una respuesta tranquilizadora. En otros casos, puede que los padres etiqueten de forma inadecuada el afecto del niño, de modo no contingente, creando una falsa representación de la emoción de este. Por ejemplo, una madre interpreta los llantos de su bebé como manipulaciones y le muestra su rechazo, o le grita, o lo ignora demasiado tiempo. En tales situaciones, las representaciones que el bebé desarrollará de sus propios estados emocionales serán distorsionadas. Por ejemplo, pensará que si no llora mucho para llamar la atención de su madre ella no vendrá, o que no debe mostrar su malestar, o se resignará a que sus necesidades no serán

atendidas. Cuando es tos fallos en la regulación y en la sintonía son crónicos y graves afectan el desarrollo del self del niño de manera muy profunda. El niño es forzado a internalizar los estados mentales distorsionados como si fueran una parte de sí mismos. La experiencia emocional del niño niega aspectos esenciales del sí mismo, al tiempo que se ve inundada por representaciones mentales de los padres, ya que el espejo que le devuelven es una proyección y distorsión de sus cuidadores. El niño muchas veces interioriza el odio y agresión de los padres como propias, como una primitiva forma de identificarse con el agresor. Estas interiorizaciones y la construcción interna de representaciones mentales derivadas de los problemas en el vínculo temprano tienen paralelismos con la idea de partes disociativas y las fobias disociativas contra determinadas partes de la personalidad que define la teoría de la disociación estructural de la personalidad. Un elemento que aportan las teorías psicoanalíticas y que Fonagy integra con estos conceptos es el de proyección: algunas partes interiorizadas que el individuo no puede asumir como propias son proyectadas en el otro.

En resumen, muchas orientaciones teóricas, centradas en el tratamiento de los trastornos de personalidad, y en particular del TLP, han propuesto conceptos muy cercanos a los estados mentales o partes disociativas. También han elaborado desarrollos teóricos en los que la historia de trauma y apego están en la base de la fragmentación de la personalidad. Dado que los trastornos de personalidad límite y el trastorno de identidad disociativo están estrechamente relacionados y ambos representarían el extremo de mayor gravedad en el espectro postraumático propuesto por Van der Hart, Nijenhuis y Steele, esta coincidencia entre los modelos teóricos tiene sentido. Distintos paradigmas han llegado, cuando elaboran mapas sobre cuadros relacionados con la traumatización compleja, a modelos que comparten muchos elementos y que proponen intervenciones muy cercanas. Estos paradigmas pueden resultar enormemente útiles en el tratamiento del trastorno de identidad disociativo, aunque sigue siendo necesario aprovechar las propuestas específicas para el trabajo con la disociación grave, sobre todo en los casos

de mayor severidad.

11

Tratamiento del trastorno de identidad disociativo

El actual modelo de tratamiento ha aprendido tanto de las propuestas específicas para estos trastornos como de las críticas de los que han cuestionado el diagnóstico en sí y las intervenciones terapéuticas. Tras una primera etapa en la que se buscaba de modo directo el contacto de las experiencias postraumáticas subyacentes (Chu y Bowman, 2000), empezó a verse que un contacto prematuro con la historia traumática generaba frecuentes descompensaciones debido a que los pacientes no toleraban dichos recuerdos y a la presencia de la fobia al trauma (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006). También se entendió a partir de las investigaciones sobre la memoria (Chu, Frey, Ganzel y Matthews, 1999) que la exploración de la historia del paciente debía ser cuidadosa por la posibilidad de inducir o modificar recuerdos (Courtois, 1998). Diríamos incluso que, aunque el contacto con las partes disociativas sigue formando parte del modelo de tratamiento, se hace más énfasis en el desarrollo y el fortalecimiento de la personalidad central, y se trata de evitar la activación directa de las distintas partes de la personalidad, manteniendo en todo momento la orientación a la realidad (González y Mosquera, 2012).

El modelo de tratamiento orientado por fases se ha convertido en el estándar de consenso para la terapia del trastorno de identidad disociativo (TID) (ISSD, 1997). En este modelo el tratamiento se estructura en tres fases: estabilización y reducción de síntomas, tratamiento del trauma y reintegración y rehabilitación de la personalidad.

11.1. ¿Es necesario un abordaje específico de las partes disociativas?

Los estudios sobre este grupo de población suelen mostrar un gran número de diagnósticos diferentes y de tratamientos previos ineficaces (Ross, 1989). Kluft (1985, 2005) comenta los motivos para los que los tratamientos resulten ineficaces. Por un lado, algunas terapias meten al paciente en su esquema, encaje bien en él o no. Esto incluye no solo las psicoterapias, sino también los tratamientos farmacológicos: por ejemplo, se darán antipsicóticos para las alucinaciones auditivas, aun sabiendo que su efecto, no siendo causadas por un trastorno esquizofrénico, será probablemente nulo. Esto también puede ocurrir con tratamientos específicamente dirigidos al trauma, cuando se abordan los trastornos disociativos como si fuesen sencillamente trastornos por estrés postraumático, sin abordar la fragmentación de la personalidad. Por otro lado, las terapias ineficaces tienden a caer en la minimización de los síntomas disociativos. Debido a la asociación subyacente entre disociación-histeria-simulación, se entienden los síntomas disociativos como "llamadas de atención" que el terapeuta debe ignorar, porque solo con hablar de ellos los estaría reforzando.

Kluft (2002) afirma que virtualmente todos los tratamientos eficaces publicados encuentran útil, incluso esencial, trabajar con las partes disociativas. Según el mismo autor, solo el 2-3% de los pacientes diagnosticados de TID alcanzan la integración sin haber pasado por un tratamiento que incluya específicamente el trabajo con partes.

En la actualidad, el desarrollo de abordajes que, aunque con otra terminología, abordan la fragmentación mental característica de la disociación, como la terapia de esquemas (Young, Klosko y Weishaar, 2003) o la terapia cognitivo-analítica (Ryle y Kerr, 2002), descritos en capítulos previos, hace que no solo los tratamientos específicos orientados a la disociación grave, sino otros tipos de terapia, puedan resultar útiles.

Aun así, pensemos en varios escenarios que ilustran el problema clínico

que supone no abordar el sistema de partes disociativas.

a) Un terapeuta refiere que su paciente presenta frecuentes estallidos en los que a veces se pone agresivo con sus conocidos, y otras veces se pone en riesgo a sí mismo de diversos modos. En consulta habla con la parte aparentemente normal del paciente, pero no se comunica con la parte emocional desde la que salen los impulsos auto y heteroagresivos. Esta parte emocional se desarrolló cuando el paciente, siendo niño, tuvo que desconectarse del pánico, la rabia y el dolor que le causaban las frecuentes palizas de su padre. Desde su parte aparentemente normal, el paciente coincide con el terapeuta en rechazar estas conductas, que lo asustan y le hacen sentir enormemente culpable. Sin embargo, las estrategias organizadas desde el estado con el que funciona en la consulta para identificar cómo y por qué se disparaban estas reacciones no alcanzan a neutralizar las conductas-problema fuera de ella. Esta reflexión entre terapeuta y paciente es necesaria para que el paciente se vaya haciendo consciente de sus distintos estados y lo que los dispara, pero la posibilidad de establecer una comunicación directa con la parte de la mente del paciente conectada con esas conductas nos da una vía más rápida y eficaz de acceso.

b) Una paciente acude a consulta sin saber definir su malestar. Tiene síntomas disociativos claros, que el terapeuta conoce, pero en los que este cree que no deben centrarse para no potenciarlos. Sin embargo, las voces en la cabeza del paciente no están de acuerdo con que pida ayuda, no se fían del terapeuta (ni de nadie) y no quieren que hable con él de una historia de abuso intrafamiliar temprano que nunca ha contado. El terapeuta no explora las voces ni el sistema interno, y acepta la versión de la parte aparentemente normal de que "en realidad sus problemas no son importantes" y de que "puede arreglárselas sola". La paciente, con una afectación funcional importante, se va a casa decepcionada porque el terapeuta no ha mostrado interés en ella, y entra en un estado

depresivo importante.

c) Un terapeuta, movido por su reciente interés en los antecedentes traumáticos de los trastornos mentales, explora detenidamente la difícil historia de la infancia de una de sus pacientes que, entre otros síntomas disociativos, presentaba episodios de pseudocrisis epilépticas. Cuando ha contestado ya algunas preguntas, la paciente dice al terapeuta que está a punto de tener una de sus crisis. El terapeuta le dice que no importa, que es fundamental que ella pueda hablar de su historia, y la anima a continuar describiendo el abuso sufrido por su padre. La paciente empieza entonces a experimentar temblor en un lado del cuerpo, y se agarra la cabeza. Oye voces, pero no lo comenta porque cree que la tomarán por loca si lo hace. El terapeuta interpreta su conducta como una llamada de atención y la ignora, acercándose a la paciente y insistiéndole en que ella es fuerte y puede enfrentar su pasado. Al notar la cercanía del profesional, la paciente se queda inmóvil y deja de temblar, y sigue haciendo lo que el terapeuta le dice, aunque hace comentarios genéricos repitiendo información que ya ha comentado. Al poco rato dice que está cansada y pide que terminen la sesión. Unos días después, anula la siguiente cita, aduciendo que tiene un nuevo trabajo y no le es posible acudir por motivos de horarios. No volvió a reanudar la terapia. Entender los síntomas disociativos y la fobia a los recuerdos traumáticos que se estaba activando en este caso habría ayudado al terapeuta a entender que la paciente le estaba dando indicios indirectos de que se estaba viendo abrumada y presionada para entrar en una parte de su historia que no estaba en condiciones de afrontar. Ante la actitud del terapeuta, que con la mejor de sus intenciones había sobrepasado los límites de tolerancia de la paciente, esta reaccionó de modo secuencial: 1) inicio de una respuesta disociativa motora, 2) paralización, 3) sometimiento y 4) huida. El intento del terapeuta por explorar la historia traumática había reactivado esta, y con ella se habían disparado todas las reacciones defensivas

hasta encontrar la más eficaz: escapar.

Un abordaje eficaz de estos casos implica tener en cuenta los síntomas disociativos (no solo la presencia de partes), su función, su origen en la historia del paciente, la organización estructural de la personalidad, sus fortalezas y las áreas que han de ser desarrolladas. Dibujaremos en este capítulo brevemente las líneas generales de tratamiento. Para una revisión más en profundidad pueden consultarse los libros *Trastornos disociativos: diagnóstico y tratamiento* (González, 2010) y *EMDR y disociación, el abordaje progresivo* (González y Mosquera, 2012). Este último, aunque más específico de terapia EMDR, ofrece diversos procedimientos que pueden ayudar a entender el tratamiento general de estos casos. Dos textos fundamentales, también disponibles en español, son *Trauma y recuperación*, de Judith Herman (1992a), y *El yo atormentado*, de Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2008).

11.2. Líneas generales del tratamiento

El tratamiento del trastorno de identidad disociativo implica reparar las secuelas de las interrupciones de apego y traumatización frecuentes en estos casos. Como cualquier trastorno basado en un apego disfuncional temprano, la relación terapéutica será a la vez un desafío para alguien en quien los sistemas de vinculación con los demás están alterados, y una herramienta privilegiada donde puede darse una experiencia emocional correctiva. Para ello el terapeuta ha de estar particularmente atento a las formas indirectas de comunicación, que constituyen en cierto modo un tipo específico de lenguaje (González y Mosquera, 2012). El paciente, desde su parte aparentemente normal, no tiene plena conciencia de qué cosas de su historia le han afectado y cómo, a veces ni siquiera las recuerda. Esto, junto con la frecuente desconexión desde esa parte respecto a los componentes emocionales y somáticos de las experiencias vividas, hacen que, en las primeras consultas donde acostumbramos a realizar una historia clínica completa, la recogida de

información haya de ocupar un lugar secundario. Valorar cuánto de su historia está el paciente en condiciones de asumir no es algo evidente ni sencillo, pero es crucial para el establecimiento de una relación terapéutica, y clave para abrir la posibilidad del cambio en terapia.

Explorar la sintomatología disociativa, en cambio, suele tener un efecto beneficioso inmediato. Muchos pacientes verbalizan alivio por poder hablar con normalidad de síntomas que les hacen sentir raros o locos, o porque se les pregunte por una parte importante de lo que genera su malestar y de lo que muchas veces no habían podido hablar a nadie. Aunque esto es lo más frecuente, no todos los individuos funcionan de modo idéntico. También pueden encontrarse pacientes con una intensa fobia a las acciones mentales (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006) que hace que el simple hecho de hablar de sus pensamientos o de pararse a sentir les resulta intolerable. En estos la aproximación ha de ser mucho más gradual, siendo prioritario el desarrollo de un contexto de seguridad en la consulta.

Identificar las partes disociativas, hacer mapas de las mismas, entender su función y la relación de unas con otras es un procedimiento útil para la estabilización de los pacientes. En esta exploración, sin embargo, hemos de dar la razón a algunas de las críticas de Pipher y Merksey (2004), quienes describen problemas con abordajes que promueven la activación de las partes disociativas. El trabajo con partes ha de ser en nuestra opinión llevado a cabo siempre desde el yo adulto del paciente (González y Mosquera, 2012), estimulando su capacidad reflexiva, su orientación al presente, su perspectiva adulta. La comunicación con las partes ha de hacerse a través de este yo adulto, de cara a que sea el paciente el que vaya adquiriendo la capacidad de mirar lo que hay en su interior, entender sus pensamientos, impulsos y sensaciones, darse cuenta de sus necesidades y aprender a buscar su satisfacción de un modo sano. Los abordajes en los que el terapeuta trata de hablar directamente con las partes disociativas han ido cayendo en desuso, ya que el paciente puede perder la orientación a la realidad y entrar en estados

regresivos sin ningún beneficio terapéutico, y porque se pierde la posibilidad de ir integrando desde un yo central los distintos estados.

El objetivo global del tratamiento es lograr una personalidad integrada, con una metaconciencia, un yo observador capaz de pensar y sentir sobre toda la experiencia interna, el pasado, el presente y el futuro. Se trata de que el individuo se sienta de nuevo agente de su vida, sin verse condicionado por su pasado, por muy adverso que este haya sido. Cada parte de la personalidad contiene recursos y capacidades del paciente, fragmentos de su historia que le pueden ayudar a entender. Este yo observador, el yo adulto que se va desarrollando, ha de aprender a verse en el sentido profundo de la palabra, a verse de un modo distinto a como fue visto (o no visto) por aquellos junto a los que creció. Ha de mirarse con aceptación incondicional, sin importar qué emoción siente, que recuerdos vienen a su mente o con cuanta perfección hace las cosas. Aunque el paciente, en los casos más extremos de TID, nos hable de un demonio que tiene dentro y que le obliga a hacer cosas, como terapeutas sabremos ver debajo de la rabia acumulada en esa parte todo el dolor del daño sufrido. Sabremos que el miedo que rechaza sentir está representado en una parte asustada y vulnerable, que, al contener todas esas emociones y separarlas de la personalidad central, le ayudó a sobrevivir. Sabremos que la sumisión es la salida de los que no tienen salida, y entenderemos que las partes agresivas, que se agarran al "yo soy fuerte", sientan hostilidad contra las partes que mantuvieron un vínculo con un progenitor dañino o que no les protegió. Tomando perspectiva, el paciente aprenderá a ver todas estas reacciones, que llegaron a conformar partes disociativas, como la contradicción lógica que se genera cuando uno se desarrolla en un entorno caótico.

Durante todo este proceso será necesaria mucha psicoeducación sobre el apego sano y cómo la vinculación del niño con sus cuidadores configura su desarrollo emocional y relacional. Será importante entender las distintas emociones, sus funciones, cómo modularlas y cómo se pueden equilibrar

entre sí. La persona habrá de aprender cómo cuidarse a todos los niveles, desaprendiendo los patrones de autocuidado disfuncional. Entenderá el origen de sus fuertes creencias autorreferentes negativas, y las estructuras defensivas sustitutivas que reemplazan las formas de funcionamiento sano.

11.3. Fobias disociativas

Un elemento fundamental a la hora de organizar el tratamiento del TID, y de graduar la aproximación a los contenidos traumáticos, es la superación progresiva de las fobias disociativas (Steele, Van der Hart y Nijenhuis, 2005). La disociación estructural se genera en el trauma, pero se mantiene debido a acciones mentales y conductuales fóbicas. La fobia nuclear es la fobia a los recuerdos traumáticos, y desde esta fobia central emergen otras fobias dirigidas hacia el interior. Marilyn Van Derbur (2004), una superviviente de incesto, describe esto muy gráficamente:

Era incapaz de explicarle a nadie por qué estaba tan amarrada, encerrada y desconectada de mis sentimientos... Estar en contacto con mis sentimientos hubiese significado abrir la caja de Pandora... Sin darme cuenta, luché para mantener separados mis dos mundos. Sin saber por qué, yo hice no solo seguro, sino imposible, que nada atravesara la barrera que yo había creado entre la "niña de día" (PAN) y la "niña de noche" (PE)".

La reacción fóbica ante los recuerdos mantiene a estos aislados de la vida cotidiana y al margen del resto de los contenidos mentales. A veces esto se generaliza a todo lo que represente sentir, pensar, notar el cuerpo o recordar el pasado. Mirarse para adentro, cuando hay ahí cosas que se viven como inmanejables e inasumibles, es aterrador. El individuo evita cualquier tipo de autoanálisis y vive en la superficie, en un "como si" que a veces alterna con la emergencia incontrolada de impulsos, emociones o síntomas. Esto sería lo que en la teoría de la disociación estructural se llama la fobia a las acciones

mentales.

Otra fobia relevante es la fobia a las partes disociativas. Hay partes de la personalidad que el paciente rechaza, evita o teme. Puede asumir algunas partes de sí mismo; por ejemplo, puede aceptar su parte cariñosa, ser una trabajadora eficiente o una buena madre. Pero la rabia acumulada en su parte más agresiva, centrada en un sistema de acción de lucha, y más centrada en recuerdos de situaciones de agresión y abuso que el resto de las partes, le resulta inasumible. ¿Cómo aceptar ver en ella una rabia tan inmensa como la de aquella persona que arruinó su infancia? O puede rechazar su yo vulnerable, porque representa la debilidad, y debido a eso le hicieron daño. Conectar con la vulnerabilidad se asocia así a desprotección y peligro.

Cuando algunas partes disociativas contienen elementos de figuras abusivas, la fobia a estas partes es un reflejo del temor, el odio, el rechazo o en general de cualquier reacción negativa hacia la persona real a la que se asemejan. Otro elemento que también despierta una reacción fóbica es el vínculo de apego, que generalmente ha estado contaminado con algún tipo de amenaza, física o emocional. De modo que establecer conexiones, por ejemplo con el terapeuta, puede despertar el temor y la evitación, y secundariamente la rabia y la hostilidad. Internamente, las partes centradas en la rabia o el miedo pueden sentir un gran rechazo hacia las partes que mantienen el apego, muchas veces a través de la idealización, con un cuidador abusivo o negligente.

Estas fobias suelen aparecer en las primeras etapas del tratamiento, activándose más adelante, cuando los contenidos traumáticos empiezan a ser más accesibles, la fobia nuclear al trauma, que está en la base de la disociación. Por un lado, el paciente tiene la necesidad de volver atrás y revisar su historia. Por otro siente que si lo hace será como volver a vivirlo, y no podrá soportarlo. Siente que se volverá loco o se morirá si lo hace. No es necesario que los recuerdos sean de la envergadura de un abuso sexual.

Muchos momentos, ocurridos en etapas muy vulnerables del desarrollo, sin cuidadores consistentes que puedan amortiguar el efecto de las experiencias, pueden producir una traumatización similar. Pequeños eventos ocurridos en la relación de apego pueden ser psicológicamente devastadores.

El manejo de esta fobia, guardando un equilibrio entre no forzar la capacidad del paciente y ayudarle a confiar en sus posibilidades para mirar de frente su historia y resolverla, es fundamental para poder trabajar sobre los recuerdos traumáticos. Si bien el tratamiento del trauma en las primeras etapas puede ser altamente desestabilizador, sin abordar estas experiencias es improbable que pueda conseguirse una resolución completa y sólida de los problemas del paciente.

Pero con el trabajo con el trauma no se termina el tratamiento del paciente. Es posible que gracias al trabajo con partes de las primeras etapas, y al procesamiento posterior de los recuerdos perturbadores, la personalidad del paciente esté ya mucho más integrada y organizada. Muchas veces, sin embargo, ha de continuarse reorientando al paciente hacia su vida presente y ayudándole a adquirir recursos para manejarla. La propia vida normal puede dar miedo, con lo que supone de cambio, de vivir la intimidad, de asumir riesgos saludables y de mirar el futuro con un optimismo realista.

La complejidad del proceso terapéutico puede verse ejemplificada en el último caso, donde el trabajo con partes, las intervenciones sobre patrones de autocuidado, el procesamiento de las fobias disociativas y el trabajo fraccionado con los eventos traumáticos son introducidos de modo progresivo en una intervención que combina el modelo de procesamiento adaptativo de información de la terapia EMDR (Shapiro, 2001) con la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006).

12

Entendiendo el trabajo con el trastorno de identidad disociativo a partir de un caso

En este caso, uno de los que describíamos al empezar este libro, podemos ver las distintas etapas que abarca la intervención. En el tratamiento de este paciente, que llamaremos Raúl, veremos un abordaje específico, pero no el único, para el tratamiento de la disociación, propuesto en EMDR y disociación, el abordaje progresivo (González y Mosquera, 2012). Se explicarán muy superficialmente las intervenciones que incluyen procedimientos específicos de terapia EMDR, que precisan un buen conocimiento en esta modalidad de psicoterapia (ver www.emdres.org para más información). Existen, como comentamos en el capítulo sobre tratamientos, muchos otros abordajes específicos o aplicables a estos casos, pero aquí buscamos mostrar una aplicación práctica a un caso real para entender cómo se estructura y por qué etapas transcurre el proceso terapéutico. Estos aspectos pueden considerarse generalizables a otras orientaciones.

Raúl acude a consulta tras recibir diferentes diagnósticos, incluidos depresión cronicada, esquizofrenia, psicosis resistente y trastorno límite de la personalidad. Está a tratamiento con diversos fármacos, incluyendo varios antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo, que no han conseguido suprimir sus síntomas.

En la primera toma de contacto el paciente refiere hablar con objetos

inanimados, incluidos ordenadores y barcos. La relación con los barcos es especialmente importante, pues es uno de sus hobbies favoritos. Le preocupa un barco en concreto al que teme porque lo relaciona con una pesadilla recurrente en la que ese barco lo arrastra hasta alta mar y lo abandona allí. Raúl presenta numerosas conductas autolíticas graves, como cortes, quemaduras y varios intentos de suicidio casi exitosos.

Como comentábamos en la introducción de este libro, Raúl escucha varias voces, una es como un ruido constante que no acaba de entender, pero que le resulta muy molesto. Otras son amenazantes, y de ellas la que más le preocupa es una a la que llama "enanito cabrón", que constantemente le empuja a que se haga daño. Además de las voces más agresivas, a veces oye una voz que parece muy asustada. En alguna ocasión se ha visto a sí mismo desde fuera, pidiendo ayuda de manera desesperada, "como una vela que se derretía mientras gritaba socorro".

Primera sesión

T: Comentas que tienes la sensación de que te hablan las cosas. P: Sí.

T: Por ejemplo, ¿qué cosas?

P: Pues... desde un ordenador a... un coche, una locomotora de tren o un barco.

T: ¿Y esto con qué frecuencia te ocurre?

P: Me ocurre con una frecuencia bastante alta.

T: Bastante alta..., que sería... ¿en una semana por ejemplo?

P: Pues, si voy al puerto..., con tal de que haya barcos ya tenemos la conversación, menos con uno de los barcos...

T: Vale. Menos con uno.

P: Menos con uno, sí.

T: ¿Sabes por qué?

P: Sí, vamos a ver. Yo tengo siempre un sueño en el que este barco me arrastra a alta mar y me deja ahí para que me ahogue... Es el único que... que... que no me habla, o sea que es una cosa fea, oxidada, deteriorada...

Comenta que esta semana ha estado hablando con diez barcos.

T: Y estos diez barcos ¿qué tipo de cosas te decían? ¿Te acuerdas?

P: Sí. Preguntan nombres, cómo estás. No sé qué... Una conversación normal y corriente como la que tengo con cualquier cosa.

T: ¿Esta conversación es interna o tu llegas a hablar en alto?

P: He hablado en alto.

Exploramos las alucinaciones auditivas descritas por el paciente y los diversos episodios de autolesiones.

T: Y me decías antes que el motivo de las autolesiones era por eso, porque tú escuchabas voces.

P: Sí, porque escuchaba voces y tenía ganas de matar.

T: Y ganas de matar.

El paciente ha sido diagnosticado de numerosos cuadros muy diferentes, él explica muy bien los argumentos que le dieron para esos diagnósticos.

P: Para ellos sigo siendo un simulador de enfermedades y me dicen que, si

no tengo esquizofrenia, no puedo oír voces. También me dijeron que tenía un trastorno límite de la personalidad, por lo de hacerme daño. Otras veces me han dicho que tengo depresión cronicada, psicosis resistente y trastorno del comportamiento.

Recogida de historia

En las primeras sesiones se hace evidente que la recogida de la historia ha de ser cuidadosa, pues, aunque el paciente relata eventos muy traumáticos, como una violación por parte de unos desconocidos en su adolescencia, cada vez que intenta hablar de este tema se bloquea o las voces le insultan y le amenazan. Raúl solo recuerda fragmentos muy vívidos de la violación que le vienen en ocasiones como destellos. Cuando esto le ocurre estando solo, Raúl se autolesiona o recurre a la automedicación por temor a lo que se pueda llegar a hacerse a sí mismo. Estos indicadores, que en este paciente son bastante evidentes, pueden pasar desapercibidos si no se exploran específicamente en otros casos. Por ejemplo, el paciente puede hablar de eventos traumáticos graves como si no le afectaran y afirmando que los tiene superados, pero no volver a consulta porque a nivel interno "se ha quedado revuelto" y su desconexión emocional no le permite tomar conciencia de esto. Este problema se presenta también en Raúl a otro nivel. Desde la parte aparentemente normal, Raúl quiere "hacerle frente al trauma" lo antes posible, y de modo directo, para "librarse de esos fantasmas", sin tomar conciencia debido a su desconexión de la repercusión emocional de estos eventos, de que no puede tocar aún esos recuerdos por ser demasiado dolorosos y activar muchas emociones de dimensiones intolerables para el sistema interno. Cuando las voces se activan y su cuerpo se bloquea al hablar de esas experiencias, la parte aparentemente normal de Raúl no entiende que las partes emocionales, no están de acuerdo, y que le están diciendo "no entres ahí". Es importante que el terapeuta esté pendiente de este tipo de indicadores y sepa ayudar al paciente a entenderlos.

Raúl vive este conflicto como una batalla de bandos, donde las voces son "malas" y son las responsables de "fastidiarle la vida"; le gustaría que desapareciesen y no escucharlas más. Esto hace que las voces se pongan más alerta y genera un enorme desgaste de energía, que se consume en el conflicto interno y genera su estado depresivo habitual.

Comprendiendo el sistema interno y rebautizando las voces/partes

Al explorar el sistema interno, Raúl nos habla de dos voces, el "barullo" constante, que describe como un ruido que solo cesa al entrar en lugares aún más ruidosos, y el "enano cabrón". Cuando intentamos explorar la función de estas dos voces, Raúl no consigue encontrar una función para el "barullo", pues aún no sabe qué hay ahí, comenta que hay tanto ruido que no es capaz de discernir los mensajes. Cree que son insultos, pero básicamente porque toda la comunicación del "enano cabrón" son insultos y supone que lo que hay en el barullo será similar. Le explicamos a Raúl que estas voces son partes de él, que necesitamos entender la función que tienen, dando por hecho que tienen una función importante y que por eso están ahí. Raúl lo entiende racionalmente pero emocionalmente sigue pensando que sería mejor que desapareciesen. Al explicarle que posiblemente estas voces están intentando ayudar de la única manera que han aprendido, Raúl muestra interés. Comentamos la importancia de no usar términos peyorativos o insultos para referirse a las voces o partes de sí mismo y acordamos referirnos al "enano cabrón" como "enano". Raúl no entiende muy bien esta propuesta, pero nota que al hacer esta intervención el "enano" se calma repentinamente y está atento a la conversación. En las siguientes sesiones seguimos trabajando en esta línea y ayudando al paciente a entender cómo y por qué se activan las partes, y promoviendo el que pueda "ponerse en su lugar", entender su perspectiva y empatizar con ellas. Tras algunas sesiones, Raúl comenta que el "enano" ya no le pide que se haga daño.

Fobia a los recuerdos traumáticos

Conforme el conflicto interno disminuye, los elementos traumáticos subyacentes empiezan a emerger. La persistencia del funcionamiento disociativo funciona a veces como una niebla que oculta el material perturbador, como si se tratase de capas que al irse sacando dejan paso a niveles más profundos de la estructura psicológica. La fobia a las acciones mentales y a las partes disociativas, como veíamos en el capítulo sobre el tratamiento, suele aparecer primero, dejando paso posteriormente a la fobia disociativa nuclear, que es la fobia a los contenidos traumáticos. Cuando una experiencia se vive como abrumadora, intolerable e inasumible, la estructura psicológica se configura para proteger al yo de un contacto con los elementos emocionales y sensoriomotores y las creencias autorreferentes asociadas a esas experiencias. Sin embargo, sin una adecuada asimilación, procesamiento e integración de esas experiencias en la narrativa autobiográfica, continuarán ejerciendo un poderoso efecto sobre el funcionamiento psicológico. El desafío del proceso terapéutico es acceder a estas experiencias de modo gradual y fraccionado, de modo que el sujeto pueda ir las asimilando y elaborando sin verse desestabilizado por ese material.

Tras varios meses de calma, Raúl comenta que le han venido varios flashes de la violación y que se ha puesto muy nervioso. La primera reacción del "enano" fue volver a pedir que se hiciese daño. Al hacerse daño la parte aparentemente normal se focalizaría en el dolor y se apartaría del recuerdo, más intolerable. Escasamente consciente del significado de la activación de esta parte, el "enano", Raúl insiste desde su parte aparentemente normal en trabajar con el trauma para quitarse toda la carga que lleva arrastrando hace años. No ayudarle a frenar hubiese sido un gran error, pues un sistema interno tan frágil se descompensaría o rompería. Aunque le explicamos que solo podremos trabajar con el trauma cuando todo su interior esté de acuerdo con ello, Raúl no está nada convencido. A

las pocas semanas se hace quemaduras de tercer grado con una plancha. Los médicos le explican que ha debido de apretar la plancha contra su brazo y mantenerla así cierto tiempo para producirse una lesión de esa envergadura. Él acude a consulta muy desconcertado porque no recuerda lo que ocurrió (no recuerda haberse quemado).

La parte aparentemente normal experimenta una intensa fobia hacia la parte responsable de la quemadura. El argumento parece lógico: lo ha llevado a lesionarse gravemente. Sin embargo, el rechazo que la parte aparentemente normal experimenta no permite entender ni modificar el sistema de funcionamiento.

Cuando acude a consulta la voz parece tener cosas que decir. Raúl comenta que lleva rato diciéndole que se calle (internamente), pero que no hay manera; de hecho, cuando más la intenta hacer callar, más se activa esta voz. Ante el evidente conflicto interno de Raúl (no es capaz de seguir la conversación por el "ruido" interno), la terapeuta le pide que intente escuchar. Se utiliza aquí un procedimiento específico de EMDR para el trabajo con las fobias disociativas, tras lo cual se consigue cierta toma de conciencia sobre el significado de lo ocurrido. Tras este procedimiento, Raúl parece extrañado y la terapeuta le pregunta por lo que le viene a la cabeza:

T: ¿Qué te viene?

P: (Repitiendo una frase literal que le viene a la cabeza) La realidad (extrañado).

T: Pareces confuso.

P: Porque no lo entiendo.

T: Puede ser que se refieran a la realidad de las cosas que te han sucedido.

P: No lo sé.

T: Por eso yo insisto en que no se trata de que les mande callar, sino de que les digas que no vamos a forzar nada (refiriéndose al trabajo con los recuerdos traumáticos)...

P: O hay mucho debajo de esto o aquí está fallando esto (señalando a su cabeza).

T: Raúl, yo creo que esta voz tiene un papel importante en relación con proteger una serie de eventos que están ahí.

P: Sí.

T: Que tú puedes conocer parcialmente, pero no del todo.

P: Puede ser.

T: Yo creo que han hecho un trabajo importante protegiéndote de estos recuerdos y ahora mismo lo que a ti te llega en modo de destrucción (hacerse daño), puede ser un intento de proteger eso.

P: O sea, que me estoy haciendo daño para que no piense en lo otro...

T: Puede ser, por eso me gustaría que sepas que hay otras maneras de trabajar con todo lo que ha pasado sin que lo vuelvas a pasar así de mal (revivir).

Esta intervención hace que el sistema interno se calme, la voz deja de insultar y la tensión disminuye. Hablamos con la parte emocional a través del yo adulto.

T: Dile que vamos a trabajar con mucho cuidado y que no vamos a entrar en estos temas hasta que no sea el momento, dile que no es necesario

que hagas estas cosas (autolesiones) para evitar entrar ahí.

P: Vale (se toma unos minutos para comunicar esto a la parte). Vale..., es difícil traducir esto.

T: ¿Traducir en palabras?

P: Sí.

T: ¿Traducir qué?

P: Lo que me quiere decir la voz.

T: ¿Qué crees que te quiere decir?

P: Que las cosas tienen que seguir así, como que hay que cerrar la caja de Pandora. Que he abierto algo, pero que lo tengo que cerrar y que mientras no lo cierre él va a seguir ahí diciéndome que me machaque.

T: Tiene mucho sentido, va en la misma línea de lo que estábamos comentando.

Tras esta intervención el paciente está unos tres meses sin hacerse daño.

Las partes disociativas van evolucionando conforme la terapia avanza. El "enano" parece tranquilo porque el paciente se cuida, se le tiene en cuenta y se chequea todo el trabajo con él durante las sesiones. Con el tiempo el barullo se convierte en una parte agresiva que solo nota, pero que no identifica como una voz. A veces duda de si es el "enano", que se ha dividido en dos. Esta parte parece estar asociada a las conductas autolesivas de mayor riesgo, como la ingesta medicamentosa por la que estuvo en coma varias semanas. Durante la terapia se hace referencia a esta parte y se trabaja con ella, ya que, aunque no se comunica de modo espontáneo con el paciente, sí es posible que el paciente trate de comunicarse con ella y entender cuándo se

activa y por qué, durante las sesiones. Tras comprobar en diversas sesiones que se tenían en cuenta sus reticencias a entrar en los contenidos traumáticos y que se tenía cuidado de "no abrir la caja de Pandora", esta parte deja de aparecer y no se presentan autolesiones relevantes durante un tiempo.

Una recaída inexplicable

Todo parece ir bien, el paciente está haciendo grandes avances y sintomáticamente está mucho mejor. Sorprendentemente, se presenta de nuevo un episodio de autolesión. Como siempre que se presenta un síntoma, es importante, más que la descripción pormenorizada del síntoma en sí, explorar qué pasó antes de producirse.

P: Pues estaba tomando un café con mi médica de cabecera y mi amigo Cristóbal y me dijo (la médica) que estaba muy contenta porque llevaba mucho tiempo sin autolesionarme. Mi amigo le pregunto: "¿Y cuánto es eso?". Y ella le dijo: "¡Lleva tres meses y medio sin autolesionarse! Y además está mucho mejor (haciendo énfasis)". Después Cristóbal me llevó a casa y al rato empezó a descontrolarse todo.

T: ¿Y qué crees que pudo pasar ahí?

P: No losé.

T: ¿Te gustó que dijera eso tu médico de cabecera?

P: En aquel momento, sí.

T: En aquel momento, sí, ¿y después?

P: Pues después ya me empecé a encontrar mal porque el "enano" estaba carcajeándose y se empezaron a romper los engranajes.

T: ¿A él (el "enano") qué le pareció que tu médico de cabecera viese esa

evolución tan positiva?

P: Es que ahí es donde creo que se pudo haber roto algo... Esos días realmente son muy confusos para mí.

T: Tú en principio te sentiste bien.

P: Sí, claro.

T: Pero sentirte bien para ti...

P: Me sentí alegre, pensé: "Pues mira, llevo tres meses y medio sin hacer ninguna barrabasada", pero ahí atrás estaba el otro, "ji, ji, ja, ja". La última vez que estuve aquí, recuerdas que te dije que pensaba que estaba tramando algo (el "enano"). Ya lo conozco, son muchos años conviviendo con él.

T: Yo no creo que estuviese tramando algo, yo creo que hay una cosa que se llama miedo al cambio o a la mejoría, que le pasa a muchas personas y que, como la gente te va diciendo que te va mejor y cuando tu médico de cabecera que hace tiempo que te atiende ve esa evolución tan positiva y te lo dice, pues se enciende una alarma en ti.

La explicación parece convencer al paciente y a el "enano", que asiente ante lo que dice la terapeuta.

Fobia entre partes

Tras varios meses de trabajo el paciente comienza a cuidarse un poco mejor, durante un largo periodo deja de hacerse daño. Siguen presentándose flashbacks ocasionales que lo asustan y generan inquietud interna. La relación entre las partes ha mejorado, pero el debate de si hablar o no sobre la experiencia de la violación sigue activo. Como la parte que contiene los recuerdos siente que podría explotar en cualquier

momento, decide ponerse detrás de un muro de contención voluntariamente (la idea parte espontáneamente de esta parte con la que siguen sin hablar, pero que le muestra el muro al paciente). Este tipo de intervenciones se han propuesto por parte de diversos autores para mantener el material perturbador apartado de la conciencia entre sesiones. Pero es importante cuidar de que ese muro no repita la tendencia disociativa de "hacer como que no ha pasado". Veremos en la siguiente sesión cómo una parte disociativa se activa ante la idea de meterlo todo detrás de un muro.

Pese al muro, la aproximación a los contenidos traumáticos pone a prueba el sistema, y activa la fobia entre las partes, que mantiene la separación disociativa. El paciente lo describe así:

T: ¿Cómo estás?

P: Con bastante miedo, tengo a las voces desbocadas y ahora en lugar de tener dos, ¡tengo tres!

T: Ya.

P: Tengo las ya conocidas y una nueva, a la que llamo el "dictador", que me está machacando vivo. Entonces, por un lado, están las voces con las que trabajamos al principio como dándome ánimos para que rompa la barrera y está esta otra voz, el "dictador", que quiere que me deshaga.

Nuevamente, el nombre que el paciente pone a la voz tiene una connotación negativa importante, y se plantea "rebautizar" a esta parte para facilitar la disminución de la fobia.

T: Bien, vamos por partes, primero vamos a intentar no llamarlo así. ¿Qué significa su nombre?

P: Es un torturador.

T: Bien, y ¿qué te parece otro nombre que no sea tan...?

P: Lo podemos llamar la "voz primigenia".

T: Primigenia está bien.

P: Vale, pues la dejamos así mejor.

T: Sí.

En esta ocasión, rebautizar la voz no es complicado porque el paciente ya está familiarizado con los beneficios de esta intervención.

P: Pues esa voz me está machacando, pero de veras... Además quiere..., no puedo fumar un pitillo con calma porque viene enseguida, me tomo un café y si está muy caliente me dice "tíratelo" (por encima), cada vez que veo la plancha me está "plánchate, plánchate, plánchate" y no hay forma de... ¡No consigo aplacarlo!

T: Bien, vamos a intentar comprender, ¿qué pasó esta semana?

P: No pasó nada, simplemente a raíz de la conversación que tuvimos la semana pasada, pues como si por un lado saliesen las dos voces iniciales diciendo "tira para adelante, rompe por fin el muro, libérate de toda esa mierda que llevas ahí metida"..., pues, a partir de ahí, empezó la otra voz. Lo que pasa es que la otra, la primigenia, tiene más volumen, es como si tuviera más fuerza. Entonces me preocupa mucho porque mientras que las otras están ahí, las puedo dejar a un lado, con esta no hay forma, esta es como un cañonazo y "bum, bum, bum".

T: Bien, ¿recuerdas que el otro día tenías especial interés en trabajar en lo que estaba detrás del muro?

P: Sí.

T: Y yo te decía que íbamos a ir con cuidado precisamente porque esta parte se puede sentir en peligro.

P: Sí.

T: Entonces, es bastante comprensible lo que me estás describiendo. Tiene que haber mucho miedo ahí, Raúl...

P: Vamos a ver, hay pavor..., porque date cuenta que... (traga con dificultad, le tiembla la voz)... me salen los recuerdos y me duele... (le cuesta hablar), me duele mucho porque me duele..., ahhh..., ¡joder! ¡Es que cada vez que pienso en eso me pongo fatal!

T: Bien, ¿te das cuenta de que cada vez que piensas en eso, ahora mismo, conectas emocionalmente y te desbordas?

P: Sí, pero ¡lo tengo que afrontar!

T: Bien, pero tú te das cuenta de que eso..., a ver, antes, cuando tu hablabas de este incidente, lo tenías mucho más bloqueado.

P: Sí.

T: No conectabas así.

P: (Pensativo) No...

T: Yo entiendo que sí, que hay que trabajar estas cosas, pero entiendo que no es el momento... Si tú estás sintiendo ese pavor y ese terror, Raúl, eso te puede ayudar a entender lo que puede estar sintiendo esa voz, que tiene acceso a todo el recuerdo.

P: Ya.

La posibilidad de trabajar con el trauma genera ambivalencia y mucho

conflicto interno. La parte aparentemente normal dice "tengo que hacerlo", "no puedo venirme abajo", sin una conexión profunda con lo que eso representaría para él, en cierto modo sin tenerse en cuenta. Por otro lado, estos comentarios son del estilo de los que muchos supervivientes de trauma utilizan ante la imposibilidad de resolver lo que les sucede: se dicen que tienen que "salir adelante", que tienen que "ser fuertes". Estos estilos, que les permiten seguir con sus vidas, son sistemas sustitutivos que no son realmente sólidos, y que frecuentemente no son sostenibles a largo plazo. En esa línea se expresa el paciente:

P: Sí, pero lo que pasa es que hay que enfrentarse a ello, pero lo quiero enfrentar con un poco de entereza. Lo que no puedo es venirme abajo porque tenga un flashback de un momento determinado y lo que me molesta de sobremanera es esta voz porque... ¡no me deja vivir! No puedo hacer ni la más mínima cosa sin pensar en hacerme daño... El otro día tuve que hacer un viaje en tren y fue llegar a la estación y "tírate a la vía del tren, tírate a la vía del tren, tírate a la vía del tren". O sea, yo que disfruto de los viajes en tren, o disfrutaba, porque ahora me viene la voz y me machaca vivo.

Nuevamente, parece lógico sentir rechazo por una voz que está diciéndole al paciente insistentemente que se mate. Sin embargo, el discurso del paciente está centrado en hacer juicios y no en comprender qué hay detrás de la activación de esta parte.

T: A ver, yo entiendo que esta voz sea muy incómoda para ti porque por lo que estás comentando, interfiere mucho con que tú puedas estar tranquilo.

P: Sí.

T: Pregúntale a esta voz por qué está haciendo eso.

P: Vale (intento de comunicación interna). ¡Es que no para de insultarme! Es como tener una cinta llena de insultos y de "hazte daño" y no hay quien la pare, no consigo conectar con ella (la voz). ¡Ahhh..., Dios! (Desesperado) ¡Me supera!

T: Vale, pregúntale a esta parte qué es lo que le preocupa ahora mismo.

P: Vale (nuevo intento de comunicación interna). Vamos a ver..., el dolor... (Suspira). ¡Bufff!

T: El dolor.

P: O sea, que esta parte está sufriendo mucho.

Las partes más agresivas suelen estar más conectados con los contenidos y las emociones perturbadoras. El paciente solo ve la reacción aparente, pero cuando la parte se comunica hablando de dolor, el terapeuta lo remarca para ayudar al paciente a conectar y empatizar con esta parte.

T: Pregúntale cómo está.

P: (Comunicación interna) Cabreada.

T: Vale, está cabreada, ¿con qué está cabreada?

P: Con el pasado.

T: Pregúntale si está enfadada contigo.

P: (Comunicación interna) Recibo insultos por respuesta, con lo cual calculo yo que sí...

T: Pregúntale a esta voz si está enfadada conmigo (es importante explorar reacciones particulares contra el terapeuta en cada una de las partes).

P: No.

T: ¿No?

P: No, él centra las culpas en mí.

T: Vale, ¿le puedes preguntar a esta voz cuantos años siente que tiene?

P: (Comunicación interna) Diecisiete (esta es la edad en la que se produjo la violación).

T: Y está sufriendo mucho.

Se propone a esta parte un trabajo específico con EMDR centrado en su emoción perturbadora. Esta parece muy intensa, y el sistema está cargado de tensión, lo que no permite establecer un diálogo interno ni facilita que se consigan cambios. El trabajo con EMDR permite desbloquear este tipo de situaciones y disminuir el nivel de perturbación hasta que se hace más manejable. Como para cualquier tipo de intervención que se proponga, lo fundamental cuando estamos ante un sistema con un alto nivel de disociación estructural es que todas las partes del paciente estén de acuerdo en lo que va a hacerse. Si hay un conflicto al respecto, al intentar llevar al cabo la intervención, el conflicto se activará.

T: Pregúntale si le gustaría trabajar un poquito en disminuir ese sufrimiento que tiene ahora mismo.

P: (Comunicación interna) Vamos a ver, quienes contestan son las otras, ellas dicen que quieren liberar..., liberarse.

T: Dile a las otras que muchas gracias por contestar y por estar ahí y por intentar ayudarte.

P: Vale.

T: Pero vamos a intentar preguntar a esta voz que siente que tiene diecisiete años lo que está sintiendo y si cree que sería buena idea trabajar un poquito con su sensación; no con lo que ocurrió, con la sensación que tiene en este momento.

P: (Comunicación interna) Se mezcla todo.

T: ¿Qué se mezcla? Vamos a entender.

P: Se mezclan la culpa, las ganas de liberarse, las ganas de hacerse daño, de machacarse, es una mezcla de todo.

T: Bien, pregúntale a esta voz si se siente culpable.

P: (Comunicación interna) Sí.

T: Se siente culpable.

P: (Confuso) Esto me supera a mí.

T: Yo sé que no es fácil para ti, pero igual que has intentado entender a las otras partes, a las otras voces, es importante entender a esta parte. Es una parte importante, al igual que lo son las otras. Yo agradezco mucho cómo estas otras voces intentan ayudarte, pero es importante que tanto tú como las otras voces entendáis que esta parte tiene una carga y un peso muy grande.

P: Sí, eso entender lo entiendo y lo entienden (las otras voces), lo que pasa es que esta (la nueva voz) está como obcecada, aferrada a aquello (recuerdos traumáticos).

T: Claro, y cuanto más se le intente forzar a trabajar en eso, más se va a obcecar.

P: Entonces, ¿qué hago?

T: Vamos a intentar comunicarnos con esta parte y entender (el paciente asiente). Y vamos a tratar de ayudarla con la sensación que tiene para ver si se alivia un poco el malestar que siente. Pero, para esto, necesitamos que nos dé permiso.

La voz, finalmente, tras un trabajo de negociación con las distintas partes, está de acuerdo en trabajar con sus recuerdos y su dolor. Al cabo de poco tiempo, el paciente (su parte aparentemente normal) empieza a entender todo lo que esa parte estaba acumulando.

P: (Ansioso, respirando intensamente, voz entrecortada) Es como volver al principio de todo... Empieza a doler, empiezo a notar la sensación física de... de eso (agresión)... y empiezan las palabras aquellas a aflorar (los agresores le decían "tranquilo, no te vamos a hacer daño, te va a gustar, ya verás"; mientras lo forzaban y le hacían mucho daño).

T: Vale, Raúl, yo sé que esa es la sensación que tienes, vamos a hacer una cosa, le vamos a preguntar a esta parte si quería parar.

P: Vale.

T: Pregúntale a esta parte si quería parar, pero con calma, tómate el tiempo que te haga falta.

P: ¿Me dejas que me tranquilice un poco?

T: Por supuesto.

P: (Se toma un rato para calmarse) Vale, vamos allá (comunicación interna). Dice que adelante.

T: Entonces, esta parte no quería parar, eras tú.

P: Sí.

T: ¿Cómo podemos hacer Raúl? Porque no queremos forzar nada.

P: Pues, echándole dos narices y tirando para adelante.

El paciente vuelve de nuevo al "hay que seguir", "tengo que ser fuerte", sin recordar que hace unos minutos acaba de verse sobrepasado por el contacto con la intensidad emocional y somatosensorial de la experiencia. El terapeuta ayuda a encontrar un equilibrio entre avanzar en el trabajo con el trauma y cuidar de que el paciente pueda asimilarlo y tolerarlo. La sesión se centra en ayudar al sistema a reequilibrarse. El paciente, a través del trabajo con EMDR, toma conciencia del motivo de su temor.

P: Me viene una pregunta que es ¿por qué tengo miedo? Si he asumido otras cosas, ¿por qué esto me produce tal terror?... Es miedo al recuerdo. Miedo al recuerdo, tiene mucho sentido.

Se sigue trabajando un poco más sobre las sensaciones de la parte aparentemente normal, que va tomando conciencia de sus emociones y de la repercusión real que los recuerdos siguen teniendo. Más tarde se vuelve a trabajar con la parte "primigenia", que consigue expresar parte de lo que hay en el fondo de su malestar y de lo que dice.

P: Pregunta por qué no hice nada, por qué no denuncié, por qué no lo dije, porque lo guardé y lo oculté y monté ese muro de contención.

T: ¿Quieres contestarle, Raúl?

P: Sí, pero no tengo la respuesta.

El paciente necesita ayuda en este punto, el terapeuta intenta facilitar esta comunicación a través de la información que tiene del caso y de lo ocurrido.

T: Tú ese día lo pasaste muy mal, ¿verdad?

P: Sí.

T: Entonces, ¿estabas en condiciones para hacer algo?

P: Vamos a ver, objetivamente no estaba en condiciones porque estaba bloqueado.

En esta parte había mucha culpa e impotencia por no haber reaccionado y no haber peleado contra sus agresores. La terapeuta, que conoce por el paciente que el suceso fue provocado por un grupo de varias personas, contra las que no hubiera podido hacer nada, le ayuda a poner la responsabilidad en su lugar.

Dado que no es viable resolver este recuerdo en la sesión, el terapeuta, con tiempo suficiente antes de que esta finalice, trata de reequilibrar el sistema para que el paciente pueda irse a casa más centrado y tranquilo.

El trabajo con autocuidado

La relación del paciente, como parte aparentemente normal, con las distintas partes disociativas o partes emocionales, está basada en la desconexión, los juicios, el miedo y el rechazo. El paciente, desde el yo adulto, ha de aprender a verse de nuevo desde otra perspectiva. Esta perspectiva tiene como base los elementos del apego seguro: el adulto ha de aprender a entenderse, a darse cuenta de lo que necesita y a sentir que eso es importante, a aceptarse de modo incondicional, pero realista. El "tengo que" ha de cambiar por pensar en "lo que me hace bien". Este paciente, por ejemplo, soluciona todos los desafíos a partir de "hay que hacerlo", sin darse cuenta de que lo que cree que hay que hacer le está haciendo daño o que lo sobrepasa. Este cambio de perspectiva puede trabajarse a través de la relación terapéutica y del reaprendizaje que el

paciente asimila desde el modelado del terapeuta. También puede aportarse psicoeducación sobre los aspectos de apego disfuncional y el autocuidado. Un modo particular de trabajo con autocuidado, que se ejemplifica en el siguiente fragmento, es un trabajo reaprendiendo a cuidar al niño interior del paciente, representado en una parte disociativa infantil.

T: ¿Qué me quería decir? En la última sesión me dijiste que esta parte me quería decir algo.

P: Que lo mimes, que lo trates con cuidado, que es cómo un bebé, o sea..., parece como si se convirtiera en un bebé (la parte más agresiva). Entonces, algo que puedes transportar porque lo coges, lo acunas y lo pasas al otro lado, o sea...

Como habíamos comentado, el terapeuta establece la relación con las partes siempre a través del yo adulto del paciente, aunque este le presente al terapeuta a la parte como desprotegida y desamparada, sintiendo que él no es capaz de cuidar de sí mismo. El terapeuta le devuelve su confianza en que podrá aprender a hacerlo, ofrece psicoeducación al respecto y hace de memoria recordando y reforzando los pasos que ha dado el paciente en relación con el autocuidado. Si bien esta intervención es útil, varias sesiones después será necesario trabajar específicamente en este tema.

Un día Raúl acude a consulta con un tono apagado, apenas habla, no establece contacto ocular. El mayor movimiento se observa en sus manos, que retuerce constantemente. Raúl no parece consciente de esto. Se explora qué le pasa en las manos.

P: No sé...

T: Si tus manos pudiesen hablar, ¿qué nos dirían?

P: Coger un cuello y... machacarlo.

T: ¿Y eso cómo se traduce en palabras? ¿Qué hay debajo de esas ganas de coger un cuello y machacarlo?

P: Yo creo que es hacerme daño a mí mismo.

Estas respuestas rápidas y poco reflexivas del paciente no nos dan apenas información sobre lo que ocurre. El terapeuta ha de ayudar al paciente a tomar contacto, a observar:

T: Pregunta a tu interior, Raúl, porque tú no tienes la respuesta inmediata, ¿vale? Escucha a tus manos. ¿Qué te dirían si pudiesen hablar?

P: ¡Buf...! Me abofetearían, o sea, es como si fueran..., como si tuvieran vida propia y dijeran... "necesitamos agarrar algo con fuerza", ¿entiendes? Entonces yo no sé si lo que quieren agarrar es un cuello o agarrar un muñeco para estar tranquilas, la sensación que tengo es la necesidad de tener los puños cerrados.

La terapeuta observa el curioso comentario sobre el muñeco y decide explorarlo:

T: ¿Te cojo un muñeco y probamos?

P: Vale.

La terapeuta coge una vaquita de peluche y se la entrega al paciente. Raúl la agarra con ansia y se la acerca a la cara mientras la abraza. En cuestión de segundos está llorando desconsoladamente, como si fuese un niño pequeño.

T: Está bien, Raúl, agárralo, ¿vale? ¿Está bien ese muñeco? ¿Sí?

P: Gracias.

T: Es una de mis vaquitas favoritas. Raúl sigue acariciando la vaquita.

T: ¿Me comentas qué pasó?

P: Murmura algo.

T: ¿Cómo, Raúl?

P: No quiero mi cabeza (golpeándose la cabeza con fuerza)...

T: Vale. Agarra la vaquita, ¿vale? Agarra la vaquita. Tú sabes que estás aquí conmigo, ¿verdad?

El paciente está hablando desde un estado mental infantil, muy desconectado de su yo adulto. El terapeuta trata de fomentar en lo posible que el paciente no pierda el contacto con el aquí y ahora, y evitar así que entre por completo en un estado disociado.

P: Sí.

T: Vale. ¿Estás bien aquí conmigo?

P: Sí.

T: (Asegurándose y estimulando que el paciente hable) ¿Sí?

P: Sí.

T: Vale. Está bien que puedas expresar emociones. ¿Sí? ¿Vale, Raúl? Está bien que puedas llorar aquí conmigo, no pasa nada. ¿Lo sabes?

P: Sí.

T: ¿Te preocupa eso?

P: No.

T: ¿No? Vale. Bien. Agarra la vaquita y dime que está pasando ahora.
Pero con calma. ¿Sí, Raúl? Tómame el tiempo que te haga falta.

P: No quiero seguir (viviendo), tengo miedo.

El paciente parece estar en un estado infantil, habla con la voz de un niño muy pequeño, verdaderamente asustado.

T: Tienes miedo.

P: Mucho miedo.

T: Vale. ¿Cuántos años sientes que tienes ahora?

P: Muy poquitos.

T: ¿Cuántos años serían más o menos?

P: No sé, no sé.

T: (Estimulando que el yo adulto esté presente) ¿Cuántos años tienes ahora biográficamente, Raúl?

P: No lo sé.

T: Pero ahora, en la actualidad.

P: Tengo 44 años.

T: Tienes 44 años, eso lo sabes.

P: Eso lo sé.

T: Sabes que tienes 44 años y que estás aquí conmigo.

P: Sí.

T: Y ahora mismo te estás sintiendo como un niño chiquitín.

Ahora tenemos una conciencia dual. El paciente puede estar en el aquí y ahora, pero conectado con esta parte emocional de un momento biográfico muy temprano. El terapeuta sigue potenciando que sea el paciente desde su yo adulto el que reflexione sobre lo que le pasa a esta parte y en cómo ayudarla. De este modo, el paciente va interiorizando un modelo de autoobservación reflexiva.

P: Sí.

T: Ese niño ¿está cómodo aquí conmigo?

P: Sí.

T: ¿Qué le pasa ahora mismo a ese niño, Raúl?

P: Se siente solo.

T: Se siente solo. ¿Este niño sabe que te tiene a ti?

P: Sí.

T: Sí.

P: Pero yo no valgo para cuidar a nadie.

T: Tú estás trabajando en eso, ¿vale, Raúl? Tú estás aprendiendo a cuidarte. Estas haciendo todo lo que puedes para aprender a cuidarte más. ¿Eso lo sabes?

P: Sí.

T: Esta parte de ti que ahora se siente tan chiquitina ha sido supervaliente mostrándose.

P: No lo sé.

T: ¿Qué te parece a ti? ¿Está bien?

P: Si tiene que salir que salga.

T: Y yo lo agradezco mucho.

P: Vale (sigue abrazado a la vaquita sollozando)...

T: Esta parte sabes que es pequeñita, pero no sabes cuánto.

P: No.

T: Esta parte, ¿sientes que sabe hablar ya o no?

Explorar si la parte puede hablar o no, ayuda a saber si estamos ante un bebé o un niño que puede comprender lo que estamos diciendo.

P: Sí.

T: ¿Te dice algo?

P: Que quiere a mamá.

T: Que quiere a mamá... ¿Y esta parte sabe que te tiene a ti?

P: Pero yo fallo. Mamá no fallaba. Mamá estaba ahí y aguantaba y daba buenos consejos.

Conociendo la historia del paciente, el terapeuta sabe que la figura de la madre fue una figura de apego suficientemente buena, que, aunque murió

cuando él era pequeño, sí pudo darle una base segura y supuso un buen vínculo. Por ello es un recurso que puede utilizarse en esta sesión. Ha de tenerse cuidado con este tipo de intervenciones en los pacientes con traumatización compleja, porque frecuentemente construyen imágenes idealizadas de los progenitores abusivos o negligentes. Esto no debe confundirse con un verdadero apego seguro.

T: ¿Tú te acuerdas de mamá?

P: Sí.

T: ¿Te acuerdas de sus consejos?

P: Sí.

T: ¿Tú sabes que puedes aprender de esos consejos?

P: Sí.

T: ¿Qué consejo te daría mamá ahora?

P: Que estuviera tranquilo.

T: Si mamá te dijese eso, ¿tú qué harías?

P: Me tranquilizaría.

T: ¿Y si mamá le dijese a este niño que intente estar tranquilo?

P: Estaría tranquilo.

T: ¿Le podemos decir tú y yo a este niño que puede estar tranquilo?

P: Sí.

T: Que vamos a estar ahí para él.

T: Le vamos a decir tú y yo, tú agarra la vaquita, a esta parte de ti, que los dos estamos aquí para él. ¿vale?

P: Vale.

T: ¿Qué nota?

P: Está más tranquilo.

T: Más tranquilo.

Se sigue reforzando la sensación positiva y la conexión, y explorando el sistema interno.

La siguiente sesión el paciente está mucho mejor. Las voces están tranquilas:

P: El tema de las voces lo tengo muy tranquilo. Lo tengo ahí..., como aparcado.

T: ¿Cómo está tu interior, cómo lo notas ahora?

P: El interior, pues parece que han decidido tirar para adelante conmigo y están quietecitos, no molestan, no dan la lata.

T: O sea, que realmente lo que querían es que tú te cuidases más.

P: Sí.

T: Y ahora que te estás cuidando más ellos están...

P: Sí, están mucho más tranquilos.

T: Más tranquilos y más a tu lado. Ahora no te piden que te hagas daño.

P: No. Mira que tuve tentaciones de hacerme daño y tal, pero nada. Están como desapareciendo para convertirse en yo mío (integración).

T: ¿Y puedes hacer un esquema de cómo sería tu yo actual?

P: Sí, lo tengo muy claro.

El terapeuta refuerza los avances que está haciendo el paciente. El paciente muestra el dibujo de su sistema interno:

P: Aquí estoy yo como una parte principal, las voces aquí, lo que pasa es que yo con el dibujo nunca fui un hacha.

T: Es representativo.

P: Y luego una parte sin calificar, es esa parte que tengo yo ahí... ¿Cómo se dice?... Medio en blanco, medio que no sé todavía hacia dónde tira.

T: Realmente ahora es lo que tú estás diciendo, hay una parte principal que es Raúl.

P: Sí.

T: Y después estarían las voces en un segundo plano, que aparecen cuando son necesarias.

P: Sí.

T: Y después hay una parte, pues..., que tiene todo lo que está ahí, todo lo que tú no recuerdas que sigue siendo esa.

P: Sí.

T: Vale. La idea es que esto se mantenga, que se vaya integrando, no que haya un primero segundo y tercero, entonces ahora estáis del mismo lado.

P: Sí, vamos a decirlo así, que estamos del mismo lado.

T: Y ahora mismo en tu interior, ¿notas alguna resistencia?

P: No, no noto ninguna resistencia. Ni siquiera, ni siquiera intento que haya resistencia.

T: ¿Tú te acuerdas del día que tuvimos la sesión con la vaquita?

P: Sí.

T: Y esa parte infantil ¿la notas más contigo?

P: La noto más conmigo.

T: ¿La estas notando ahora, por ejemplo, ahora mismo hablando conmigo la notas?

P: La noto, es una parte que es mía, es una parte propia de mí.

T: Y no te da mensajes negativos.

P: No me da mensajes negativos, lo único que se siente es triste, por la falta de los seres queridos en estas fechas.

T: En las últimas sesiones, tú le enseñaste a esa parte que eres un adulto que podías cuidar de ella.

P: Sí.

T: Y se quedó muchísimo más tranquila.

P: Sí, se quedó mucho más tranquila.

T: ¿Y eso se mantiene?

P: Eso se mantiene.

El trabajo previo con autocuidado ha generado también un cambio en el funcionamiento del paciente y en su posición hacia lo que le ocurre. Hay mayor comprensión, más sensación de capacidad de cuidar de sí mismo y de avanzar. Esta sesión supuso un punto de inflexión importante en la evolución del paciente.

Tareas colaborativas

El sistema interno de partes disociativas va pasando del conflicto a la colaboración antes de entrar en la etapa de trabajo directo con el trauma. Esta colaboración y empatía ha de promoverse y reforzarse en las intervenciones terapéuticas. Estas son las reflexiones que diversas partes hacen, tras un acuerdo de "no agresión" en el que dos partes agresivas estuvieron de acuerdo en dejar de agredir a la parte aparentemente normal, y esta estuvo de acuerdo en no automedicarse para "tapar las voces":

P: No sé si... Después de nuestra última sesión estuve pensando en lo que hablamos, y parece como si el "enanito" (el paciente ha cambiado espontáneamente el nombre de "enano" por este más cariñoso), el "colega" (el anterior "dictador"; renombrado como 'voz primigenia') y yo mismo (parte aparentemente normal) hemos llegado a un acuerdo para vivir en paz.

T: Estupendo.

P: Así que estoy muy contento, estoy contento porque, aunque aún tengo las voces en la cabeza, ya no me están atacando, me están recordando que son parte de mí, que tengo que vivir con ellas, pero ya no me

quieren destruir.

T: Eso es estupendo, ellas están cumpliendo su parte del trato. ¿Tú también lo estás haciendo?

P: Sí, no les estoy haciendo nada tampoco. Pero el globo a punto de estallar está todavía allí (una parte no identificada, la que contiene todos los secretos).

El terapeuta les propone trabajar reforzando esta sensación de unidad, a través de una experiencia positiva compartida. Escogieron el momento de "cuidar de los perritos" que tiene en casa. Compartir esta sensación se les hizo raro, pero aportó una conexión que no habían experimentado.

T: ¿Cómo fue para ti sentir esa sensación al mismo tiempo?

P: Raro, porque por lo general una parte siente desprecio por las otras, o dos partes hacia una, o las tres hacia mí. Darse cuenta de que hay algo que los une les da fuerza.

T: Podrías decirme qué sentirías en muchos más aspectos y momentos si trabajarais como un equipo... Pregúntale al "enanito" qué piensa sobre esto (esta parte, por lo general, se sentía excluida, por lo que para llegar a un acuerdo queremos chequear también sus sensaciones).

Se trabaja más exclusivamente con esta parte para que pueda sentirse el centro de la atención de todos. Habla de su miedo a desaparecer. Este temor es frecuente en las partes disociativas, y origen de algunas resistencias al trabajo terapéutico. Desde el lugar en el que se generan las voces, el esfuerzo que hace el paciente desde su parte aparentemente normal por librarse de ese "síntoma" y borrar el pasado puede vivirse como un intento de aniquilación. Pero, al mismo tiempo, estas partes de la mente del paciente, que viven centradas y fijadas en la experiencia

traumática, pueden sentir que sacar a la luz los recuerdos y dejar ir las emociones asociadas a ellos, que el dolor se alivie, puede significar que su razón de ser ya no tenga sentido. Como todo aquello que existe de modo autónomo, tienden a la supervivencia. En el trabajo con partes disociativas, es importante que para cada una de ellas se dibuje el camino hacia el cambio, y que puedan tener una expectativa de cuál va a ser su nueva función en el nuevo futuro. Por ello ha de remarcarse su papel en el sistema y que cada parte se sienta pieza clave de la estructura psicológica del paciente.

T: Él es parte de ti, una parte importante, no va a desaparecer. Pregúntale si quiere trabajar un poquito más.

P: Dice que está bien por ahora.

T: Vale, dile que le prestaremos atención y que está bien que pueda decir no, esto es bueno. Él ha respetado el acuerdo y nosotros también respetaremos lo que prometimos (trabajar paso a paso, a un ritmo que todos puedan manejar).

P: Dice que "ok" y que la próxima vez tratará de hacer un poquito más.

T: Bien, estupendo, la próxima vez comprobaremos de nuevo si es un buen momento.

P: Vale.

T: Creo que los tres estáis haciendo un buen trabajo, tenemos que ser conscientes de que ese globo está ahí y darle tiempo, ver qué necesidades hay ahí...

P: Tengo miedo de que el globo (que contiene los recuerdos) explote... Me asusta que esto pueda provocarme hacer una de mis "cosas" (intentos de suicidio, autolesiones graves).

T: Bien, hagamos algo con esto... ¿Estás viendo ahora el globo?

P: Sí.

T: ¿Qué ves?

P: Veo el globo con un armazón marrón rodeándolo.

T: Vale, ¿puedes poner un manto protector a su alrededor?

P: Sí.

T: ¿Cómo sería esa protección?

P: Como un cemento muy ligero, ese cemento blanco, ¿sabes a qué me refiero? Es como plastilina, así que es suave, y se puede quitar cuando haga falta, sin romper el contenido.

T: Bien, cierra los ojos e imagina cómo colocar esa capa protectora alrededor de él para que, si explota, tenga un contenedor.

P: Vale.

T: Haz esto con mucho cariño... Recuerda que tú quieres proteger ese globo, no encerrarlo.

Todas las partes están colaborando en este trabajo. El terapeuta propone algo que permita que la parte que está dentro del globo pueda tener cierto contacto con el exterior y con el resto del sistema.

T: Bien, cierra los ojos... Pregúntale a esta parte si estaría bien añadir una ventana a esa esfera, para que el globo no se sienta tan encerrado... y pueda ver el exterior...

P: Está de acuerdo si la ventana es pequeña.

T: Ok, pongamos una ventana pequeña.

T: ¿Cómo está ahora tu interior?

P: Mucho más relajado, como si hubiese hecho algo importante y parece que funciona conmigo... El "enanito" está aún un poco nervioso, está observando y aún está asustado..., esperando que haya otro momento para él, y también estoy yo, que me siento más relajado, me siento bien.

T: De acuerdo. El "colega" hizo un gran trabajo, ¿puedes darle las gracias?

P: Sí.

T: Tú también has participado.

P: Sí.

T: Así que sería importante que "el enanito" participase también... ¿Podrías preguntarle si él podría hacer algo? Quizás pintar el cemento... Pregúntale si hay algo que él podría hacer para sentirse parte de esto...

P: Pintarlo de rojo (contento).

T: Bien, deja que lo haga... Observa cómo lo hace.

P: ¡Bien, es mi color favorito!

El paciente se toma tiempo para hacer esto.

T: ¿Cómo está ahora?

P: Aún asustado, pero más relajado... porque ha visto que lo hemos dejado participar y hacer más cosas... Siente que ha hecho algo... Dice: "No me siento tan inútil ni asustado".

T: Estáis haciendo un gran trabajo en equipo... Recuerda que, si el globo explota, el contenido tiene un contenedor para hacerlo seguro...

P: Asiente (relajado).

En este trabajo vemos cómo las partes, y por momentos el propio paciente, participan con un estilo "infantil". Frecuentemente las partes, como vimos en otros capítulos, presentan sistemas de funcionamiento correspondientes a edades cronológicas inferiores a la actual. El trabajo terapéutico incorpora elementos que facilitan el acceso a estos estados mentales, utilizando elementos como dibujos, figuritas, visualizaciones, títeres, etc., a las que un niño pueda incorporarse más fácilmente. Sin embargo, es importante no caer en la ilusión de estar con un niño en el sentido literal de la palabra. Las intervenciones no pierden la perspectiva de la persona completa que es el paciente, y en todo momento se potencia que este se sienta con la edad y los recursos que corresponden a su edad real y desde ahí se implementen todas las intervenciones. La terapia se mueve todo el tiempo de modo dinámico entre estos dos niveles.

También hemos visto en la descripción de las sesiones cómo el sistema se va haciendo visible de modo progresivo, y cómo algunas partes, generalmente más disfuncionales o más dañadas, pueden aparecer cuando la terapia está bastante avanzada.

Con este paciente, ahora que el sistema interno colabora, estamos en condiciones de pasar a la segunda etapa. El paciente entiende lo que significará entrar en la etapa de trabajo con el trauma y podrá ayudarnos a graduar la intervención.

El trabajo con el recuerdo de la violación, en este paciente un trauma grave, muy activo y conectado con la disociación que presenta, requirió varias sesiones, en las que se fueron procesando fragmentos limitados de la experiencia, usando procedimientos específicos de EMDR. Diversos

autores proponen a través de muy distintas herramientas el fraccionar los recuerdos para que pueda hacerse manejable elaborarlos y asimilarlos. La idea es dividir algo que de modo global resulta inabordable. Todo el trabajo previo con el sistema interno hará más fácil este trabajo, ya de por sí complejo, en el que ahora todos los recursos del paciente estarán ayudando.

Tras estas sesiones, el estado del paciente mejoró de modo espectacular. Su funcionamiento diario evolucionó muy positivamente, pasando de una incapacidad marcada para hacer cualquier actividad, para relacionarse y para tener una vida autónoma, a ocupar su tiempo en actividades gratificantes, ser autosuficiente en la gestión de su día a día y empezar a establecer relaciones interpersonales sanas. Las voces siguen estando ahí, pero hay armonía anterior, y se hacen más evidentes cuando el paciente se aburre. Como su vida va estando más llena de realidad positiva, hay en general mucho menor replegamiento hacia el mundo interior, con lo que las voces están mucho menos presentes. También hay una menor tendencia hacia la fantasía y al mundo mágico más propios de la infancia: ya no habla con los barcos, pero ha mejorado su comunicación con las personas. En los seguimientos posteriores, este estado se mantiene.

En pacientes donde el evento traumático no es tan tardío y el entorno familiar temprano era altamente disfuncional, sin figuras de apego mínimamente seguras, el trabajo es más lento y costoso, siendo frecuentes las dificultades en la relación terapéutica o para conseguir una motivación continuada para trabajar de cara al cambio. En los países que dedican más recursos al tratamiento de estos cuadros, los tratamientos incluyen centros específicos, trabajo grupal, individual y familiar, centros de día y posibilidad de hospitalizaciones con programas orientados de modo particular a estos problemas. Pero aun sin contar con estos recursos, pueden conseguirse beneficios importantes en pacientes con una afectación funcional grave, como el que hemos descrito para cerrar este

libro.

Bibliografía y webgrafía

- Anderson, G.; Yassenik, L.; Ross, C. A. (1993). Dissociative experiences and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 17 (5), 677-86.
- Beere, D. (2009). The self-system as mechanism for the dissociative disorders: An extension of the perceptual theory of dissociation. En Dell, P. F., y O'Neil, J. A. (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Nueva York: Routledge.
- Bernstein y Putnam (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174: 727-735.
- Blizard, R. A. (1997). The origins of dissociative identity disorder from an object relations and attachment theory perspective. *Dissociation*, 10, 223-229.
- Boon, S.; Steele, K., y Van der Hart, O. (2011). *Coping with Trauma Related Dissociation*. WW Norton & Co.
- Braun, B. G. (1988a). "The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation". *Dissociation*, 1 (1), 4-23.
- Braun, B. G. (1988b). "The BASK model of dissociation: clinical applications". *Dissociation*, 1 (2), 16-23.
- Braun, B. G. (1990). Dissociative Disorders as sequelae to incest. En *Incest-Related syndromes of Adult Psychopathology*. Ed. Kluft. APP.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale (NJ): Analytic Press.

- Bromberg, P. M. (2001). Treating patients with symptoms, and symptoms with patience: Reflections on shame, dissociation, and eating. *Psychoanalytic Dialogues*, 11, 891-912.
- Brown R.J.; Cardeña E.; Nijenhuis E.; Sar V.; van der Hart O (2007). Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? *Psychosomatics*, 48 (5), 369-378.
- Burgess, A.W.; Groth, A.N.; Holmstrom, L. L., y Sgroi, S. M. (1978). *Sexual Assault of Children and Adolescents*. Lexington (MA): Lexington Books.
- Chu, J. (1991). The repetition compulsion revisited: reliving dissociated trauma. *Psychotherapy*, 28, 327-332.
- Chu, J. (1998). *Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders*. Wiley.
- Chu, J. (1998a). Dissociative Symptomatology in Adult Patients with histories of Childhood Physical and Sexual Abuse. En Bremner, J., y Marmar, C. (eds.), *Trauma, memory and dissociation*. APP.
- Chu, J. A., y Bowman, E. S. (2000). Trauma and dissociation: 20 years of study and lessons learned along the way. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1.
- Chu, J.A.; Frey, L.M.; Ganzel, B. L., y Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: dissociation, amnesia and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749-755.
- Chu, J.A.; Matthews, J.A.; Frey, L. M., y Ganzel, B. (1996). The nature of traumatic memories of child abuse. *Dissociation*, 9 (1).
- Coons, P y Milstein, V. (1990). Self-mutilation associated with dissociative disorders. *Dissociation*, 3 (2), 81-87.

- Coons, P. M., y Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbances in multiple personality: Characteristics, etiology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106-110.
- Coons, P. M. (1994). Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 461-464.
- Courtois, C. A. (1998). *Recollections of Sexual Abuse*. Nueva York: WW Norton & Co.
- Dalenberg, C. J. (1996). Accuracy, timing and circumstances of disclosure in therapy of recovered and continuous memories of abuse. *The Journal of Psychiatry and Law*, 24 (2), 229-275.
- Dell P. F. (2009). The subjective/phenomenological view of pathological dissociation. En Dell, P. F., y O'Neil, J. A. (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Nueva York: Routledge.
- Dell, P. F. (2006). A New Model of Dissociative Identity Disorder. *Psychiatr Clin NAm*, 29, 1-26.
- Dorahy, M.J.; Shannon, C.; Seagar, L.; Corr, M.; Stewart, K.; Hanna, D.; Mulholland, C., y Middleton, W. (2009). Auditory Hallucinations in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia With and Without a Childhood Trauma History: Similarities and Differences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 (12), 892-898.
- Dutra, L.; Bureau, J.; Holmes, B.; Lyubchik, A., y Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 383-390.

- Ellason, J.W.; Ross, C.A.; Sainanton, K.; Mayran, L. W. (1996). Axis 1 and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60 (1), 39-51.
- Elzinga, B.M.; Van Dyck, R., y Spinhoven, P. (1998). Three Controversies About Dissociative Identity Disorder. *Clin Psychol Psychother*, 5, 13-23.
- Foote, B.; Smolin, Y.; Neft, D. L., y Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (1), 29-36.
- Forgash, C., y Copeley, M. (eds.) (2007). *Healing the Heart of Trauma and Dissociation with EMDR and Ego-States Therapy*. Springer Publishing.
- Friedl, M.; Draijer, N.; de Jonge, P. (2000). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: the impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (6), 423-428.
- Friedl, M.C.; Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1012-1013.
- Gast, U.; Rodewald, F.; Nickel, V.; Emrich, H. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German University Clinic. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189 (4), 249-257.
- González, A. (2010). *Trastornos Disociativos: diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ed. Pleyades.
- González, A., y Mosquera, D. (2012). *EMDR y Disociación. El abordaje progresivo*. Madrid: Ed. Pleyades.
- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton (NJ): Princeton.

- Haddock, D. B. (2001). *The Dissociative Identity Disorder Sourcebook*. McGraw-Hill Professional.
- Herman, J. (1992b). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-392.
- Herman, J. L. (1981). *Father-Daughter Incest*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Herman, J. L. (1992a). *Trauma and Recovery*. Nueva York: Basic Books. Edición española: *Trauma y recuperación*. Espasa-Calpe.
- Hesse, E., y Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment. *JAPA*, 48, 1097-127.
- Hesse, E.; Main, M.; Abrams, K., y Rifkin, A. (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have "second-generation" effects: Disorganized, role-inversion and frightening ideation in the offspring of traumatized nonmaltreating parents. En Siegel, D. J., y Solomon, M. F. (eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain*, 57-106. Nueva York (NY): Norton.
- Hilgard, E. R. (1994). Neodissociation theory. En Lynn, L. S., y Rue, J. W., *Dissociation: clinical and theoretical perspectives*, 32-51. The Guilford Press.
- Horen, S.A.; Leichner, P.P.; Lawson, J. S. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric in patient population in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 40 (4), 185-191.
- Howell, E. (2011). *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder: A Relational Approach*. Routledge Chapman & Hall.

- Johnson, J.G.; Cohen, P.; Kasen, S.; Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community impaired functioning, and axis 1 and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, 40 (2).
- Kersting, A.; Reutemann, M.; Gast, U.; Ohrmann, P.; Suslow, T.; Michael, N.; Arolt, V. (2003). Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 (3), 182-189.
- Kluft, R. P. (1988). The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder. *Dissociation*, 1, 47-58.
- Kluft, R. P. (1995). The confirmation and disconfirmation of memories of abuse in DID patients: a naturalistic clinical study. *Dissociation*, 8, 253-258.
- Korzekwa, M.L; Dell, P.F.; Links, P.S.; Thabane, L., y Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder, a detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSN)*, 10 (3), 346-367.
- Latz, T.T.; Kramer, S.1.; Hughes, D. L. (1995). Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (9), 1343-1348.
- Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. En Dell, P. F., y O'Neil, J. (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 53-65). Nueva York: Routledge.
- Lipsanen, T.; Korkeila, J.; Peltola, P.; Jtrvinen, J.; Langen, K.; Lauerma, H. (2004). Dissociative disorders among psychiatric patients. Comparison with a nonclinical sample. *European Psychiatry*, 19 (1), 53-55.
- Lyons-Ruth, K. et al. (2006). From infant attachment disorganization to

dissociation: Relational adaptations of traumatic experiences. *Psychiatric Clinics of North America*, 29.

Main, M., y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En Greenberg, M.; Cichetti, D., y Cummings, E. M. (eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press.

Mondon, K.; de Toffol, B.; Praline, J.; Receveur, C.; Gaillard, P.; El Hage, W., y Autret, A. (2005). Psychiatric comorbidity in patients with pseudoseizures: retrospective study conducted in a video-EEG center. *Revue Neurologique*, 161 (11), 1061-1069.

Mueller, C.; Moergeli, H.; Assaloni, H.; Schneider, R., y Rufer, M. (2007). Dissociative disorders among chronic and severely impaired psychiatric outpatients. *International Journal of Descriptive and Experimental Psychopathology, Phenomenology and Psychiatric Diagnosis*, 40 (6).

Nijenhuis, E. (2004). Somatoform Dissociation, Reported Abuse, and Animal Defencelike Reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 678-686.

Nijenhuis, E.R.S.; Spinhoven, P.; Van Dyck, R.; Van der Hart, O., y Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-728.

Nijenhuis, E. R. S., y Van der Hart, O. (1999). Somatoform dissociative phenomena: A Janetian perspective. En Goodwin, J. M., y Attias, R. (eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma*, 89-127. Nueva York: Basic Books.

- Paulsen, S. (2009). Looking through the eyes of trauma and dissociation. Charleston (SC), Booksurge Publishing.
- Peterson, G. (1996a). Diagnostic taxonomy: past to future. En Silberg, J. L. (ed.), *The dissociative child: Diagnosis, treatment and management*, 3-26. Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Peterson, G. (1996b). Treatment of early onset. En Spira, J. L. (ed.), *Treating dissociative identity disorder*, 135-181. San Francisco: Jossey-Bass.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis & Treatment of Multiple Personality Disorder*. Londres: Guilford Press.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents. A Developmental Perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Putnam, F.W.; Guroff, J.J.; Silberman, E.K.; Barban, L., y Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Putnam, F.W.; Helmers, K., y Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 731-741.
- Rifkin, A.; Ghisalbert, D.; Dimatou, S.; Jin, Ch., y Sethi, M. (1998). Dissociative identity disorder in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 844-845.
- Robles, R.; Garibay, S. E., y Páez, F. (2006). Evaluación de trastornos disociativos en población psiquiátrica mexicana: prevalencia, comorbilidad y características psicométricas de la escala de experiencias disociativas. *Salud Mental*, 29 (2), 38-43.
- Rojo, A. (2006). El concepto "disociación" en el fin-de-siécle: Pierre Janet y

Sigmund Freud. Tesis doctoral.

Ross, C. (1991). Epidemiology of Multiple Personality Disorder and Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 503-517.

Ross, C. (1997). *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features and Treatment of Multiple Personality*, 2' ed. Wiley

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 115-187.

Ross, C.A.; Norton, G. R., y Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analyses of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 413-418.

Ross, C.A.; Anderson, G.; Fleisher, W. P., y Norton, G. R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (12), 1717-1720.

Ross, C.A.; Keyes, B.B.; Yan, H.; Wang, Z.; Zou, Z.; Xu, Y.; Chen, J.; Zhang, H., y Xiao, Z. (2008). A cross-cultural test of the trauma model of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 9 (1), 35-49.

Sar, V.; Akyüz, G.; Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149 (1-3), 169-176.

Sar, V.; Akyüz, G.; Dogan, O., y Oztü, E. (2009). The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics*, 50 (1), 50-58.

Sar, V.; Akyüz, G.; Kundakci, T.; Kiziltan, E., y Dogan, O. (2004).

- Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2271-2276.
- Sar, V.; Koyuncu, A.; Ozturk, E.; Yargic, L.L.; Kundakci, T.; Yazici, A.; Kuskonmaz, E., y Aksüt, D. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry*, 29 (1), 45-50.
- Saxe, G.N.; Van del Kolk, B.A.; Berkovitz, R y cols (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1037-1042.
- Scaer, R. C. (2001). *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease.* Nueva York, Londres: The Haworth Medical Press.
- Schefflin, A. W., y Brown, D. (1996). Repressed memory or dissociative amnesia: what the science says. *Journal of Psychiatry & Law*, 24, 143-188.
- Schultz, R.; Braun, B. G., y Kluft, R. P. (1989). Multiple personality disorder: Phenomenology of selected variables in comparison to major depression. *Dissociation*, 2 (1), 45-51.
- Schwartz, R. (1997). *Internal Family Systems Therapy.* Nueva York: The Guilford Press.
- Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1324-8.
- Silberg, J. L. (1996). *The Dissociative Child.* Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Sinason, V. (2002). *Attachment, Trauma and Multiplicity: Working with Dissociative Identity Disorder.* Routledge.

- Spiegel, D. (1986). Dissociating damage. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 123-131.
- Spiegel, D.; Hunt, T., y Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-205.
- Steele, K.; Van der Hart, O., y Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and dissociation*, 6 (3), 11-53.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Tezcan, E.; Atmaca, M.; Kuloglu, M.; Grecici, O.; Buyukbayram, A.; Tutkun, H. (2003). Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (4), 324-30.
- Thigpen, C., y Cleckley, H. (1957). *The three faces of Eve*. Londres: Secker and Warburg.
- Tilman, J.G.; Nash, M. R., y Lerner, P. M. (1994). Does Trauma cause Dissociative Pathology?. En Lynn, S. J., y Rhue, J. W. (eds.), *Dissociation, Clinical and Theoretical Perspectives*. The Guilford Press.
- Tutkun, H.; Sar, V.; Yargiq, L.L; Ozpulat, T.; Yanik, M., y Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155 (6), 800-805.
- Twemlow, S.; Gabbard, G y Jones, F (1985). The out-of-body experience: A phenomenological typology based on questionnaire responses. *American Journal of Psychiatry*, 139, 450-455.

- Van der Hart, O.; Bolt, H., y Van der Kolk, B. A. (2005). Memory Fragmentation in Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6 (1), 55-70.
- Van der Hart, O.; Nijenhuis, E., y Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- Watkins, J., y Watkins, H. (1997). *Ego States: Theory and Therapy*. Nueva York: Norton Ed.
- Van der Kolk, B.; Roth, S.; Pelcovitz, D.; Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress (DESNOS): Empirical basis of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 389-399.
- Xiao, Z.; Yan, H.; Wang, Z.; Zou, Z.; Xu, Y.; Chen, J.; Zhang, H.; Ross, C. A., y Keyes, B. B. (2006). Trauma and dissociation in China. *American Journal of Psychiatry*, 163 (8), 1388-1391.

Enlaces de interés

- Página web con recursos sobre disociación: www.trastornosdisociativos.com.
- Sociedad Europea de Trauma y Disociación: www.estd.org.
- Sociedad Internacional de Trauma y Disociación: www.isst-d.org.
- Sociedad Española de EMDR: www.emdr-es.org.
- Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación: www.revibapst.com.

Índice

Introducción	9
Distintas presentaciones clínicas	12
1.2. Trastorno límite de personalidad	14
1.3. Psicosis	15
1.5. Trastorno conversivo	17
1.7. Trastorno antisocial	18
1.8. Problemas cognitivos	19
1.10. Trastorno disociativo que pasa desapercibido	21
2. Historia del trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple	22
2.1. El papel del trauma en la enfermedad mental	24
2.2. La histeria y el trastorno de personalidad múltiple	25
2.3. Personalidad múltiple y esquizofrenia	30
2.4. El trastorno de personalidad múltiple y el trastorno de identidad disociativo como diagnóstico	31
2.5. La controversia	34
3. Evidencia empírica	38
3.1. ¿Existe el trastorno de identidad disociativo?	40
3.2. ¿Están los trastornos disociativos asociados a un mayor nivel de experiencias traumáticas y dis	43
4. El concepto de disociación	49
4.1. La disociación horizontal y vertical	52
4.2. La disociación como defensa	53
4.3. El apego y la disociación	55
4.4. De múltiples personalidades a alternancia en la	

identidad	
4.5. La teoría de la disociación estructural	58
5. Los trastornos postraumáticos, disociativos y conversivos en las clasificaciones internacionales	61
5.1. La amnesia y la fuga disociativas	64
5.2. La despersonalización y la desrealización	66
6. Los síntomas del trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple	69
6.2. Conciencia e identidad: desconexión y fragmentación	72
6.2.1. Desconexión	73
6.2.2. Fragmentación de la conciencia y de la identidad	76
6.3. Los síntomas corporales de la disociación	80
6.4. Las intrusiones	82
6.5. La regulación emocional, el autocuidado y los sistemas de creencias	85
6.6. Los indicios indirectos de la disociación	88
7. Evaluación estandarizada de la disociación	90
7.2. La evaluación de la disociación en un caso clínico	94
8. Del trauma al síntoma disociativo	100
8.1. Entendiendo el origen de los síntomas disociativos	108
8.1.2. Desrealización/despersonalización	110
8.1.3. Fragmentación de la conciencia: confusión y alteración de identidad	112
9. ¿Cómo surgen las partes disociativas?	117
9.1. Precauciones en el trabajo con partes	120
9.2. Entendiendo cómo surgen las partes	122
10. El tratamiento: perspectivas teóricas y orientaciones	

10. El tratamiento: perspectivas teóricas y orientaciones terapéuticas	134
10.1.1. Terapia de los estados del ego	137
10.2. Terapias orientadas al trauma	139
10.2.2. Terapia EMDR	142
10.2.3. Terapias de trauma de orientación somática	143
10.3. Terapias orientadas a los trastornos de personalidad	144
10.3.1. Terapia cognitivo-analítica	146