TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Anabel González Vázquez

Anabel González Vázquez

Trastornos disociativos

Diagnóstico y tratamiento

EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

Título original: **Trastornos disociativos**
Diagnóstico y tratamiento

anabel.gonzalez.vazquez@gmail.com

Texto contraportada: **Dolores Mosquera**
Anabel González

Copyright ©
De esta edición: 2010
EDICIONES PLÉYADES, S.A.
Plaza Conde Valle de Suchil, 20
28015 Madrid

ISBN: 978-84-934645-9-2

Depósito Legal: M-8687-2010

Impreso en España por Impresos y Revistas, S. A. (IMPRESA)

© EDICIONES PLÉYADES, S A.

Para Andrea y Diego

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

ÍNDICE

Págs

PREFACIO ..... **IX**

INTRODUCCIÓN **1**

¿Por qué no se ha planteado la posibilidad de diagnosticar un tratamiento disociativo en esta paciente? **1**

¿Por qué no se ha considerado este cuadro como un trastorno postraumático? **4**

¿Cómo continuamos explorando síntomas disociativos en este caso? **5**

¿Tiene algo que ver todo esto con el trastorno de personalidad múltiple? **6**

Las dificultades diagnósticas **8**

I. CONCEPTO, DIAGNÓSTICO Y ETIOLOGÍA **13**

Capítulo 1. Los datos no encajan **15**

Discrepancias en la prevalencia entre distintos países **15**

¿Puede estar haciéndose un diagnóstico erróneo o excesivo por parte de profesionales predispuestos a encontrar disociación? **18**

¿Estamos mirando lo mismo? **23**

Un tema que despierta polémica **24**

Las hipótesis que se defienden en este libro **24**

Capítulo 2. El concepto teórico de disociación **27**

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Págs.

Historia del concepto de disociación 28

Distintas acepciones del término disociación 31

La teoría de la disociación estructural 33

El concepto de disociación que se utilizará en este libro 35

Capítulo 3. No son todos los que están, ni están todos los que son 37

Capítulo 4. Diagnóstico 51

Trastorno de identidad disociativo 51

Amnesia disociativa F44.0, 300.12 55

Fuga disociativa F44.1, 300.13 58

Trastorno de despersonalización F48.1, 300.6 61

Trastornos de conversión 62

Trastornos por estrés extremo 64

Instrumentos psicométricos 66

Capítulo 5. Diagnóstico diferencial y comorbilidad 73

Los problemas de diagnóstico diferencial que nos resultan más familiares 73

Muchos trastornos disociativos están ocultos bajo otra etiqueta diagnóstica 75

Trastornos psicóticos, esquizofrenia 76

Trastornos afectivos y ansiedad 77

Trastornos por somatización y somatomorfos 78

Trastorno límite de personalidad 79

Trastorno obsesivo-compulsivo 80

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Págs.

Trastorno de control de impulsos 81

Embriaguez patológica y adicciones 81

Epilepsia del lóbulo temporal 83

Conductas delictivas 84

Otros 84

Capítulo 6. ¿Por qué se producen los trastornos disociativos? 87

Trauma y disociación 87

La disociación es un fenómeno postraumático 87

¿Por qué no suelen estar conectados estos dos aspectos en nuestro enfoque de estos casos? 88

Un mecanismo de respuesta ante el trauma 89

Del trauma al síntoma disociativo 91

No solo trauma: apego y disociación 94

El concepto de apego 95

Tipos de apego 95

Relación entre apego y disociación 96

Problemas de apego y problemas en la relación terapéutica 97

Capítulo 7. Neurobiología y disociación 99

El cerebro triádico 99

Los distintos tipos de memoria 100

El sistema opiode y el trastorno de estrés postraumático 101

El sistema nervioso autónomo y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y su activación en situaciones de peligro 103

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Págs.

Estudios de neuroimagen en trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés postraumático complejo 104

Estudios de neuroimagen en disociación 105

Función cerebral y disociación 106

Los estudios sobre la conciencia 107

Cómo integrar todos estos modelos y hallazgos 110

Capítulo 8. Cuerpo y disociación 113

La situación actual 113

El trauma y el cuerpo 114

Un modelo teórico integrador: el concepto de disociación somatomorfa 116

Cuerpo y psicoterapia 117

II. TRATAMIENTO 121

Capítulo 9. Tratamiento: aspectos generales 123

¿Vale la pena profundizar en el tema? 123

¿Qué tiene de diferente la terapia de estos pacientes? 124

El estado actual del tratamiento de los trastornos disociativos 126

Terapias orientadas a los síntomas disociativos (fragmentación): objetivos 128

Evolución y pronóstico en los pacientes con trastornos disociativos que reciben tratamiento específico 129

Capítulo 10. La relación con el paciente disociativo 133

Características de la relación terapéutica con el paciente disociativo 133

A. La dificultad para marcar unos límites definidos y firmes, pero flexibles 134

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Págs.

B. La tendencia a entrar en patrones relacionales de revictimización, en los que fácilmente podemos vernos inmersos 134

C. La motivación para la terapia ha de ser a veces el área prioritaria del trabajo terapéutico: ilusión *versus* desesperanza 136

D. Terapia *versus* crisis 137

E. El problema de la responsabilidad 139

F. El problema del control 140

G. Vulnerabilidad al rechazo 141

H. Secretos 142

I. La relación con el paciente debe ser con la persona como totalidad 143

J. Culpa y vergüenza 144

K. Devolver el poder al paciente 146

L. Dudas y ambivalencia 146

M. Idealización y rabia hacia los abusadores 148

El lado del paciente: qué expectativas de este, basadas en sus experiencias traumáticas, podemos esperar encontrarnos 149

El lado del terapeuta: la traumatización vicaria 152

Capítulo 11. Etapas del tratamiento: estabilización 161

Importancia de esta etapa 161

Dificultades de la fase de estabilización 162

Intervenciones orientadas a la estabilización y la seguridad 163

A. Psicoeducación y contrato terapéutico 163

B. Autocuidado 167

C. Parar las conductas autolesivas 169

D. Orientación a la realidad 175

E. Recursos positivos 179

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Págs.

F. Medicación 184
G. Trabajar con las partes en objetivos de estabilización 186
H. Trabajo con el trauma durante la fase de estabilización 188
I. Aprovechar las crisis 189

Capítulo 12. Trabajo con las partes 191

Coconsciencia y metaconciencia 192

Objetivos del trabajo con las partes disociadas 194

Diferentes abordajes 198

Algunas intervenciones 199

El manejo de partes negativas 207

El manejo de la personalidad principal 211

Las distorsiones cognitivas 212

El todo es más que la suma de las partes 215

Capítulo 13. Tratamiento: procesar el trauma 217

¿Siempre hay que procesar el trauma? 217

Aspectos generales del trabajo con el trauma 222

Aspectos específicos del trabajo con trauma en pacientes disociativos 223

Técnicas 227

Diferentes terapias, diferentes aportaciones..... 229

Integrando diversas aproximaciones teóricas 232

Capítulo 14. Integración y postintegración 235

¿Qué entendemos por integración? 235

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Págs.

¿Todos los pacientes pueden alcanzar la integración? **237**

Evolución del sistema interno hacia la integración **238**

¿Cómo notamos que el paciente está avanzando hacia la integración? **243**

Técnicas para conseguir la integración **244**

Tratamiento postintegración **245**

BIBLIOGRAFÍA **251**

RECURSOS EN INTERNET **273**

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Cuando tenía 12 años empecé a jugar con mi conciencia; 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, el cual actúa autónomamente mientras la otra parte duerme impasible.

En mi casa ha habido maltratos físicos y psicológicos.

Con 14 años me diagnosticaron diabetes. A los 19, anorexia y bulimia. Más tarde, depresión y ansiedad...

Después he estado en psiquiatras y psicólogos por otras razones; soy un poco inestable. El caso es que no le dan importancia a lo que ya he descrito. Nunca le han dado importancia porque dicen que es un síntoma, pero no de qué. Por lo que tal vez sea una enfermedad por sí misma, ¿o no? Si lo es, ¿tiene tratamiento?

Paciente con trastorno disociativo

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

PREFACIO

Hace unos diez años empecé a dedicarme de modo preferente al tratamiento de personas con diversos tipos de traumas. Llevaba años trabajando como psiquiatra y, desde luego, había tratado pacientes con estrés postraumático. Sin embargo, diagnosticaba muy pocos casos de trastornos disociativos y, en los que lo hacía, no tenía criterios demasiado definidos; era más bien un diagnóstico por exclusión. El concepto de estrés postraumático complejo no formaba parte de mi marco conceptual.

Todo cambió cuando empecé a trabajar con EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*; en castellano: desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular), una terapia que ofrecía muy buenos resultados en el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Dado que hay que manejarla con cuidado si se utiliza en pacientes gravemente traumatizados o con disociación no detectada, empecé a pasar escalas de valoración. Y, ante mi sorpresa, los pacientes comenzaron a hablarme de síntomas que hasta entonces no habían relatado espontáneamente y que no formaban parte de mi exploración psicopatológica habitual. Eran muchas las personas que referían estos síntomas que, para mi asombro, durante años me habían pasado completamente inadvertidos. Como acostumbra a citar un compañero y amigo: «La teoría precede a la observación». Y yo no había tenido hasta entonces una teoría adecuada para evaluar y entender los trastornos disociativos.

Desde entonces he seguido profundizando en el tema, he tenido interminables debates con mis compañeros, he tratado muchos pacientes y creo que todavía me quedan miles de cosas por aprender. Pese a ello, he creído necesario escribir este libro, para adelantar a los lectores parte del trayecto que llevo recorrido.

Aquí están recogidas muchas cosas. Está lo mucho que me han enseñado mis pacientes, no solo sobre su enfermedad, sino sobre la manera en la que los seres humanos sobreviven a las historias más duras. También he intentado responder a las dudas más habituales, especialmente a todas las que mis compañeros me han

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

planteado con respecto a las teorías que les he presentado y mi modo de trabajar con estos casos. He recogido la experiencia de los alumnos que han acudido a mis cursos, cómo ellos se han acercado al tema y han empezado a aplicarlo con sus pacientes. Y he intentado reflejar todo lo aprendido de tantos expertos en este campo a los que he escuchado o leído. Este libro no es un trabajo individual, es la suma de muchas aportaciones.

Espero que el resultado sea práctico y útil a los lectores. Mi intención es que los terapeutas saquen ideas claras de cómo evaluar la disociación en sus pacientes y los aspectos generales del tratamiento. El abordaje de los trastornos disociativos no es una terapia, sino la integración de muy distintos enfoques y orientaciones, que tienen en común un esquema del proceso terapéutico. El lector no tendrá que abandonar el paradigma con el que trabaja, sino incluirlo dentro de este esquema general.

Sin embargo, es importante precisar que este libro no es un manual de recetas ni un tratado en profundidad sobre el tema. Los pacientes con disociación y trauma complejo requieren a veces intervenciones elaboradas y prolongadas. No es posible resumir todos los conceptos teóricos, las estrategias terapéuticas y las posibles situaciones que se presentan en terapia en un libro introductorio como este. Por ello, las intervenciones puntuales que se exponen han de manejarse con prudencia y sentido clínico.

Los pacientes que han sufrido traumatización grave precisan ayuda y un tratamiento que les ayude a superar el daño sufrido, por lo que es importante que profundizemos en estos trastornos y en la terapia a aplicar. La severidad de las experiencias que han soportado les hacen especialmente vulnerables a nuestras intervenciones. Por esta razón, es importante extremar el respeto y el cuidado, consolidar nuestros conocimientos y supervisar adecuadamente los procesos psicoterapéuticos. Este libro no sustituye a un entrenamiento específico ni puede entenderse como tal.

Las preguntas de la paciente con las que empieza el presente libro reflejan muy bien la experiencia subjetiva de muchos individuos que sufren las consecuencias crónicas e invalidantes de experiencias traumáticas graves. He querido que sea la reflexión de una paciente, y no la de un autor o una cita célebre, la que encabece el libro. Como profesionales hemos de potenciar la capacidad de escucha que nuestras consultas saturadas y las evaluaciones estandarizadas nos han reducido en las últimas décadas. Las cuestiones que esta paciente nos plantea son las que este libro tratará de responder.

Anabel González

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

INTRODUCCIÓN

Paula tiene 21 años. Hace dos ingresa en un hospital psiquiátrico, donde le diagnostican un trastorno alimentario no especificado. Otro profesional hace ese mismo diagnóstico y considera además que tiene un trastorno límite de personalidad (TLP). Su estado de ánimo es cambiante. Un día su terapeuta advierte que tiene cortes superficiales en la piel y se comprueba que tiene múltiples cicatrices de lesiones similares en distintas zonas de su cuerpo. Reacciona restándole importancia y considerándolo cosa pasada; habla de abusos sexuales en la infancia con gran distanciamiento emocional. En una de las revisiones comenta que tiene una hermana imaginaria, dato que su terapeuta recoge en la historia, pero al que no da relevancia.

¿Padece esta paciente algún tipo de trastorno disociativo? ¿Por dónde seguiríamos la entrevista para explorar a fondo esta posibilidad? ¿Lo haríamos? ¿Por qué entre los diagnósticos recibidos no figura el de trastorno disociativo?

¿POR QUÉ NO SE HA PLANTEADO LA POSIBILIDAD DE DIAGNOSTICAR UN TRASTORNO DISOCIATIVO EN ESTA PACIENTE?

Existen varias explicaciones posibles para esto:

1. La exploración psicopatológica habitual no incluye síntomas disociativos.

2. Creemos que los pacientes disociativos simulan o exageran y evitamos hacer preguntas por temor a inducir la sintomatología.

3. Los casos de abusos sexuales y traumas infantiles graves son especialmente duros y muchos profesionales evitan profundizar en ellos.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

1. LA EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA HABITUAL NO INCLUYE SÍNTOMAS DISOCIATIVOS

Una buena exploración psicopatológica es la base del diagnóstico clínico, pero dentro de las evaluaciones iniciales de un paciente no incluimos aspectos relacionados con la disociación. Reflexionemos sobre qué preguntas concretas haríamos para explorar síntomas disociativos en este u otro paciente...; probablemente no vengan muchas a nuestra mente.

No indagamos con la misma minuciosidad la presencia de síntomas disociativos que la de síntomas ansioso-depresivos o psicóticos. En estos campos exploramos sistemáticamente algunos datos, no nos quedamos únicamente en el relato espontáneo del paciente. Pero con la disociación adoptamos una postura distinta, no interrogamos de modo directo: o el paciente nos lo cuenta espontáneamente o damos por sentado que no existe. Y, aunque nos den pistas, como la referencia a una hermana imaginaria en el caso que describíamos, no «tiramos del hilo». ¿Por qué?

Es más, muchas veces el diagnóstico de disociación es un diagnóstico «por defecto», es decir, no se basa en que haya unos síntomas positivos de disociación, sino en que no encontramos otro origen claro para la clínica del paciente: por ejemplo, una amnesia sin base neurológica o un cuadro alucinatorio-delirante que no presenta los síntomas típicos de la esquizofrenia.

Las entrevistas estandarizadas sobre psicopatología y diagnóstico no incluyen síntomas disociativos, como veremos con más profundidad en el capítulo sobre el diagnóstico. Cuando se llevan a cabo estudios de prevalencia se usan estas escalas. ¿Cómo vamos a encontrar un trastorno por el que no preguntamos? ¿Encontraríamos la mayor parte de los síntomas que vemos si no indagáramos explícitamente su existencia? Si hiciésemos en otras áreas lo mismo que en el campo de la disociación, solo sabríamos de lo que le ocurre al paciente aquello que la persona vive como más angustioso o negativo, y de esto, lo que el paciente considera que puede o debe contarnos. Podrían pasarnos completamente desapercibidos síntomas como la agorafobia (el paciente ansioso tiende a relatar más los ataques de pánico), las compulsiones obsesivas (el paciente puede relatarnos un estado depresivo, pero quizás no los síntomas obsesivos), las alucinaciones o delirios (cuando el paciente es muy suspicaz o no tiene conciencia de enfermedad) y muchos otros. La disociación no es un síntoma diferente: aunque esté ahí y sea clínicamente relevante, si no la exploramos, muchas veces no la detectaremos.

2. CREEMOS QUE LOS PACIENTES DISOCIATIVOS SIMULAN O EXAGERAN Y EVITAMOS HACER PREGUNTAS POR TEMOR A INDUCIR LA SINTOMATOLOGÍA

Asociamos generalmente los síntomas disociativos con la histeria, y la histeria, con la fantasía y la simulación. Por lo tanto, pensamos que van a ser personas altamente sugestionables y que con nuestro interrogatorio vamos a inducir síntomas que los pacientes no tienen. Los pacientes histriónicos, por su teatralidad y tendencia a «llamar la atención», contestarán afirmativamente sin que los síntomas estén realmente presentes o nos harán ver que tienen mucha mayor intensidad de la que existe.

Esta actitud de los clínicos no aparece en otros campos de las enfermedades mentales. Por ejemplo, preguntamos por síntomas afectivos y muchos pacientes depresivos son personas que asumen un rol de enfermos o simulan para obtener una baja o una pensión. Como clínicos experimentados, no por ello dejamos de entrevistar a los pacientes, sino que, según cómo y qué nos responden, nos hacemos una idea de la veracidad de sus respuestas. ¿Por qué no en el campo de la disociación?

Esta asociación entre trastorno histriónico de personalidad y trastorno disociativo está muy arraigada, pero nunca ha sido demostrada empíricamente. De hecho, hay numerosos estudios que contradicen estas afirmaciones. Los pacientes disociativos no presentan típicamente rasgos de personalidad histriónica, sino que en las pruebas psicométricas de personalidad se asocian más frecuentemente a elevaciones en las escalas de evitación, autoagresión, *borderline* y pasivo-agresivo (Dell, 1998). También se ha visto una asociación con la escala de paranoidismo en el MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2), lo que puede observarse igualmente en los pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Elhai et al., 2003). En los pacientes con disociación más grave se ha observado una alteración de las escalas del MMPI-2 típicamente asociadas con síntomas psicóticos (Alien y Coyne, 1995).

3. LOS CASOS DE ABUSOS SEXUALES Y TRAUMAS INFANTILES GRAVES SON ESPECIALMENTE DUROS Y MUCHOS PROFESIONALES EVITAN PROFUNDIZAR EN ELLOS

Los trastornos disociativos se han asociado a traumas graves y abusos en la infancia. En personas que conocen bien el tema y el sistema de exploración,

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

se produce a veces cierto rechazo emocional ante la dureza de estas historias, un «no querer ver». No es infrecuente que registremos este dato en la historia, pero que no lo relacionemos con la psicopatología actual. O que el paciente quiera hablar de un abuso pasado y el terapeuta interprete que hay un rechazo a entrar en sus «verdaderos» problemas actuales. Esto es muy variable entre distintos profesionales, pero no es raro que ocurra.

Muchas veces los pacientes parecen captarlo de algún modo. Un comentario frecuente entre terapeutas que empiezan a profundizar en el campo del trauma psíquico es que los pacientes les comentan ahora más fácilmente historias de abuso o maltrato de lo que lo hacían en muchos años de ejercicio profesional previo. Esto puede deberse a una actitud diferente por parte del terapeuta a la hora de preguntar o a que los pacientes intuyen de algún modo una predisposición favorable a ser escuchados. Para que una persona pueda decirnos «quiero contarle algo que no había contado antes a nadie» tiene que sentir que a nosotros sí puede contárnoslo. Esto dependerá de la calidad de la relación terapéutica, pero también de la receptividad que el paciente percibe en nosotros.

¿POR QUÉ NO SE HA CONSIDERADO ESTE CUADRO COMO UN TRASTORNO POSTRAUMÁTICO?

La paciente habla de abusos sexuales en la infancia. Sin embargo, este es un dato que no se recoge en los informes previos y aparece registrado en la historia como un dato más. Además había numerosos eventos graves en su infancia y adolescencia que incluían maltrato físico grave, abusos sexuales intrafamiliares por más de un perpetrador y unas figuras de apego primarias con trastornos mentales importantes.

Las clasificaciones internacionales presentan la inconsistencia de defender una tipología descriptiva de las enfermedades mentales pretendidamente «ateórica» y no centrada en los mecanismos causales. Pero al mismo tiempo definen entidades como los trastornos mentales orgánicos o el TEPT, definidos basándose en su etiología. Sin embargo, la predominancia de lo descriptivo en las clasificaciones contribuye a la minimización de los factores que generan y mantienen los trastornos mentales en nuestra conceptualización de los casos.

En el campo de la psicoterapia también hemos asistido a la oscilación entre el mayor peso de las conceptualizaciones psicoanalíticas en un pasado y la dominancia más reciente de la terapia cognitivo conductual (TCC). El énfasis que la TCC pone en el aquí y ahora, restando importancia al pasado, probablemente también contribuye a la minimización del papel del trauma en la psicopatología.

Por último, el TEPT, tal como está definido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10) y en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), no da cabida a los trastornos por trauma complejo (Herman, 1992; Van der Kolk, et al., 1993; Pelcovitz, et al., 1997; Roth, et al., 1997). Los eventos traumáticos tempranos, crónicos o reiterados, así como los problemas de apego, provocan graves alteraciones en la personalidad y el funcionamiento general del individuo, y, en tanto no se oficialice un concepto que refleje este conjunto sintomático, los pacientes con trauma complejo seguirán siendo diagnosticados con frecuencia de trastorno de personalidad límite (Classen, et al., 2006).

Los TEPT, los trastornos de personalidad límite de base traumática y los trastornos disociativos y conversivos están clasificados por separado. Si existiese un capítulo denominado «trastornos secundarios a experiencias traumáticas», tal como existe un capítulo para los «trastornos secundarios a abuso de sustancias», en el que se incluyesen esas tres categorías, probablemente tendríamos de entrada un concepto más unificado que nos permitiría entender mejor el caso de Paula.

¿CÓMO CONTINUAMOS EXPLORANDO SÍNTOMAS DISOCIATIVOS EN ESTE CASO?

Supongamos que queremos hacer una exploración psicopatológica de disociación. ¿Qué preguntas haríamos o en qué datos nos fijaríamos?

Un buen punto de partida es la búsqueda de *lapsos de tiempo perdido*, periodos fuera de la conciencia del paciente. La persona puede describir que a veces no sabe lo que ha hecho durante horas o minutos. Puede ser consciente de esta laguna de información o no. En el caso que describía antes, la paciente no lo era: afirmaba pasar el fin de semana entero (¡tres días completos!) literalmente durmiendo. Le parecía lo más normal del mundo y era absolutamente incapaz de dar

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

cuenta de nada de lo sucedido esos tres días. En otra sesión, sin embargo, podía relatar perfectamente con quién había salido el fin de semana, pero era incapaz de decir nada concreto acerca de su trabajo.

Otro síntoma muy importante en Paula, pero que ocultó inicialmente, era la presencia de *alucinaciones auditivas.* Lo cuenta con gran temor de que la consideremos esquizofrénica. Son voces múltiples, que dialogan entre sí y con la paciente, con diferente género y edad. Alguna de ellas es, según Paula, responsable de sus autolesiones. Por lo demás el contacto es sintónico y el curso de pensamiento normal. Y, lo más importante en el diagnóstico diferencial, remitieron con psicoterapia y sin neurolépticos.

En la historia inicial habría que fijarse en la alusión que la paciente hace a la *hermana imaginaria.* Si le preguntamos a Paula por ella, describe detalladamente una parte disociada, de la que dice que tiene un nombre propio, que interacciona con ella y que a veces toma el control de su conducta.

También resulta de interés que nos describa *cómo se produjeron las autolesiones.* Inicialmente resta importancia a sus cicatrices, pero si continuamos preguntando, resulta evidente que la paciente no recuerda cómo se las hizo. Lo que explica es que algunas veces de pronto se encuentra con cortes en sus brazos y ve las paredes de su casa manchadas de sangre, pero no sabe cómo ha ocurrido. La actitud hacia estos hechos es más de minimización y ocultación que de histrionismo.

La historia de *abuso sexual* es importante, aunque a veces no es conveniente indagar mucho en una primera entrevista. Sí cabría tomar nota del relato espontáneo de la paciente y de la falta de congruencia entre lo que cuenta y la repercusión emocional aparente, lo que orienta a una disociación de los elementos del recuerdo traumático.

¿TIENE ALGO QUE VER TODO ESTO CON EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD MÚLTIPLE?

Aun teniendo recogidos todos estos datos en nuestra evaluación del paciente, a algunos clínicos les resulta difícil encajarlos en los criterios diagnósticos del trastorno de personalidad múltiple. En la clasificación americana de trastornos

mentales (DSM-IV) se utiliza el término de trastorno de identidad disociativo (TID), que será el que utilizaremos a lo largo de este libro. La clasificación europea (CIE-10) continúa usando la denominación «trastorno de personalidad múltiple» (el empleo de la palabra «personalidad» ha sido cuestionado por muchos autores, ya que las partes disociadas no pueden considerarse «personalidades»), le da menos relevancia dentro del campo de los trastornos disociativos e incluso cuestiona la validez del diagnóstico en sí mismo, cosa que no ocurre dentro de ningún otro grupo de enfermedades mentales. Esta discrepancia entre ambas clasificaciones no es sino el reflejo de la controversia entre la psiquiatría americana y la europea en torno a este tema.

El caso que describíamos cumple todos los criterios del DSM-IV para el TID:

Criterio A: Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).

Paula tiene una «hermana» en su mente que la induce a autolesionarse. También las voces en su cabeza pueden entenderse como identidades separadas: tienen entidad propia, son voces definidas y diferentes, con rasgos característicos, con las que la paciente mantiene diálogos. Cada una de las voces presenta una emoción predominante (tristeza, rabia...) y un patrón característico de conducta: una de ellas critica y descalifica a la paciente, la otra llora y grita, otra se preocupa por mantener el orden... Las respuestas que dan son coherentes con estos rasgos.

Criterio B: Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

Durante horas o días Paula tiene el control. Trabaja y lo hace de forma eficiente. No experimenta cambios. De repente se «despierta» y ve las paredes de su casa manchadas con sangre: es la suya. Hay cortes en sus brazos. Ella no recuerda haberlos hecho. Pero atribuye a Rita (la gemela) estas conductas.

Cuando experimenta cambios en la identidad dominante durante la entrevista y el estado mental, «Rita» domina la conducta, manifiesta emociones de miedo y rabia, intenta cortarse con diversos objetos que hay sobre la mesa y hace dibujos plagados de cuchillos (apenas puede hablar en este estado).

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Criterio C: Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

Paula viene un día a consulta y habla de su trabajo. Se comporta como una persona responsable, algo obsesiva y perfeccionista. En este estado no recuerda ninguna actividad del fin de semana: afirma haber dormido durante tres días seguidos. Otro día, o en otro momento de la misma consulta, con una actitud más alegre y despreocupada, cuenta la excursión que hizo con su pareja y amigos ese mismo fin de semana. Del trabajo no puede dar ningún detalle: solo sabe que fue a trabajar. Estos cambios entre estados de diferente conducta/memoria ocurren de una forma consistente a lo largo del tratamiento.

Después de cuatro sesiones de terapia, un día llega a consulta desconcertada, no sabe por qué tenía que venir, pero trae un papel con la cita. No me reconoce, pero saluda efusivamente al psicólogo que la vio por primera vez. Ambos conocíamos a distintas partes de Paula, aunque aquí no había una conducta que a simple vista pareciese extremadamente diferente.

Paul Dell (2006) realiza una crítica a los criterios diagnósticos del DSM-IV, afirmando, al igual que otros muchos expertos en el campo de la disociación, que estos deberían ser reformulados. Según Dell, el TID presenta dos grandes grupos de fenómenos disociativos, de los cuales solo uno de ellos se describe en el DSM-IV: el cambio de una personalidad a otra con amnesia concomitante. La segunda agrupación de fenómenos disociativos del TID son las intrusiones en el funcionamiento ejecutivo y el sentido de sí mismos por otras personalidades que el DSM-IV no menciona. Esta deficiente definición de los criterios diagnósticos contribuye aún más a la ya importante confusión existente en este campo.

LAS DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

Hay varias razones para que la aplicación de estos criterios diagnósticos no nos resulte evidente a la mayoría de los clínicos cuando tenemos al paciente delante:

1. LA ACTITUD DE OCULTACIÓN O MINIMIZACIÓN

Paula resta importancia a muchos de sus síntomas, como las autolesiones; en cierto modo, se ha acostumbrado a vivir con ellas. Los trastornos disociativos se

generan en la infancia, tienen una continuidad evolutiva y no suponen por lo general un cambio en la experiencia subjetiva del paciente, quien crece con sus síntomas y muchas veces los considera normales.

En otros momentos oculta deliberadamente algunas experiencias, como las alucinaciones auditivas. Aquí sí se da cuenta de que esto no le ocurre a todo el mundo y no lo comenta hasta que va cogiendo confianza nosotros y, aun entonces, lo hace con temor de que la tomemos por loca. A diferencia del esquizofrénico, que oye voces, el paciente disociativo tiene la mayor parte de las veces una capacidad de razonamiento lógico y un juicio de la realidad que le permite pensar lo que el otro creerá acerca de lo que pasa en su cabeza.

En un número importante de casos, la persona no tiene conciencia de lo que le ocurre; por ello solo podemos obtener información a partir de indicadores indirectos. La paciente no nos dice en la primera consulta que tiene lapsos de pérdida de memoria, pero, cuando relata sus actividades de la semana, se hace evidente que hay fragmentos de la actividad (el fin de semana) de los que no puede contarnos ningún detalle. No nos explica que otra parte de ella toma el control de su conducta, pero sí encuentra pruebas de cosas que ella no recuerda haber hecho.

2. LA EVALUACIÓN DE LA AMNESIA

La amnesia en el TID no se presenta como en los casos de amnesia disociativa que seguramente nos resultan más familiares. El paciente no llega a la consulta desorientado acerca de quién es o con olvidos evidentes de información personal. El TID es un trastorno crónico y la amnesia se presenta de modo episódico a lo largo de años. En ocasiones ocurre delante de nosotros, como cuando Paula llega y no reconoce a uno u otro terapeuta a los que ha visto varias veces. Pero la mayoría de las veces le sucede en su vida cotidiana y nos lo comenta a posteriori en la consulta: el relato de la vida cotidiana es incompleto o con lagunas, «despierta» en medio de una actividad que no entiende por qué la está haciendo, cuando nos cuenta su biografía no es capaz de dar ningún dato de determinados años o de un evento concreto... El paciente puede ser o no consciente de sus lagunas de memoria.

A veces estas amnesias se presentan como contradicciones en el relato. Por ejemplo, en un estado mental una paciente puede describir una infancia

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

feliz, incluso especialmente bucólica. En otro momento puede relatar un suceso traumático, como un abuso sexual, información que posteriormente puede negar. Estas contradicciones pueden ser interpretadas por el terapeuta como falsedades, aunque no exista una finalidad o ganancia evidente que motive esa conducta.

En otros trastornos disociativos o en los trastornos por trauma complejo puede existir amnesia de determinados periodos asociados a vivencias traumáticas. El paciente puede no relatarnos esto de modo espontáneo, contándonos de entrada los síntomas que representan para él un sufrimiento subjetivo. Veamos un ejemplo: una paciente es derivada para evaluar un cuadro de pseudocrisis epilépticas, para las que se ha descartado un origen neurológico tras una exhaustiva exploración. No se registran síntomas disociativos fuera de los episodios de crisis en los últimos años. Pero destaca, al hacer la historia biográfica, que la paciente no tiene recuerdos de su infancia y adolescencia, recuerda sensaciones, pero no situaciones o momentos concretos. Este dato es muy importante y supone un elemento que nos permite hacer un diagnóstico de trastorno disociativo con más seguridad. Hasta entonces el diagnóstico se había basado exclusivamente en «no haber encontrado causa orgánica».

3. LA PRESENCIA DE PARTES DISOCIADAS

Esta paciente hacía referencia espontáneamente a la presencia de una identidad alternativa, que ella describía como una «hermana gemela». Este no es un síntoma que estemos habituados a explorar y muchos terapeutas lo pasan por alto, aunque la persona se lo exponga. En la mayoría de los casos, sin embargo, es un dato que los pacientes nos ocultan por diversos motivos: para que no tengamos la imagen de que están locos, porque creen que le pasa a todo el mundo o por una consigna de secreto que rodea a todos los síntomas (esto es más frecuente cuando hay antecedentes de abuso sexual). Este fenómeno ha sido denominado de modos diversos: subpersonalidades, álter, estados del ego, estados mentales o partes disociadas. A lo largo de este libro se utilizarán sobre todo las dos últimas denominaciones.

Otro indicador de partes disociadas son las alucinaciones auditivas. Existe la creencia implícita entre los terapeutas de que las alucinaciones disociativas no son «verdaderas» alucinaciones y tienden a considerarse elaboraciones fantásticas o simulaciones deliberadas. Las características psicopatológicas son diferentes de las

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

alucinaciones esquizofrénicas, pero el paciente puede describirlas como auténticas voces en su cabeza, que interaccionan o comentan con él, de diverso contenido. En el caso de Paula, había diversas voces que hablaban con ella y entre sí: la amenazaban, la aconsejaban, la animaban... tenían distinto género y edad y un patrón consistente de actitudes y emociones cada vez que aparecían. Fue quedando claro a lo largo de la terapia que estas voces se correspondían con partes que en distintas circunstancias controlaban la conducta de la paciente. Existían barreras amnésicas entre ellas: en un estado mental no recordaba cosas que ocurrían en otro, tenían recuerdos biográficos diferentes...

El caso que hemos usado como ejemplo es de un TID, porque es probablemente el cuadro más controvertido dentro de los trastornos disociativos. Haremos referencia en el capítulo 4 a otros cuadros incluidos dentro de los trastornos disociativos, así como a la categoría de trastornos por estrés extremo (DESNOS, por sus siglas en inglés) propuesta para su inclusión en el futuro DSM-V.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

I. CONCEPTO, DIAGNÓSTICO Y ETIOLOGÍA

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

1

LOS DATOS NO ENCAJAN

DISCREPANCIAS EN LA PREVALENCIA ENTRE DISTINTOS PAÍSES

Probablemente no exista en nuestros días dentro del campo de las enfermedades mentales un terreno más controvertido que el de los trastornos disociativos. En países como Estados Unidos se habla de porcentajes en torno al 15-30% (Kluft y Foote, 1999; Ross, et al., 1991; Saxe, et al., 1993; Foote, et al., 2006) de diagnósticos de trastornos disociativos entre los pacientes psiquiátricos. En otros países se consideran fenómenos bastante raros, sobre todo si nos referimos al trastorno de identidad disociativo (TID).

Sin embargo, los estudios de prevalencia no muestran discrepancias significativas entre unos y otros, cuando se emplean escalas o entrevistas estructuradas que evalúan la disociación (lo cual no ocurre en la mayoría de los estudios de prevalencia de trastornos mentales en general). Estudios recientes confirman la alta prevalencia de los trastornos disociativos (Horen, et al., 1995; Latz, et al., 1995; Knudsen, et al., 1995; Tutkun, et al., 1998; Rifkin, et al., 1998; Friedl y Draijer, 2000; Gast, et al., 2001). Foote, et al., (2006) encuentran una frecuencia de trastornos disociativos en pacientes psiquiátricos extrahospitalarios del 29%, de los cuales el 6% tendría un TID. Sar (2006) revisa estudios sobre trastornos disociativos en pacientes psiquiátricos en países como Turquía, Suiza, Alemania y Holanda, que señalan una frecuencia de estos cuadros de entre el 4,3% y el 10,2% en pacientes hospitalizados, de entre el 12% y el 13,8% en pacientes psiquiátricos ambulatorios y de un 39,5% en la urgencia psiquiátrica (Sar, et al., 2007). En estos estudios se utilizaban entrevistas psiquiátricas estructuradas ampliamente reconocidas, como la SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) (Steinberg, 1994a) y la DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) (Ross, 1989).

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Algunos estudios sobre psicopatología general que empiezan a incluir evaluaciones sistemáticas de sintomatología disociativa destacan que esta está entre los diagnósticos más prevalentes. Por ejemplo, Fortes et al. (2008) señalan que entre pacientes de atención primaria un 56% presentaba trastornos mentales. Los más comunes eran la depresión y la ansiedad, junto con el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el dolor somatomorfo y los trastornos disociativos. Los porcentajes de trastornos afectivos y por ansiedad eran concordantes con otros estudios de prevalencia, pero, al incluir evaluaciones específicas (que en otros estudios no habían sido utilizadas) de disociación, TEPT y trastornos somatomorfos, se comprueba que estos son igualmente frecuentes.

Estas diferencias son más acusadas si hablamos en particular del trastorno de identidad disociativo (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [DSM-IV]) o trastorno de personalidad múltiple (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud [CIE-10]): diversos trabajos muestran una prevalencia de TID entre distintas poblaciones de pacientes psiquiátricos de entre el 4% y el 18% (Kluft, 1999; Sar 2006, 2007; Foote, et al., 2006; Kluft y Foote, 1999). Kluft (2003) cita tres estudios europeos realizados en los Países Bajos y Turquía que muestran porcentajes entre el 4,7% y el 5% de TID entre pacientes psiquiátricos ingresados. Sar (2006) recoge, en el estudio anteriormente citado, cifras de diagnóstico de TID del 0,4% al 5,4% en pacientes ingresados, del 2% al 2,5% en contextos ambulatorios y del 13% en la urgencia psiquiátrica. Lo mismo puede verse en estudios sobre población general: Sar (2007) encuentra una prevalencia de TID del 1,1% y de trastorno disociativo no especificado (TDNE) del 8,3% en mujeres, en un estudio sobre población general en Turquía.

En una encuesta informal realizada entre mis colegas, todos ellos clínicos experimentados, la inmensa mayoría solo recordaba a lo largo de su vida profesional uno o dos casos de TID, e incluso esos pocos pacientes les planteaban grandes dudas diagnósticas. Alguno llegaba a afirmar categóricamente que el trastorno de personalidad múltiple era «un invento de los americanos». Incluso con los estudios que informan de porcentajes más reducidos, uno de cada 50 pacientes de consulta ambulatoria y uno de cada 200 pacientes ingresados en una unidad de hospitalización psiquiátrica tendrían un diagnóstico de TID. Los datos de los estudios están tomados por diferentes investigadores y no son comentarios de casos clínicos, sino diagnósticos hechos basándose en una entrevista estandarizada común. La conclusión más lógica para esta discrepancia es que no utilizamos el mismo tipo de evaluación clínica para hacer nuestros diagnósticos.

Esta situación puede hacerse extensiva a Europa. Van der Hart (1993) hace una revisión de diversos estudios y afirma que en la mayor parte de los países europeos la actitud profesional más extendida es decir que «el trastorno de personalidad múltiple no existe aquí». Sin embargo, esta actitud está cambiando, aunque a velocidad muy diferente en unos y otros países, siendo los Países Bajos y Suiza donde más se están diagnosticando y tratando los trastornos disociativos y donde se observa una actitud más favorable de los clínicos y se están llevando a cabo más investigaciones.

Leonard, Brann y Tiller (2005) analizan la situación entre clínicos y pacientes. Solo el 21% de los profesionales, clínicos experimentados, refería haber tratado más de seis casos de trastornos disociativos (no específicamente TID). La mitad se mostraban escépticos o dudosos acerca de la validez del diagnóstico de trastorno disociativo. Los pacientes, por su parte, referían una demora en el diagnóstico (el 57% de más de 3 años y el 25% de más de 10 años). El 80% había percibido una actitud escéptica o antagonismo por parte de los clínicos, incluso hostilidad en un 48%.

Los estudios de prevalencia en distintas localizaciones geográficas, realizados por distintos autores, hablan de una frecuencia de estos trastornos que entra en completa contradicción con la opinión de los profesionales. Se han descrito casos en países como China (Xiao et al., 2006), donde no es de esperar ninguna potenciación del diagnóstico por parte de los clínicos. No hay ningún resultado que apoye que los trastornos disociativos son casos raros o que el TID es un fenómeno restringido a determinadas zonas geográficas. Tampoco se ha comprobado que haya una frecuencia más alta en países donde el diagnóstico es más popular o la predisposición de los clínicos a aceptarlo es mayor. Aunque están por hacerse estudios empíricos en muchas áreas, los resultados de los que disponemos hasta la fecha no apoyan que exista una diferencia significativa entre unos países y otros, y en cambio sí avalan la alta prevalencia de los trastornos disociativos en general, y en particular del TID.

Respecto a la presentación clínica, Coons et al. (1991) remarcan que se han descrito casos en gran cantidad de regiones y que la sintomatología es muy similar a la de los pacientes descritos en Norteamérica, concluyendo que el TID no es un síndrome ligado a una cultura determinada y que probablemente tiene una distribución mundial.

Lo mismo ocurre a nivel más general con todos los trastornos de base traumática. Van der Hart et al. (2006) señalan que en general no se establece una

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

conexión entre la sintomatología del paciente y las situaciones traumáticas en las que se origina, cuando estas ocurrieron en las primeras etapas de la vida. Si, como parece, los trastornos de estrés extremo (DESNOS) (Van der Kolk, et al., 2005) son incluidos como categoría en la nueva edición del DSM, probablemente favorezca en parte que esta situación se modifique.

¿PUEDE ESTAR HACIÉNDOSE UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO O EXCESIVO POR PARTE DE PROFESIONALES PREDISPUESTOS A ENCONTRAR DISOCIACIÓN?

Es cierto que, cuando empezamos a profundizar en un tema, tendemos a verlo con más facilidad. Y también que, siempre que se propone un diagnóstico que tiene algo de novedoso, los clínicos de a pie reaccionamos con una mezcla de curiosidad y escepticismo. Sin embargo, en el campo de los trastornos disociativos la posición escéptica es la predominante.

Aunque la gran cantidad de estudios y literatura existentes sobre disociación no hayan tenido hasta la fecha mucha difusión en nuestro país, sí nos hemos hecho eco de varias importantes polémicas que se han desarrollado en torno al TID al otro lado del Atlántico. Una es la posibilidad que apuntan algunos autores de que la alta prevalencia de TID se esté generando iatrogénicamente por parte de profesionales predispuestos al diagnóstico que inducen síntomas inexistentes en pacientes sugestionables. Otra es el movimiento de las falsas memorias, que ha cuestionado la veracidad de las informaciones sobre abusos sexuales en la infancia, muchas veces asociados al diagnóstico de TID. En tercer lugar, algunos profesionales cuestionan que los trastornos disociativos sean un diagnóstico independiente, considerándolos más bien parte accesoria de otros cuadros clínicos.

A. LA EVIDENCIA EMPÍRICA AVALA EL ORIGEN TRAUMÁTICO DE LA DISOCIACIÓN, Y NO LA HIPÓTESIS IATROGÉNICA (MODELO SOCIOCOGNITIVO)

Dentro de la psiquiatría americana, Spanos (1994, 1996) ha defendido lo que denomina modelo sociocognitivo, que afirma que el TID es un fenómeno generado iatrogénicamente, a partir de una entrevista sesgada que induce determinadas

respuestas en pacientes sugestionables. Diversos autores exponen cómo pueden crearse síntomas del TID mediante manipulación experimental o sugestión e inducirse en sujetos sugestionables conductas parecidas. Pero que sea posible inducir síntomas similares a un trastorno no significa que el trastorno en sí sea una construcción. Pueden provocarse reacciones de ansiedad o depresivas a partir de situaciones experimentales y eso no nos lleva a pensar que los trastornos de pánico o los episodios depresivos sean «artefactos». Como afirma Kluft (1993), la mayoría de los clínicos formados en el tema no creen que un TID completo pueda ser un artefacto iatrogénico, aunque sí piensan que los factores iatrogénicos pueden complicar o empeorar el trastorno. Ha habido numerosas críticas al modelo iatrogénico basadas en la creciente investigación sobre el TID (Gleaves, 1996; Cardeña, 1997; Elzinga, 1998; Ross, 1989). Esto, sumado a la falta de apoyo empírico a la hipótesis iatrogénica, ha hecho que se recomiende abandonar esta teoría como una de las explicaciones etiológicas del TID (Gleaves, 1996).

Más recientemente, Dell (2006) ha presentado los hallazgos de su estudio con el Inventario Multidimensional de Disociación (MID), que aportan una evidencia importante para la refutación del modelo sociocognitivo. Muchos de los síntomas recogidos son subjetivos y no fenómenos externos observables por el terapeuta. De los 23 síntomas subjetivos recogidos, 15 no eran conocidos para los medios, para los pacientes ni para la mayoría de los profesionales de la salud mental. De ser un trastorno inducido por los medios, por las influencias socioculturales o por los profesionales, solo se presentarían los síntomas que habitualmente se asocian a las versiones «cinematográficas» del TID.

Otro estudio muy clarificador en este sentido es el de Ross et al. (2008). Los autores comparan dos muestras con similares tasas referidas de maltrato físico y abuso sexual en la infancia, en dos países bien distintos: Canadá y China. Entre la población china, la difusión cultural del TID es prácticamente inexistente. Virtualmente no hay ningún conocimiento ni popular ni profesional sobre el TID en este país, por lo que no es de esperar que haya una contaminación o predisposición entre los profesionales, como sugiere el modelo sociocognitivo. El modelo del trauma de la disociación sostiene que los niveles de disociación serán similares en diferentes culturas si los niveles de trauma son similares. El modelo sociocognitivo mantiene, por el contrario, que la disociación no está relacionada con el trauma, y que se debe a la contaminación cultural y de los profesionales. En países donde esta contaminación no existe, los trastornos disociativos no deberían estar presentes. Sin embargo, en este estudio, de los 304 individuos chinos evaluados, un 14%

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

refirió abuso físico o sexual, en comparación con un 12,5% entre los canadienses. Ambos grupos presentaron niveles similares de disociación evaluada mediante la Escala de Experiencias Disociativas (DES) y la DDIS. Estos hallazgos avalan de forma muy clara la hipótesis traumática de la disociación y no son consistentes con los modelos sociocognitivos, de contaminación o iatrogénicos del TID.

B. LOS RECUERDOS TRAUMÁTICOS RECUPERADOS SON VERÍDICOS EN UN ALTO PORCENTAJE DE LOS CASOS

El segundo aspecto mencionado respecto a la polémica que rodea a los trastornos disociativos es el movimiento de las falsas memorias. Surge a raíz de un aumento de las denuncias por abusos sexuales en la infancia, realizadas por pacientes en terapia. Este movimiento, promovido por los supuestos abusadores denunciados, cuestiona la veracidad de las denuncias y acusa a los terapeutas de «fabricar» o inducir recuerdos inexistentes en pacientes altamente sugestionables. Se han realizado muchos estudios en torno a este tema tratando de aclarar estos aspectos. Si bien en algún caso no se encontró fundamento para las denuncias, diversos trabajos parecen mostrar que en un porcentaje importante de casos el abuso sexual puede confirmarse por fuentes externas al paciente. Un estudio muy interesante es el de Herman y Schatzow (1987), que mostró que, en pacientes que durante el curso de la terapia decían haber sufrido abuso sexual en la infancia, se daba una confirmación externa de dicha información en la mayoría de los casos: el 74% con seguridad y un 9% con un alto índice de sospecha. Dado que el abuso sexual suele estar rodeado de secreto y ocultación, no es posible tampoco descartarlo con certeza en los casos en los que no hay confirmación. Kluft (1990) afirma que, basándose en los estudios disponibles, «la presunción de que las informaciones de nuestros pacientes sobre abusos sexuales en la infancia deben ser en su mayoría atribuidas a fantasías no parece sostenible».

Otros estudios posteriores han aportado datos en esta línea. En un estudio de Briere y Conte (1993) se pedía a los terapeutas que administraran un cuestionario a los pacientes que les referían recuerdos de un abuso sexual. El cuestionario consistía en una variedad de escalas acerca de la actual sintomatología y experiencias vitales previas. De los 450 sujetos que refirieron abuso sexual infantil, el 54% comunicaron haber tenido algo de amnesia del abuso entre el tiempo en el que ocurrió hasta los dieciocho años. Williams (1994), en un estudio reciente sobre población no clínica, contactó con mujeres que habían sido tratadas en un hospital urbano por

abuso sexual hacía diecisiete años, cuya edad en el momento del abuso abarcaba desde la infancia hasta los doce años de edad. Un 38% de ellas eran amnésicas para la experiencia o decidieron no referirla. Dado que muchas de las mujeres que no refirieron los abusos sí revelaron detalles de sus vidas como la victimización sexual posterior, esto lleva a pensar que estas mujeres presentaban un auténtica amnesia para estas experiencias.

Terr (1991), analizando niños que habían sufrido distintos tipos de traumas, señala las diferencias entre los niños que han experimentado un abuso limitado y circunscrito (Tipo I) y aquellos que han estado expuestos a un trauma crónico (Tipo II). Un trauma único se relata de modo extraordinariamente claro y detallado, de manera mucho más vivida y precisa que la memoria ordinaria. Por el contrario, los niños con traumas crónicos suelen experimentar una extensa amnesia, pueden olvidar segmentos completos de su niñez. Es frecuente la indiferencia al dolor, la falta de empatia, la escasa capacidad de definir o reconocer sentimientos. Estos niños insensibilizados por un trauma grave y múltiple emplean, según el autor, la negación masiva.

Kluft (1995) analizó el historial médico de 34 pacientes con TID, buscando evidencia para la confirmación o refutación de los recuerdos recuperados. El 55,88% habían recibido confirmación clara del abuso infantil. Dado que buscar dicha verificación externa no fue un objetivo de la terapia, al menos una parte del restante 44,2% posiblemente hubiera podido obtenerlo, de indagarse específicamente. Y dada la naturaleza delictiva y el secretismo que rodean al abuso sexual, habría que pensar en la posibilidad de que existiera en casos no confirmados.

Chu et al. (1996) encuentran, en un estudio de 90 pacientes internos en un programa de trauma, que hubo un índice sustancial de episodios de informaciones propias de amnesia total por abuso infantil físico (20%) y sexual (24%). La abrumadora mayoría de aquellos que intentaron corroborar su abuso encontró confirmación clara de sus memorias recuperadas.

Hoy en día ha disminuido la polémica en torno a este tema, que fue muy acusada durante la década de los noventa (Chu y Bowman, 2000). Se acepta que un porcentaje importante de las informaciones de abuso sexual son verídicas, habiéndose encontrado un sustento empírico mayor para las teorías «realistas» que defienden la veracidad de las informaciones de personas adultas que sufrieron abuso sexual en la infancia, frente a las diversas argumentaciones de las teorías

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

«escépticas» (Albach, et al., 1996); pero también se deduce de la investigación que es necesario tomar precauciones en las entrevistas para no modificar los recuerdos del paciente (ISTSS, 1998; Chu, et al., 1996). Es bastante probable que haya existido un trauma grave cuando una persona lo recuerda, pero los detalles pueden haber sido modificados (Brown et al., 1998), por ejemplo, por eventos posteriores o por el método con el que se recuerdan (Schacter, 1999).

C. EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO HA MOSTRADO SER UN DIAGNÓSTICO VÁLIDO

Gleaves (2001) analiza el tema en profundidad, concluyendo que el TID reúne todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión de las guías para evaluar la validez diagnóstica propuesta por Blashfield (1990). Estos criterios son:

• Criterios de inclusión:

- Un volumen de literatura que apoye el diagnóstico. Se publicaron 1125 artículos sobre TID solo en la época de los noventa (Coons, 1999).

- Criterios diagnósticos. No solo están definidos a partir del DSM-III, sino que se recogen descripciones en la literatura desde el siglo XVI.

- Existencia de instrumentos estandarizados de evaluación con demostrada fiabilidad y validez. Además, equipos no relacionados empleando instrumentos diferentes muestran una adecuada interfiabillidad en los estudios.

- Presencia de un síndrome. Blashfield considera que la presencia de un criterio debe implicar al menos un 50% de probabilidad de que la persona presente al menos otro. Algunos estudios analizando la probabilidad condicional de los ítems del DES-T (DES taxon: un grupo de ítems del DES más indicativos de disociación patológica) parecen avalar también este criterio, aunque no existen por el momento estudios específicos.

- Diferenciación clara de esta categoría respecto a estos trastornos. Aquí sí existen numerosos estudios que muestran que el TID puede discriminarse claramente respecto a esquizofrenia, trastorno bipolar, TEPT y

trastorno por somatización, aunque las últimas dos categorías formarían parte del denominado espectro postraumático y tendrían, por tanto, puntos comunes.

• Criterios de exclusión:

- Existencia de guías de exclusión. Están asociadas a los criterios DSM.

- No existencia de literatura reciente. Aunque en nuestro país podría considerarse, a nivel mundial hay innumerables estudios sobre el tema.

- Que las personas con este diagnóstico en los estudios realmente lo estén recibiendo. Este criterio es en sí mismo bastante contradictorio y podría considerarse positivo o negativo, dependiendo del país donde se realice el estudio.

- Sesgos diagnósticos. Aunque los estudios muestran diferencias de prevalencia con respecto, por ejemplo, al sexo, dada la relación del TID con el abuso sexual infantil y la mayor frecuencia de este en mujeres, estas diferencias de frecuencia en función del género podrían explicarse adecuadamente.

- No existencia de una explicación fisiopatológica y etiológica. Dedicaremos un capítulo precisamente a argumentar esta base teórica.

No parece, por tanto, que haya datos reales para pensar que la alta prevalencia al otro lado del Atlántico sea fruto de una confusión colectiva, aunque probablemente existan casos discutibles y los índices no son iguales en todos los estudios. Por tanto, solo cabe pensar que existe un número considerable de pacientes a los que podríamos diagnosticar como trastornos disociativos, pero que por algún motivo en muchos países, entre ellos el nuestro, están pasando desapercibidos.

¿ESTAMOS MIRANDO LO MISMO?

La primera lección que aprende un residente de psiquiatría es que la base de un diagnóstico es una buena exploración psicopatológica. La psicopatología europea permite descripciones muy ricas de los casos y tiene una larga tradición histórica. Pero... ¿podemos decir por ello que está todo escrito? ¿Qué sucede si

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

los instrumentos estandarizados que evalúan la disociación incluyen preguntas no habituales en la exploración psicopatológica estándar? Los pacientes no pueden ser tan distintos a uno y otro lado del Atlántico: debemos estar viendo los hechos desde una perspectiva diferente.

Empleando la exploración psicopatológica describiremos distintos fenómenos según nos centremos en una parte u otra de la sintomatología. Si nosotros exploramos a un paciente psicótico haciendo preguntas únicamente sobre síntomas ansioso-depresivos, nuestra descripción será incompleta: no tenemos el mapa adecuado. Añadamos una entrevista dirigida a los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, y obtendremos otros datos bien distintos.

UN TEMA QUE DESPIERTA POLÉMICA

Llama la atención lo encendidos que son los debates en torno a estos temas. Defender el papel de las experiencias traumáticas tempranas en la psicopatología es criticado como un sesgo que ignora otros factores etiopatogénicos. Esto resulta curioso, dada la extensa minimización o incluso negación de la psiquiatría y la psicología actuales respecto al papel del trauma en los trastornos mentales. Cuando son posibles varios diagnósticos, las alternativas suelen considerarse más válidas que la de la existencia de un trastorno disociativo. La situación más extrema es la del TID, habiendo profesionales que rechazan de plano la posibilidad de que el diagnóstico de TID exista siquiera, muchas veces acaloradamente. Resulta difícil para los que llevamos años de ejercicio profesional pensar que un trastorno como este haya pasado ante nuestros ojos sin haberlo detectado.

Pero, por muy descabellada que nos pueda parecer una hipótesis, debemos recordarnos que el método científico no nos permite descartarla en función de la impresión que nos causa, sino solo basándonos en la verificación empírica de la misma.

LAS HIPÓTESIS QUE SE DEFIENDEN EN ESTE LIBRO

Primera: el grupo diagnóstico de los trastornos disociativos puede ser definido basándonos en una exploración psicopatológica específica que nos permita hacer un diagnóstico positivo, y no por exclusión.

Segunda: empleando los métodos de evaluación adecuados, los trastornos disociativos en general y el TID en particular mostrarán una frecuencia importante y podrán etiquetarse como tales muchos pacientes que hasta ahora estaban recibiendo otros diagnósticos. En los próximos capítulos intentaremos dibujar un mapa conceptual que nos permita entender estos casos y explicar qué instrumentos pueden ayudar a su evaluación.

Tercera: que tanto los trastornos disociativos como los trastornos de estrés traumático complejo forman parte de un conjunto de patologías de base traumática, siendo estos dos el extremo más grave del espectro postraumático, al otro extremo del TEPT simple.

Cuarta: que los trastornos disociativos son tratables y que el tratamiento presenta especificidades respecto a otro tipo de terapias. Por ello, diagnosticar a un paciente como un trastorno disociativo no es solamente una disquisición epistemológica acerca de qué nombre le ponemos a las cosas, sino que implicará un abordaje terapéutico específico y con ello una mejoría en el pronóstico de estos pacientes. Describiremos las líneas generales de tratamiento y algunas técnicas específicas para el manejo de estos casos.

El lector podrá decidir si las hipótesis son o no verídicas, después de haber evaluado los casos desde otra perspectiva y de aproximarse terapéuticamente a ellos con una óptica diferente. Como mínimo confiamos en despertar la duda y la curiosidad.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

2

EL CONCEPTO TEÓRICO DE DISOCIACIÓN

Este libro tiene una orientación eminentemente clínica y práctica. No busca profundizar en conceptos teóricos ni describir pormenorizadamente la investigación sobre estos temas. Sin embargo, es necesario dedicar un capítulo a explicar cuál es el concepto de disociación que va a manejarse, ya que es un término especialmente confuso actualmente. Los núcleos de esta confusión son múltiples:

1. La palabra «disociación» se emplea en la literatura para designar conceptos diferentes que incluyen síntomas, mecanismos psíquicos y trastornos mentales.

2. Existen términos como el de «conversión» que se mantienen en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) como una herencia de la tradición psicoanalítica, pero que no encajan en una clasificación ateórica no basada en el modelo psicoanalítico.

3. Las clasificaciones internacionales se basan en la descripción clínica de síntomas y no en el mecanismo etiopatogénico. Por ello hay trastornos conectados por su etiopatogenia, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos disociativos y conversivos y los trastornos por somatización, que están clasificados en distintos capítulos (Van der Hart, et al., 2006). Esto no facilita a los profesionales una comprensión global de los fenómenos psíquicos.

4. La dualidad mente-cuerpo propia del pensamiento médico-científico occidental ha llevado a separar trastornos muy ligados, como los trastornos somatomorfos, conversivos y disociativos, basándose únicamente en que la sintomatología se expresa a través del cuerpo o de funciones psíquicas.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

5. Algunos autores hablan de la disociación como un fenómeno normal, estableciendo un contínuum que va desde la disociación cotidiana y adaptativa hasta el otro extremo, donde estaría el trastorno de identidad disociativo (TID). Otros consideran la disociación como un mecanismo patológico (Putnam, 1989).

6. 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. Sin embargo, la psicopatología del TID, antes llamado trastorno de personalidad múltiple, se corresponde no con una disminución del nivel de conciencia, sino con una fragmentación de la misma. Para la teoría de la disociación estructural (Van der Hart, et al., 2006), toda respuesta ante el trauma se entiende desde este concepto de fragmentación. En el primer caso (disminución o estrechamiento de la conciencia), estamos ante una concepción horizontal de los distintos estados de conciencia: de menor a mayor, o viceversa. En el segundo caso (fragmentación), se trata de una concepción vertical de la disociación: hay una escisión o separación entre distintos estados de conciencia, que no tienen por qué estar a distinto nivel (Fairbairn, 1952; Klein, 1946).

7. También es controvertido si algunos conceptos incluidos en las escalas de evaluación, como la absorción (perderse o ensimismarse en los propios pensamientos, en una película, etc.), son o no fenómenos disociativos.

Para orientarnos a lo largo de este libro, haremos un recorrido por la evolución histórica del concepto y veremos cuál es el esquema conceptual más adecuado para entender los trastornos disociativos.

HISTORIA DEL CONCEPTO DE DISOCIACIÓN

El concepto de disociación fue definido por Pierre Janet (1859-1947), e influirá posteriormente en Freud y Jung (Halberstadt-Freud, 1996). En sus primeros trabajos, Janet propone una teoría de la disociación patológica o «desagregación» como una predisposición constitucional en los individuos traumatizados. Conceptualiza la disociación como una defensa frente a la ansiedad generada por las experiencias traumáticas, que persistirá en forma de «ideas fijas subconscientes» en la mente del paciente, afectando su humor y su conducta. La disociación llevará a un estrechamiento de la conciencia, en el cual unas experiencias no se asociarán con otras.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Los trabajos posteriores de Janet tendrán más influencia en las teorías de Jung, sobre todo el concepto de «descenso del nivel mental». Jung describirá los «complejos», que serían bastante equiparables a las «ideas fijas inconscientes» de Freud. Según Jung, la estructura básica de la mente normal son «complejos asociados a sentimientos», que están organizados en torno a un núcleo temático en los recuerdos del individuo. El ego sería el más importante de los complejos y constituye habitualmente el centro de la conciencia. Describirá estos complejos como relativamente independientes, como fragmentos psíquicos con bastante similitud a lo que posteriormente se denominarían estados del ego (Watkins y Watkins, 1997) y a las partes disociadas del TID.

Breuer y Freud inicialmente (1893) consideran que «la escisión de la conciencia... está presente en un nivel rudimentario en toda historia y la tendencia de estos a disociarse, con la emergencia de estados anormales de conciencia, es el fenómeno básico de estas neurosis».

Sin embargo, Freud abandona en 1897 la visión de que el trauma o el abuso sexual en la infancia temprana eran los que provocaban la disociación grave en las pacientes histéricas. En su lugar, desarrolla la teoría de la neurosis, en la cual un trauma interno en la forma de deseos infantiles y fantasías, en especial el complejo de Edipo, juega un papel dominante en la estructura de la mente. Describe el concepto de represión como el modo en que los pacientes neuróticos apartan activamente el material conflictivo fuera de la conciencia, pudiendo volver en forma de sueños, síntomas o símbolos. Pese a este cambio, Freud continúa manteniendo el concepto de escisión en trabajos posteriores.

Es curiosa la influencia de estos trabajos de Freud en el pensamiento psiquiátrico. Su idea de que los antecedentes traumáticos son producto de la fantasía de pacientes histéricas subyace en muchos de los enfoques actuales de la disociación, por ejemplo, en la idea de que las informaciones de abuso sexual o los síntomas disociativos son «fantasías» o «llamadas de atención». Y lo más sorprendente es que estos prejuicios están en numerosos clínicos que no solo no son psicoanalistas, sino que incluso rechazan abiertamente las teorías freudianas.

Otro concepto importante es la diferenciación entre escisión «vertical», como la que puede verse en los estados disociativos, y escisión «horizontal» de la represión. En la primera, los estados mentales no se distinguen por tener un mayor o menor nivel de conciencia. Cualquiera de ellos puede tener elementos conscientes

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

e inconscientes y alternar entre el control voluntario de la conducta o un estado latente. En cambio, en la disociación horizontal se distingue entre unos contenidos conscientes, accesibles plenamente al individuo, y otros situados en otro plano más «profundo» y más difícilmente accesible. Estas formulaciones fueron realizadas por los teóricos de las relaciones objetales (Klein, 1946; Fairbairn, 1952). El concepto de escisión vertical enlazaría con la descripción del trastorno de personalidad múltiple que se ha desarrollado en la psiquiatría americana de las últimas décadas. Sin embargo, esta diferenciación entre disociación y represión es controvertida y probablemente poco operativa (Erdleyi, 1990).

Un discípulo de Freud, Paul Federn, tendrá gran influencia en el desarrollo de la teoría de los estados del ego, que luego desarrollarán Watkins y Watkins en su terapia de los estados del ego (1997), un tipo de terapia hipnótica. Federn establecerá la diferencia entre catexis de objeto y catexis del ego, así como entre introyección (un objeto interno, investido de catexis de objeto: está dentro del yo, pero no es parte de él) e identificación (una representación de objeto puede cambiar a una representación yoica: en este caso el individuo comienza a hablar y actuar como el otro).

Federn y Weiss definirán el concepto de estado del yo como «un sistema organizado de conducta y experiencia cuyos elementos se han reunido entorno a algunos principios comunes y que están separados de otros estados por límites que son más o menos permeables».

Hilgard (1977, 1994) enunciará la llamada teoría de la neodisociación, a partir de sus estudios sobre hipnosis, que está parcialmente inspirada en el trabajo de Janet. Este autor incidirá en la distinción entre disociación y represión: lo reprimido inconsciente estaría dominado por el proceso primario del pensamiento y sería de naturaleza irrealista e ilógica. En contraste, considera la disociación como un sistema de ideas desconectado de la conciencia por una «barrera amnésica», pero que mantiene reacciones lógicas y realistas entre ellas.

Este autor describió también el fenómeno de «observador oculto», detectado bajo hipnosis, en el que una parte de la persona sabe de la presencia de un dolor que la parte consciente desconoce. Hilgard se plantea dudas acerca del significado de este hallazgo, señalando además que se presentaría solo en un 5% de los sujetos y dentro del grupo de los altamente hipnotizables. Con todos los cuestionamientos que puedan hacerse a este hecho, la experiencia tiene importantes similitudes con las partes disociadas en el TID.

Bowers (1990, 1992) elabora una modificación de la teoría de la neodisociación, en la que rechaza el concepto de barrera amnésica y enfatiza el de alteración del control. No siempre la amnesia está asociada a la disociación. Bowers parte de un modelo de control jerárquico de la mente, en el que habría una función de control superior (metaconciencia) que quedaría abolida en la disociación y en la hipnosis. Esta función de control superior estaría relacionada con las áreas frontales cerebrales.

DISTINTAS ACEPCIONES DEL TÉRMINO DISOCIACIÓN

Etzel Cardeña (1994) propone la siguiente síntesis de las diversas aplicaciones del término disociación en la literatura:

1) Disociación como módulos o sistemas mentales no conscientes o no integrados. No hay una mente unitaria, sino que en algún nivel falta la necesaria integración para que esto suceda. Dentro de esta concepción de disociación pueden encontrarse tres situaciones:

   a) Disociación como la ausencia de percepción consciente de estímulos entrantes o conductas salientes. Estamos escuchando, viendo o sintiendo algo, pero en ese momento no nos damos cuenta. O realizamos una conducta bien aprendida sin mantener un control continuo y consciente de la misma. Un ejemplo que entra dentro de las experiencias normales es conducir un coche de modo automático mientras se mantiene una conversación. En el ámbito patológico, tendríamos la fuga disociativa.

   b) Disociación como la coexistencia de sistemas mentales separados que deben ser integrados en la conciencia de la persona, su memoria o identidad. Esto es lo que algunos autores definen como estados mentales o estados del ego. El caso extremo sería el TID, en el cual estos estados mentales llegan a controlar la conducta del individuo, existiendo barreras amnésicas entre un estado y otro más o menos rígidas. Es este concepto el más difícil de asimilar por los profesionales y será en el que más se insistirá en este libro. Si no partimos de este mapa conceptual, será imposible entender correctamente los trastornos disociativos más graves y la planificación del tratamiento.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

c) Disociación entre la conducta saliente o percepción inconsistente con la introspección verbal que el paciente refiere. El individuo tiene acceso a la conducta o percepción, pero existe una contradicción o inconsistencia. Una paciente sentía cómo caían sus lágrimas, pero decía: «Es extraño, porque no me siento triste...». Otras veces podemos observar cómo un paciente relata un hecho traumático sin que manifieste una reacción emocional lógica ante lo que está contando. A diferencia del punto a), no se trata de conductas automáticas. En ocasiones, debajo de estas conductas puede haber un estado mental disociado (punto b) que se está manifestando así, pero otras veces, como en el caso comentado en este párrafo, se trata de una deficiente integración entre los aspectos somáticos y emocionales de la experiencia. La paciente había sufrido quemaduras gravísimas en los primeros meses de vida y desde entonces sus sensaciones físicas siempre habían ido «paralelas» pero no vinculadas a sus emociones.

2) Disociación como una alteración en la conciencia normal, que se experimenta como una desconexión del yo o del entorno. En la desrealización y despersonalización, esta desconexión es cualitativamente distinta de la experiencia ordinaria. Es decir, no se trata de una simple disminución del nivel de conciencia, sino de un cambio en la forma de percibirse a sí mismo o a la realidad circundante.

3) Disociación como un mecanismo de defensa. Sería un rechazo intencional, aunque no necesariamente consciente, de información emocional dolorosa. Las definiciones previas (más cercanas a las teorías de Jung y Janet) definen la disociación como un proceso automático ante emociones de alta intensidad (sin que el contenido tenga que ser necesariamente conflictivo). La conceptualización como mecanismo de defensa forma parte de las teorías psicoanalíticas.

Algunos autores definen también la disociación como un mecanismo de defensa, pero no en el sentido psicoanalítico, sino partiendo de la etología. Desde esta perspectiva, la disociación sería análoga a la respuesta de congelación en animales que están siendo atacados por un depredador (Ludwig, 1983; Ironside, 1980; Levine, 1997; Scaer, 2001). Su función sería reservar energía para la huida, hacer perder interés al agresor o anestesiar a la víctima para minimizar el sufrimiento.

LA TEORÍA DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL

Probablemente la teoría más elaborada y comprensiva sobre los cuadros postraumáticos, entre ellos la disociación, es la teoría de la disociación estructural (Van der Hart, et al., 2003, 2006). Para estos autores la traumatización implica en esencia un cierto grado de división o disociación de los sistemas psicobiológicos que constituyen la personalidad del sujeto. La personalidad normal se consideraría la organización dinámica dentro del individuo de los sistemas biopsicosociales que determinan sus acciones características (Allport, 1961; Janet, 1907). Estos sistemas, también denominados sistemas de acción, son básicamente de dos tipos: unos orientados a la supervivencia (vinculación, cuidado de los 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.

Las partes disociadas se manifiestan en forma de síntomas disociativos, negativos y positivos. Los síntomas negativos (ausencia de algo que debería estar presente) pueden ser somatomorfos, como la anestesia, o psicomorfos, como la amnesia. Los síntomas positivos (aparición de) también pueden ser somatomorfos, como las pseudocrisis convulsivas, o psicomorfos, como las alucinaciones auditivas o l s *flash-backs.*

Esta alternancia y coexistencia entre la reexperimentación del trauma y la evitación del mismo sería para estos autores el mecanismo esencial del TEPT. La parte de la personalidad fijada a la defensa y la reexperimentación del trauma se denomina parte emocional de la personalidad (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. Dicha 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, et al., 1997; Roth, et al., 1997; y Van der Kolk, et al., 2005), se relacionan generalmente con la PAN y constituyen pérdidas de funciones

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

(parálisis, amnesia) o de rasgos de carácter. Los síntomas positivos se relacionan generalmente con la PE y representan fenómenos de intrusión (pensamientos, emociones o sensaciones físicas que emergen en la conciencia y son egodistónicos o rechazados por la PAN).

Basándose en estos planteamientos, los autores señalan varios niveles de disociación:

DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL PRIMARIA

Se corresponde con la reacción de estrés agudo, el TEPT y algunos tipos de amnesia disociativa. El patrón básico de respuesta puede describirse como una alternancia entre la PE fijada al trauma y a los sistemas de acción defensivos y la PAN que lleva adelante la vida cotidiana (sistemas de acción de la vida diaria). La normalidad es, sin embargo, solamente una apariencia, por cuanto esta parte de la personalidad evita, física y mentalmente, todos los indicios que se relacionan con el trauma, incluido su mundo intrapsíquico, lo que da lugar a que esta «viva la vida en la superficie de la conciencia» (Appelfeld, 1994). En otras palabras, la persona puede estar aparentemente bien, pero no permite que emerja nada conectado con la experiencia traumática. Esto produce cambios en la conducta, el carácter y el estado interno de la persona, aun en los momentos en que no está reviviendo el trauma: puede estar desimplicado afectivamente, en hiperalerta, etc.

DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL SECUNDARIA

La PE puede a su vez disociarse. Esto ocurre en traumas tempranos, prolongados o repetidos, como los que generan un TEPT complejo. Estos pacientes tienen a menudo diversas PE, representando cada una un sistema defensivo diferente. Por ejemplo, algunas PE pueden estar fijadas en el llanto de apego (la parte triste, desvalida, experimentada algunas veces como un «niño»), en la evitación del rechazo social (socialmente sumisa, la parte «feliz») y en la defensa física y relacional (rabiosa, temerosa, sumisa, partes paralizadas, etc.), acompañado esto de una PAN única en la que se expresan los sistemas de acción de la vida diaria: se encarga de la vinculación con los otros, el cuidado, la satisfacción de las necesidades básicas, etc.

La disociación estructural secundaria puede caracterizar los trastornos relacionados con traumas más complejos y crónicos, como son el TEPT complejo (una categoría propuesta para su inclusión en el futuro DSM-V, para el cual se ha sugerido la denominación DESNOS: trastorno de estrés extremo no especificado), los trastornos de personalidad relacionados con el trauma (Golynkina y Ryle, 1999) y muchos casos de trastorno disociativo no especificado (TDNE).

DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL TERCIARIA

En los casos más extremos, no solo se divide la PE en varias distintas, sino que también lo hace la PAN, estableciéndose entonces la denominada disociación estructural terciaria, que caracteriza al TID. Esto sucede cuando la capacidad de integración que tiene el sujeto es tan baja que no puede desarrollar o mantener una PAN única. Así, por ejemplo, puede existir una parte disociada que es sexual (reproducción), una parte que es madre (cuidadora), y una parte que va al trabajo (exploración). Si bien algunas de las partes disociadas que aparecen en el TID, aunque no todas, poseen un sentido de la independencia más fuerte, los autores proponen que conceptualmente no son diferentes de aquellas partes halladas en trastornos relacionados con el trauma menos complejos.

La teoría de la disociación estructural implica muchos más aspectos que no pueden resumirse aquí. Aquellos que deseen profundizar más en este campo, deberán leer el imprescindible libro de Van der Hart, Nijenhuis y Steele, *El yo atormentado,* recientemente traducido al castellano.

EL CONCEPTO DE DISOCIACIÓN QUE SE UTILIZARÁ EN ESTE LIBRO

Aceptando la existencia de un contínuum en las experiencias disociativas y habiendo muchos fenómenos disociativos que son parte de las experiencias cotidianas, como la absorción, nos centraremos en el extremo de este contínuum que puede considerarse patológico. En él, nos encontraremos con síntomas que serán cuantitativamente (el trance podría considerarse el extremo de la absorción) o cualitativamente (estados mentales disociados) diferentes de las experiencias disociativas presentes en la población general. El principal criterio para ubicar un

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

caso dentro de los «trastornos disociativos» será el carácter desadaptativo de los síntomas y la repercusión funcional.

Las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, aunque con el tiempo se convertirán en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo. Creemos que se trata de reacciones automáticas, y no de mecanismos de defensa en el sentido psicoanalítico, es decir, carentes de componente intencional.

Aunque la desconexión del yo o del entorno que se encuentra en los síntomas de desrealización y despersonalización está claramente en el campo de la disociación, este libro se centrará menos en estos aspectos. Lo mismo ocurre con los fenómenos de inconsistencia entre conducta/percepción/expresión verbal. Estos conceptos nos resultan más familiares, ya que enlazan en parte con los conceptos de consciente/inconsciente (disociación «horizontal»), que todos manejamos independientemente de que tengamos o no una orientación psicoanalítica.

En cambio, la coexistencia de sistemas mentales separados, la disociación entendida como fragmentación, es un mapa conceptual que normalmente no empleamos y, en nuestra opinión, esto es una clave fundamental para la actual confusión en el tema que nos ocupa. Por ello los próximos capítulos se centrarán sobre todo en este concepto «vertical» de disociación. Esta concepción de la disociación como fragmentación y como un fenómeno postraumático ha sido ampliamente desarrollada en la teoría de la disociación estructural, que tomaremos como referencia básica.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

3

NO SON TODOS LOS QUE ESTÁN, NI ESTÁN TODOS LOS QUE SON

Como decíamos en los capítulos anteriores, el diagnóstico de los trastornos disociativos acostumbra a ser un diagnóstico por exclusión: descartamos otro trastorno mental, descartamos organicidad, el trastorno es atípico... y es entonces cuando nos planteamos un trastorno disociativo.

Esta forma de diagnosticar tiene riesgos evidentes. Un paciente puede ser rigurosamente evaluado, y no encontrarse pruebas de una base neurológica u orgánica. Que no se encuentren pruebas no siempre significa que ese trastorno orgánico de base no exista: simplemente no lo encontramos.

Si no solamente evaluamos «por qué no es orgánico» sino también «en qué nos basamos para decir que es disociativo», las posibles confusiones y errores diagnósticos se minimizarán.

Lo mismo ocurre con otros trastornos mentales. No son disociativas las alucinaciones «que no parecen esquizofrénicas» ni son disociativos los cuadros «que no encajan» o que no presentan los síntomas típicos de una psicosis esquizofrénica u otro trastorno mental.

Los criterios que solemos utilizar para hacer un diagnóstico de disociación no son los del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) ni los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10), sino que, como comentábamos antes, nos guiamos más bien por otros criterios no explícitos que podríamos resumir así:

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

1. Pacientes que presentan síntomas que no encajan en los cuadros típicos o «de l bro».

2. El inicio del cuadro coincide en el tiempo con un desencadenante externo.

3. Los síntomas varían en respuesta a circunstancias ambientales.

4. El clínico interpreta la conducta del paciente como una «llamada de atención».

5. Se detecta una ganancia o beneficio secundario.

6. El paciente presenta una personalidad histriónica o teatral.

7. El clínico presenta una reacción emocional negativa hacia el paciente.

Por el contrario, en los casos de disociación no detectados, los factores que condicionan el no reconocimiento del trastorno son:

1. Que, contra la expectativa de la mayor parte de los clínicos, en estos pacientes predomina una actitud de ocultación o minimización.

2. Cuando se detectan síntomas disociativos o antecedentes de trauma en la infancia, el concepto de fantasía edípica freudiana (equiparando fantasía con simulación) hace que incluso los no psicoanalistas consideren que estos síntomas son debidos a fantasías o a deliberado engaño.

3. Las partes disociadas no acostumbran a presentarse de modo evidente, sino a través de fenómenos de influencia, alucinaciones, pensamientos egodistónicos..., síntomas en general asociados a cuadros psicóticos u obsesivos.

4. La amnesia puede pasar desapercibida al no ser referida por el paciente o al ser considerada un síntoma de mala concentración o atención secundaria a un bajo estado de ánimo o ansiedad.

5. El temor a inducir con la exploración. Este aspecto está derivado del punto 2. Si entendemos un síntoma disociativo como una fantasía o una simulación, trataremos de evitar sugestionar a estos pacientes y, por lo tanto, no realizaremos una entrevista dirigida. Esto nos limita la información a la que los pacientes quieran o puedan transmitir, lo que, como explicaremos más detenidamente, es solo una pequeña parte de lo que les ocurre.

6. No disponemos en general de una exploración psicopatológica suficientemente desarrollada en este terreno. Preguntamos sistemáticamente por síntomas depresivos o de ansiedad, pero los síntomas disociativos solo los exploramos si vemos algún síntoma evidente y lo hacemos seguramente de modo parcial.

A continuación expondremos distintos ejemplos de pacientes que o bien fueron diagnosticados de disociación y no tenían un trastorno disociativo cuando este fue evaluado exhaustivamente y se fue viendo la evolución; o, a la inversa, fueron diagnosticados de otros cuadros y una evaluación específica mostró síntomas disociativos claros. La terminología que se utiliza está reproducida literalmente, modificándose ciertos datos de la historia para preservar la intimidad de los pacientes.

Caso 1

Paciente de 53 años en tratamiento antidepresivo. Acude a Urgencias porque, según el marido, se niega a tomar el tratamiento y demanda ingreso. Hace 15 días falleció su madre y desde entonces dice cosas inusuales. Su familia comenta que ya la encontraban alterada desde que empezó la guerra de Irak, ya que tenía un familiar militar. En los últimos días ha ido a distintos médicos y le han realizado diversas pruebas: analíticas, radiografías, tomografía axial computarizada...

Relatan episodios en los que sale a la puerta preguntando cosas equivocadas; habla de muertos; apenas duerme últimamente; presenta rasgos caracteriales neuróticos importantes. El marido comenta suspicacia y referencialidad poco estructuradas. En la entrevista dice cosas como: «Nací durante la guerra, se murió mi madre y yo me morí también...». Presenta pararrespuestas, labilidad emocional, divaga en el discurso. Ya empezó con fluctuaciones de conciencia y comportamientos extraños antes de la muerte de su madre. En el entierro dijo que había dos ataúdes y que el segundo era de un soldado.

Se la ingresa por este cuadro y en el hospital se muestra desorganizada y temerosa, con comportamientos exhibicionistas y extravagantes, verbaliza temores de perjuicio, llora y se tira al suelo. En la entrevista se muestra poco colaboradora, sin señales de miedo o referencialidad. Su discurso entrecortado es con pérdida de la línea argumental.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Su comportamiento es muy histriónico, y parece ceder levemente cuando no se le presta atención. Se sienta en una silla delante de la puerta, se tapa la boca para no contagiar o que la contagien, para comer se sienta entre dos sillas, pone posturas extrañas y permanece en ellas. Llora, se queja, habla sin coherencia, saltando de un tema a otro. A veces tiene conductas disparatadas que parecen <<exhibiciones de locura» y pueden interpretarse como desbordamiento o intentos de pedir ayuda. Articula frases aisladas, incoherentes. No responde a las preguntas que se le hacen, plantea quejas sobre el personal, desvía la conversación y se pone a hablar de los animales, de los políticos... dice que se ha muerto el 5 de mayo y que nosotros la hemos resucitado.

Esta paciente se diagnosticó como un trastorno disociativo no especificado (TDNE). Si buscamos los síntomas que se describen en la CIE-10 o en el DSM-IV, no los encontraremos. El histrionismo, el discurso incoherente y las conductas aparatosas no forman parte de los criterios diagnósticos. Por el contrario, no presenta amnesia, ni despersonalización o desrealización. Tampoco se evidencian distintos estados mentales que tomen el control de la conducta.

El TDNE no es un fondo de saco, sino cuadros disociativos del tipo de la amnesia, la fuga, la despersonalización o el trastorno de identidad disociativo (TID), pero que no reúnen todos los criterios para un diagnóstico más específico. O bien se trata de trastornos que tienen criterios mezclados de distintos trastornos disociativos. Este no parece ser el caso de esta paciente.

Pero representa muy bien una situación frecuente: el trastorno disociativo más diagnosticado es el TDNE. El hecho de que una categoría residual, en la que se debería incluir solo la minoría de casos que no encajen bien en el resto de categorías del grupo, reúna la mayoría de los diagnósticos clínicos implica que hay un problema con el sistema de clasificación. Si además la inclusión en este grupo no se hace basándose en ninguno de los criterios de inclusión en otros trastornos disociativos, las posibilidades de confusión se incrementan.

Esta paciente tenía una personalidad con rasgos predominantemente histriónicos, como tantos otros pacientes con diagnósticos de depresión, ansiedad o psicosis. Sobre esta personalidad de base y tras una etapa de clínica depresiva, presentó este cuadro, en el que refiere ideas extrañas e irreductibles al razonamiento lógico, suspicacia y autorreferencialidad poco estructuradas. No duerme, presenta conductas extravagantes y desinhibidas. El discurso es incoherente y salta

de un tema a otro. Si leyésemos solo esta parte de los síntomas y no tuviéramos en cuenta los rasgos de personalidad que influyen en su aspecto ni la coincidencia con la muerte de la madre, podríamos haber pensado en una psicosis reactiva breve o un episodio maníaco.

La evolución posterior confirmó este último diagnóstico. La paciente confesó posteriormente haber tomado las semanas previas al ingreso dosis de antidepresivos muy superiores a las prescritas para intentar superar su estado de ánimo. Esto pareció desencadenar un cuadro maníaco, cuya atipicidad estaba en gran parte condicionada por el estilo de personalidad de la paciente. La introducción de eutimizantes produjo además un cambio espectacular en el cuadro, que evolucionó de modo favorable.

Caso 2

Presentó dos ingresos psiquiátricos. En el primero se registraba que la paciente había comido muy poco en los últimos meses, aunque no le daba mucha importancia. Refería que oía una voz en su cabeza que le mandaba hacer cosas. Se quejaba de apatía y desmotivación. Últimamente había estado bastante alterada y aunque se inició tratamiento neuroléptico, su estado empeoró. El comportamiento era inadecuado, presentaba risas inmotivadas y sensación de angustia. Había un consumo previo de cannabis importante, que había abandonado hacía dos meses.

Se evalúa la personalidad con el inventario de Millon y se llega a la siguiente conclusión: se trata de una personalidad de tipo predominantemente dependiente y esquizoide. Posible trastorno esquizotípico. No es suficientemente verosímil la hipótesis de trastorno psicótico por la necesidad de convencer. Síndrome depresivo-ansioso. Tendencia a la somatización. Abuso de tóxicos.

En este ingreso basado en las alucinaciones auditivas, los fenómenos de influencia, las risas inmotivadas, la alteración general de la conducta, los cambios de estado de ánimo y los rasgos esquizoides del Millon, se diagnostica a la paciente de trastorno esquizoafectivo.

En el siguiente ingreso se destaca en la exploración lo siguiente: ánimo oscilante con labilidad emocional y risas inmotivadas; quejas de apatía, anhedonia y cefalea; refiere oír una voz en su cabeza que le da órdenes, las cuales cumple en

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

muchas ocasiones. Ahora se ha dado cuenta, desde hace tres meses, de que esa voz estuvo dentro de ella desde los dos años.

Durante el ingreso destaca en la paciente contacto neurotiforme, con sintomatología fluctuante que remite con maniobras de distracción y responde a placebo, con mínima repercusión afectiva.

Al alta es diagnosticada de TDNE.

Cuando vayamos leyendo los siguientes capítulos de este libro, veremos que las alucinaciones auditivas son frecuentes en el TID y que los fenómenos de influencia son para algunos autores los rasgos nucleares (Dell, 2006). También sabremos que la disociación no se relaciona con el factor histrionismo en los test de personalidad como el Millon y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-II), sino típicamente con la evitación y el paranoidismo. Por ello los datos que llevaron a un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo son precisamente los que nos hubieran orientado al de trastorno disociativo.

Por el contrario, tendríamos que cuestionarnos los motivos que llevaron en el segundo ingreso al diagnóstico de trastorno disociativo. El contacto neurotiforme, la sintomatología fluctuante, la mejoría con distracción y la respuesta a placebo no son criterios diagnósticos de ninguna de las categorías de trastorno disociativo en la CIE-10 ni en el DSM-IV. Probablemente, lo que destacan es la existencia, como comentábamos antes, de estos «criterios no explícitos» con los que diagnosticamos un trastorno disociativo. Bajo estos criterios puede verse una asimilación de la disociación con la fantasía, la exageración o la simulación. Y en esto se refleja probablemente la herencia de la segunda teoría freudiana sobre la histeria como basada no en el trauma, sino en la fantasía edípica.

Evaluando a esta paciente de modo más específico, destacaríamos: una historia de trauma grave en la infancia que incluía maltrato físico, abuso sexual y un apego temprano muy desorganizado; fenómenos de influencia que empiezan en la infancia temprana; alucinaciones auditivas de dos tipos, que constituyen introyecciones de dos abusadores reales de su biografía; cambios marcados de estado mental, que se asociaban con estas dos voces, que modificaban y controlaban la conducta. Esta paciente presentaba claramente los criterios A y B del diagnóstico de TID, según el DSM-IV. Sin embargo, no presentaba una amnesia evidente, por lo que no podría incluirse como TID, sino como un TDNE. Dell (2006) cuestiona, a nuestro

criterio con acierto, que cuadros de la gravedad de este y que reúnen características fundamentales del TID no puedan ser diagnosticados como tales basándose en la relevancia dada a la amnesia en el diagnóstico. Para este autor los síntomas intrusivos y los fenómenos de influencia pasiva serían los aspectos más relevantes en el TID, y así debería reflejarse en los criterios diagnósticos.

Caso 3

Paciente de 32 años. Hace seis años ha tenido un episodio en el que presentó pérdida de conocimiento y posterior pérdida de fuerza en el hemicuerpo derecho. Se realiza un diagnóstico inicial de accidente cerebrovascular. En la resonancia magnética craneal detectan pequeños microinfartos en sustancia blanca.

Tres años atrás, asociándose a una relación de pareja conflictiva, empezó a presentar episodios de pérdida parcial de conciencia, con movimientos tónico-clónicos en el hemicuerpo derecho e importante astenia posterior. Es capaz de recordar lo sucedido durante estos episodios, que no parecen asociarse a desencadenantes externos. La paciente se muestra agobiada por las limitaciones que conllevan sus síntomas y reconoce un periodo de estrés importante, pero no consigue relacionar los episodios con lo que le ocurre.

Durante todo este tiempo el diagnóstico es de epilepsia parcial compleja y, ante la mala evolución, es ingresada en una unidad específica de epilepsia.

Este caso ejemplifica otra situación frecuente. Las crisis comiciales en ocasiones pueden confirmarse con un electroencefalograma. Pero frecuentemente este es dudoso, no definitorio. Se encuentran lesiones en la resonancia, pero no son específicas y podrían corresponder a un hallazgo casual no relacionado con los síntomas. Los medicamentos antiepilépticos producen un efecto parcial o nulo, pero esto también ocurre en casos de epilepsia confirmada... Se dedica mucho esfuerzo a evaluar y tratar de demostrar o descartar un trastorno neurológico, lo cual es importante, pero la evaluación de un origen disociativo no es paralela a ese proceso, recurriendo a ella cuando se ha descartado organicidad o hay datos confusos.

Cuando el neurólogo me deriva a esta paciente, se ha fijado en la relación temporal entre el inicio de las crisis y los problemas en la relación de pareja. Esto

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

ocurre con frecuencia en la disociación: una relación con un estresante reciente es uno de los aspectos que suele evaluarse. Sin embargo, la historia de trauma temprano, mucho más asociado en todas las investigaciones al desarrollo de un trastorno disociativo, no ha sido explorado. Esta paciente refería una infancia con importantes malos tratos psicológicos y físicos, de la que tenía recuerdos aislados, destacando una amnesia parcial pero importante que abarcaba gran parte de la infancia y la adolescencia. Este hecho es un síntoma disociativo relevante, que nos orienta hacia un trastorno disociativo en esta paciente.

Caso 4

Ingresa en el hospital con 20 años. Ha tomado una sobredosis de pastillas de diverso tipo la semana anterior, aunque no presenta ideación suicida en el ingreso; dice que no le preocupa morir. En los días anteriores también se ha hecho cortes superficiales en los brazos y el abdomen con un cuchillo de cocina. Se queja de dormir mal y de que la vida no merece vivirse. Tiene antecedentes de bulimia, en ese momento estabilizada.

Bebe cuando sale, aunque no consume regularmente tóxicos. No tiene pareja y evita las relaciones íntimas. Tiene mal apoyo familiar: una hermana con la que no tiene contacto vive en el extranjero, otro hermano es toxicómano y no mantiene buena relación con su madre.

Fue tratada por bulimia con 16 años. También sufrió un ingreso psiquiátrico con 19 años por una autoagresión, tras lo cual no siguió consultas.

Ella es la segunda de cuatro hermanos. Su padre tuvo una historia de abuso de alcohol y agresividad hacia la familia. La madre se fue con sus hijos y dejó a su marido cuando la paciente tenía 5 años. Posteriormente cambiaron innumerables veces de casa durante su infancia, cada vez que su madre cambiaba de pareja.

En la exploración está ansiosa, preocupada y poco centrada. Hace solo comentarios cortos y evita el contacto visual. Está aparentemente depresiva y afirma no tener ideas suicidas, aunque teme poder dañarse a sí misma si se queda sola en casa. No tiene síntomas psicóticos floridos.

Durante el ingreso mejora rápidamente y se siente feliz de poder haber visto su vida en perspectiva. Niega ideas suicidas o deseos de dañarse a sí misma. Fue diagnosticada de trastorno adaptativo depresivo.

Estas son las notas del ingreso de la paciente de la introducción, a la que hemos rebautizado como Paula. No insistiremos en este caso, que ya ha sido comentado, pero sí querríamos destacar la diversidad de diagnósticos que no parecen reflejar realmente qué le ocurre a la paciente (bulimia, autoagresión, trastorno adaptativo, más tarde trastorno límite...). Hay una historia traumática grave (mucho más extensa que la reflejada en el informe de alta) y, sin embargo, el juicio clínico no orienta a un cuadro postraumático. La paciente es quizás el caso más evidente de TID que he tenido ocasión de tratar, diagnóstico además confirmado y contrastado por otros compañeros. Sin embargo, durante su estancia en el hospital ocultó a los médicos sus intensas y frecuentes alucinaciones auditivas, y consiguió controlar sus cambios de estado mental y encubrir sus lagunas de memoria, por el temor a que la encerraran en la institución de modo prolongado o permanente.

Caso 5

Paciente de 28 años. Pidió cita a su médico de cabecera, porgue «no me parecía normal lo que me pasaba por la cabeza. No me fío de mí misma, tengo muchas contradicciones. Desconfío de la gente, soy retorcida, a veces soy patética, inaguantable. Lo noto sobre todo con mi pareja. Tan pronto sé que puedo contar con él para todo, como me digo que no tengo que fiarme de él».

Estuvo en tratamiento hace unos cuatro años por estrés y ansiedad, debido a temas laborales. Le dieron antidepresivos que dejó al cabo de un mes porque no mejoraba.

También fue a un psicólogo, pero solo asistió a tres o cuatro sesiones. Le daba la sensación de que se reía de ella.

Ahora está bien de ánimo, toma el tratamiento que le dieron hace unos días en Urgencias y se nota mejor. Pero a veces «es como si me estuviera evadiendo, se me escapa la mala persona que llevo dentro». Describe que con el tratamiento se siente como si le «hubieran quitado un corcho de la cabeza que lo mantenía todo en su sitio».

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

En la entrevista se muestra ambivalente hacia la medicación y hacia el hecho de venir a consulta. Por un lado, cree que necesita ayuda; por otro, se siente como una cobaya cuando le damos medicación.

Un síntoma importante a explorar es la presencia de contradicciones internas, de una lucha por el control en la mente del paciente. En este caso se producían cambios de estado mental constantes. Estos estados mentales no llegaban a controlar por completo la conducta de la paciente, pero conllevaban un desgaste y una tensión muy marcados, lo que repercutía en su funcionamiento general y, de modo muy particular, en las relaciones interpersonales.

Muchos de estos pacientes describen espontáneamente estos cambios de estado mental como diferentes «partes» de sí mismos. En este caso estaríamos ante una disociación estructural secundaria.

Con el manual de la clasificación en la mano, la etiquetaríamos de TDNE. Pero es necesario remarcar que en este epígrafe solo pueden incluirse casos que reúnan algunos criterios de otro trastorno disociativo, pero no la totalidad de los necesarios para el diagnóstico, o bien que sumen criterios de distintos trastornos del grupo.

El caso de esta paciente apuntaría a un TID. Se cumplía el criterio de la existencia de distintos estados mentales, aunque no tenían el grado de estructuración de la paciente que describíamos en los primeros capítulos. Estos estados mentales influían en la conducta, llevándola a reacciones a veces contradictorias en las relaciones. En su forma más extrema, tomaban la forma de una alucinación auditiva intrapsíquica de contenido hostil. Aparentemente no había amnesia entre estos estados mentales, teniendo un recuerdo de todas las acciones realizadas en la vida cotidiana. Sin embargo, sí había un período de su infancia del que no tenía recuerdos, así como fragmentos de memorias aisladas de lo que parecía un abuso sexual. Con estos indicadores podríamos plantearnos dudas acerca de si cumple con el criterio 3: incapacidad para recordar información personal importante que parece demasiado amplia para poder atribuirse al olvido ordinario. No obstante, aunque existían distintos estados mentales, estos no eran muy estructurados, y no estaba claro, como enuncia el criterio 1 del TID, la presencia de un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo en ellos. Por ello no la diagnosticaríamos como un TID sino como un TDNE.

Caso 6

Varón de 43 años de edad, soltero. Presenta aislamiento social, inestabilidad emocional e ideación suicida. El único dato que refiere de la infancia es haber pasado siete años de su vida interno en un colegio. Tiene un buen funcionamiento laboral hasta la actualidad.

Tras un accidente de tráfico dos años antes de consultar, desarrolla un cuadro de inestabilidad emocional, apatía, tedio vital, problemas de sueño, conductas de evitación a viajar en coche, pesadillas, hipersensibilidad, incremento del estado de alerta, catastrofismo, tendencia a la rumiación y miedo al futuro.

Asimismo, se agravan ciertos rasgos previos de personalidad: tendencia a la evitación, facilidad para sentirse decepcionado en las relaciones sociales, dificultad para intimar, excesiva complacencia hacia los demás.

En el inventario de Millon destacan rasgos de personalidad por evitación y esquizoides.

Sigue una psicoterapia de corte cognitivoconductual, que no consiguió consolidar una mejoría consistente, por lo que precisa tratamiento antidepresivo y ansiolítico. Con ello disminuye el catastrofismo, mejora el ánimo y empieza a aceptar sus limitaciones funcionales tras el accidente. No obstante, persisten conductas fóbicas importantes, por lo que es derivado para EMDR (desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular).

En la exploración previa al tratamiento con EMDR, en la que evaluamos sistemáticamente la presencia de trastornos disociativos, el paciente refiere síntomas que no había comentado con su psicólogo, pese a ser este un buen clínico con experiencia y tener una buena relación terapéutica. Algunos los cuenta sin dificultad. Al preguntarle si había tenido compañeros imaginarios en la infancia afirma: «Sí, y aún los tengo», y describe cómo hay un niño dentro de él que en ocasiones toma el control de la conducta. A veces hay una amnesia completa de estos episodios, dándose cuenta de que se han producido cuando llega a casa con juguetes que ha comprado, pero sin tener noción de haberlo hecho.

Otros síntomas no los comenta hasta más adelante en la terapia, y aun así con gran dificultad. Siente la presencia de una «parte oscura» a la que teme, evita

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

e intenta controlar, con un enorme desgaste y tensión interna. No hay evidencia de que esta parte haya llegado a controlar su conducta, pero gran cantidad de su energía psíquica se dedica a evitar que emerja. Muchas de sus conductas, como la completa evitación social, parecen asociadas a este fenómeno.

La forma de presentación más frecuente del TID es esta. Con distintas sintomatologías, es frecuente que los pacientes con TID oculten o minimicen los síntomas. Este paciente no presentó ningún rasgo, ni con su terapeuta previo ni conmigo, de histrionismo, teatralidad o simulación. No era un paciente demandante de atención; al contrario, tendía a abandonarse y a rehuir la ayuda. Estas observaciones clínicas eran concordantes con el perfil de sus pruebas de personalidad.

Algunos síntomas no fueron comentados por el paciente por la sencilla razón de que nadie le preguntó por ellos. Y siguiendo en detalle una exploración psicopatológica clásica, esto es lo que suele suceder. Para él llevaban existiendo prácticamente toda su vida y no eran su motivo de consulta.

Por el contrario, los síntomas que el paciente vivía más negativamente estaban rodeados de intensos sentimientos de culpa y vergüenza y, de modo consistente con esto, trataba de ocultarlos. Llegó a consulta empujado por su médico de cabecera por lo que este interpretó como un episodio depresivo de mala evolución.

Caso 7

Paciente de 52 años, sin antecedentes psiquiátricos. Personalidad previa poco asertiva, mantiene relaciones sociofamiliares y un funcionamiento adecuado. Su padre, con el que mantenía una estrecha relación, murió hace dos años. Su madre presenta una enfermedad grave e incapacitante y está al cuidado de una hermana.

Hace unas semanas discute con su hermana, con la que ya venía teniendo problemas desde hacía tiempo. Cuando murió su padre, en su lecho de muerte, este le hizo prometer que cuidaría de su madre. En el año siguiente se disparan graves enfrentamientos entre los hermanos en relación con el reparto de la herencia. Ella se ve obligada por la promesa dada al padre a mediar en el conflicto, lo que resulta en enfrentamientos hacia ella, pese a que renuncia a quedarse con la casa paterna, de mayor valor, al querer su hermana esta parte, ligada al cuidado de la madre. La paciente se angustia porque, según ella, su madre no está bien atendida y, cuando

va a verla, la madre llora y le suplica que la lleve a su casa. Esto le crea una grandísima tensión, dada la promesa que en su día había hecho al padre. Cuando se inició el cuadro, acababa de tener un enfrentamiento telefónico con la hermana.

De modo brusco, a raíz de este momento, empieza a estar desorientada. Contesta con pararrespuestas, frases que no se relacionan con la pregunta que se le hace. En ocasiones repite la última palabra o palabras que se le dicen. Resulta difícil explorar otra sintomatología en estas circunstancias, pero no parece saber muy bien dónde está ni con quién está hablando; en ocasiones hace falsos reconocimientos. En otros momentos puede hablar de lo sucedido con su familia de un modo bastante coherente.

Se le administró medicación tranquilizante y antidepresiva de diverso tipo, sin que se observasen cambios en los síntomas. El cuadro tiene hasta la fecha cuatro semanas de evolución. La conducta es errática, la paciente está inquieta, sale a la calle sin razón aparente y sin objetivo, lo que hace preciso que esté siempre acompañada. En ocasiones es difícil de controlar o convencer.

¿Quién no diagnosticaría a esta paciente como un TDNE? El momento en el que ocurre, la situación familiar, el grave e insoluble conflicto psíquico... Un trastorno mental con síntomas difíciles de encajar, tan cronológicamente relacionado con un evento como ese...

Sin embargo, no presenta ningún síntoma disociativo característico. No hay amnesia, ni despersonalización o desrealización. No hay conflicto interno, alucinaciones, fenómenos de influencia o cambios entre distintos estados mentales, que puedan orientar a un TID. No es una fuga psicógena. Aunque la paciente tiene fluctuaciones de conciencia, no podría etiquetarse su estado como estupefacto en ningún momento.

Por el contrario, reúne bastantes criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico breve (F23.8x, 298.8). Esta categoría diagnóstica está incluida dentro de los trastornos psicóticos, pero, dada nuestra concepción de que los cuadros psicóticos son de base orgánica, nos encaja peor diagnosticar como tal a una paciente con un trastorno tan claramente relacionado con un estresante psicológico. Sin embargo, los síntomas de esta paciente sí están claramente descritos en el criterio A del trastorno psicótico breve: lenguaje desorganizado (por ejemplo, disperso o incoherente) o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. El subtipo .81 es

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

el secundario a un desencadenante grave (psicosis reactiva breve): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Pese a esta coincidencia con los criterios diagnósticos de la psicosis reactiva breve y a la ausencia de síntomas disociativos, esta paciente fue diagnosticada de TDNE por varios buenos profesionales. Tanto fue así que nadie le prescribió un antipsicótico. A los tres días de empezar a tomar medicación neuroléptica la sintomatología había remitido por completo y nunca volvió a presentarla.

Este caso es un buen ejemplo de que «no son todos los que están». Y también de que es fundamental que establezcamos un diagnóstico en positivo, basándonos en síntomas definidos y en un conjunto de criterios claros, de los trastornos disociativos. Y no solo por motivos de precisión diagnóstica, sino sobre todo porque el abordaje terapéutico de los casos será muy distinto según los hayamos encuadrado, como veremos en la segunda parte de este libro.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

4

DIAGNÓSTICO

Veamos entonces qué tipo de exploración nos llevará a establecer un diagnóstico positivo de estos cuadros. Haremos referencia a los trastornos recogidos en el epígrafe de trastornos disociativos (amnesia psicógena, fuga psicógena, trastorno de despersonalización, trastorno de identidad disociativo [TID]), a los trastornos conversivos (incluidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud [CIE-10], pero no en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [DSM-IV], dentro de los trastornos disociativos) y a los trastornos por estrés extremo (DESNOS) que están propuestos para su inclusión en futuras clasificaciones. No nos extenderemos en otros cuadros, como los trastornos de personalidad límite, que han sido incluidos por algunos autores dentro del espectro postraumático, aunque haremos referencia a ellos al hablar de los DESNOS y los trastornos disociativos más graves (TID y trastorno disociativo no especificado [TDNE]).

TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

Empezaremos la exposición por el TID, ya que es el más complejo y con el que menos familiarizados estamos. El 94% de los pacientes con TID, contrariamente a lo que solemos pensar, no se presenta con una sintomatología florida, la mayoría solo muestra de forma evidente síntomas disociativos aislados o síntomas comórbidos como ansiedad, depresión o abuso de sustancias (Kluft, 1985). El TID es un trastorno crónico, con manifestaciones a menudo sutiles e intermitentes (Kluft, 2003). La sintomatología más relevante puede permanecer disimulada y oculta durante una entrevista clínica habitual.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Aun con los criterios diagnósticos delante, nos resulta difícil encajar en ellos los síntomas del paciente. En parte, porque el paciente lo oculta. En parte, porque no lo preguntamos. Pero también porque no tenemos clara la forma de presentación de estos criterios. En el DSM-IV (F44.81, 300.14) son:

A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).

B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (por ejemplo, crisis parciales complejas).

Una paciente estuvo ingresada repetidas veces en la unidad de psiquiatría. Había sufrido diez años antes una agresión sexual muy grave. Tenía antecedentes traumáticos a lo largo de toda su infancia y adolescencia, sumados a un abandono por su madre y un apego disfuncional con la familia con la que se crio. A lo largo del día, con frecuencia se metía en una esquina y hablaba como una niña pequeña atemorizada. En otros momentos reaccionaba como si la agresión sexual estuviese sucediendo, sobre todo cuando estaba en presencia de varones de una edad aproximada a sus agresores previos. Otras veces se autolesionaba de distintos modos, repitiendo de modo automático lo que una voz de su cabeza le repetía. Sentía que esa voz la controlaba por completo y le decía que debía «morir para no sufrir». No recordaba en un estado lo que hacía en otro.

Es tan fuerte la imagen que tenemos del trastorno de personalidad múltiple que, a menos que la paciente se presente saludando, diciendo llamarse de un modo diferente y explicando claramente que es una parte distinta de la personalidad de la paciente, se nos hace difícil encajarlo en estos criterios. Pese a la claridad con la que estos estados mentales alternaban y a discutir el caso con la compañera que la llevaba, DSM-IV en mano, salió de alta con el diagnóstico de TDNE.

Cuando estamos familiarizados con un diagnóstico, como por ejemplo la esquizofrenia, que una película no reproduzca la verdadera sintomatología de estos cuadros no nos influye. Pero, al tratarse de una patología que no solemos evaluar de modo sistemático, la influencia cinematográfica, que muestra muchas veces una caricatura muy lejana a la realidad del trastorno, podría influir no solo a la población general, sino también a los propios profesionales.

Traen a una paciente al hospital a la que han encontrado desorientada, con aparente intención de tirarse al mar. La paciente minimiza la importancia de este episodio. Quiere irse inmediatamente e insiste en que está bien. Hace dos años sufrió una agresión gravísima y estuvo a punto de morir. Desde entonces presenta síntomas depresivos, periodos de amnesia y cambios de conducta. Tiene antecedentes de un periodo de amnesia de varios años en la adolescencia. Al ser examinada por un compañero, se muestra muy suspicaz y hostil. Al rato vuelve a hablar con él con una actitud completamente distinta, sin recordar la conversación que han tenido. Confabula para llenar el hueco dejado por la amnesia. Se presentan cambios entre una conducta marcadamente hostil y agresiva, y una actitud suplicante y minimizadora, que se reproducen en los días siguientes. Sigue habiendo periodos de amnesia.

La primera hipótesis diagnóstica en esta paciente es el TID. El patrón de conducta hostil y desconfiado es persistente. Alterna con un estado de normalidad aparente, y otro vulnerable y sumiso. Estos estados mentales toman recurrentemente el control de la conducta. El criterio B no especifica con qué frecuencia ha de producirse esta alternancia, así que, aunque no comprobásemos cómo se presenta esta sintomatología en su vida diaria, lo cierto es que pudimos observarla de modo directo varios profesionales. La amnesia era clara tanto en el presente como en la historia biográfica. Sin embargo, esto no resultaba tan claro para mi compañero, que tenía una idea muy diferente de lo que significaba el término «identidades o estados de personalidad».

Si esto es así en casos en los que la sintomatología se presenta de modo más abierto y evidente, y lo sumamos a la frecuencia con la que estos pacientes ocultan deliberadamente sus síntomas, los minimizan o no son conscientes de ellos, entenderemos que la frecuencia de casos no diagnosticados o que reciben otros diagnósticos ha de ser muy alta. Al tratarse del extremo de más gravedad del espectro postraumático, los pacientes acuden a consulta y están presentes en las muestras clínicas. Pero el diagnóstico que reciben es diferente según dónde se haya

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

focalizado el profesional que lo trata. Podríamos hablar de un perfil de paciente en el que es más probable encontrar casos de TID.

Kluft (1987) describe una serie de signos sugestivos de TID entre pacientes psiquiátricos:

1. Tratamientos fallidos previos.
2. Tres o más diagnósticos previos.
3. Concurrencia de síntomas psíquicos y somáticos.
4. Síntomas y niveles de funcionamiento fluctuantes.
5. Dolores de cabeza importantes y otros síndromes dolorosos.
6. Distorsiones en el tiempo, lapsos de tiempo o amnesia franca.
7. Le comentan conductas que no recuerda.
8. Otros notan cambios observables.
9. Descubre objetos, producciones o escritos entre sus pertenencias que no recuerda haber hecho o no reconoce.
10. El paciente oye voces (en más del 80% de los casos, experimentadas como intrapsíquicas) que se experimentan como algo separado del individuo y que con frecuencia inducen al paciente a hacer alguna actividad.
11. El paciente utiliza el «nosotros» en sentido colectivo refiriéndose a sí mismo, o habla de sí mismo en tercera persona (esto, en mi experiencia, es bastante poco frecuente, sobre todo en entrevistas iniciales).
12. Se hacen evidentes otras personalidades por medio de la hipnosis o de entrevistas facilitadas por sustancias, como el amobarbital.
13. Historia de abuso sexual en la infancia.
14. Incapacidad para recordar eventos infantiles entre las edades de 6 a 11 años.

Las identidades que surgen bajo hipnosis pueden corresponder a estados mentales o estados del ego y no a auténticos álter o partes disociadas de un TID. Los estados del ego son «sistemas organizados de conducta y experiencia que están ligados por un principio común y que están separados por unos límites más o menos permeables» (Watkins y Watkins, 1997). A diferencia de las partes disociadas del TID, no existen barreras amnésicas rígidas entre estos estados y la personalidad principal, y en condiciones habituales no toman el control de la conducta. El fenómeno del «observador interno» de Hilgard (1977) tampoco debe ser entendido como una identidad separada.

En entrevistas breves es especialmente difícil detectar algunos signos de multiplicidad, como las transiciones de un álter a otro. En entrevistas prolongadas, al paciente le resulta difícil mantener un control absoluto de la conducta y es más fácil observar cambios. A veces no se observan evidencias de TID durante la entrevista, pero a lo largo de consultas sucesivas se van observando inconsistencias en el comportamiento, recuerdos diferentes o amnesias, que, si son observados en perspectiva, nos van orientando a un diagnóstico de trastorno disociativo. En ocasiones los síntomas se presentan en la vida cotidiana del paciente, pero no resultan excesivamente evidentes: aquí puede ayudar la información de personas del entorno o pedir al paciente que escriba un diario, en el que pueden evidenciarse aspectos que no se ven en la consulta.

Aun con una evaluación detenida y sistemática, algunos pacientes hacen un esfuerzo inmenso por ocultar o disimular sus síntomas y, en otras ocasiones, son sencillamente incapaces de recordarlos: en algunos casos, por ejemplo, no son conscientes de sus amnesias. Puede que los que les rodean les señalen estos hechos, pero ellos pueden rechazar o reinterpretar sus comentarios.

AMNESIA DISOCIATIVA F44.0, 300.12

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, según el DSM-IV. Se ve afectada 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 es lo primero que

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

se ve afectado, permaneciendo conservada hasta el final la información personal (Putnam, 1989).

Pero ¿qué tipos de amnesias estamos considerando en este grupo diagnóstico? Se han descrito cinco patrones de pérdida de memoria en estos pacientes:

a) Localizada. El paciente no puede recordar eventos que suceden en un período limitado de tiempo (horas o un par de días) después de un evento traumático.

b) Selectiva. El paciente puede recordar algunos, pero no todos los eventos que sucedieron durante un período limitado de tiempo.

c) Generalizada. La persona no puede recordar nada de su vida. Estos casos generalmente son los que son llevados a los servicios de Urgencias.

d) Continua. La amnesia cubre el período completo sin interrupción desde el evento traumático hasta el presente.

e) Sistematizada. La amnesia abarca solo ciertas categorías de información, como memorias relacionadas con una determinada localización o una persona en particular.

La amnesia localizada y la selectiva son las más frecuentes. La generalizada es muy rara. Sin embargo, dado que las primeras no son detectadas en muchas ocasiones, debido a que no solemos explorarlas sistemáticamente, y la amnesia

Veamos otros cuadros de amnesia disociativa.

Una paciente de 31 años presenta un estado subdepresivo crónico desde la adolescencia. Antes de esta edad no tiene apenas recuerdos, no puede recordar ningún evento. Ella no comenta de entrada este hecho, ya que siempre ha sido así.

El síntoma con el que viene a consulta es el ánimo bajo. Sin embargo, en la historia clínica destaca una dificultad para las relaciones interpersonales y las

relaciones de pareja y una tendencia al abandono personal en muchas situaciones. Mantiene una compleja relación con su madre, muy manipuladora, careciendo en general de respuestas asertivas.

Siguiendo estrictamente los criterios diagnósticos, nos plantearía dudas la actitud de aparente conformidad con esta amnesia. Pero, aunque no produzca un malestar directo, parecería lógico que un síntoma de esa envergadura y extensión estuviese conectado con su estado anímico y los diversos problemas que sufría en su vida y en sus relaciones.

Otros pacientes vienen a consulta con un intenso malestar ante un grado de amnesia similar. Necesitan desesperadamente saber qué pasó en sus vidas. A veces tienen conciencia de la existencia de situaciones traumáticas en su infancia o de haber crecido en una familia disfuncional. Sin embargo, lo egodistónico del síntoma no debería ser un criterio de gravedad, más bien al contrario. Un paciente que acepta y asume que parte de su vida esté borrada probablemente estará más afectado en otros niveles que aquel que es consciente de lo anómalo de esta situación.

Este tipo de casos, relativamente comunes, no están siendo diagnosticados con la debida frecuencia. Las consultas con un tiempo insuficiente para la exploración tienen su parte de culpa, pero también es cierto que no exploramos estos hechos sistemáticamente y el paciente puede no relatárnoslos de modo espontáneo. Muchas veces recogemos específicamente los antecedentes psiquiátricos o preguntamos en general por problemas en la infancia y la adolescencia. El paciente puede contarnos lo que recuerda o no dar apenas datos, pero no hacer referencia a lo que no puede recordar. Con esta exploración es muy probable que cierto número de casos no sean detectados.

Más aún, si la amnesia se circunscribe a un período determinado de la infancia. Solo una exploración biográfica detenida nos ayuda a ver esto. Una paciente puede relatar con detalle todos los años de su vida salvo el periodo de los 8 a los 10 años. En esa época había estado viviendo en su casa una pareja de su madre, que acabó marchándose. La paciente no menciona esto de entrada, ni al preguntarle por su infancia, solo ante la pregunta de si tenía recuerdos completos de esa etapa de su vida. Por supuesto, no relacionaba este hecho con sus problemas actuales, aunque la conexión entre lo que sucedió en esta etapa y la sintomatología actual se hizo evidente con posterioridad.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Hay un tipo diferente de amnesia disociativa que también suele pasar desapercibida. Se trata de la presencia de lapsos o lagunas de memoria, que se presentan en el día a día. Pueden asociarse a determinadas situaciones (por ejemplo, estados de enojo o ira, discusiones...) u ocurrir sin que se vea claramente una asociación con un evento externo o un estado emocional. El paciente puede ser o no consciente de estos episodios; a veces sencillamente aparece haciendo algo sin recordar cómo empezó o se encuentra pruebas de haber realizado cosas sin tener conciencia de haberlas hecho. En ocasiones a los terapeutas nos lo cuentan insistiendo en que tienen muchos problemas de memoria, pero solemos atribuirlos a las dificultades de concentración y a los despistes habituales en los estados depresivos, sin explorar psicopatológicamente en detalle.

Estos lapsos de memoria no se diagnosticarían como una amnesia disociativa, sino que son síntomas característicos de un TID. Dichos periodos no recordados corresponden a momentos en los que un estado mental distinto del estado habitual del paciente (la PAN o personalidad aparentemente normal) ha tomado el control de la conducta, presentándose una amnesia completa entre ambos estados. Estos periodos de tiempo perdido son el síntoma disociativo aislado más común en el TID (Coons, 1984; Bliss, 1984; Putnam, 1989).

Un dato importante es que no podemos diagnosticar una amnesia disociativa en un paciente que tiene síntomas de otro trastorno disociativo, como la fuga psicógena o el TID. Por ello, la presencia de una amnesia es siempre un dato que nos debe llevar a profundizar en la exploración de sintomatología disociativa de otro tipo.

FUGA DISOCIATIVA F44.1, 300.13

La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo. Hay una confusión sobre la identidad personal o la asunción de una nueva identidad (parcial o completa).

A veces esta nueva identidad es más desinhibida que la original, pero en ocasiones es tranquila y prosaica. El viaje del individuo puede tomar la forma de un deambular caótico, pero más a menudo tiene un propósito y puede incluir el uso del transporte público. La presentación clínica queda bien dibujada en la siguiente cita de Janet:

«De hecho, son gente loca en pleno delirio. Sin embargo, cogen billetes de tren, comen y duermen en hoteles, hablan con mucha gente... Es cierto que hemos dicho que aparentan ser un poco raros, que parecen preocupados o en un estado de ensoñación, pero, después de todo, no son etiquetados como locos...» (Janet, citado en Putnam, 1989). El mismo autor recoge también una referencia de Charcot: «Lo más asombroso en las fugas es que estos individuos no sean detenidos por la policía en los inicios de su viaje, sino cierto tiempo después...».

No recuerdan su identidad original en el estado de fuga y pueden no ser conscientes de esta amnesia. Cuando vuelven a la identidad original, a menudo tienen amnesia de los eventos ocurridos durante la fuga.

La fuga disociativa pura es poco común. Aun así, todos recordamos algún caso a lo largo de nuestra carrera profesional. La manifestación de estos cuadros es tan aparatosa que, cuando se nos presenta uno, el diagnóstico no despierta demasiadas dudas, una vez descartadas otras patologías orgánicas o psiquiátricas concomitantes.

Es más frecuente la presencia de microfugas. Son episodios de fuga disociativa breves, de minutos u horas. A veces encuentran al paciente lejos de su domicilio, pero más frecuentemente la persona se «despierta» o aparece en un lugar sin ser consciente de cómo ha llegado allí ni para qué.

Un paciente de 44 años llevaba unos seis meses en la consulta de la unidad de salud mental por crisis de ansiedad de difícil control. Sin que se hubiesen presentado antecedentes previos, un día sale de su casa sin avisar y se pone a andar por el monte. Cuatro horas después lo encuentran a bastantes kilómetros de su domicilio, da un nombre distinto y no recuerda ningún dato de su vida pasada; afirma dirigirse a una ciudad bastante distante. Este estado revierte rápidamente y el paciente solo puede recobrar recuerdos parciales y confusos de su caminata por el monte. No sabe adonde iba ni por qué.

Tras este episodio empezamos a evaluar más detenidamente la presencia de otros síntomas disociativos en este paciente. Refiere la presencia de alucinaciones auditivas intrapsíquicas, que le hacen constantes comentarios hostiles sobre lo que hace, piensa o siente. Estas alucinaciones tienen características definidas: identifica cuatro diferentes, cada una con una edad, género y tipo de interacción (una más débil, dos críticas y la cuarta marcadamente hostil). No nos ha comentado este

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

síntoma durante los meses que ha acudido a la consulta porque la presencia de las alucinaciones se remontaba a muchos años atrás y no tenía una conciencia clara de que se tratara de un fenómeno anormal. Era algo que pasaba en su cabeza desde hacía mucho y que en general mantenía bajo control. Para él el problema eran las crisis de ansiedad.

La sintomatología que detectamos en este momento nos orientaba a un TID. Estas alucinaciones eran estados mentales con un patrón persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo. El patrón de interacción estaba claro por el relato del paciente: determinada voz siempre le hacía comentarios en determinadas situaciones, y siempre del mismo tipo. En la exploración, al pedirle al paciente que interactuara con las voces, pudo comprobarse que estas tenían ideas propias sobre el paciente y las situaciones de su vida. El episodio de fuga disociativa, sumado a lapsos de memoria más limitados, hacía que el caso cumpliese el requisito de la amnesia. Lo que no estaba claro era hasta qué punto estas identidades tomaban el control de la conducta. Si la identidad asumida en el episodio de fuga era una de ellas no quedó claro, y este aspecto resultaba difícil de valorar. En ocasiones el paciente manifestaba una hostilidad subliminal, en aparente contradicción con su estilo de personalidad de nula asertividad y orientada a cuidar y sobreproteger a cuantos le rodeaban. Pero decir que esto representaba una identidad alternativa controlando los actos del paciente sería forzar el diagnóstico de TID. Por ello, el diagnóstico clínico de este caso sería el de TDNE.

Exponemos este caso para remarcar la importancia de explorar otros síntomas disociativos en pacientes con un cuadro aparentemente claro de fuga psicógena. El diagnóstico diferencial no es únicamente con los trastornos mentales orgánicos, los cuadros tóxicos, la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Hemos de pensar que es más frecuente que una fuga disociativa esté inscrita en un trastorno disociativo más complejo como el TID.

Veamos otro caso más claro. Se trata de una paciente que acude a consulta en la edad adulta con diagnóstico de TID. Refiere en torno a los 16 años un episodio de fuga psicógena. Se fue de su casa, sin que esto sucediera, hasta donde puede recordar, a raíz de ninguna situación concreta. No tiene recuerdos completos de su infancia, lo que hace sospechar una situación familiar cuanto menos compleja. Durante la fuga se sentía una persona distinta, y este estado mental persiste hasta la edad adulta, configurando una de las partes disociadas. Tiene recuerdos parciales y confusos de este periodo de fuga, que duró varios meses. Se queda con una

familia sin recursos, porque «deseaba que ellos fueran mi familia». En este contexto sufre varias situaciones traumáticas, ante las que no es capaz de responder. Está en un estado alterado de conciencia que le permite realizar actividades y rutinas, pero que la desconecta y anula su voluntad, impidiéndole reaccionar de un modo adecuado ante lo que sucedía. Finalmente la encuentran y devuelven a su casa.

De adulta presenta diversos problemas: abuso de tóxicos con síntomas psícóticos secundarios, una grave fragmentación de la personalidad con diversas partes que toman el control de la conducta de modo continuo y caótico, lo que le conlleva una grave repercusión funcional, dificultades en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento general.

Reúne en este momento todos los criterios del TID. Es evidente que cualquier trastorno psiquiátrico mejora su pronóstico cuanto más al inicio es detectado y tratado. En su momento se valoró la situación como «una adolescente que se fuga de casa». La grave psicopatología subyacente continuó activa durante muchos años.

TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN F48.1, 300.6

Es definido por el DSM-IV como experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (por ejemplo, sentirse como si se estuviera en un sueño). El sentido de la realidad permanece intacto.

Como ocurre con la amnesia o la fuga disociativas, en un síntoma frecuente en el TID. Solo podemos diagnosticar un trastorno por despersonalización si están ausentes otros síntomas disociativos que configuren un trastorno más complejo.

Además, la despersonalización como síntoma aparece 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, la depresión, las fobias y la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, el abuso de sustancias, la deprivación de sueño, la epilepsia del lóbulo temporal y las migrañas.

La persona puede sentirse irreal, como en un sueño, como un autómata, muerta, tener un sentimiento de extrañeza hacia sí misma o cualquier otra moda-

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

lidad de cambio significativo respecto a su estado habitual de conciencia. Son frecuentes las alteraciones sensoriales, como anestesias, parestesias, alteraciones en la percepción del tamaño del cuerpo o de partes de él, o la experiencia de verse desde fuera del cuerpo. Puede tener también una sensación de influencia pasiva, de que sus actos o su voz no están siendo controlados por él.

El inicio suele ser brusco y la recuperación es gradual. Solo en el 10% de los casos es persistente (Putnam, 1985).

Las experiencias de verse desde fuera del cuerpo merecen un comentario aparte. Son fenómenos frecuentes y, aunque suelen presentarse en los trastornos disociativos graves como el TID, 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, et al., 1982), ocurriendo solo en un 10%, según este estudio, posteriormente a eventos traumáticos.

TRASTORNOS DE CONVERSIÓN

Los estudios de prevalencia apuntan una frecuencia del trastorno de conversión que va desde el 0,02% al 5,6% en la población general (Stefánsson, et al., 1976; Deveci, et al., 2007), hasta un 48,7%, si hablamos de síntomas de conversión que se han presentado a lo largo de toda la vida (Sar, et al., 2009), y del 4,5% en pacientes psiquiátricos ambulatorios (Deveci, et al., 2007). Bowman (2006) recoge 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 y señala la importancia de considerar estos trastornos dentro del capítulo general de los trastornos disociativos. Mondon et al. (2005) encuentran en el 70% de los pacientes con pseudocrisis epilépticas al menos un trastorno mental comórbido, estando entre los más frecuentes los trastornos de estrés postraumático (TEPT), los trastornos somatomorfos y los trastornos disociativos.

La clasificación europea CIE-10 se ha hecho eco de estos y otros estudios, configurando un capítulo general de trastornos disociativos en el que se incluyen los trastornos disociativos de conversión. Los denomina trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad (F44.4-F44.7) y dentro de ellos estarían:

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) Anestesias 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.

En el DSM-IV los trastornos de conversión están incluidos dentro de los trastornos somatomorfos, aunque habría muchos motivos para considerar preferible su inclusión en el grupo de trastornos disociativos. Existen también sutiles cambios de matiz entre ambas clasificaciones. El DSM-IV, que da más relevancia al TID, también incluye en la descripción de los criterios diagnósticos que «el síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado». La clasificación CIE-10, por el contrario, introduce en la descripción consideraciones como 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 cualquier caso, sería a nuestro criterio más adecuada la inclusión de los trastornos conversivos entre los trastornos disociativos, como afirman diversos autores de relevancia en el campo (Brown, et al., 2007; Espirito-Santo y Pio-Abreu, 2009). Los pacientes con trastorno de conversión tienen con frecuencia otros síntomas disociativos o cumplen criterios para otro trastorno del grupo (D'Alessio, et al., 2006). A la hora de evaluar las investigaciones sobre el tema, hay que destacar que la mayor parte de los estudios que analizan la comorbilidad psiquiátrica en los trastornos psiquiátricos no exploran la presencia de otro trastorno disociativo, ya

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

que, como veremos más adelante en este capítulo, las entrevistas estandarizadas habituales no exploran la sintomatología disociativa (Bowman, 2006). Dos estudios, de Bowman y Markand (1996) y Tezcan et al. (2003), exploran trastornos disociativos con la SCID-D (del inglés Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders, la entrevista estructurada específica de la SCID para disociación). En su estudio, Tezcan, que recoge 59 casos con diversas presentaciones de trastornos conversivos, encuentra un 30,5% de trastornos disociativos más complejos, entre estos el TID en un 15% o el TDNE en un 13,5%. En su estudio, Bowman y Markand se centran en las convulsiones de disociación (pseudocrisis epilépticas) y encuentran un 91% de otros trastornos disociativos. Bowman analiza también diversos estudios que muestran porcentajes elevados, aunque con metodología muy variable.

Nijenhuis (2000) propone, retomando la teoría de Janet (1907), una conceptualización conjunta de los trastornos disociativos y de conversión, denominándolos disociación psicológica y somatomorfa. Desarrollará con otros autores (1996) el SDQ-20, un cuestionario de disociación somatomorfa. Este cuestionario tiene una alta correlación con otras escalas de disociación, lo que representa una importante evidencia de que la conversión puede ser una forma somática de disociación. Van der Hart, Steele y Nijenhuis elaboran en la teoría de la disociación estructural una visión conjunta, comprensiva e integradora de todos estos elementos, en la que la disociación somatomorfa es solo una de las posibles expresiones de la patología disociativa, generada en el trauma, a través del mecanismo disociativo entendido como fragmentación.

TRASTORNOS POR ESTRÉS EXTREMO

El concepto de TEPT se incluyó por primera vez en el DSM-III (1980). Se basó en principio en la observación de respuestas a eventos traumáticos concretos y limitados en el tiempo (Draijer, et al., 2008). Este diagnóstico enseguida se mostró insuficiente para describir los síntomas que se presentaban en situaciones de violencia interpersonal, como el maltrato o el abuso sexual: la culpa, la desconfianza en los demás, la revictimización, la somatización, los síntomas disociativos... (Walker, 1984; Terr, 1991). Judith Herman (1992) acuña el término de «trastorno de estrés postraumático complejo» para describir una presentación clínica característica de los supervivientes de traumas prolongados y repetidos, en los que la víctima estaba sometida al control del perpetrador.

Esta autora, junto con Van der Kolk, Pelcovitz y otros, desarrolla el concepto y aboga por su inclusión en futuras clasificaciones internacionales (Van der Kolk, et al., 1993; Van der Kolk, et al., 1996).

Classen (2006) habla del trastorno de personalidad postraumático, como una reformulación del TEPT complejo y el trastorno límite. Sin embargo, el término predominante actualmente es DESNOS y es el que posiblemente se incluya en próximas ediciones del DSM (Van der Kolk, et al., 2005).

Una paciente de 24 años lleva dos a tratamiento con un cumplimiento muy irregular. Acude a una de cada dos o tres citas programadas, cayendo en estados de abandono, retraimiento e inhibición. Se autolesiona con frecuencia, haciéndose cortes bastante profundos que en alguna ocasión supusieron un riesgo vital. Ha hecho un intento de suicidio grave. Le cuesta calmarse cuando está ansiosa y piensa con frecuencia en autolesionarse. Presenta síntomas de despersonalización y siente que hay dos partes de ella luchando internamente por el control. Estos síntomas disociativos no son, sin embargo, lo más prominente e intenso en el cuadro, destacando la afectación generalizada de su personalidad. Siente que no tiene ningún control sobre su vida y ninguna esperanza en el futuro. Presenta dificultades para las relaciones interpersonales. Se siente culpable por multitud de cosas y se considera indigna e inferior en relación con los otros.

En su historia destaca una infancia en una familia muy disfuncional, habiendo sufrido durante varios años abusos sexuales por parte de un familiar. La relación con sus padres oscilaba entre el abandono y el maltrato regular. Ella se siente muy incómoda hablando de estos temas, como si estuviese siendo injusta respecto a sus padres. En el relato del abuso sexual destacan los sentimientos de vergüenza y culpa, pese a que los hechos habían dejado de suceder unos diez años atrás.

Podríamos considerar que el cuadro sería encajable en un trastorno de personalidad *borderline,* con el que de hecho hay muchos paralelismos. Sin embargo, sus relaciones no pueden calificarse de inestables, pues tiende más a la evitación y el aislamiento, ni hace esfuerzos desesperados para evitar ser abandonada. Lo más frecuente es que sea ella misma la que se abandone en medio de sus estados depresivos. Su identidad es negativa, pero no cambiante respecto al exterior; solo muestra un conflicto y cierta fragmentación a nivel intrapsíquico. Ha tenido autolesiones, pero no impulsividad en otras áreas. Su estado emocional solo varía en cuanto a la intensidad de su estado depresivo y nunca ha tenido ideación paranoide.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Considerar este cuadro como un DESNOS, en lugar de como un trastorno límite, describe mejor sus características y su origen postraumático, y nos permite por tanto conceptualizarlo y tratarlo de un modo más adecuado.

INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS

En un campo como el de los trastornos disociativos, en el que no tenemos automatizada una exploración psicopatológica completa, el empleo de instrumentos estandarizados resulta particularmente útil. Una escala o entrevista nos dará un guión inicial, un esquema. Cuando lo hayamos utilizado un número suficiente de veces, probablemente deje de ser necesario para fines clínicos.

Si uno empieza a aplicar sistemáticamente una entrevista estandarizada de síntomas disociativos entre los pacientes habituales, descubre asombrado que un gran número de estos pacientes presenta síntomas disociativos que antes no habíamos registrado. Una de las preguntas de la DDIS (Entrevista Estructurada para Trastornos Disociativos, en inglés Dissociative Disorders Interview Schedule; Ross, 1989) es si el paciente ha tenido compañeros imaginarios en la infancia. La respuesta del primer paciente a quien se la pasamos, que fue comentado en párrafos anteriores, fue: «Sí, y aún los tengo». Entonces empieza a describir a un niño que a veces toma el control de su conducta: «De repente veo que he comprado un montón de juguetes y me encuentro con ellos en casa. Sé que estuve en la tienda, pero no recuerdo lo que pasó allí»... Luego habla de otra parte muy negativa que le atemoriza... Antes de pasar esta entrevista había sido valorado por dos profesionales con experiencia y relatado diversos síntomas ansioso-depresivos y un grave aislamiento social a raíz de un incidente traumático, pero nada de otras partes ni de síntomas disociativos; sencillamente no le preguntamos y a él le avergonzaba contarlo.

Describiremos los instrumentos psicométricos más relevantes:

1. Los instrumentos de *screening* son escalas breves, autoadministradas, que nos permiten filtrar un grupo de pacientes en los que sería necesaria una evaluación más pormenorizada. No permiten hacer diagnósticos, pero sí nos dan una ¡dea de la presencia de síntomas disociativos. Al ser autoadministrada, es menos fiable que la entrevista directa. Hablaremos de la Escala de Experiencias Disociativas (DES) y del Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20, por sus siglas en inglés).

2. Escalas autoadministradas diagnósticas y cuestionarios de evaluación: el Inventario Multidimensional de Disociación (MID) y el Examen del Estado Mental para la Disociación.

3. Entrevistas estructuradas: son los instrumentos más fiables y permiten hacer diagnósticos clínicos. Comentaremos las características de la SCID-D, la DDIS, la Entrevista para Trastornos Disociativos y Síntomas relacionados con el Trauma (IDDTS, por sus siglas en inglés: Interview for Dissociative Disorders and Trauma - related Symptoms) y la Entrevista Estructurada para Trastornos de Estrés Extremo (SIDES, por sus siglas en inglés).

ESCALA DE EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS

La DES (Bernstein y Putnam, 1986) es una escala de *screening* de 28 ítems. Es un buen filtro para pasar sistemáticamente a todos nuestros pacientes, de cara a seleccionar aquellos que precisarían una evaluación más detenida. Al ser autoadministrada, breve y fácil de cumplimentar y corregir, no supone un aumento de trabajo para el terapeuta.

Existen dos versiones autorizadas: la DES (Bernstein y Putnam, 1986) y la DES-II (Carlson y Putnam, 1993). Únicamente difieren en el formato de las respuestas: la DES utiliza una escala analógica visual de 100 mm y la DES-II utiliza un formato multielección de 11 puntos desde 0% a 100%.

Dentro de la escala, algunos ítems reflejan amnesia, otros fenómenos de absorción y también fenómenos de desrealización-despersonalización (Carlson y Putnam, 1993). Pero hay un grupo de preguntas que son más representativas de la disociación patológica: no tiene el mismo significado no enterarse de parte del camino mientras vamos en coche (una experiencia muy común) que oír voces en la cabeza (un fenómeno más lejos de la experiencia cotidiana, aunque no tan inusual como podríamos pensar). Estos ítems se agrupan en una subescala (el DES-Taxon o DES-t), que puede ser una forma abreviada de evaluar la disociación en nuestros pacientes:

- Encontrarse en un lugar sin saber cómo ha llegado allí.

- Encontrar cosas nuevas entre sus pertenencias sin recordar haberlas comprado.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Verse sentado al lado de sí mismo, o del mismo modo que ve a otra persona.
- No reconocer a veces a amigos o miembros de la familia.
- Sentir que otras personas, objetos y el mundo que le rodea no son reales.
- Sentir que su cuerpo no le pertenece.
- Actuar en una situación de modo completamente diferente a como lo haría en otras situaciones, hasta el punto de parecer casi otra persona.
- Oír voces dentro de la cabeza que le dicen cosas o comentan sus actos.

CUESTIONARIO DE DISOCIACIÓN SOMATOMORFA

Otro instrumento de *screening,* también autoadministrado, es el SDQ-20 (Nijenhuis, et al., 1996). Aunque los trastornos somatomorfos no están considerados como trastornos disociativos en el DSM-IV, la fuerte correlación entre trastornos disociativos, somatomorfos, síntomas conversivos y síntomas de somatización indica que pueden ser manifestaciones de un mismo principio subyacente (Nijenhuis, 2000).

Se trata, al igual que la DES, de un cuestionario autoadministrado de 20 ítems, que incluye síntomas positivos, como dolor o pseudocrisis, y negativos, como parálisis o anestesia.

Aunque la disociación psicológica y la somatomorfa corresponden a un mismo proceso, no son completamente superponibles. La disociación somatomorfa está asociada de modo especial con el maltrato físico y el abuso sexual, ya que ambos amenazan la integridad del cuerpo.

INVENTARIO MULTIDIMENSIONAL DE DISOCIACIÓN

El MID es también una escala autoadministrada, pero mucho más extensa. Las siglas corresponden a Multi-Dimensional Inventory of Dissociation (Dell,

2002; Ruths, et al., 2002; Dell, 2006). La estructura es similar a la DES, pero tiene 260 ítems y no es una escala de *screening,* sino que permite hacer diagnósticos. Sin embargo, el hecho de ser autoadministrada hace que su capacidad discriminativa sea distinta de la de una entrevista estructurada realizada por un clínico.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA TRASTORNOS DISOCIATIVOS

La DDIS que mencionábamos antes puede encontrarse en el libro o en la página web del autor (www.rossinst.com). 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 los indicios de disociación: lapsos de memoria, pruebas de actos no recordados, etc., para pasar después a síntomas más claros (sentir que se 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). Quizás una objeción es que interroga de un modo exhaustivo sobre la historia de abuso sexual o físico en la infancia y estas preguntas pueden ser excesivamente duras, sobre todo cuando no conocemos bien al paciente.

STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM-IV DISSOCIATIVE DISORDERS

Dentro del campo de la disociación, una referencia obligada es el apéndice de trastornos disociativos de la SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IVR), que recibe el nombre de SCID-D, de Marlene Steinberg (1994a, 1994b). El libro de la autora describe pormenorizadamente los capítulos de la escala: amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de identidad y alteración de identidad. En el texto pueden encontrarse breves subescalas que permiten realizar una evaluación inicial y decidir en qué sujetos sería necesario pasar la escala completa. Tiene, respecto a la DDIS, la ventaja de explorar sistemáticamente la sintomatología de todos los trastornos de este grupo, valorando también la intensidad y frecuencia, y su asociación o no con estados de ansiedad. Otra ventaja es que las preguntas no abordan de modo tan explícito los síntomas del trastorno de personalidad múltiple, siendo poco susceptible de falsos positivos. También parece más adecuado que no se recoja ninguna referencia explícita al abuso físico o sexual, lo cual puede ser

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

muy angustioso para algunos pacientes, sobre todo si la evaluación se hace antes de que la relación terapéutica esté bien establecida. Como desventaja respecto a la DDIS, la SCID-D explora de modo insuficiente los síntomas «pseudopsicóticos» presentes en los pacientes disociativos, como las alucinaciones auditivas. Algunos pacientes en los que este puede ser el síntoma más prominente pasan casi desapercibidos en la SCID-D.

El hecho en sí de la existencia de esta escala debería llevarnos a reflexión. La SCID-I es una entrevista estructurada que permite el diagnóstico según el DSM-IV de todos los trastornos psiquiátricos del eje I, pero los trastornos disociativos no se exploran en absoluto en esta escala. Curiosamente, los únicos trastornos del eje I para los que se ha desarrollado una escala aparte son los trastornos disociativos (SCID-D). Cuando se hace un estudio y se emplea la SCID-I, teóricamente estamos usando una exploración de alta calidad que nos permite diagnosticar los trastornos del eje I. Pero lo que ocurre es que los estudios que emplean la SCID-I para valorar la prevalencia de los distintos trastornos mentales están simplemente ignorando toda el área de la patología disociativa. Esto, además, es un reflejo de la situación de la práctica clínica, en la que la psicopatología disociativa tampoco está adecuadamente integrada en la exploración psicopatológica habitual.

CUESTIONARIO DEL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL PARA LA DISOCIACIÓN

Si el lector prefiere un guión más parecido a una entrevista clínica, Loewenstein (1991) ha desarrollado un cuestionario que, sin ser una prueba estandarizada, permite una exploración exhaustiva de los síntomas disociativos. Él los clasifica en los siguientes grupos:

1. Síntomas amnésicos.
2. Síntomas autohipnóticos.
3. Síntomas postraumáticos.
4. Síntomas procesuales.
5. Síntomas somatomorfos.
6. Síntomas afectivos.

El artículo del autor es una referencia obligada en este terreno y su lectura es muy aconsejable para aquellos que estén interesados en el tema.

ENTREVISTA PARA TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL TRAUMA

Suzette Boon, Nel Draijer y Helga Mattheb (2007) han desarrollado este interesante instrumento (Draijer, et al., 2008; Boon, 2008), que recoge síntomas de posible origen postraumático, síntomas de disociación somatomorfa y psicológica. Reúne así aspectos positivos que habíamos señalado en las distintas escalas, por ejemplo, la evaluación más detenida de los síntomas de disociación somatomorfa, como ocurría en la DDIS, y los síntomas schneiderianos, más relevantes en la DDIS que en la SCID-D. La evaluación de los problemas de identidad y la presencia de partes están más desarrollados (como comentábamos de la DDIS frente a la SCID-D). Además, la IDDTS incluye preguntas a realizar si tenemos sospecha de encontrarnos ante una simulación (aspecto incluido en el MID). Es, por tanto, un instrumento muy prometedor, todavía en fase de traducción al castellano.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DE ESTRÉS EXTREMO

Pelcovitz, Van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan y Resick (1997) han desarrollado una entrevista estructurada para los DESNOS. En la SIDES se recogen siete áreas:

1. Regulación emocional: regulación emocional, de la rabia, conductas autodestructivas, conductas de riesgo.

2. Atención y conciencia: amnesia, síntomas disociativos, despersonalización transitoria.

3. Autopercepción: ineficacia, daño permanente, culpa, vergüenza, incomprensión, minimización.

4. Percepción del perpetrador: adopción de creencias distorsionadas, idealización o preocupación por dañar al perpetrador.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

5. Relación con otros: incapacidad para creer, revictimización o victimización de los demás.

6. Somatización.

7. Alteración de los sistemas de significado: sentimiento de un futuro desolador, pérdida de creencias previas.

Esta escala está especialmente indicada para víctimas de violencia interpersonal o para aquellos que han sufrido traumas graves y repetidos en la infancia. Es poco frecuente que estos individuos muestren los síntomas de un TEPT simple. Algunas de estas personas presentan trastornos disociativos de diverso tipo, como los que describíamos antes. Otros encajan mejor en este perfil de afectación. Convendría, en todo caso, en los pacientes que en el área 2 refieran síntomas disociativos relevantes, explorar más a fondo la existencia de un trastorno disociativo asociado. Tanto los DESNOS como los trastornos disociativos comparten una base etiopatológica, por lo que es importante evaluar ambos detenidamente en pacientes con traumatización grave.

No entraremos a enumerar todos los instrumentos psicométricos disponibles; los que se han descrito en este capítulo son con mucho los más utilizados y resultan suficientes para hacer una evaluación sistemática de estos pacientes. Pueden obtenerse muchos de los aquí comentados en su versión castellana a través de la página web www.trastornosdisociativos.com.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

5

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y COMORBILIDAD

Los trastornos disociativos habitualmente se presentan en la clínica como problemas de diagnóstico diferencial, tanto con trastornos psiquiátricos como orgánicos. Muchos diagnósticos de trastorno disociativo no especificado se derivan de haber descartado un trastorno neurológico o médico o bien de que el cuadro no encaja en los criterios diagnósticos para otro trastorno mental. Hemos insistido en los capítulos anteriores en la importancia de hacer un diagnóstico positivo de disociación, y no meramente por exclusión. No nos extenderemos por ello en este aspecto y señalaremos únicamente algunos elementos específicos de cuadros concretos.

El segundo aspecto es en general menos conocido por los profesionales. Se trata de diferenciar la disociación estructural secundaria y terciaria de otros trastornos psiquiátricos. Lo habitual es que el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo (TID) o de trastorno disociativo no especificado (TDNE) no se haya hecho y que el cuadro haya sido etiquetado como una patología diferente. Desarrollaremos más específicamente en el presente capítulo esta discriminación entre los trastornos disociativos y otros trastornos mentales.

LOS PROBLEMAS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL QUE NOS RESULTAN MÁS FAMILIARES

Nuestra exploración psicopatológica es muy rica en otras áreas de los trastornos mentales, pero necesita desarrollarse en el terreno de la disociación. Con este cambio se subsanarán muchos de los problemas de diagnóstico diferencial con

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

los que estamos acostumbrados a encontrarnos en este campo. Si incorporamos los elementos que han sido descritos en el capítulo anterior, podremos hacer una exploración tan completa de la posibilidad de disociación como la hacemos de los síntomas de otros trastornos mentales u orgánicos. Basándonos en esto, podremos resolver mejor muchos dilemas diagnósticos.

Algunos de estos dilemas nos resultan más familiares. Por ejemplo, la amnesia puede corresponder a un cuadro disociativo, a un trastorno neurológico o a un problema médico de otra etiología. Como señalábamos al hablar de la amnesia psicógena, en los trastornos mentales orgánicos la información personal es lo último que se ve afectado (Putnam, 1989), mientras que en la amnesia disociativa la información relativa a la identidad personal es lo que se altera de modo predominante.

También se pueden plantear dudas diagnósticas entre la fuga disociativa y la epilepsia parcial compleja. En episodios de fuga disociativa prolongados, lo elaborado de las conductas realizadas generalmente hace pensar al clínico en un origen disociativo. Los casos más limitados en el tiempo, y con conductas menos elaboradas, pueden plantear más dudas. Estos episodios de fuga disociativa más breves suelen ocurrir con más frecuencia como parte de un TDNE o de un TID. La exploración de otros síntomas disociativos y la presencia de antecedentes traumáticos tempranos apoyarán un diagnóstico de disociación.

Un tercer diagnóstico diferencial frecuente es el que se presenta entre el trastorno de conversión y los trastornos neurológicos u orgánicos. La exploración psicopatológica de otros síntomas de disociación psicológica o somatomorfa nos aportará mucho para decidir de qué trastorno se trata. Por supuesto, han de seguirse los procedimientos diagnósticos necesarios para confirmar o descartar un trastorno orgánico. El riesgo es basar el diagnóstico únicamente en estas exploraciones neurológicas o somáticas, lo que lleva a veces a la realización de gran cantidad de pruebas. Muchas de estas pruebas complementarias pueden evitarse con una historia clínica y una exploración psicopatológica más completa de los síntomas disociativos.

Un terreno confuso es el diagnóstico diferencial entre los trastornos de conversión y la simulación y los trastornos facticios. Esta confusión se deriva de la asimilación implícita que existe en muchos terapeutas entre disociación, fantasía y simulación. El que en el diagnóstico de un trastorno disociativo se empleen criterios como que el profesional tiene la impresión de que el paciente está «haciendo

llamadas de atención», que la presencia o intensidad del síntoma responde al placebo o a la sugestión, o la existencia de un beneficio secundario, orienta, más que a una discriminación entre disociación y simulación, a una gran confusión de conceptos. Los síntomas disociativos son reactivos a las circunstancias ambientales y pueden aparecer en distintas circunstancias interpersonales. Ello no quiere decir que el paciente simule tener un diagnóstico para obtener un beneficio. Estos elementos deben reservarse para el diagnóstico diferencial entre patologías psiquiátricas o médicas y simulación. Los trastornos facticios son un problema distinto de la simulación y se asocian a una psicopatología más compleja y grave, pero no específicamente disociativa, como por ejemplo los trastornos de personalidad severos.

MUCHOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS ESTÁN OCULTOS BAJO OTRA ETIQUETA DIAGNÓSTICA

Los pacientes con trastornos disociativos reciben típicamente otros diagnósticos. El trastorno disociativo más grave, el TID, no suele ser diagnosticado como tal, sino que es etiquetado de otro modo de acuerdo con los síntomas asociados. Como comentábamos anteriormente, el perfil de paciente con TID es el de una persona que ha recibido más de tres diagnósticos distintos antes de que lo hayamos evaluado. Esto es así por varias razones:

- El trastorno en sí es polimorfo, presenta etapas muy diferentes a lo largo de la evolución y los síntomas disociativos propiamente dichos pueden ser evidentes solo en algunos periodos (ventana de diagnosticabilidad).

- Presenta un alto grado de comorbilidad: con trastornos afectivos, ansiedad, abuso de sustancias, trastorno límite de personalidad...

- Los síntomas pueden confundirse con los de otros trastornos.

- La tendencia al ocultamiento y la disimulación de los síntomas disociativos puede hacer que estos pasen inadvertidos.

Hay diversos trastornos mentales con los que puede presentarse confusión:

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

TRASTORNOS PSICÓTICOS, ESQUIZOFRENIA

Los pacientes con cuadros psícóticos y los trastornos disociativos pueden cursar con alucinaciones auditivas, alteraciones conductuales importantes e ideas extrañas. Sobre todo cuando las alucinaciones auditivas son prominentes y la personalidad del paciente no tiene rasgos histriónicos, es fácil que el diagnóstico del profesional se incline más hacia la psicosis que hacia la disociación. Recordemos que en estudios empíricos la personalidad histriónica no se relaciona con la disociación más que con otros trastornos mentales, pero implícitamente muchos clínicos hacen esa asociación.

Esto ocurre a veces a la inversa: una psicosis reactiva breve o un cuadro psicótico en general, en el que los síntomas son atípicos, existe un desencadenante externo o se da en una personalidad histriónica, es muy probable que reciba un diagnóstico erróneo de trastorno disociativo.

Los síntomas de primer rango de Schneider, aunque descritos para la esquizofrenia, son mucho más característicos del TID (Kluft, 1987, 2003; Ross, 1989; Ross y Joshi, 1992). En cambio, en el TID no se observa la incoherencia, la pérdida de asociaciones y los síntomas negativos característicos de la esquizofrenia. Pese a ello, algunos pacientes disociativos muy graves y desestructurados, con cambios constantes y rápidos de estado mental, pueden presentar dificultades diagnósticas en este punto.

Las alucinaciones auditivas pueden presentar algunas características diferenciales, pero no tan claras como señalaban los primeros estudios (Kluft, 1987). En los cuadros disociativos son percibidas por el paciente como auténticas voces, no son fantasías ni imaginaciones. Suelen ser intrapsíquicas, pero pueden ser también extrapsíquicas o presentarse en ambas modalidades en el mismo paciente. Es más frecuente que hagan referencia a escenarios traumáticos, conversen entre sí o con el paciente, e intenten influir y controlar la conducta de este. Dado que el TID es un trastorno que se origina en la infancia, es más probable que estas alucinaciones se inicien tempranamente, aunque el individuo puede no etiquetarlas como patológicas hasta más adelante, al haber crecido con ellas. Las de los pacientes esquizofrénicos son menos elaboradas, más simples y pueden ser incoherentes o fragmentarias. Las voces de un paciente disociativo pueden, con una entrevista específicamente dirigida, mantener una conversación consistente con el terapeuta, lo que es menos probable y más limitado en el paciente psicótico. Y, por último, las alucinaciones

disociativas son más reactivas a situaciones externas o internas, lo cual es muy distinto de pensar que son generadas artificialmente por sugestión o que son eliminadas retirando la atención.

Según Dell (2006), los síntomas intrusivos son uno de los rasgos más característicos del TID, aunque los tenemos también asociados a la esquizofrenia. Estos síntomas pueden consistir en pensamientos, sentimientos o sensaciones que aparecen en la conciencia y que son egodistónicos para el paciente. Los fenómenos de influencia pasiva, ser controlado por una fuerza ajena, el robo y la inserción del pensamiento son también síntomas característicos de los trastornos disociativos, correspondiendo a una disociación estructural secundaria o terciaria.

TRASTORNOS AFECTIVOS Y ANSIEDAD

Muchos pacientes con trastornos disociativos tienen síntomas ansioso-depresivos, en un porcentaje variable según los estudios (un 84%, según Alvi y Minhas, 2009; un 96%, según Leonard, Brann y Tiller, 2005).

Entre los trastornos depresivos, un grupo importante presenta síntomas disociativos. Estos porcentajes son variables: algunos estudios refieren que un 7% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor tienen también un trastorno disociativo (Molina-Serrano et al., 2008).

Una paciente estuvo más de dos años en tratamiento por un cuadro depresivo crónico, con un seguimiento muy irregular y frecuentes abandonos de la medicación y las consultas, hasta que, al pasarle la Escala de Experiencias Disociativas (DES), reconoce numerosos síntomas disociativos. Entre estos síntomas presentaba alucinaciones auditivas, consistentes en una voz de mujer, que la hostigaba constantemente para que se suicidara (había hecho varios intentos previos). Esta voz resultó ser una parte disociada y un síntoma fundamental en el cuadro clínico. Finalmente, por este y otros síntomas asociados, consideramos que el TID era el diagnóstico principal de esta paciente.

Otra situación a considerar es el diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar. Tanto en este cuadro como en el TID aparecen cambios marcados en la conducta y en episodios agudos del trastorno bipolar pueden aparecer alucinaciones auditivas. En el TID solemos encontrar una historia de trauma precoz (aunque no es exclusivo

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

de los trastornos disociativos y en ocasiones puede existir amnesia para los hechos traumáticos); generalmente pueden identificarse circunstancias ambientales que disparan los cambios, más que una oscilación periódica entre dos estados. A veces es posible identificar partes disociadas fácilmente, aunque en ocasiones es necesario un seguimiento largo del paciente para detectarlas o el empleo de técnicas específicas, como la hipnosis o las entrevistas facilitadas con amobarbital.

Un dato relevante es que la presencia de un trastorno disociativo no detectado o una historia de traumatización grave se asocia a una mayor gravedad de los cuadros depresivos. Por ejemplo, se ha encontrado una mayor tasa de trauma temprano en el grupo de cicladores rápidos frente al resto de pacientes bipolares (Kupka, et al., 2005) y un inicio más temprano del trastorno bipolar, mayor gravedad, comorbilidad psiquiátrica, limitación funcional e intentos de suicidio graves (Leverisc, et al., 2002). Sar y Ross (2006) señalan que la depresión crónica y la tendencia al suicidio en los pacientes disociativos suelen ser refractarias al tratamiento farmacológico de la depresión, pero que responden al tratamiento específico del trastorno disociativo. Esto hace que sea importante detectar esta comorbilidad en los trastornos afectivos, como una forma de reducir la presencia de casos de depresión resistente.

TRASTORNOS POR SOMATIZACIÓN Y SOMATOMORFOS

La somatización está estrechamente relacionada con la traumatización y con la mayor gravedad de esta (Andreski, et al., 1998; Atlas, et al., 1995; Dickinson, et al., 1999; Nijenhuis, 2004; Van der Kolk, et al., 2005).

Hasta la fecha la presencia de síntomas disociativos en este grupo de pacientes no ha sido demasiado evaluada, pero la frecuencia de antecedentes traumáticos hace pensar que probablemente será elevada (Van der Hart, et al., 2006).

Brown, Schrag y Trimble (2005) analizan la presencia de síntomas disociativos entre los pacientes con trastorno por somatización o síndrome de Briquet. Encuentran que, en comparación con pacientes con patologías médicas, los que tenían trastorno por somatización presentaban un mayor nivel de amnesia disociativa, pero no de otros síntomas disociativos. Los antecedentes de abuso emocional y físico en la infancia eran mayores en este grupo, sobre todo la presencia de traumatización crónica.

Pribor, et al. (1993) ven una estrecha relación entre disociación, trastorno por somatización y antecedentes de abuso sexual.

Otros autores encuentran una mayor frecuencia de síntomas disociativos en pacientes con fibromialgia, un diagnóstico de etiología aún no definida, en el que parece existir una alta frecuencia de disociación y trauma (Leavitt y Katz, 2003). Näring, Van Lankveld y Geenen (2007), comparando pacientes con artritis reumatoide y fibromialgia, observaron que los pacientes con fibromialgia presentaban mayores niveles de traumatización y síntomas de disociación somatomorfa, estando ambos aspectos significativamente correlacionados.

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

La asociación entre el trastorno límite de personalidad (TLP) y los problemas de apego y trauma temprano ha sido objeto de debate entre las principales corrientes teóricas sobre los trastornos *borderline* (Zanarini, 2005). Klunne, Draijer, Dorrepal y Thomaes (2007, citado en Draijer, et al., 2008) revisan la comorbilidad entre TLP, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno por estrés extremo (DESNOS). De entre los pacientes con TEPT, el 68% cumplen criterios para TLP. Entre los diagnosticados de TLP, el 33% cumplen criterios para el TEPT simple. Sin embargo, la concordancia es mucho más alta cuando hablamos de DESNOS. De estos, el 94% cumplirían criterios también para el TLP. El desarrollo del concepto de DESNOS y su inclusión en las próximas clasificaciones internacionales probablemente contribuirá a identificar en su justa medida la base postraumática de una gran cantidad de trastornos *borderline.*

Sar, et al. (2006) analizan en población no clínica (estudiantes) un grupo que reúne criterios de TLP, y otro sin él. La prevalencia de TLP fue del 18%. Entre este grupo, el 72,5% tenía también un trastorno disociativo. Otros autores señalan que dos tercios de los pacientes con TLP tienen síntomas disociativos (Korzekwa, et al., 2009).

Ross (2007) compara un grupo de pacientes con TLP y otro sin él, en una muestra intrahospitalaria de pacientes psiquiátricos. Los pacientes con TLP referían más síntomas disociativos que el resto de los pacientes, y un 59% de ellos cumplían criterios para hacer un diagnóstico de algún trastorno disociativo. En el grupo sin TLP, el porcentaje de trastornos disociativos asociados era del 22%. El autor

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

remarca, basándose en estos datos, que la comorbilidad entre estos trastornos no está bien descrita en las clasificaciones internacionales.

Algunos autores señalan la presencia de fenómenos disociativos en estos pacientes, aunque no los definen como tales. Por ejemplo, Osatuke y Stiles (2006) describen lo que denominan «voces internas problemáticas en pacientes con rasgos *borderline».* Zanarini (2005) describe que los pacientes *borderline* frecuentemente oscilan entre identidades parciales aceptables para el individuo y otras identidades parciales negativas en tono y contenido (soy una mala persona), que nosotros describiríamos como distintos estados mentales, los cuales podrían estar más o menos disociados. Kernberg (2005) identifica la escisión como la defensa psicológica que caracteriza a los trastornos disociativos, siendo esta descripción bastante próxima a los conceptos de disociación y fragmentación.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Algunos pacientes con TID no refieren alucinaciones, sino pensamientos intrusivos egodistónicos. Al igual que los pacientes obsesivos, reconocen estos pensamientos como propios, aunque «no como totalmente suyos». Pueden resistirse a estos pensamientos y hacer constantes esfuerzos por mantener el control. Si estos impulsos internos nunca llegan a dominar la conducta, no podemos hablar de un TID completo, pero sí de un TDNE. En el trastorno disociativo, a diferencia del paciente obsesivo, los pensamientos suelen ser más variables, dirigidos al sujeto; con frecuencia la personalidad principal establece discusiones internas con estas partes disociadas, manteniendo diálogos o peleas con ellas. Y con la entrevista adecuada, es posible para el terapeuta conversar con estas partes. Cuando esta comunicación no existe, el paciente puede llegar a establecerla a lo largo de la terapia.

Algunos autores (Ross, 1989) plantean que en un grupo de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, en los que hay una historia de trauma, los síntomas obsesivos se generan por un mecanismo disociativo, aunque no pueda hacerse clínicamente un diagnóstico de trastorno disociativo como tal. El 15,8% de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo presentan una tasa importante de síntomas disociativos (Lochner, et al., 2004).

TRASTORNO DE CONTROL DE IMPULSOS

Ross (1989) afirma que al menos la mitad de los pacientes con este diagnóstico serían realmente casos de trastornos disociativos, en particular TID, pero que, debido al predominio de las explicaciones biológicas en la psiquiatría de nuestros días, en la mayor parte de los casos tiende a atribuirse a factores neurológicos. Lo cierto es que muchos pacientes con trastornos disociativos tienen conductas impulsivas y dedican buena parte de su energía a controlar esos impulsos, lo que forma parte estructural de esta patología. En estos pacientes, a diferencia de otros trastornos con problemas de impulsividad, pueden detectarse estados mentales que toman el control en ese momento, pudiendo o no existir amnesia de las conductas realizadas y darse otros síntomas y signos de disociación en la entrevista.

Un paciente tenía periódicamente episodios de agresividad que se disparaban ante sentimientos de vulnerabilidad o inferioridad. De lo que ocurría durante estos episodios recordaba únicamente dos o tres imágenes aisladas, como escenas de una película. En la exploración se identificaron al menos cuatro partes disociadas, que el paciente percibía como voces intrapsíquicas. Una de ellas, cargada de rabia, se hacía responsable de las autolesiones y criticaba a la personalidad principal por su debilidad y por no saber hacerse valer. Tras algunas sesiones de negociación y terapia con esta parte, estos episodios de agresividad prácticamente desaparecieron.

EMBRIAGUEZ PATOLÓGICA Y ADICCIONES

Tamar-Gurol et al. (2007) evalúan la prevalencia de trastornos disociativos entre pacientes ingresados por dependencia de alcohol. El 27% presentaban una tasa relevante de síntomas disociativos. Un 9% cumplían criterios para un trastorno disociativo. Este grupo tenía más intentos de suicidio, más abandono, y abuso emocional y sexual en la infancia. En este grupo también había más trastornos por somatización, TLP y episodios de depresión mayor a lo largo de la vida.

Hay una asociación importante entre el consumo de drogas y los trastornos disociativos. Tamar-Gurol, et al. (2008) encuentran que un 26% de los pacientes con dependencia de sustancias tienen un trastorno disociativo evaluado con la SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders). Estos pacientes disociativos son más jovenes, con más historia de intentos de suicidio y de maltrato

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

emocional en la infancia. La mayoría (59,3%) de estos abusadores de drogas con trastornos disociativos afirma que el trastorno era previo al abuso de sustancias. Estos pacientes abandonaban el tratamiento más prematuramente que el grupo sin trastorno disociativo.

La embriaguez patológica es un cuadro que se presenta ante una intolerancia bioquímica al alcohol. Estos sujetos hacen trastornos conductuales importantes con el consumo, pero esto suele ocurrirle al sujeto cada vez que consume. En los pacientes disociativos el alcohol es un desinhibidor y facilita que determinadas partes tomen el control, sobre todo, partes agresivas que el resto del sistema consigue a duras penas controlar. Pero si se evalúan con detenimiento, pueden verse fenómenos similares en estos individuos sin que exista consumo etílico.

Una paciente tenía episodios de graves de trastornos de conducta cuando bebía alcohol, por lo que fue diagnosticada de embriaguez patológica. Sin embargo, estos problemas comenzaron a raíz de vivir una situación altamente traumática en la que estuvo a punto de morir. Previamente podía tomar bebidas alcohólicas sin que le causaran ningún problema. No había ningún dato destacable en la historia previa, ella relataba una vida feliz hasta que sucedió el hecho traumático.

Durante dichos episodios se mostraba verbalmente agresiva, provocadora y amenazante. En ocasiones en ese estado cambiaba de tono de voz, hablaba de la paciente en tercera persona y daba datos sobre su infancia radicalmente distintos a los comentados en la historia inicial. Su padre había sido un alcohólico grave que había abusado sexualmente de ella durante años. En este caso la paciente no presentaba alucinaciones auditivas y nunca pudimos contactar con esta parte disociada fuera de los episodios de agresividad. Sin embargo, sí pudo constatarse que estos episodios aparecían también en momentos en que no había consumido alcohol, aunque el umbral cuando sí existía consumo era más alto.

Con respecto a otras sustancias, el efecto es menos claro. Muchos pacientes disociativos refieren un efecto muy positivo con el cannabis. Esto probablemente corresponde a una «pseudolucidez» en la cual parecen entender de pronto aspectos que generalmente experimentan desde el caos y la desconexión. También aprecian el efecto relajante del hachís. Sin embargo, en algunos casos que he tratado, un consumo crónico de cannabis contribuyó al desarrollo de síntomas paranoides y autorreferencialidad, que se sumaron a y empeoraron los problemas derivados de la sintomatología disociativa.

En general los excitantes como la cocaína y las anfetaminas pueden contribuir a un descontrol de las conductas impulsivas, aunque en ocasiones tienen un efecto paradójico.

Los opioides tienen implicaciones específicas en los pacientes disociativos. Los sistemas de placer y recompensa en las víctimas de maltrato o traumas graves en la infancia están enormemente afectados. Se ha postulado, por ejemplo, que la tendencia a autolesionarse responde a una búsqueda de la descarga opioide posterior. La adicción a la heroína puede representar una búsqueda de gratificación, que el paciente no siente que pueda conseguir de un modo normalizado a partir de sus relaciones interpersonales o de la vida cotidiana. Y, con la ambivalencia que normalmente caracteriza a estos casos, el placer se consigue mezclado con una conducta autodestructiva como es el abuso de sustancias.

Entre los que abusan del alcohol es frecuente ver que son hijos de alcohólicos y que el consumo de alcohol va muy ligado al trauma y a introyecciones de un progenitor maltratador. Otras veces, mezclado con todo esto, el consumo puede funcionar como equivalente de una autolesión.

En resumen, es fácil que un paciente con un trastorno disociativo o trauma complejo abuse de sustancias. Esto en parte es una comorbilidad, aunque probablemente el trastorno central sea el trastorno disociativo y no el abuso de tóxicos. Sin embargo, la clínica disociativa y postraumática puede pasar desapercibida en un paciente toxicómano, si no es explorado específicamente. Además, en estos pacientes, el tratamiento fundamental debe ser el del trastorno disociativo, valorando en cada caso si resulta útil un seguimiento simultáneo por dispositivos especializados en drogodependencias.

EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL

Aunque se alude mucho a este tema en la literatura, realmente es improbable que se nos plantee esta duda diagnóstica cuando nos encontramos ante un caso con síntomas claros de un trastorno disociativo. Los únicos síntomas disociativos que pueden aparecer en las crisis comiciales son síntomas de despersonalización. Los cambios de conducta que se presentan en el TID son demasiado complejos para ser confundidos con una crisis comicial. Los episodios de fuga psicógena, sobre todo cuando son recortados y la conducta es desorganizada, pueden dar

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

lugar a dudas. Pero en la fuga psicógena típica, donde la persona llega a realizar conductas bastante complejas, es poco probable que se planteen dudas. Además, la presencia de otros síntomas disociativos aclararía el diagnóstico. Según Ross (1989), no hay ninguna razón para contemplar las crisis del lóbulo temporal como parte del diagnóstico diferencial de los trastornos disociativos.

CONDUCTAS DELICTIVAS

Los síntomas disociativos aparecen asociados a la conducta antisocial en jóvenes, sobre todo en el sexo femenino (Chabrol, et al., 2009). Se han descrito casos en ofensores sexuales (Ross, 2008). Es probable que, sobre todo en el sexo masculino, cierto número de casos estén en muestras penitenciarias más que en muestras clínicas.

Un paciente acude tras haber estado en la cárcel durante un periodo de tres años. Está procesado por un delito violento cuando lo vemos por primera vez. Tiene conductas heteroagresivas frecuentes. Estas conductas no están asociadas a premeditación ni tienen el robo ni la consecución de ningún objetivo como finalidad. Las agresiones se disparan en ocasiones sin ninguna provocación por parte del otro, estando más bien relacionadas con sentimientos internos de alta vulnerabilidad. La conexión con estos sentimientos de inferioridad e indefensión no son evidentes en entrevistas iniciales, siendo el paciente en principio valorado por varios profesionales como un trastorno de personalidad antisocial. Sin embargo, no reunía muchos de los criterios para esta categoría y, por el contrario, había numerosos síntomas disociativos que justificaban el diagnóstico de TDNE.

OTROS

Muchos trastornos disociativos pueden presentarse con sintomatología muy diversa, trastornos del sueño (Calamaro y Mason, 2008), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Endo, et al., 2006), dolor pélvico (Nijenhuis, et al., 2003), etc.

La presencia de síntomas disociativos y de un trastorno disociativo es además un predictor de gravedad. Los pacientes psiquiátricos que tienen un diagnóstico asociado de trastorno disociativo tienen un índice de suicidio y autolesiones más

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

elevado (Foote, et al., 2008). Tamar-Gurol, et al. (2008) refieren una asociación con el abandono de tratamientos en personas con dependencia de drogas que tienen un trastorno disociativo frente al resto de pacientes.

Casi todos los trastornos mentales pueden ocultar un trastorno disociativo. Incluso después de años de trabajar con estos casos, es fácil que en ocasiones nos pasen desapercibidos, si no se hace un examen sistemático de los pacientes. Podemos encontrar un trastorno disociativo entre pacientes diagnosticados de trastornos alimentarios, trastornos sexuales, fobias... Lo fundamental para el diagnóstico es que nos familiaricemos con la exploración de los síntomas disociativos y que empecemos a hacer una evaluación de estos casos como lo hacemos con cualquier otra patología psíquica: basándonos en datos positivos y no por exclusión.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

6

¿POR QUÉ SE PRODUCEN LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS?

TRAUMA Y DISOCIACIÓN

LA DISOCIACIÓN ES UN FENÓMENO POSTRAUMÁTICO

El núcleo de los trastornos disociativos es siempre el dolor. Cuando uno empieza a trabajar con estos casos, se hace evidente que debajo de los síntomas están latentes escenas traumáticas graves. A veces hay un evento reciente: una agresión, un accidente de tráfico..., que se asocia con el inicio de la clínica. Pero más tarde en la terapia suelen aparecer traumas precoces graves.

Los síntomas disociativos están incluidos en la descripción clínica del trastorno por estrés postraumático (TEPT) tanto en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) como en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10). Y aunque los trastornos disociativos no estén clasificados cerca del TEPT, muchos autores los consideran los dos extremos de lo que ha dado en llamarse el «espectro postraumático», en el que también estarían incluidos los trastornos límites de personalidad (TLP) y los trastornos de somatización. Numerosos estudios avalan que los trastornos disociativos, y en especial el trastorno de identidad disociativo (TID), son el resultado de traumas psicológicos graves y repetidos, que se inician generalmente en la infancia (Braun, 1990; Chu, 1991; Bernstein y Putnam, 1986; Coons, 1990; Ross, 1991; Saxe, 1993; Van der Kolk y Kadish, 1987).

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

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, mala autoestima, dificultades en el funcionamiento social, conductas autodestructivas, trastornos de personalidad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, somatización, etc. (Chu, 1998a). Además, 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% (Tillman, et al., 1994).

Tampoco en todos los trastornos disociativos vamos a encontrar abuso sexual temprano o maltrato físico. Es posible que los datos aparezcan 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 un paciente con trastorno disociativo en nuestra consulta, es altamente probable (aunque no obligatorio) que nos encontremos con experiencias de maltrato y abuso sexual en la infancia. Además la frecuencia en la que esto ocurre es mayor en los trastornos disociativos que en otros diagnósticos psiquiátricos, siendo los mayores porcentajes los asociados al TID, el más grave de los trastornos del espectro postraumático.

¿POR QUÉ NO SUELEN ESTAR CONECTADOS ESTOS DOS ASPECTOS EN NUESTRO ENFOQUE DE ESTOS CASOS?

Cuando los pacientes comentan una historia de abuso o maltrato en la infancia, algunos clínicos ponen en cuestión estas informaciones, sobre todo en lo que respecta al abuso sexual. Esto probablemente sucede, como ha sido comentado en capítulos anteriores, por influencia de las ideas freudianas, que atribuían estas informaciones a «fantasías edípicas» de las pacientes. Otro factor, que también se comentó previamente y que probablemente influya, es que son temas especialmente duros, que en algunos profesionales pueden generar cierto rechazo emocional. Sin embargo, como veíamos en el capítulo 2, en la mayor parte de los casos estas informaciones son veraces (Herman y Schatzow, 1987).

Otra situación que nos podemos encontrar es que un paciente con un trastorno disociativo niegue cualquier tipo de antecedente traumático. O que lo refiera en un

momento dado y lo niegue en otro. Ya aparte del diagnóstico de TID, para los clínicos con años de experiencia seguramente no será excepcional la situación de que un paciente que lleve años en terapia nos comente después de mucho tiempo un abuso sexual previo. El trauma puede existir y no ser evidente en la exploración inicial. Hay un índice elevado de amnesias y también una actitud de ocultación consciente, sobre todo en los casos de abusos sexuales. Esto se asocia a sentimientos de vergüenza o a la «consigna de secreto» que rodeó muchas veces los hechos cuando sucedieron.

En el caso de Paula, al que hacíamos referencia al inicio de este libro, la historia de abusos sexuales en la infancia era bien conocida por sus terapeutas. Sin embargo, durante años el tratamiento se centró únicamente en los síntomas, dejando a un lado la historia del trauma. La actitud de la paciente, que relataba los hechos con gran distanciamiento emocional y restándoles importancia, pudo influir en que los clínicos considerasen que la historia de abuso no tenía demasiada relevancia en el cuadro clínico. Sin embargo, a lo largo de la terapia, se fue haciendo evidente la conexión entre esta historia traumática y la fragmentación de la personalidad de la paciente.

En otro caso los contenidos traumáticos todavía no han sido expuestos tras cuatro años de tratamiento. Después de dos años de numerosos abandonos de las consultas y de la medicación y una muy mala evolución, la paciente nos dice que escucha una voz en la cabeza que le habla amenazándola e incitándola a hacerse daño. Como teme que la tomemos por loca, le angustia mucho decírnoslo. La frecuencia de sesiones es baja (cada tres o cuatro semanas), porque no tolera mayor intensidad en la terapia, así que progresamos lentamente. Va dejando que conecte con la voz y esta empieza a tomar un rol positivo en el tratamiento. Ambas hacen veladas referencias a «algo que pasó» en un tono de secreto que no debe ser desvelado, porque tendría graves consecuencias. No investigamos este tema, bloqueando incluso en ocasiones los intentos unilaterales de cualquiera de las partes por contarlo... Creemos que la paciente no está todavía preparada para entrar en la fase de abordar el trauma y que necesita mayor estabilidad. Tenemos cuidado de no inducir ni hacer preguntas directas sobre el tema... nos limitamos a seguir con el proceso terapéutico y el objetivo de este no es saber qué paso, sino ayudar a la paciente.

UN MECANISMO DE RESPUESTA ANTE EL TRAUMA

La disociación es una forma de defenderse de la experiencia traumática, que con el tiempo se constituye en una forma de manejar cualquier tipo de estrés. Como

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

respuesta frente a un evento traumático extremo, es eficaz a nivel emocional: el individuo se desconecta de una emoción de otro modo intolerable.

Sin embargo, no resulta muy efectiva cuando se trata de buscar una solución a un problema: se ha visto que, cuando hay un terremoto, los individuos que experimentan reacciones disociativas no adoptan buenas medidas de protección y resultan por ello más vulnerables.

Ante una amenaza los animales pueden reaccionar de tres modos: mediante la lucha, la huida o la congelación. Las dos primeras son respuestas proactivas: el individuo «hace algo». Pero cuando no hay posibilidad de reaccionar, cuando la situación es lo que se ha definido como un *shock* ineludible, es cuando se produce la reacción de congelación (Scaer, 2001). En los seres humanos, la respuesta disociativa al trauma sería el equivalente de esta respuesta de congelación en animales.

La diferencia es que el animal deja que el organismo se encargue de resolver la situación. La energía bloqueada en la respuesta de congelación, la memoria procedimental almacenada, se descarga en cuanto la amenaza desaparece. Es típico en animales ver movimientos de sacudida, espasmódicos, cuando desaparece la respuesta de congelación. La actitud posterior es de 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 nerviosismo y evitación.

En humanos y, sobre todo, en las sociedades occidentales, la liberación de esta energía bloqueada en el trauma se impide de modo sistemático. Valga como ejemplo la expresión cultural del duelo. En sociedades tradicionales con poco nivel de occidentalización, la reacción ante la muerte de un ser querido es de duelo público. Es frecuente el llanto, los gritos, las muestras abiertas de dolor que no se inhibe ni se coarta. Es más, el entorno social aprueba y potencia esta expresión emocional.

Sin embargo, en la sociedad occidental el duelo es cada vez más privado. Ni siquiera la infraestructura que rodea a la muerte está diseñada para permitir descargar esa emoción, que debe contenerse. En Galicia todavía estamos viendo esta transición entre la sociedad tradicional y la occidental: un comentario frecuente entre mujeres de mediana edad de contextos rurales es que en el hospital «no le dejaron llorar», refirién-

dose a que, ante una reacción de ansiedad y llanto por la muerte de un familiar, recibieron inmediatamente sedación para contener esa conducta. Las pacientes describen esto como un factor clave que no les permitió realizar un proceso de duelo adecuado.

Teóricamente aislar las emociones intolerables podría ser un fantástico sistema defensivo, pero conlleva importantes problemas para el individuo:

- Por un lado, es imposible eliminar las emociones displacenteras, como la rabia o la tristeza. Si los acontecimientos externos están muy controlados y no sucede nada imprevisto, puede que vaya funcionando. Pero un día sucede algo, no necesariamente grave, quizás solo conectado de algún modo con el trauma inicial. Y cuando la rabia explota o la tristeza se desborda, en un individuo que jamás ha aprendido a manejarla, las cosas van mal. Hay una pérdida absoluta de control. Esta persona, que dedica gran parte de su energía mental a mantenerlo todo «en su sitio», experimenta esta pérdida de control de un modo especialmente negativo y refuerza su estrategia disfuncional previa: intenta controlar y reprimir la rabia y así el círculo vicioso se realimenta.

- Por otro lado, prescindir de una emoción siempre trae problemas. Todo el repertorio de emociones humanas tiene una función adaptativa. La rabia es una emoción fundamental para la supervivencia, pero es rechazada por muchos pacientes que temen que se exprese de un modo incontrolado, por ejemplo, dañando a alguien. Sin embargo, si carecemos de ella no sabremos defendernos cuando nos atacan ni pelearemos por defender nuestros derechos y satisfacer nuestras necesidades. Esto, como resulta evidente, acarreará innumerables efectos secundarios. Nos cargaremos de más rabia y resentimiento. Esto irá haciendo subir justo las emociones que intentamos suprimir y hará más fácil que exploten de modo incontrolado, lo cual refuerza nuevamente las distorsiones cognitivas que sostienen este sistema de funcionamiento.

DEL TRAUMA AL SÍNTOMA DISOCIATIVO

Recordemos que los síntomas disociativos se agrupaban en tres grandes bloques: amnesia, desrealización/despersonalización y confusión/alteración de identidad (Steinberg, 2002).

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

A. AMNESIA

La amnesia cumple una función a la hora de manejar el trauma. Para sobrevivir a una situación angustiosa y a una emoción intolerable, funcionamos como si el hecho «no hubiera ocurrido». Esto nos permite seguir adelante con la vida diaria, manteniendo al margen los contenidos traumáticos.

Uno de los mecanismos implicados es lo que se denomina «memoria dependiente de estado» (Horton y Mills, 1984). La información almacenada en un estado mental se recuperará posteriormente con más facilidad cuando la persona se encuentra en ese mismo estado. Los datos pueden no estar disponibles si el individuo está en otro estado mental (Steinberg, 2002).

La amnesia de algunos aspectos de la experiencia traumática está recogida dentro del criterio C del TEPT en el DSM-IV. Según Van der Hart, et al. (2006), la amnesia disociativa tal como está definida en las clasificaciones internacionales puede corresponder a una disociación estructural primaria o ser el síntoma más evidente de un cuadro más complejo, incluso de una disociación estructural terciaria (TID). En este caso, las partes que se encargan de las situaciones cotidianas con frecuencia presentan amnesia para los traumas previos. Necesitan estar libres de esta información y de la repercusión emocional que representaría 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.

Una paciente refiere en su estado habitual (la personalidad aparentemente normal o PAN, tal como la define la teoría de la disociación estructural) una infancia maravillosa, sin conflictos ni problemas. Periódicamente experimenta cambios a estados de agitación y hostilidad graves, en los cuales hace numerosas referencias a abusos sexuales repetidos por parte del padre. Cuando se le pregunta por estos comentarios al volver al estado habitual (PAN), los niega, no recuerda haberlos dicho y reinterpreta su significado.

B. 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.

La percepción es distinta y se vive con extrañeza. Con frecuencia en la respuesta al trauma agudo, los componentes emocionales de la experiencia no se perciben, 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, lleva 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.

Ocurre algo similar con la despersonalización. Si un niño sufre algún tipo de maltrato físico, desconectarse del cuerpo representa para él un mecanismo de supervivencia: le está pasando al cuerpo, pero no a él. Él no está allí. Cuando el trauma es un abuso sexual, suelen añadirse cogniciones de que el cuerpo es «malo» o «sucio», culpándolo de haber sufrido el abuso.

C. FRAGMENTACIÓN DE LA CONCIENCIA: CONFUSIÓN Y ALTERACIÓN DE IDENTIDAD

Los sentimientos opuestos de querer al único padre que tienes y odiarlo por maltratarte 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 ambos. Cuando para poder amar a un padre maltratador en sus momentos «buenos» el niño aparta de su mente los recuerdos del abuso y solo los tiene presentes cuando vuelve a sufrir abusos y siente un odio terrible hacia ese adulto, empiezan a construirse las barreras amnésicas que remarcarán la separación entre esos estados mentales. En algunos casos fragmentarán gravemente la mente del niño, y luego del adulto, generándose en los casos más graves un TID.

En ocasiones estas identidades disociadas toman la forma de figuras que realmente formaron parte de la historia del paciente, representando introyecciones (Watkins y Watkins, 1997). En este caso, cuando este estado de conciencia se activa, adoptará conductas propias de esa figura e interaccionará con la personalidad principal de un modo similar a como sucedía en la realidad. Si esta introyección corresponde al 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. Estas partes pueden generarse como

 © EDICIONES PLÉYADES, S A.

protectoras, librando a la personalidad principal de emociones y recuerdos intolerables y convertirse con el tiempo en persecutorias. A veces para un niño el único modelo disponible de fuerza, poder, influencia sobre los demás y 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 le 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.

NO SOLO TRAUMA: APEGO Y DISOCIACIÓN

La relación entre el trauma temprano y los trastornos disociativos se hace evidente cuando empezamos a trabajar en este terreno. Pero también lo va siendo que el trauma por sí solo no es un factor suficiente para explicar por qué un individuo acaba desarrollando un trastorno disociativo. Algunas personas superan verdaderas atrocidades, saliendo adelante sin presentar problemas importantes.

Incluso en los pacientes gravemente disociados, algunos evolucionan favorablemente y con bastante rapidez. Otros, en cambio, lo hacen con gran lentitud y dificultad. Una diferencia importante entre unos y otros es que los que presentan una mejor evolución habían tenido una figura positiva que les había proporcionado experiencias de apego seguras durante su infancia. Tenían, por decirlo así, algo a lo que agarrarse. El segundo grupo no tenía nada. Cuando había existido, por ejemplo, un abuso sexual por el padre, la madre era una figura enferma, vulnerable, ausente u hostil. Con no poca frecuencia, al trauma del abuso sexual se sumaba la reacción de negación o directamente de castigo del progenitor no abusador cuando el niño se atrevía a contarle lo que pasaba.

Barach (1991) señala que, aparte del abuso y el maltrato, el fallo de los progenitores en responder a las necesidades del niño influye profundamente en el desarrollo de la psicopatología disociativa. Esto incluiría el fallo de los padres en proteger al niño del abuso y su tendencia a disociarse o desconectarse de algún modo de la implicación emocional con el niño. Ya hemos comentado la importancia del trauma en la génesis del TID. En este capítulo nos centraremos en el papel del apego con los cuidadores primarios.

Aunque en el desarrollo reciente de los modelos de disociación el papel del trauma había sido considerado nuclear, cada vez cobra mayor peso la importancia de las experiencias tempranas de cuidado en el desarrollo de la patología disociativa. Tillman et al. (1994) recoge diversos estudios que avalan el papel fundamental del entorno familiar en este tema. Las familias en las que ocurren abusos suelen ser más disfuncionales en todos los niveles. Los límites son confusos, hay un control conductual más rígido y menos cohesión y adaptabilidad. Cuando las características del entorno familiar se toman en cuenta en los estudios, el efecto en sí del abuso sexual desciende hasta el nivel de no significación.

EL CONCEPTO DE APEGO

El apego (Schore, 1994) es una sincronía interactiva entre el bebé y la figura principal de apego (generalmente, la madre). Cuando esta sincronía es adecuada, el niño podrá tolerar sin problema periodos de estrés. Según Schore, el proceso de reexperimentar afecto positivo después de una experiencia negativa puede enseñar al niño que la negatividad puede ser soportada y vencida. La resiliencia infantil emerge en un contexto interactivo en el cual el niño y los padres pasan de lo positivo a lo negativo, y vuelta al afecto positivo. La resiliencia a la hora de enfrentarse al estrés es el último indicador de la capacidad de apego y, por lo tanto, de la salud mental adaptada.

Cuando un bebé tiene un cuidador «suficientemente sano», ante un llanto del niño (cada vez de mayor intensidad) este reaccionará de modo apropiado, consistente y en el tiempo adecuado. Las experiencias infantiles son calmadas, consoladas. El niño desarrollará un modelo de trabajo interno de unión, confianza y conexión con el otro.

Con cuidadores disarmónicos o «insanos» la llamada del bebé no será atendida a tiempo o será inapropiada e inconsistente. El niño acaba bajando de otros modos su hiperactivación, a veces se queda dormido por agotamiento. Se produce una disregulación. El niño solo confiará en sí mismo, tenderá a replegarse hacia su fantasía o elaborará fantasías agresivas hacia los demás.

TIPOS DE APEGO

Ainsworth et al. (1978) diseñaron una situación experimental a partir de la cual definieron varios patrones de apego entre el niño y el cuidador primario. En

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

su estudio sitúan al niño con el cuidador en un entorno desconocido para él, que denominaron la «situación extraña». Analizaron en este contexto la interacción entre el niño y la figura de apego, así como su reacción cuando el cuidador se ausenta. Basándose en estas observaciones, definen cuatro tipos diferentes de apego:

- La mayoría de los niños entrarán en la categoría de *apego seguro* (B): el niño llora y echa de menos a la madre, cuando esta se ausenta, y se calma cuando está con ella. Las madres de estos niños son sensitivas y están disponibles para ellos.

- Algunos niños muestran poco o ningún malestar cuando la madre se ausenta y evitan activamente el contacto con ella cuando vuelve. Se trataría de un *apego evitativo* (A).

- Otro pequeño porcentaje de niños se manifiestan muy alterados cuando la madre no está, pero contrariamente a aquellos que presentan un apego seguro, no se calmarán rápidamente cuando vuelve y parecen resistirse a los intentos de calmarlos que la madre pone en marcha durante la reunión. En general, estas madres parecen ser impredecibles en su disposición a calmar a sus hijos en el hogar e interrumpen las actividades autónomas de exploración de estos niños. Este sería un patrón de *apego ansioso-resistente* (C).

- Un último grupo de niños presentan reacciones inclasificables dentro de los tres grupos anteriores. Sus conductas son raras, desorganizadas, aparentemente inexplicables y con patrones aparentemente incompatibles en presencia del cuidador. Estas contradicciones pueden manifestarse en el movimiento corporal, por ejemplo, aproximarse a la madre apartando la cara, lo que probablemente refleja intenciones opuestas o bien estados de inmovilidad, con expresión ausente, que puede significar una falta de orientación o desconexión del entorno. No hay una actitud bien organizada y coherente. Sería el *apego desorganizado/desorientado* (tipo D).

RELACIÓN ENTRE APEGO Y DISOCIACIÓN

Diversos autores han relacionado este último patrón de apego tipo D con los trastornos disociativos (Main y Hesse, 1992; Liotti, 1992). Los padres de estos niños muestran a su vez una alta frecuencia de historia propia de trauma y de problemas

psicológicos, lo que les impide atender a las necesidades de sus niños, actuando como si esperaran que sus hijos fuesen los que les calmasen su propio malestar (Bowlby, 1984).

Los niños que muestran un patrón de apego desorganizado-desorientado (D) tienden a construir múltiples modelos del yo, que son incoherentes o incompatibles. Sus madres están a veces asustadas y a veces agresivas con el niño. Este puede ver al cuidador como desamparado y vulnerable, y a sí mismo como malo por causar malestar en la madre. En otras ocasiones ven a esta como amenazadora y elaboran en consecuencia una imagen de sí mismos como vulnerables y desamparados. Por otro lado, la tendencia del cuidador a invertir los papeles con el niño y a buscar en él tranquilización y consuelo genera en el niño un rol de rescatador del padre/madre asustado. El niño no desarrolla una visión de sí mismo consistente y sólida (Liotti, 1992).

Si estos niños no están expuestos a un maltrato o abuso adicional, estarán predispuestos a presentar síntomas disociativos, pero probablemente no desarrollarán un trastorno disociativo y quizás no consulten en dispositivos psiquiátricos. Pero cuando se añade un trauma grave, tenemos la base para el desarrollo futuro de un TID. 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 disociación, entendida como defensa, puede servirle para mantener estas imágenes de las figuras de apego, y la del yo fuerte, absolutamente incompatibles, separadas. La introyección de las figuras abusivas puede ser el germen de estados disociados en el TID (Blizard, 1997).

PROBLEMAS DE APEGO Y PROBLEMAS EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Un apego desorganizado/desorientado no se relaciona únicamente con la fragmentación de la autoimagen o identidad del niño, sino también con otros problemas presentes en los pacientes con traumatización grave, como son los relativos a los límites. En una familia abusiva los padres no tienen un sentido claro del niño como separado de ellos y les falta habilidad para empatizar con los sentimientos del hijo. Proyectarán sus sentimientos en el niño y le tratarán como un objeto o una extensión de sí mismos. Como consecuencia, el niño no será capaz de desarrollar

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

un sentido del yo separado de sus padres, lo que conllevará una debilidad de los límites, una dificultad para distinguir lo interno de lo externo y una propensión a la proyección y la introyección.

Otra característica de la relación terapéutica que se establece con estos pacientes es también probablemente un reflejo de su patrón de apego con sus cuidadores primarios. Oscilará, al igual que ocurría con sus padres, entre ver al terapeuta como distante o inaccesible, sentirse asustado por él o agredirlo. Todo esto puede ocurrir en una única sesión.

La tendencia al desbordamiento emocional, la sensación de falta de control y modulación de las emociones y la excesiva dependencia del terapeuta en ocasiones también pueden enlazarse con problemas de sincronía con el cuidador primario. Aprendemos a cuidarnos, calmarnos, animarnos, hablarnos... en función de cómo hayamos experimentado ser cuidados por nuestros padres o cuidadores. Los niños aprenden a interpretar sus sensaciones físicas en el contexto de las interacciones físicas con la madre (Van der Kolk, 2001). La única forma por la que la madre puede cambiar el estado emocional del bebé es cambiando sus sensaciones físicas: meciéndolo, alimentándolo, jugando. El niño es, según Schore (1994), una criatura subcortical. Esta situación es muy similar a la experiencia de los sujetos traumatizados, que se sienten a merced de sus sensaciones, reacciones físicas y emociones, lo que hace difícil para ellos modular cómo se sienten. Es frecuente la hiperreactividad autonómica y la sensación de no poder influir sobre ella. De este modo el tipo de apego establecido con el cuidador principal puede predisponer en el futuro a una reacción más patológica ante el trauma, incluyendo los estados disociativos.

Da la sensación de que reparar el trauma es como ayudar a cicatrizar una herida. Reconstruir un apego inseguro o inestable en la edad adulta es una tarea más compleja. La diferencia sería como la que existe entre reconstruir un órgano dañado o regenerarlo casi desde cero. Aunque la relación terapéutica influirá en todos los aspectos de la terapia, en este último será clave. Puede que la relación terapéutica sea la primera oportunidad de desarrollar una relación interpersonal estable, de apoyo.

Esto no quiere decir que el terapeuta deba sustituir las relaciones reales del paciente ni asumir papeles propios de estas. Este es un límite que resulta especialmente importante mantener con este tipo de pacientes. Por otro lado, también debemos tener cuidado con las vivencias de abandono y rechazo que muchas veces experimentan cuando limitamos nuestra implicación; un equilibrio a veces difícil.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

7

NEUROBIOLOGÍA Y DISOCIACIÓN

En los últimos años se ha avanzado en la comprensión de los procesos normales y patológicos que se producen en el sistema nervioso ante el trauma. La complejidad del cerebro humano hace que estemos lejos aún de una explicación verdaderamente completa de estos fenómenos. Pero sí se han ido aclarando algunos aspectos, que iremos viendo a lo largo de este capítulo.

EL CEREBRO TRIÁDICO

MacLean (1990) propone un modelo de lo que denomina «cerebro triádico» *(triune brain).* Según este modelo, en la estructura cerebral pueden verse las trazas de la evolución, considerándose a cierto nivel la existencia de tres cerebros separados, que presentan una subjetividad, un sentido del tiempo y el espacio y una memoria propios. Estos tres cerebros serían:

1. El cerebro reptiliano, que incluye el cerebelo y el tronco cerebral. En los reptiles el cerebro está controlado por estas áreas, que regulan las respuestas de supervivencia y la conducta. Este cerebro controla la musculatura y las funciones autonómicas, así como las reacciones primarias a los estímulos.

2. El sistema límbico, que incluye la amígdala, el hipotálamo y el hipocampo. Aquí se generan las emociones y las respuestas instintivas. Los sistemas básicos de acción (huida, lucha, conducta sexual, alimentación...) se activan en estas áreas, que ponen en marcha sistemas de evitación de estímulos aversivos y de aproximación a estímulos agradables.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

3. El neocórtex se desarrolla en los mamíferos superiores y es el encargado de las funciones de orden superior: pensamiento, razonamiento, habla, conocimiento...

Algunos modelos de disociación, sobre todo los conceptos de disociación horizontal, que separan distintos «niveles», encajan bien con esta concepción neurofisiológica. El modelo BASK (Braun, 1988 a y b), que entiende la disociación como la escisión entre los elementos conductuales *(**b**ehaviour),* emocionales *(**a**ffect),* somáticos *(**s**omatic)* y cognitivos *(**k**nowledge)* de la experiencia, es un ejemplo de ello.

Podríamos entender desde aquí que los elementos somatosensoriales, relacionados con el cerebro reptiliano, puedan estar desconectados del sistema límbico (emociones) y que ambos elementos puedan a su vez no estar asociados a una elaboración cognitiva, a una memoria declarativa, como veremos más adelante, relacionada con el neocórtex.

Algunas terapias de orientación somática, como la terapia sensoriomotora de Ogden (2006), utilizan este modelo, buscando una regulación de «abajo a arriba», que parta desde las respuestas más primitivas del cerebro reptiliano a las más complejas del neocórtex, reconectando los elementos que se habían desconectado por la situación traumática, generando así la disociación.

LOS DISTINTOS TIPOS DE MEMORIA

Existen distintos sistemas de memoria, cada uno mediado por diferentes estructuras cerebrales (Graf y Schacter, 1985; Chu, et al., 1996; LeDoux, 2000):

1. Una memoria explícita o declarativa, mediada por el hipocampo derecho y el córtex orbitofrontal: es la narrativa que da sentido a una experiencia. No todos los eventos serán procesados a este nivel.

2. Una memoria implícita, que almacena datos emocionales, sensoriales y somáticos. Cualquier información de los órganos de los sentidos, sensaciones cenestésicas o dolor (excepto las olfativas, que van directamente a la amígdala) pasa por un filtro talámico, que la reconduce a diversas zonas del córtex en función del nivel de excitación. Al mismo tiempo, el tálamo envía una información similar a la amígdala, que, en función del nivel de excita-

ción, otorgará a la información un valor emocional, en función del cual se hará el procesamiento declarativo. Si el nivel de excitación es muy elevado, el proceso puede bloquearse. El tipo más primitivo de memoria implícita es la memoria procedimental (Scaer, 2001).

Los recuerdos traumáticos están codificados a un nivel implícito: no existe narrativa para ellos. Estas memorias traumáticas son imágenes visuales, sensaciones y actos físicos que pueden ocupar todo el campo perceptivo y resultan aterradoras para el individuo (Van der Kolk y Van der Hart, 1991). Los supervivientes de experiencias traumáticas son incapaces de crear una historia personal completa y de expresar la experiencia original verbal y socialmente. Están bloqueados en esas experiencias, que reviven más que relatan. Estas memorias traumáticas son experiencias sensorimotoras y afectivas, más que historias (Van der Hart, et al., 2006).

Por el contrario, faltan las características de la memoria narrativa o declarativa. Se disparan de modo no intencional, ante elementos internos o externos. Son historias rígidas, que no buscan adaptarse al que las escucha. El ritmo es el ritmo del evento traumático, no se condensan en el tiempo ni se resumen.

Cuando la disociación es importante, el individuo puede llegar a contar un relato desprovisto de emoción sobre el evento. Pero esta narrativa carece de la flexibilidad y riqueza de la auténtica elaboración de un suceso traumático. El paciente cuenta lo que le ocurrió como si hablase de otro que le resulta indiferente. La falta de concordancia entre lo terrible del suceso y la resonancia emocional aparente genera en ocasiones en los clínicos una impresión de falta de veracidad. Sin embargo, este tipo de relato indica una mayor traumatización que cuando el individuo nos expresa la situación o es incapaz de hacerlo anclado aún en la memoria implícita.

EL SISTEMA OPIOIDE Y EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Ochberg señala que los animales expuestos a un *shock* inevitable desarrollan analgesia cuando se exponen nuevamente a un nuevo estresor por un breve período de tiempo. Esta respuesta analgésica al estrés prolongado o repetido está mediada por los opioides endógenos y es reversible por el antagonista opioide naloxona (Kelly, 1986). Christie y Chesher (1982) demostraron que el estrés prolongado en animales activaba los receptores opiáceos de un modo similar a

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

la administración repetida de opioides exógenos. Cuando se dejaban de poner inyecciones de naloxona y terminaba el estímulo estresante, se producían igualmente síntomas de deprivación opioide. En humanos se han visto elevaciones de las endorfinas después de situaciones de estrés (Cohen, et al., 1982) y ejercicio (Colt, et al., 1981). También se han encontrado metencefalinas en pacientes que solían automutilarse (Coid, et al., 1983). Es probable que la reexposición a las situaciones traumáticas en humanos produzca una respuesta análoga a la observada en animales. La reexposición al estrés puede tener la misma función que la administración de opioides exógenos. Esto podría explicar la sensación de calma que muchos individuos traumatizados experimentan ante la reexposición al estrés y dar un sustento neuroquímico a la tendencia a la revictimización tan habitual en estos pacientes (Van der Kolk, 1987).

En animales perseguidos por depredadores puede verse muy gráficamente esta respuesta. 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 (aparentando estar muerto puede engañar al depredador y huir) o representar el efecto externo de una alta descarga de opioides (analgesia frente al dolor inminente). Si el animal finalmente no muere, sale del estado de congelación siempre con una reacción previa de agitación. Esto, según Scaer (2001), corresponde a la descarga de la memoria procedimental. Si no se permite al animal esta descarga, por ejemplo manteniéndolo inmovilizado cuando sale del estado de congelación, desarrollará conductas anómalas.

Por otro lado, los opioides endógenos inhiben el núcleo talámico (Brunton y Charpak, 1998), con lo que la conexión cortical no se produce. Esto podría relacionarse con la no codificación de los recuerdos traumáticos por la memoria declarativa y la permanencia de los elementos perceptivos del trauma desintegrados y desconectados.

Las respuestas disociativas al trauma serían el equivalente en humanos a estos estados de congelación en animales. Ocurren ante situaciones traumáticas que el individuo vive con impotencia y con un sentimiento de indefensión. Según Scaer (2001), el hecho de que en la especie humana y sobre todo en la cultura occidental no pueda producirse la descarga de la memoria procedimental (cualquier reacción de agitación será inmediatamente contenida o sedada) sería para este autor generador de psicopatología.

EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO Y EL EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISO-SUPRARRENAL Y SU ACTIVACIÓN EN SITUACIONES DE PELIGRO

Muchos de los efectos negativos del estrés sobre el cuerpo están mediados por las hormonas del estrés: la adrenalina y el cortisol. El cortisol se libera ante un peligro y ayuda a la supervivencia, pero a largo plazo produce un efecto negativo en el organismo (Sapolsky, 1996). La adrenalina estimula el corazón y la noradrenalina actúa a nivel cerebral para focalizar la atención. Todo el cuerpo se activa.

Pero en el efecto crónico los niveles elevados de cortisol y aminoácidos excitatorios dañan el hipocampo (Sapolsky, 1996). Se ha visto además una reducción del factor neurotrófico cerebral (Nibuya, et al., 1995) y de la neurogénesis (Gould, et al., 1998), factores que podrían estar relacionados con las alteraciones estructurales y funcionales a nivel cerebral que veremos más adelante.

Esta respuesta al estrés se ve modificada cuando se produce una respuesta de congelación. Cuando hay una situación amenazante, el sistema nervioso simpático se activa para proporcionar un estado de alerta y una mayor velocidad de reacción. Instintivamente se pondrá en marcha una reacción de supervivencia que puede ser de tres tipos: lucha, huida o congelación. Esta última se desencadena cuando la amenaza es grave pero no hay posibilidad de escapar ni de luchar o cuando la posibilidad de muerte es inminente. Fisiológicamente se corresponderá con un elevado tono parasimpático y al tiempo residuos adicionales del estado anterior de excitación simpática. Este estado de congelación está relacionado con la descarga opioide asociada al estrés que comentábamos en párrafos anteriores.

Existe una relación recíproca entre el sistema opioide y el noradrenérgico. La activación de este último parece mediar el síndrome de abstinencia a opiáceos. Existe un fuerte paralelismo (Jaffe y Martin, 1980) entre estos síntomas y los síntomas reactivos del trastorno de estrés postraumático (TEPT) (ansiedad, irritabilidad, estallidos de agresividad, insomnio, hiperalerta, labilidad emocional). Podría ocurrir que la hiperactividad noradrenérgica y la deprivación opioide vayan juntas, alternándose. Esto aporta un fundamento para el recurso a la autolesión como un sistema para bajar la hiperactivación emocional (Ochberg, 1988).

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN EN TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLEJO

Hay diversos estudios que muestran alteraciones neuroanatómicas y en la función cerebral en el TEPT De especial interés para nosotros son las repercusiones a nivel anatómico y funcional del estrés crónico. Hay menos estudios específicamente para trastornos disociativos, pero en los últimos años se ha dedicado más esfuerzo a esta área.

Una estructura que se ha analizado con frecuencia es el hipocampo, por su papel clave en los procesos de memoria y aprendizaje. Estudios de neuroimagen realizados en animales mostraron que el volumen del hipocampo, un área cerebral clave en los procesos de memoria y aprendizaje, estaba disminuido en los sujetos experimentales expuestos a estrés crónico (Bremner, et al., 1995). En veteranos de guerra se encontró esta misma reducción del volumen del hipocampo, que se relacionaba con alteraciones en la memoria (Bremner, et al., 1993, 1995). Esta reducción del volumen del hipocampo se ha encontrado en otros estudios, aunque no en la misma proporción ni de modo totalmente consistente (Bremner, et al., 1997; Stein, et al., 1997; Gilbertson, et al., 2002; Villarreal, et al., 2002; Schuff, et al., 2001). Este efecto sobre el hipocampo parece característico del estrés crónico y es al menos parcialmente reversible y prevenible con tratamiento (Bremner, 2005).

Los estudios de neuroimagen muestran que individuos con diversos traumas, cuando ven imágenes relacionadas con ellos, presentan un incremento del flujo cerebral en las regiones límbicas (amígdala derecha, ínsula, córtex orbitofrontal y cingulado anterior) y una disminución del flujo en el córtex temporal medial y frontal izquierdo inferior (Rauch, et al., 1996). Los veteranos de guerra con TEPT presentaban un menor flujo cerebral en el área prefrontal medial y el córtex auditivo (Bremner, et al., 1999). El cingulado anterior y la amígdala están más activados en los sujetos con TEPT, mientras que en los que no presentan TEPT se activan más las áreas orbitofrontales y el córtex prefrontal medial. En los primeros también hay una disminución del flujo sanguíneo en el córtex prefrontal medial y orbitofrontal (Shin, et al., 1997). Otros estudios muestran también una menor función prefrontal medial en veteranos de guerra expuestos a sonidos de combate (Liberzon, et al., 1999).

Cuando analizamos a sujetos que sufrieron trauma temprano, los resultados no son tan coincidentes. En un estudio en mujeres víctimas de abuso sexual infantil con y sin síntomas de TEPT, se ve en el grupo con TEPT en respuesta a imágenes de contenido traumático un incremento del flujo sanguíneo en porciones del córtex prefrontal, cingulado posterior y córtex motor. El córtex prefrontal medial está alterado y hay hipoactivación en el giro subcalloso, el cingulado anterior, el hipocampo derecho, el giro fusiforme temporal inferior, el giro supramarginal y el córtex visual de asociación (Bremner, et al., 1999). En otro estudio con mujeres víctimas de abuso sexual infantil con y sin TEPT se observan incrementos en el córtex orbitofrontal y temporal anterior en ambos grupos, mayores en el grupo con TEPT. Las pacientes con TEPT mostraban una falla en la activación del cingulado anterior y una disminución en el flujo en las porciones anteromediales del córtex prefrontal y el giro cingulado inferior (Shin, et al., 1999). Bremner, et al. (2003) encuentran una disminución de la función hipocámpica y cortical prefrontal medial durante el recuerdo de palabras con carga emocional en mujeres con TEPT relacionado con abuso. El volumen hipocámpico es menor en el grupo de mujeres que han sufrido abuso con TEPT, frente a las que no presentaban TEPT. En estos estudios no se encuentra una activación de la amígdala consistente.

Diversos estudios han encontrado déficits en el córtex prefrontal medial y el cingulado anterior en poblaciones con trauma en la infancia (De Bellis, et al., 2000). En estudios con PET (tomografía de emisión de positrones) se ha observado que el córtex prefrontal medial está implicado en las respuestas normales y patológicas al estrés y la emoción, y su alteración se relaciona con déficits en la interpretación de situaciones emocionales y, por tanto, con el déficit de habilidades interpersonales. El córtex prefrontal medial tiene conexiones inhibitorias con la amígdala y juega, por tanto, un papel en la inhibición de la respuesta de miedo. Este mecanismo falla en el TEPT. La activación del cingulado anterior forma parte de la respuesta normal del cerebro ante un estímulo traumático y sirve para inhibir los sentimientos de temor cuando no se está ante una genuina amenaza. En el TEPT esta área junto con el córtex prefrontal medial adyacente están hipoactivados, lo que genera respuestas de miedo que no son adecuadas al contexto, una respuesta conductual muy característica en el TEPT. Lanius, et al. (2001) encuentran en un estudio con resonancia magnética nuclear funcional una activación significativamente disminuida en el tálamo, el giro cingulado anterior y el giro frontal medial en sujetos con TEPT.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN EN DISOCIACIÓN

Con disociación tenemos menos resultados y algún hallazgo contradictorio. Ehling, et al. (2008) encuentran resultados concordantes con un menor volumen hipocámpico, giro parahipocámpico y amígdala en los pacientes con trastornos disociativos complejos, que parecen relacionarse con la severidad de los síntomas disociativos. Además, los individuos que se recuperan de un trastorno de identidad disociativo (TID) tienen volúmenes hipocámpicos mayores que aquellos que no se han recuperado. Vermetten, et al. (2006) hallan volúmenes hipocámpicos y amigdalares disminuidos en pacientes con TID frente a controles sanos. Por el contrario, Weniger, et al. (2008) no encuentran la disminución de volumen en el hipocampo y la amígdala que se observa en los sujetos con TEPT tras trauma en la infancia en aquellos con los mismos tipos de trauma que sufren trastornos disociativos. Es evidente que necesitamos un mayor número de estudios para comprobar si los hallazgos relativos al TEPT pueden ser trasladables a la disociación grave.

Otros estudios muestran alteraciones en la función de distintas áreas cerebrales implicadas en la integración. Sar et al. (2007), analizando con SPECT (tomografía computarizada por emisión de fotón único o *single photon emission computed tomography)* la diferencia entre pacientes con TID y controles sin trauma en la infancia, encuentran una disminución de la función en la región orbitofrontal bilateral y un incremento en las regiones frontales superiores y occipitales, también bilateral.

Reinders, et al. (2003) refieren cambios específicos en la actividad cerebral localizada, consistente con cada estado mental en el TID. Se observa la existencia de patrones de flujo cerebral diferentes para cada uno de esos estados del yo, destacando los autores el rol del córtex prefrontal medial y la corteza asociativa posterior. Esta relación entre el cambio de estados mentales y el cambio de la actividad cerebral ha sido referida también por otros autores, como Tsai, et al. (1999).

FUNCIÓN CEREBRAL Y DISOCIACIÓN

Dorahy (2001, 2006) considera que los individuos disociativos desarrollan una organización mental alterada que denomina «estilo de procesamiento disociativo». Este estilo puede servir para monitorizar la amenaza y se caracteriza por el cambio

de la atención selectiva a múltiples cauces de procesamiento de información, un debilitamiento de la inhibición cognitiva y la dirección de la conciencia hacia algunos cauces de información y lejos de otros. El individuo se hace así muy consciente de los indicios de amenaza, con una alta reactividad a estímulos interpretados como peligrosos y una débil conciencia sobre otros estímulos y procesos.

Las alteraciones de memoria en los pacientes disociativos han sido analizadas por diversos estudios. Guralnik, et al. (2000) encuentran déficits en algunos tipos de memoria visual y asociativa, pero no en la asociación de material verbal en pacientes con trastorno de despersonalización.

Otros estudios ofrecen resultados contradictorios. En pacientes con trastorno disociativo, Elzinga, et al. (2007) encuentran un mejor rendimiento en la memoria de trabajo y una mayor activación de las regiones frontoparietales relacionadas con la memoria de trabajo que en los sujetos normales.

Guralnik, et al. (2000) no encuentran en sujetos con trastorno de despersonalización déficits en las funciones ejecutivas, razonamiento abstracto ni flexibilidad cognitiva.

Roca, et al. (2006) en pacientes con TEPT y trastorno disociativo encuentran, por el contrario, un peor rendimiento en memoria de trabajo, aprendizaje verbal y flexibilidad cognitiva.

En pacientes psiquiátricos con diferentes diagnósticos y un alto grado de disociación, se vio una peor memoria declarativa y procedimental (Prohl, et al., 2001) y déficits en las funciones ejecutivas (Cima, et al., 2001).

Amrhein, et al. (2008) analizan la atención, memoria y control ejecutivo en individuos con alta tendencia a la disociación, sin un trastorno psiquiátrico o neurológico. Encuentran un desempeño deficiente en tareas de memoria de asociación verbal dependiente de contexto, memoria de trabajo visuoespacial y control ejecutivo (alta perseveración y falsos positivos).

Es decir, salvo en uno de los estudios, centrado en el trastorno de despersonalización, el análisis de las funciones mentales orienta a una disfunción en determinados tipos de memoria visuoespacial y dependiente del contexto (aspectos relacionados con el hipocampo) y la función ejecutiva (áreas prefrontales).

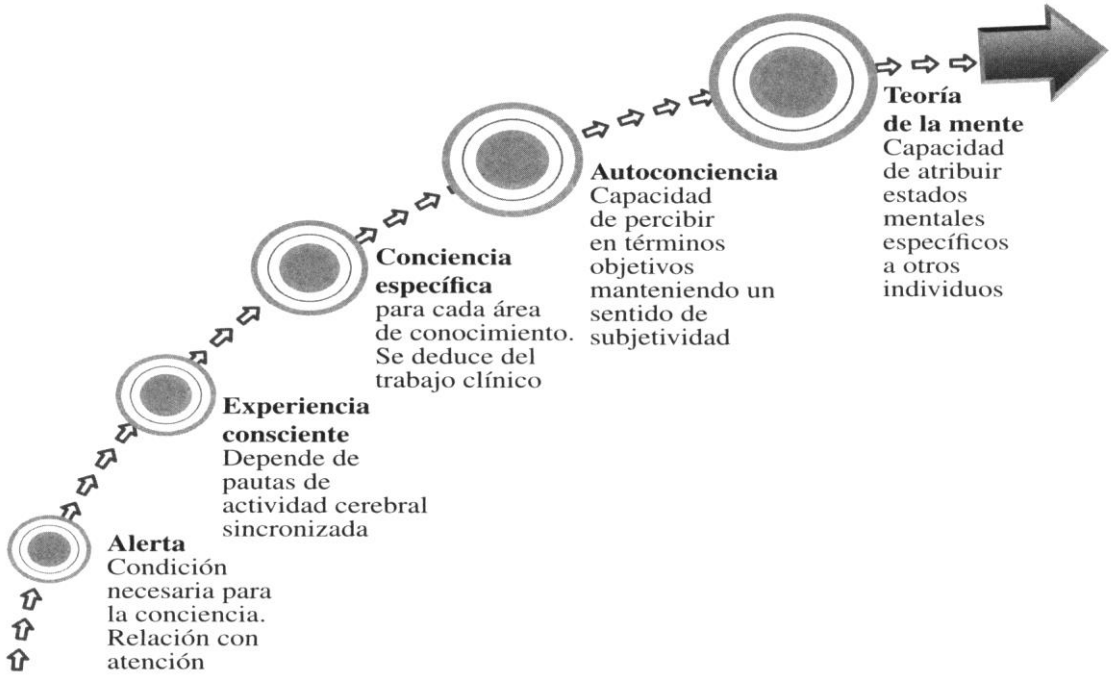
 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

LOS ESTUDIOS SOBRE LA CONCIENCIA

Los trastornos disociativos no son solamente problemas de memoria y función ejecutiva. Un aspecto central es la alteración de la conciencia.

La conciencia, lejos de ser un constructo único, está compuesta de distintos aspectos. Tirapu-Ustárroz, et al. (2003) hablan de multiplicidad de conceptos que aparecen en la literatura relacionados con la definición de conciencia. Se plantean la pregunta: ¿existen diferentes niveles de complejidad en la conciencia que dependen de estructuras neuroanatómicas diferenciadas?

1. Alerta.
2. Experiencia consciente.
3. Conciencia específica de un dominio de conocimiento.
4. Autoconciencia.
5. Teoría de la mente.



En los individuos con traumatización grave, observamos alteraciones a distintos niveles, pero sobre todo en los niveles superiores. La autoconciencia, el sentido de subjetividad está disminuido o fragmentado. La capacidad de mentalización también está alterada.

Las estructuras mentales con una función integradora se han conectado con el sentido del yo (Strehler, 1991). Estas estructuras son:

1. El colículo superior del tectum. Recibe los *inputs* sensoriales, afectivos y del córtex, produciendo síntesis continuas de elementos internos y procedentes del entorno.

2. El tálamo. Es un conjunto de núcleos con vías aferentes y eferentes a cada una de las áreas cerebrales. Una de sus funciones es la integración de información: su fallo conlleva desintegración sensorial y cognitiva.

3. El giro cingulado anterior. Mediador de los cambios atencionales, conecta afecto y cognición y actúa como filtro emocional.

4. El cerebelo. Conectado con el córtex, el tálamo, el hipotálamo, la formación reticular y el córtex frontal.

La conexión entre este conocimiento sobre la conciencia y las disfunciones en los trastornos disociativos es todavía una hipótesis. Podríamos pensar que la alteración de las estructuras con función integradora, más complejas, se relacionaría con la fragmentación característica de la disociación. Pero la alteración de estas estructuras se ha relacionado con diversos trastornos mentales, y estamos lejos de saber qué aspectos son comunes y cuáles son diferenciales respecto a la disociación en particular.

Además, las funciones más desarrolladas de la conciencia dependen probablemente de una interconexión entre distintos elementos y es difícil que podamos asociarlos a lesiones anatómicas circunscritas a nivel cerebral. La traumatización grave y el apego disfuncional podrían conllevar que el sistema nervioso no llegue a desarrollar las funciones cerebrales más complejas y holísticas, relacionándose esto con la ausencia de autoconciencia (*nonrealization*) definida por Van der Hart, et al. (2006).

Por ejemplo, el sentido de agencia es un aspecto central de la autoconciencia humana y se relaciona con la experiencia de uno mismo como agente de las propias acciones (David et al., 2008). El marco más capaz de explicar este sentido de agencia implica un modelo multifactorial y multinivel, en el que integrar distintas teorías y hallazgos. Este fenómeno es de naturaleza compleja y, por tanto, requerirá

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

de una explicación integrativa. Este sentido de agencia está claramente afectado en los casos de disociación grave, tanto en los fenómenos de intrusión (emociones, pensamientos o sensaciones no reconocidos como propios) como en la presencia de estados mentales o partes disociadas, cada uno con un sentido de agencia (identidad) diferente.

CÓMO INTEGRAR TODOS ESTOS MODELOS Y HALLAZGOS

Lanius (2008) señala que muchas áreas con funciones integradoras han mostrado disfunciones en pacientes con TEPT y disociación.

1. El córtex prefrontal medial monitoriza y modula las emociones, ejerce un control inhibitorio de los mecanismos emocionales del sistema límbico, y está relacionado con la autoconciencia.

2. El giro cingulado anterior regula los cambios autonómicos ante los estímulos emocionales y la atención. Está también implicado en la integración de aspectos cognitivos y emocionales de la experiencia.

3. El tálamo es un filtro de la información sensorial (excepto la olfativa) y regula la conexión con el córtex.

El córtex prefrontal está hipoactivado en el TEPT, pero los hallazgos en este nivel no son claros para los trastornos disociativos. Si entendemos que los trastornos disociativos están relacionados no solo con el trauma, sino también con un apego desorganizado, sería de esperar una hipofunción a nivel prefrontal (Schore, 2000, 2001). Sin embargo, estas explicaciones son probablemente demasiado simplistas y los resultados empíricos son hasta la fecha insuficientes y contradictorios.

El papel de los opioides endógenos es complejo. No solo están implicados en la respuesta de congelación, sino también en las respuestas de apego temprano y su disfunción en la traumatización grave y posiblemente en la predisposición a la depresión y ansiedad. Todos estos factores están probablemente estrechamente relacionados.

Teicher, et al. (2002) desarrollan una teoría comprensiva que enlaza aspectos de la neurobiología del desarrollo infantil y las repercusiones del estrés crónico y

el trauma sobre el cerebro. Según estos autores, el estrés grave y el maltrato provocan una cascada de eventos con potencial para alterar el desarrollo cerebral. El primer paso de esta cascada es la programación de los sistemas glucocorticoide, noradrenérgico y vasopresina-oxitocina para aumentar la respuesta al estrés. Estas neurohormonas producen efectos en la neurogénesis, sinapsis y mielinización durante periodos especialmente sensibles. Las principales consecuencias son un reducido tamaño de las porciones medias del cuerpo calloso, menor desarrollo del neocórtex frontotemporal izquierdo, hipocampo y amígdala, junto con actividad eléctrica frontotemporal anormal y actividad funcional reducida del vermis cerebeloso. Estas alteraciones dan el sustento neurobiológico para explicar por qué el abuso temprano incrementa el riesgo de desarrollar TEPT, depresión, síntomas de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de personalidad *borderline,* TID y abuso de sustancias. Yendo un poco más allá, esta explicación nos ayudaría a entender por qué el espectro postraumático abarca patologías aparentemente tan diversas.

Forrest (2001) propone, basándose en el concepto de «estados comportamentales discretos» de Putnam (1997), lo que define como «modelo orbitofrontal» del desarrollo del TID. Este autor elabora a través del papel del córtex orbitofrontal un mecanismo neuroevolutivo para el surgimiento de múltiples representaciones del yo. Tiene en cuenta para ello la neurobiología del córtex orbitofrontal y su papel protector inhibitorio en la organización de la conducta, el desarrollo de regulación emocional, el desarrollo del yo y los procesos de reorganización cortical dependientes de la experiencia. Los autores defienden que el desarrollo madurativo dependiente de la experiencia del córtex orbitofrontal en ambientes abusivos tempranos, caracterizados por la discontinuidad en las interacciones diádicas socioafectivas entre el niño y el cuidador, puede ser responsable de un patrón de inhibición lateral entre subsets de representaciones del yo que normalmente están integradas en un yo unificado. La idea básica es que la discontinuidad en los entornos cuidadores se manifiesta en la discontinuidad en la organización del yo del niño en desarrollo.

En resumen, los procesos de memoria en situaciones traumáticas están alterados, presentándose unas características particulares en la memoria traumática. En este proceso parece estar implicado el sistema opioide y noradrenérgico. Otro grupo de disfunciones cerebrales vienen de la existencia de un apego temprano desorganizado o problemático, que parece relacionado tanto con las alteraciones neuroendocrinas como con la menor función de las áreas integradoras. En la traumatización temprana y grave y en la disociación parece existir una alteración en las funciones cerebrales más globales y de mayor complejidad. La regulación de

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

aspectos como la autoconciencia tiene un funcionamiento complejo y probablemente no esté asociado a áreas cerebrales circunscritas. Las explicaciones que enlazan neurobiología y psicopatología son todavía hipótesis que necesitan mayor fundamentación, pero en las que algunas piezas empiezan a encajar.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

8

CUERPO Y DISOCIACIÓN

LA SITUACION ACTUAL

Cuerpo y mente han sido analizados por el pensamiento científico occidental como entidades separadas, pese a que constantemente la realidad nos está cuestionando la validez de esta visión dicotómica. Cada vez más investigaciones presentan datos de la conexión del sistema nervioso con el inmunológico, endocrino... Todo está enlazado y esta separación artificial nos está confundiendo.

Otro problema añadido es el carácter puramente descriptivo y supuestamente ateórico de las clasificaciones internacionales de enfermedades mentales. Hemos caído en el error de creer conocer un fenómeno cuando somos capaces de ponerle un nombre. Como esto claramente no es así, cuando llegamos a un punto en el que los pacientes no encajan bien en nuestras descripciones, creamos una nueva para incluirlos. Esto ha llevado a una proliferación de nombres alrededor de lo somático que no nos sirve de mucho a la hora de abordar los casos y encontrar una vía terapéutica.

Buscando ya un enfoque diferente de este tema, la clasificación europea (CIE-10) incluye los trastornos conversivos en el mismo capítulo que los trastornos disociativos, afirmando la naturaleza disociativa de ambos. En la clasificación americana (DSM-IV) continúan clasificándose de modo separado, probablemente por influencia de los conceptos freudianos. Freud intentó distinguir entre represión, disociación, somatización y conversión. Los trastornos basados en este mecanismo se denominarán trastornos conversivos. Pese a que las ediciones recientes de las clasificaciones psiquiátricas han intentado centrarse en la descripción de los síndromes y no en la fisiopatología, en este caso concreto se ha mantenido el término

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

clásico, quizás por lo arraigado de su uso. Sin embargo, estas distinciones no son claras y la clasificación europea parece la más acertada en este terreno. Muchas veces los síntomas conversivos ocurren dentro de un trastorno postraumático crónico (Ross, 1989).

El trastorno por somatización también parece estrechamente vinculado con la patología disociativa, aconsejando más una clasificación conjunta que su ubicación en capítulos separados. Bliss (1986) refiere que el 42% de los pacientes con síndrome de Briquet reúnen también criterios para el trastorno de identidad disociativo (TID). Y el 76% de los pacientes inicialmente diagnosticados de TID cumplen también criterios para el trastorno por somatización. Putnam (1986) y Loewenstein encuentran una historia importante de somatización crónica y síntomas conversivos en muestras de hombres y mujeres con TID. Más del 97% de los casos de esta serie referían historias de abuso o trauma grave en la infancia. Otros estudios (Pribor, 1993) confirman también esta asociación entre trauma y síndrome de Briquet, abogando por la inclusión de ambos dentro del llamado «espectro postraumático». Saxe (1994) encuentra que la mayoría de los pacientes con trastorno de somatización reúnen también criterios para el trastorno disociativo, y que el grado de disociación se relaciona con el grado de somatización.

Algo parecido ocurre con los trastornos somatomorfos, en los que se encuentra una alta correlación con los trastornos disociativos. Según Rodin (1998), diversos estudios sugieren que puede encontrarse una historia de trauma y propensión a la disociación en estos pacientes. Los síntomas dolorosos y las disfunciones sexuales también están clasificados de modo separado, aunque las observaciones clínicas orientan a que son fenómenos disociativos (Nijenhuis, 2000).

Es evidente que se hace necesario modificar las clasificaciones, pero, sobre todo, articular modelos teóricos que nos permitan entender y tratar adecuadamente estos procesos.

EL TRAUMA Y EL CUERPO

El efecto del trauma en el individuo no puede entenderse como algo desprendido de lo corporal (Levine, 1997; Scaer, 2001; Ogden y Minton, 2000; Ogden, et al., 2006). La memoria implícita y, en concreto, según Scaer (2001), la memoria procedimental pueden expresarse como síntomas físicos que nos hablan del evento

traumático. Por ejemplo, una mujer presenta una parálisis en un brazo, cuyo origen desconoce. Al remitir la amnesia, recuerda un evento traumático en el que estaba siendo torturada. Durante este episodio su brazo derecho (el ahora paralizado) estaba atado. Ella estaba embarazada y trataba desesperadamente de soltar su mano para proteger a su bebé. Este acto defensivo que no pudo llevarse a cabo continuaba almacenado como una memoria implícita (Ramos, 2007).

Un trauma puede provocar trastornos mucho antes de que exista memoria declarativa, en fases preverbales del desarrollo (Chu, et al., 1996). Aquí solo encontraríamos rastros somáticos y quizás emocionales, pero no un recuerdo verbal de la situación traumática.

En traumas posteriores también encontramos recuerdos somáticos, que pueden estar completamente disociados de los aspectos cognitivos. Por ejemplo, una paciente responde a la pregunta de si ha sufrido abusos sexuales en la infancia presentando una intensa sensación física de náuseas y diciendo: «Yo no recuerdo que hubiera pasado, pero siento como si hubiera pasado».

La respuesta de congelación muchas veces supone el bloqueo de las respuestas proactivas (lucha y huida). Estas respuestas proactivas no llevadas a cabo porque no había posibilidad de luchar (por un mayor poder o autoridad del agresor) ni de huir (situación de *shock* ineludible) permanecen almacenadas en la memoria procedimental y se transforman en síntomas. Si observamos detenidamente estos síntomas, veremos que muchas veces tienen relación con estas respuestas congeladas o bloqueadas.

Por ejemplo, una paciente puede notar una sensación en la garganta que trata de salir, pero que se queda atascada. Hubiese querido gritar cuando fue agredida, pero se quedó paralizada y no salió ningún sonido de su boca. Una tensión en el brazo es la respuesta de lucha que no se produjo porque el sistema, para protegerse, optó por someterse al agresor. Una inquietud en las piernas corresponde a la respuesta de huida, que el organismo bloqueó ante la carencia de salidas viables.

Levine (1997) y Ogden, et al. (2006) trabajan sobre estas sensaciones, desbloqueando estas memorias almacenadas disfuncionalmente en el momento del trauma. Ogden, et al. (2006) y Ogden y Fisher (2008) destacan que la mayor parte de las orientaciones psicoterapéuticas prestan solo una atención marginal a los aspectos somáticos, partiendo de la idea de que se produciría una regulación de

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

«arriba abajo». Así, la terapia cognitivo conductual (TCC) centraría el trabajo en la parte superior (el neocórtex, la parte más evolucionada del cerebro triádico de MacLean) de este eje, suponiendo que los cambios en este nivel se transmitirán automáticamente a niveles inferiores. Las terapias psicodinámicas se basan en el trabajo con los elementos emocionales y en la conexión emocional con eventos pasados. Ogden señala que la conexión entre este trabajo a niveles organizativos cerebrales superiores y el nivel inferior sensoriomotor (el cerebro más primitivo, reptiliano) no se produce automáticamente. En realidad, todos tenemos esta experiencia, sea cual sea nuestra orientación: aunque algunos elementos pueden modificarse con el trabajo desde las cogniciones o las emociones, muchas veces los aspectos somáticos permanecen inmodificados o no se resuelven en la misma proporción que otros aspectos.

Ogden propone, por el contrario, una regulación de «abajo a arriba», no como opuesta sino complementaria a otros abordajes. En esta aproximación se exploran los síntomas repetitivos somáticos subyacentes, las inhibiciones del movimiento y las intrusiones somatosensoriales típicas del trauma no resuelto.

UN MODELO TEÓRICO INTEGRADOR: EL CONCEPTO DE DISOCIACIÓN SOMATOMORFA

Este concepto se inició en la psiquiatría francesa del siglo XIX. En esa época muchos autores se centraron sobre todo en las manifestaciones somáticas de la histeria
(Nijenhuis, 2000). Durante la Primera Guerra Mundial se describieron muchos casos de disociación somatomorfa entre los soldados traumatizados (Van der Hart, 2000).

La disociación somatomorfa y la psicológica son, como se comentó anteriormente, fenómenos estrechamente relacionados, pero no completamente superponibles (Nijenhuis, 2000).

Dentro del concepto de disociación somatomorfa se incluyen tanto síntomas negativos (anestesia, analgesia e inhibiciones motoras) como positivos (dolor localizado, convulsiones, síntomas somáticos intrusivos). Esta diferenciación ya había sido establecida por Janet, que los denominó «estigmas» y «accidentes mentales».

Recordemos la teoría de la disociación estructural de Van der Hart (2000), que recoge la distinción de Myers entre la personalidad aparentemente normal (PAN),

que se encarga de llevar adelante la vida cotidiana, y la personalidad emocional (PE), que contiene lo asociado con el trauma. Esta división está, según los autores, presente en cualquier trastorno derivado del trauma, desde el trastorno de estrés postraumático (TEPT) hasta el TID. En su forma más simple (una PAN y una PE), constituye lo que los autores denominan disociación estructural primaria. Cuanto más complejo es el trastorno disociativo (el extremo de mayor gravedad del espectro postraumático sería el TID), más se van fragmentando la PE (trastorno disociativo no especificado [TDNE] y trastorno límite de personalidad [TLP]) y la PAN (TID).

Las concepciones recientes de los trastornos disociativos o de conversión generalmente enfatizan los síntomas de disociación somatomorfa negativa, que implica una pérdida más o menos permanente de funcionalidad en la PAN: pérdidas de memoria, sensaciones, funciones perceptivas o motoras. En cambio, la PE se caracteriza más bien por reexperimentaciones sensoriomotoras traumáticas, que se experimentan como intrusiones por la PAN. La disociación somatomorfa es únicamente una de las formas de respuesta al trauma, estando comprendida en una teoría integradora global que abarca la disociación somatomorfa y psicológica.

CUERPO Y PSICOTERAPIA

En los modelos teóricos de disociación lo somático está generalmente presente. Uno de los más relevantes es el modelo BASK (Braun, 1988a, 1988b). Las iniciales corresponden a *behavior* (conducta), *affect* (emoción), *sensation* (sensación somática) y *knowledge* (conocimiento). Según este modelo, la información es procesada a lo largo de estos cuatro niveles y un funcionamiento integrado requiere que todos ellos estén presentes de modo sincrónico. La disociación ocurre cuando alguno de estos elementos está desconectado del resto; por ejemplo, un individuo puede tener una reacción emocional sin entender a nivel cognitivo por qué se produce; o a la inversa, puede tener un conocimiento racional de una situación, que no se corresponde con su respuesta emocional. Con las sensaciones ocurre lo mismo: una persona siente que algo le aprieta la garganta y este puede ser el único componente de una experiencia previa de agresión a la que no puede acceder a niveles cognitivos o emocionales.

Los modelos de psicoterapia más ampliamente aceptados, como la TCC, están basados únicamente en una parte de este esquema: conducta y cognición. La

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

emoción y lo somático se quedan fuera o como elementos accesorios. Por ello el trabajo terapéutico se realiza más sobre la memoria explícita o declarativa que sobre la memoria implícita. Van der Kolk (2001) señala que la psicoterapia tradicional se ha centrado en construir una narrativa que explique por qué una persona siente de un modo particular, con la expectativa de que, entendiendo el contexto en el que se generaron, los síntomas (sensaciones, percepciones, emociones y reacciones físicas) desaparecerán. Sin embargo, esta asunción básica está lejos de haber sido demostrada, como señalaban Ogden y Minton (2000).

Otro modelo, propuesto por Levine (1997), es el SIBAM. Este modelo enfatiza los aspectos somáticos de la respuesta traumática, que según el autor se compone de distintos elementos (que corresponden a las siglas en inglés): *sensaciones* (respuestas cinestésicas y propioceptivas), *imágenes* (representaciones internas de estímulos externos, incluyendo los visuales, auditivos, táctiles, gustativos y olfatorios), *conductas* (voluntarias e involuntarias, incluyendo las gestuales, emocionales, posturales, autonómicas y arquetípicas), *afectos* (incluye la emoción, pero es más amplio) y *significado* (incluye, pero es más extenso, cognición, pensamiento y conocimiento). Levine, a partir de este modelo conceptual, propone un tipo de terapia centrado primordialmente en la sensopercepción, insistiendo en la diferencia entre esta y la emoción. Enseñando al individuo a ser consciente de su sensopercepción y permitiendo al cuerpo procesar los elementos traumáticos, el trauma se resolvería. Según Levine, los animales, al no intentar controlar desde lo racional o emocional las percepciones somáticas básicas, conservarían su capacidad de autocuración del trauma. En los seres humanos esta capacidad se perdería, debido al intento de «controlar» la sensopercepción, que queda de este modo bloqueada y genera la patología postraumática. En esta misma línea están las teorías y propuestas terapéuticas de Scaer (2001), así como los modelos terapéuticos de Rothschild (2000) y Ogden (2006).

La terapia sensoriomotora de Pat Ogden (2006) es particularmente interesante, ya que ofrece un abordaje predominantemente somático de la patología psíquica, pero fundamentando este de un modo muy sólido en la teoría de la disociación estructural (Van der Hart, et al., 2006). Ogden y Fisher (2008) describen la interrelación entre trauma, apego y disociación, su repercusión en el cuerpo y el tratamiento a partir de intervenciones desde lo somático.

La psicoterapia evoluciona hacia la integración de distintos modelos ya existentes, superando antiguas visiones polarizadas. Y surgen además modalidades

terapéuticas completamente nuevas y muy interesantes, que trabajan con todos los elementos cognitivos, emocionales y somáticos. Un buen ejemplo de este tipo de tratamientos es el EMDR* (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) de Shapiro (2004). El esquema básico de esta terapia, desarrollada inicialmente para el TEPT, consiste en focalizar la atención del paciente en una imagen de la escena traumática, identificando una cognición negativa asociada (y una cognición positiva alternativa), una emoción predominante y una sensación somática. Partiendo de todos estos elementos, se hace una estimulación bilateral alternante del cerebro y se pide al paciente que comente las imágenes que vienen a su mente, de modo espontáneo. La persona va asociando escenas, con sus correspondientes emociones y sensopercepciones, hasta terminar en una escena positiva o neutra. Repitiendo estas cadenas asociativas, la escena traumática se va procesando y la emoción disfuncional se va neutralizando y descargando. El efecto de estas intervenciones es a veces asombrosamente rápido y eficaz.

En resumen, no podemos trabajar con pacientes disociativos si no tenemos en cuenta los síntomas y reacciones corporales. Algunos tipos de terapia ya incluyen entre sus elementos lo somático. Si no es así en nuestro caso, habremos de potenciar nuestra formación en esta área. Corremos el riesgo, si no lo hacemos, de dejar al margen del tratamiento una parte fundamental de lo que le ocurre al paciente.

* EMDR es un método inicialmente diseñado para el estrés postraumático. Es fruto de un descubrimiento casual del efecto desensibilizador de los movimientos oculares sobre pensamientos desagradables. A raíz de este hallazgo, Shapiro desarrolla un procedimiento para el tratamiento del trauma que implica un procesamiento de información y no solo el efecto desensibilizador. Se trata de un método integrativo, en el que se trabaja con componentes emocionales, cognitivos y somáticos asociados a la imagen traumática. Asimismo, el paciente enlaza espontáneamente circunstancias actuales con situaciones previas, consiguiéndose que escenas pasadas dejen de condicionar reacciones recientes. Las guías clínicas internacionales lo han reconocido como un método eficaz y avalado científicamente en el tratamiento del TEPT. Su aplicación en los trastornos disociativos requiere conocer en profundidad el esquema de trabajo con pacientes disociativos y tiene particularidades importantes en estos casos.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

II. TRATAMIENTO

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

9

TRATAMIENTO: ASPECTOS GENERALES

¿VALE LA PENA PROFUNDIZAR EN EL TEMA?

Es evidente que, si el lector ha llegado hasta aquí, el tema le despierta al menos curiosidad. Pero ¿realmente tiene relevancia clínica? ¿Nos va a aportar algo a la hora de trabajar con nuestros pacientes?

Es una pregunta importante en los tiempos que corren. En psiquiatría y psicología tenemos la experiencia de que constantemente surgen nuevas etiquetas diagnósticas, en una proliferación de nombres que muchas veces ha aportado más confusión que claridad. La patología mental es difícil de clasificar y, conforme vamos encontrando casos que no encajan en los diagnósticos habituales, diseñamos una nueva denominación para esos «casos intermedios». Por ejemplo, todas las categorías dentro del campo de los cuadros psicóticos: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizotípico... no aportan mucho a la hora de abordar estos casos; lo que nos interesa en la práctica clínica es ubicar o no al paciente dentro del campo de la psicosis esquizofrénica, ya que esto tiene implicaciones terapéuticas y pronosticas importantes. Sabemos que hay un contínuum de gravedad dentro de estas patologías y con eso nos basta. El nombre poco aporta.

¿Ocurre lo mismo con los trastornos disociativos? ¿Es un hallazgo accesorio e irrelevante para el tratamiento? ¿Haremos lo mismo con este paciente si presenta clínica disociativa importante o no? ¿No será mejor «dejarlo correr» y centrarnos en el resto de la sintomatología?

La última pregunta no es trivial por dos motivos. El primero es que, pese a que hayamos podido cuestionarnos a través de los capítulos anteriores la creencia de

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

que cuando nos centramos en los síntomas disociativos de los pacientes los magnificamos o los hacemos más intensos, es fácil que el lector siga en este punto del libro sintiendo esta creencia como cierta. Nuestra experiencia con compañeros de trabajo con los que hemos debatido todos estos temas es que, pese a aceptar tras comprobarlo por sí mismos entre sus propios pacientes la existencia de una patología disociativa «solapada», a la hora de trabajar con ellos seguían manteniendo los mismos prejuicios sobre estos casos. Esta adhesión a nuestros constructos previos es directamente proporcional a los años de experiencia clínica. Es obvio que, si no tenemos apenas ideas prefijadas, valoraremos lo que se nos plantee con total neutralidad.

El segundo motivo por el que nos diremos a nosotros mismos que es mejor no meterse en el terreno de lo disociativo es que vemos este territorio como pantanoso. «Si me meto con esto, no voy a saber por dónde salir». Esto también tiene algo que ver con los años trabajados. Tenemos nuestros mapas y nuestras referencias y, aunque en algunos casos esos mapas no nos orienten bien sobre cómo abordar algunos casos, son nuestros esquemas de trabajo. Algunas nuevas teorías son más asumibles: encajan bien en los esquemas que ya tenemos, no nos exigen un replanteamiento de los presupuestos básicos de nuestra forma de funcionar. Creo que por ello un constructo tan difícil de definir como el del trastorno límite de personalidad (TLP) ha sido fácilmente aceptado. Y el hecho de que algunas de las terapias que han demostrado empíricamente ser útiles vengan de lo cognitivo-conductual (como es el caso de la terapia cognitivo-dialéctica de Linehan, [2003]) hace más sencillo asimilar sus presupuestos. Las fuentes teóricas que alimentan el terreno de la disociación son más diversas y requieren una reordenación de nuestros pilares conceptuales. Por ello es más fácil que genere en nosotros resistencia.

¿QUÉ TIENE DE DIFERENTE LA TERAPIA DE ESTOS PACIENTES?

1. ABORDAR ESPECÍFICAMENTE LA FRAGMENTACIÓN

Si partimos de la teoría de la disociación estructural, la fragmentación de la personalidad por el trauma es el mecanismo central de los trastornos disociativos y de todos los cuadros de base traumática. Por ello incidir de forma básica en restaurar esta fragmentación habrá de ser el elemento central de la terapia. Para poder hacerlo hemos de tener en cuenta que existen distintos estados mentales en el paciente, y debemos manejar técnicas específicas que nos permitan manejar estos aspectos.

Hay estudios empíricos que muestran que no abordar directamente la fragmentación de la personalidad y los síntomas disociativos conlleva un peor pronóstico que trabajar específicamente con estos síntomas. Kluft (2003) afirma que virtualmente todos los tratamientos eficaces publicados encuentran útil, incluso esencial, trabajar con las partes disociadas. Según el mismo autor, solo el 2-3% de los pacientes diagnosticados de trastorno de identidad disociativo (TID), que es el trastorno disociativo más grave, alcanzan la integración sin haber pasado por un tratamiento que incluya específicamente el trabajo con las partes o estados mentales. Perjudicaremos más al paciente no haciendo nada, pero es cierto que debemos saber qué hacer.

2. EL GUIÓN O LÍNEA DIRECTRIZ

Las fases del tratamiento están establecidas en las guías clínicas de la ISSD (Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación). Es necesaria una fase de estabilización y establecimiento de seguridad, una segunda de trabajo con el trauma y, por último, un trabajo específico de integración de las partes disociadas. Es contraproducente ignorar la fragmentación y la presencia de un trastorno disociativo, y la base traumática de este. Pero igual de problemático puede ser ir directamente a tratar los graves recuerdos traumáticos de estos pacientes, sin cuidar primero que la persona esté en condiciones de poder manejar y elaborar estos recuerdos de un modo y a un ritmo adecuados. Por ello es de vital importancia esta primera fase de estabilización y seguridad.

3. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Los pacientes con traumatización grave presentan problemas muchas veces complejos en la relación terapéutica. Estos problemas tienen su raíz en el apego disfuncional que con frecuencia se presenta en la infancia de estas personas, así como en las experiencias traumáticas. Algunas de estas dificultades relacionales son del tipo de las que encontramos en el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad, en particular el TLP. Ya hemos comentado anteriormente que al menos una mayoría de estos pacientes presentarían una disociación estructural secundaria. Desde el modelo del trauma (Ross, 2000) un amplio grupo de patologías compartirían una base traumática. Comentaremos en capítulos posteriores aspectos particulares de la relación terapéutica en estos pacientes.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

4. LAS TÉCNICAS

Existen técnicas específicas, procedentes de diversos campos teóricos. Muchas de las herramientas son adaptaciones de técnicas de diversas escuelas, aplicadas al trabajo con trastornos disociativos. Podemos hacer trabajo cognitivo sobre las graves distorsiones que presentan estos pacientes, entendiendo cómo se generan y qué distintos estados de conciencia pueden presentar diferentes distorsiones cognitivas. Podemos trabajar con un modelo sistémico sobre la relación entre las distintas partes en que está fragmentada la conciencia y la identidad del paciente. Los conceptos psicodinámicos son aplicables a la relación con el paciente, siempre que entendamos que esta relación puede cambiar según el fragmento de la mente del paciente con el que nos estemos relacionando en un momento dado. Todas las técnicas que solemos manejar pueden tener su utilidad, siempre que tengamos un guión, un mapa para saber dónde aplicarlas y unos objetivos terapéuticos definidos.

Numerosos autores han elaborado técnicas e intervenciones específicas (Phillips y Frederick, 1995). No nos extenderemos en describirlas, ya que esto excedería los límites de un libro introductorio como este.

EL ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Todos hemos tratado a muchos de estos pacientes, aunque no los hayamos diagnosticado como tales, sino que los habremos abordado desde los otros síntomas que presentan. Sin embargo, los estudios sobre este grupo de población suelen mostrar un gran número de diagnósticos diferentes y de tratamientos ineficaces (Ross, 1989).

Aun cuando se diagnostiquen los síntomas como disociativos, por lo general en Europa no suelen entenderse en términos de fragmentación mental o estados mentales. Como se comentaba en el capítulo 2, en nuestro país solemos manejar un concepto de disociación «horizontal», de algún modo relacionado con los conceptos de consciente e inconsciente, o bien referido a disminución del nivel de conciencia o estrechamiento del mismo.

Recordemos que en este libro se parte de la ¡dea de la disociación como fragmentación de la conciencia (concepto «vertical» de disociación). Por ello,

el tratamiento incluirá necesariamente el abordaje de dicha fragmentación y un objetivo importante será la integración de los elementos disociados. Este no será por supuesto nuestro único objetivo, ya que hemos de procurar mejorar el nivel de funcionamiento mental general del paciente, lo que Van der Hart, Steele y Nijenhuis denominan eficiencia mental, así como ayudar a la persona a vivir en el presente, dejando de estar condicionada por las experiencias traumáticas previas. El individuo habrá de adquirir un nivel de conciencia más desarrollado, dando un significado distinto tanto a sus experiencias previas como a su modo de estar en el mundo (*realization*). Sin embargo, tener en cuenta la fragmentación es fundamental y es lo que más se aparta del abordaje psicoterapéutico habitual.

Kluft clasifica las terapias recibidas por estos pacientes en tres grupos:

a. Rigidez procusteana:

En la cama de Procusto siempre se cabía: al que no, le cortaban las piernas para hacerlo entrar. Aquí el terapeuta fuerza el diagnóstico y el tratamiento para hacer encajar a estos pacientes en la teoría a la que se adscribe el profesional. Esto ocurre más fácilmente en personas con más años de experiencia. Uno de mis pacientes había sido valorado previamente por distintos terapeutas. Varios lo habían diagnosticado de trastorno esquizofreniforme porque, entre otras cosas, oía voces. Pero la historia estaba plagada de notas que mostraban la disconformidad de las propias personas que hacían el diagnóstico, como: «los síntomas son psicóticos, pero el contacto no encaja...»; «oye voces, pero no parece esquizofrénico...».

b. Minimización:

Los síntomas disociativos son reconocidos, pero se los ignora o resta importancia, confiando en que esto lleve a su desaparición y pensando que trabajar sobre ellos equivaldría a «reforzarlos». Los síntomas disociativos son interpretados como «llamadas de atención» (una de las frases más dañinas de la terminología psiquiátrica) y esto genera una actitud negativa por parte del terapeuta.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

c. Terapias que abordan de modo central los síntomas disociativos:

Contra lo que opinan los enfoques minimizadores, hay diversos estudios que muestran que los enfoques que trabajan con los síntomas disociativos específicamente, lejos de potenciarlos, consiguen mejorías a largo plazo mucho mayores que aquellos que se centran en el resto de la psicopatología de estos casos (Kluft, 1985, 2005). Por el contrario, no existe ningún estudio empírico que demuestre que prestar atención a estos síntomas conlleve un peor pronóstico para estos pacientes.

Kluft (1984) describe una serie de 123 casos con diagnóstico de TID que acuden a su consulta privada, de los cuales el 89% alcanza la integración, el 3% continuaba en tratamiento y el 11% había evolucionado mal (incluyendo no integración, abandonos y fallecimientos). Hay que tener en cuenta que se trata de pacientes en la consulta privada de una persona con prestigio en el campo de la disociación; ello, sin duda, influye en el tipo de pacientes que describe, pero los resultados son contundentes.

Coons (1986) siguió a 20 pacientes en tratamiento con distintos terapeutas durante más de tres años. Cinco alcanzaron la integración y dos tercios habían mejorado de modo importante. Ellason y Ross (1997) realizan un seguimiento de 54 pacientes ingresados en una unidad específica de trastorno disociativo. El 23% había alcanzado la integración y como grupo había evolucionado muy favorablemente.

Es decir, tenemos evidencias empíricas de que los abordajes específicos producen mejores resultados, incluso en los casos más graves con diagnóstico de TID. Por el contrario, no se ha sustentado más que con opiniones la idea de que abordar directamente la fragmentación incrementa o potencia los síntomas, empeorando el pronóstico.

TERAPIAS ORIENTADAS A LOS SÍNTOMAS DISOCIATIVOS (FRAGMENTACIÓN): OBJETIVOS

Dentro de las terapias que abordan específicamente los síntomas disociativos, entendidos como fragmentación, existen distintos abordajes, según el objetivo final que planteen para el tratamiento. Podemos agruparlas en tres tipos:

1. *Los enfoques integracionistas*

   Creen que el objetivo debe ser la integración de las partes disociadas.

2. *Los abordajes focalizados en la personalidad*

   Defienden que en los individuos normales existen diferentes estados mentales y que la división, y no la integración, es el funcionamiento normal. Se centrarán, por tanto, en buscar una optimización de la organización interna.

3. *Adaptacionalismo*

   Son enfoques más pragmáticos, que se centran en mejorar el funcionamiento del paciente y en disminuir los síntomas.

Existe un importante debate entre estas tendencias, pero los pacientes, que acostumbran siempre a ponernos en nuestro sitio, serán probablemente los que marquen el tipo de trabajo posible. Una de nuestras pacientes, que podríamos denominar de «alto funcionamiento», experimentó una fusión espontánea de sus partes disociadas después de cierto tiempo de trabajo con ellas. Otros pudieron hacerlo con más ayuda. En algunos casos los pacientes prefirieron no llegar a fusionarse con sus estados disociados, pero alcanzaron lo que podría denominarse una «convivencia pacífica». En los pacientes más graves el trabajo con las partes fue casi imposible, pero se ha podido mejorar parte de sus conductas disfuncionales. Por supuesto, ha habido casos que no han mejorado en absoluto (aunque, contra la ¡dea que solemos tener sobre estos cuadros, no han sido la inmensa mayoría).

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DISOCIATIVOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Caul (1988) menciona una lista de factores que influyen en que el pronóstico sea más desfavorable en casos de TID:

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

1. Duración de tratamientos previos después del diagnóstico de TID.

2. Número de terapeutas que han tratado al paciente después de que se diagnosticara adecuadamente.

3. Mucha inversión de energía y narcisismo en la separación de las partes.

4. Preocupación en descubrir una y otra vez material traumático, en lugar de centrarse en la resolución.

5. Actitud violenta presente de forma prolongada.

6. Alto grado de confabulación.

7. Persistencia de luchas de control o intentos de dominar la terapia.

8. Implicación escasa o nula en el cambio.

En cuanto a la evolución, Kluft (2002) comenta respecto al TID que podríamos encontrarnos con tres perfiles diferentes de pacientes disociativos:

A. Respondedores rápidos o TID de alto funcionamiento

Son personas con recursos significativos a nivel psicológico, interpersonal, social, vocacional y financiero. La comorbilidad psicológica es escasa y tienen pocos rasgos de trastorno de personalidad. Pueden presentar conductas que recuerdan al TLP, pero responden mucho más rápidamente a la terapia que las personas con un TLP más nuclear. Son capaces de aprender a manejar niveles altos de malestar y se consigue pronto una buena alianza terapéutica. Es posible que hayan tenido alguna hospitalización, pero suelen ser tratados ambulatoriamente. Probablemente sus mayores recursos hacen que estén sobrerrepresentados en muestras de pacientes privados.

B. Grupo intermedio o complejo

Tienen alta comorbilidad, presentan un trastorno de personalidad importante y recursos pobres a todos los niveles. Es difícil valorar que el paciente

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

tiene estas características en las primeras etapas del tratamiento, ya que pacientes con TID aparentemente muy caóticos pueden a veces evolucionar rápida y favorablemente con una terapia adecuada. En cambio, otros presentan rasgos de personalidad *borderline* más arraigados y estructurales, comorbilidad con abuso de sustancias, daño cerebral, trastornos alimentarios, enfermedades médicas y trastornos depresivos complejos. Las relaciones interpersonales y de pareja suelen ser problemáticas. A nivel personal, presentan mayor dependencia, baja autonomía, un *locus* de control externo, culpabilización y autopreocupación (Horevitz y Loewenstein, 1994). Su tratamiento evoluciona mucho más lentamente que el del primer grupo y sus posibilidades de llegar a una integración completa son más reducidas. Sin embargo, pueden beneficiarse en muchos niveles con el tratamiento adecuado.

C. Grupo de bajo funcionamiento, crónico, de peor pronóstico (Caul, 1988)

Se caracteriza por manifestaciones patológicas más graves, episodios psicóticos ocasionales que sugieren trastornos comórbidos del espectro esquizofrénico o bipolar, lo que se denominaba antiguamente «psicosis histérica» (psicosis no especificada). Suelen estar inmersos en relaciones abusivas y frecuentes conductas autolesivas o antisociales. No son candidatos a la terapia orientada a la integración a menos que mejoren enormemente con el tratamiento de apoyo. Este grupo constituye del 10% al 33% de los pacientes que cumplen criterios de TID. La prevalencia mayor corresponderá probablemente a las consultas públicas y será también más alta en dispositivos de urgencias y hospitalización.

Teniendo en cuenta que el TID es el más grave de los trastornos disociativos, con un mayor grado de fragmentación, en el extremo de mayor severidad del espectro postraumático, las posibilidades de recuperación son importantes y avalan el empleo de terapias específicas. Estos resultados serían trasladables al menos a los cuadros de trastorno disociativo no especificado (TDNE) con características similares al TID, aunque no reúnan todos los criterios para dicho diagnóstico. Los casos con menor grado de fragmentación pueden beneficiarse de las intervenciones más específicas del TID en asociación con diversos tipos de terapias orientadas al estrés postraumático simple.

© EDICIONES PLÉYADES. S.A.

10

LA RELACIÓN CON EL PACIENTE DISOCIATIVO

La interacción que describíamos en el capítulo anterior puede parecer bastante rara para quien no se haya aventurado en este tipo de tratamientos. Es fácil que la primera vez que le planteemos a un paciente hablar con sus voces nos sintamos bastante extraños. Pero una vez familiarizados con este tipo de entrevista, veremos que se trata de un manejo técnico como cualquier otro de los que empleamos en clínica y tendremos ocasión de comprobar los efectos beneficiosos de estas intervenciones.

Sin embargo, esta no es la parte complicada del tratamiento de estos pacientes. Lo más complejo tiene que ver con dificultades relacionales que pueden sernos familiares en el manejo de otros casos: los trastornos de personalidad graves, por ejemplo. Los pacientes con trastornos disociativos no han de tener obligatoriamente una personalidad patológica, aunque un grupo de ellos presenta dificultades de manejo similares a las del trastorno límite de personalidad (TLP). No pocos casos de trastorno de identidad disociativo (TID) que hemos tratado habían sido diagnosticados por otro profesional como TLP y realmente cumplían criterios para ambos.

CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON EL PACIENTE DISOCIATIVO

Con algunos pacientes hay dificultades muy graves en la relación terapéutica, entre las que destacaríamos:

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

A. LA DIFICULTAD PARA MARCAR UNOS LÍMITES DEFINIDOS Y FIRMES, PERO FLEXIBLES

Si aceptamos que los trastornos disociativos tienen un origen traumático infantil sumado a la falta de un apego seguro en las primeras etapas de la vida, es fácil entender que estas personas no pueden tener interiorizado un concepto adecuado de límite interpersonal. Con ellos todos han sido vulnerados: la relación padres/hijos, que debe ser de atención y protección, se convierte en agresión; ni siquiera el cuerpo desde un punto de vista físico es un límite seguro, ya que con frecuencia ha sido invadido. Los límites psicológicos son también sistemáticamente atacados.

El paciente disociativo en ocasiones presenta al terapeuta una exigencia de atención desmedida, que debe ser tratada con sumo cuidado y con iguales niveles de firmeza y flexibilidad, explorando siempre las reacciones emocionales a este tipo de intervenciones (por ejemplo, una derivación a otro profesional puede ser vivida como abandono). También a la inversa, muchos de estos pacientes terminan invadiendo (o al menos intentando hacerlo) los límites del terapeuta, haciendo preguntas personales a este y pretendiendo cambiar el tipo de relación: es frecuente que intenten pasar de una relación terapéutica a otra de amistad o de familiaridad, por ejemplo, haciendo regalos o favores al terapeuta, intentando «garantizar» la relación. Este tipo de actitudes del paciente también deben ser manejadas cuidadosamente, explicando la necesidad de mantener un marco estable en la relación aceptando los sentimientos del paciente, pero resituando las cosas.

B. LA TENDENCIA A ENTRAR EN PATRONES RELACIONALES DE REVICTIMIZACIÓN, EN LOS QUE FÁCILMENTE PODEMOS VERNOS INMERSOS

No es infrecuente que una persona que ha sufrido maltrato físico en la infancia, cuando se hace adulta, tenga una pareja maltratadora. Entendiendo esto desde un modelo de causalidad circular, no solo es la elección de pareja lo que entra en juego, sino que las conductas del propio paciente acaban generando conductas hostiles. Una persona que ha crecido en un ambiente extremo, con figuras que le agredieron, es fácil que acabe dividiendo a las personas en víctimas y agresores. Ser el agresor es inaceptable, la rabia es una emoción rechazada. Solo queda el papel de víctima, y cada rol precisa un rol recíproco complementario (Ryle y Kerr, 2006**).**

La preocupación del paciente por controlar al terapeuta puede producir en este frustración y exasperación (Kluft, 1994). Detrás de esto hay mecanismos psicológicos a veces muy complejos. Por ejemplo, el paciente puede atribuir al terapeuta rasgos del abusador, poniendo además en marcha una serie de provocaciones más o menos sutiles, que llevan a este a encajar en el rol que se le ha adjudicado (por ejemplo, el terapeuta acaba siendo agresivo con el paciente, encajando en el mismo rol recíproco que el padre maltratador). O bien a la inversa, el paciente puede asumir el rol del maltratador, como el único modelo conocido de tener poder y control en las relaciones. La gran cantidad de acusaciones o agresiones que se generan desde esta diada relacional puede ser difícil de manejar para el terapeuta y pasa por diferenciar la situación presente, y sus participantes, de la escena traumática original.

Como terapeutas debemos cuidarnos mucho de no entrar en este bucle, no asumiendo ninguno de los dos extremos del mismo. Esto resulta a veces una tarea agotadora, en la que los pacientes pueden alternativamente agredirnos (de diversos modos) o sentirse agredidos por nosotros, generando en ocasiones reacciones punitivas en el terapeuta. Si pensamos un momento en las «terapias» habituales con pacientes «histéricas» en Urgencias, veremos que no hemos estado tan lejos del rol agresivo. Deberemos estar continuamente recolocándonos, saliéndonos de este peligroso juego, metacomunicando.

La tendencia a la revictimización puede deberse a diversos factores y es frecuente que ocurra en muchas relaciones interpersonales del paciente (Orengo-García, 2002). Este fenómeno puede generar sentimientos de impotencia y desesperación en el terapeuta, tras haber invertido un considerable esfuerzo en ayudar al paciente a adquirir perspectiva sobre este problema. Superar estas situaciones suele necesitar un continuo trabajo, en el que se afronte cada nueva situación que se va presentando con el mismo apoyo que en las etapas iniciales (Kluft, 1994). Puede haber una tendencia a desimplicarse afectivamente del paciente o a sentir frustración y culpabilidad por no poder resolver los problemas de este. La frustración también puede generar reacciones agresivas contra el paciente. Ser conscientes de nuestras reacciones emocionales, comentarlas con otros compañeros o supervisar estos casos nos ayuda a mantener el nivel de implicación adecuada en las distintas etapas y situaciones de la terapia.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

C. LA MOTIVACIÓN PARA LA TERAPIA HA DE SER A VECES EL ÁREA PRIORITARIA DEL TRABAJO TERAPÉUTICO: ILUSIÓN *VERSUS* DESESPERANZA

Un paciente que ha crecido en un entorno sin apoyo, sufriendo un maltrato repetido a lo largo de los años, probablemente no verá el futuro con ilusión. Probablemente no verá ningún futuro. Tiene la experiencia de que el dolor no parece ir a terminar nunca, durante años no ha visto una salida a su situación. En muchas ocasiones gran parte del esfuerzo terapéutico deberá centrarse en lograr modificar esta posición.

Pero esto también esconde una trampa. La indefensión aprendida del paciente, el rol de sumisión que ha debido jugar durante años, puede repetirse con nosotros. Nuestros intentos de empujarle hacia delante pueden ser vividos por él como intentos de dominación. Dejar de intentarlo nos deja en manos de la desesperanza del paciente: es una víctima del dolor y nadie le rescata de él. A veces incluso la única forma para esta persona de sentir dominio sobre algo, es resistirse a la terapia. Salir de esta paradoja es en ocasiones una labor titánica.

En ocasiones el paciente viene en el estado contrario. De pronto ve la salida y somos nosotros los que podemos salvarle. Todo va a ir bien, realiza planes o elabora soluciones que vemos basadas en una ilusión desmedida. Cualquier posicionamiento extremo debe alertarnos sobre la necesidad de encontrar un equilibrio. Trabajar en una ilusión realista es tan importante como hacerlo sobre la desesperanza, y puede ayudar a prevenirla.

A veces un trabajo cognitivo resulta de mucha utilidad. Un paciente había acudido por episodios de irritabilidad y tendencias agresivas, aunque nunca había llegado a realizarlas. Tenía una familia de origen terriblemente desestructurada y entre sus seis hermanos él era el único que había conseguido llevar una vida adaptada, con una familia propia y un trabajo. Su hermano vivía como un mendigo y le habían retirado la tutela de sus hijos, pese a los desesperados intentos del paciente por ayudarle. Esta situación generaba en él sentimientos de culpa y cogniciones de que no merecía ser feliz: «Es como si le estuviera robando la vida a otros». Esto estaba directamente relacionado con la no asistencia a terapia; sentía que él no merecía ser cuidado, se veía ridículo viniendo y creía que otros merecían más nuestro tiempo. Cuestionando las cogniciones distorsionadas y entendiendo el origen de estas, el paciente empezó a acudir regularmente.

Otras veces es necesario evidenciar la situación relacional en la terapia y demostrar cómo esta se conecta con experiencias del paciente. Una mujer con TID, en principio motivada para la consulta, empieza a poner objeciones para venir. Hablamos acerca de la situación relacional; le digo: «Parece como si, en cuanto hay algún día bueno, empezaras a buscar argumentos para no venir. La sensación que me da es como si no pudiésemos poner energía en mejorar, como si esto fuese algo malo... Desde mi lado tengo la sensación de estar en una especie de trampa; ¿tú te has sentido alguna vez así?...». Muchas veces las sensaciones que se generan en el terapeuta son un espejo de las sensaciones vividas por el paciente, como lo fue en este caso. Ella reconoce que se sintió así durante toda su infancia, que tuvo que acostumbrarse a que las situaciones malas se repetirían y que nunca podría salir (indefensión aprendida). Explicar que esa reacción era lógica en aquel momento, pero que ahora ya no necesita seguir empleándola, ayudó a desmontar esa pauta de funcionamiento. También fue necesario hacer trabajo con las partes, sobre todo con una parte agresiva que quería castigar a la personalidad principal y pensaba que no merecía ser feliz. Reformulamos la actitud de esta parte como una protección frente a la desilusión: «A veces matamos la ilusión porque es tan doloroso cuando se rompe una y otra vez que consideramos preferible no tener ninguna». Este trabajo debió retomarse en varias ocasiones a lo largo del tratamiento, pero permitió que la terapia avanzase y que el estado de la paciente fuera mejorando.

Este es un elemento central en la terapia del trauma complejo. El paciente habrá de interiorizar, gracias a la paciente y continuada ayuda del terapeuta, que ha renunciado a la esperanza porque de niño no tenía opciones, y allí y entonces la resignación era la única posibilidad de tolerar aquello. Pero que ahora, como adultos, siempre tenemos opciones. Podemos elegir, podemos decidir. Las cosas ahora pueden ser distintas, y es el paciente el que escribe el guión en la vida que tiene por delante.

D. TERAPIA *VERSUS* CRISIS

A veces el tratamiento de un paciente disociativo es una continua carrera de obstáculos. Las crisis son constantes y nos resulta difícil dejar el rol de «apagafuegos». Una paciente presentaba numerosas conductas alteradas, sobre todo de agresividad, dirigida en ocasiones contra figuras de autoridad. Esto tuvo como consecuencia varios procesos judiciales. Cada citación, cada comparecencia, más los meses de tensión anticipando esos días y los meses de elaboración posterior, copa-

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

ban el tiempo de la consulta. Chu (1998a) comenta que algunos de estos pacientes tienen una especie de «adicción a las crisis»: aunque las experimentan como algo muy desagradable, de algún modo les liberan de luchar con sus demonios internos. Muchos han vivido permanentemente en una crisis, lo que se traslada a la terapia. Esto deja poco tiempo para el trabajo que perfilaremos en los capítulos posteriores y tendremos que hacer un esfuerzo continuo para que el tratamiento no pierda su rumbo.

En la medida de lo posible, siguiendo la filosofía general con estos pacientes, hemos de aprovechar las crisis como una fuente de experiencia para superar los problemas e intentar aprender de ellas. Muchas veces una descompensación nos avisa de aspectos problemáticos que no resultan evidentes. Es importante dilucidar si esta situación se relaciona con algo que ocurrió en la sesión o en la relación terapéutica, si se ha disparado por algún evento en la vida del paciente o si se corresponde con un proceso interno.

Un ejemplo de lo primero es el siguiente paciente con trastorno disociativo no especificado (TDNE). En la sesión anterior negociamos con una parte disociada una tregua en conductas agresivas de riesgo. En la siguiente sesión lo ve otro compañero que hace una entrevista estándar con el paciente. Tras esto, se produce una nueva agresión. Explorando los motivos para ello, la parte disociada afirmó haberse sentido ignorada y engañada tras nuestro pacto de que la tendríamos en cuenta.

Otra paciente presentó una descompensación en clara relación con un problema familiar. La madre era una mujer muy hostil, con frecuentes comentarios descalificadores, pero no tenía mucho contacto con ella. En un momento de mayor fragilidad, varias situaciones desagradables con la madre generaron una crisis y la emergencia de los sentimientos de infravaloración e indefensión que siempre había tenido.

Por último, una mujer en tratamiento por un trastorno disociativo empieza a tener, cuando su terapia va evolucionando, imágenes, sueños y sensaciones que hacen pensar en un posible abuso sexual en la infancia, para el que presenta amnesia. Aunque la emergencia de estos elementos puede indicar un progreso en su terapia, el contacto con un material tan perturbador como para haber estado durante toda su vida apartado de la conciencia conllevó un importante estado depresivo que hubo de ser tratado farmacológicamente.

En resumen, hemos de leer el significado de las crisis y procurar mantener la dirección del proceso terapéutico, al tiempo que atendemos las situaciones puntuales.

E. EL PROBLEMA DE LA RESPONSABILIDAD

Las conductas que provocan un daño a otros suelen estar a cargo de partes agresivas, con la rabia como emoción predominante. La personalidad principal suele carecer de habilidades para hacer valer sus derechos y afrontar los ataques. El que «otra parte» sea la que realice estas conductas fuera del control o la conciencia del paciente puede tener como beneficio para el individuo el no sentirse responsable de hacer daño. La respuesta de los otros frente a las agresiones del paciente puede ser definida por este como la «causa» de su conducta, justificándola.

Salirse de este análisis del paciente requiere que la personalidad principal asuma su parte de ese círculo vicioso, en el cual caen también muchos pacientes no disociativos: reprimo mi rabia, porque si la dejo salir haré daño a alguien, así que no me defiendo ni reclamo lo que necesito. Esto me va debilitando y llenando de resentimiento, lo que hace crecer la rabia. Un día llega la gota que colma el vaso y exploto, lo que suele ocurrir diciendo o haciendo cosas que hacen daño a los demás. Esto genera culpabilidad y además refuerza mi premisa previa de que debo reprimir mi rabia, porque si la dejo salir haré daño a alguien, con lo que el círculo vicioso vuelve a empezar. En el paciente disociativo la progresión de esta situación es menos gradual, llegando un umbral determinado en el que se «dispara» otra parte disociada. Además, los disparadores pueden estar más relacionados con experiencias traumáticas pasadas que con la situación actual.

Todo el sistema interno del paciente ha de asumir la responsabilidad. El modo en que esto es manejado por el individuo está muchas veces conectado con la responsabilidad negada o puesta en otros de las figuras relevantes en la infancia del sujeto. Un padre que maltrata físicamente a su esposa e hijos puede a veces culpar y responsabilizar a estos de sus acciones: «Mira lo que me obligáis a hacer», le decía el padre de un paciente a este mientras le golpeaba repetidamente. Los agredidos se sienten así responsables de la conducta del agresor, tratando de hacer siempre lo correcto y necesario para no disparar la alteración conductual del otro. Otras veces el agresor puede mostrar posteriormente un arrepentimiento tan intenso y verosímil que los agredidos ni siquiera pueden sentir rabia contra él. «En

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

esos momentos no soy yo, me ciego y pierdo el control». Él no es responsable: son sus nervios, el alcohol... Este patrón puede reproducirse cuando se presentan conductas agresivas en el paciente, cuando este es adulto.

El progenitor no abusador puede presentar una reacción de sumisión e indefensión, siendo incapaz de protegerse ni de proteger a sus hijos. El que esos niños vean a esta figura como la víctima de la situación, y a veces el único vínculo aceptable, hace que de adultos les resulte difícil atribuir a este progenitor no abusador la parte de responsabilidad que le corresponde por no haber hecho algo ante lo que estaba pasando. Como rol recíproco, el paciente puede desde la infancia adoptar un rol protector de esta figura, a la que ve como desvalida y necesitada, invirtiendo el patrón normal de cuidado en el que son los progenitores los que tratan de cubrir las necesidades de sus hijos.

F. EL PROBLEMA DEL CONTROL

Putnam (1989) señala que el control es un área central en la terapia de los trastornos disociativos. Aunque se refiere específicamente al TID, podríamos hacerlo extensivo a los pacientes con trauma complejo y disociación. Esta necesidad de control se expresa hacia los otros (y, por tanto, al terapeuta) y hacia el mundo interno del paciente. La experiencia subjetiva de estos pacientes es de una permanente falta de control o de una agotadora lucha por el control.

A nivel interno el paciente puede intentar controlar rígidamente, con distintas maniobras, sus pensamientos, emociones, acciones o síntomas. Este intento de control no hace sino exacerbar la tensión interna y el desgaste permanente de energía, que no está luego disponible para otros fines más adaptativos. Una parte importante de la terapia consistirá en ayudar al paciente a entender que esa lucha continua no conlleva verdadero control, sino que, al incrementar la división y el conflicto interno, hace más fácil que, cuando fallen estos por agotamiento o porque la intensidad emocional sea muy alta, se produzca una pérdida de control aún mayor. Esta pérdida de control y sus consecuencias refuerzan la convicción del paciente sobre la necesidad de mantener un control rígido sobre sus fenómenos internos.

A nivel externo el paciente puede reaccionar ante su caos interno, controlando rígidamente su entorno, a las personas con las que se relaciona o al terapeuta. Otras veces la terapia se convierte en una reproducción del sistema interno del

paciente, con el terapeuta empujado a ejercer el control sobre el paciente que este se muestra absolutamente incapaz de alcanzar. Esto ocurre con frecuencia en las amenazas autolíticas, en las que el paciente traslada al terapeuta el control de la situación y la responsabilidad de qué hacer.

También puede ocurrir que el terapeuta, si no puede distanciarse y tomar perspectiva con lo que está sucediendo, pase a ser una pieza en el conflicto interno y entre, por tanto, en la misma lucha por el control en la que el paciente vive permanentemente. Por ejemplo, ante conductas auto o heteroagresivas, generadas en una parte disociada hostil y llena de rabia, el terapeuta puede incrementar las estrategias de la parte principal (PAN o parte de la personalidad aparentemente normal) para controlarla. Esto, por el contrario, a veces estimula más el conflicto interno y facilita la explosión incontrolada de la rabia.

G. VULNERABILIDAD AL RECHAZO

Las personas gravemente traumatizadas han tenido por lo general problemas de apego temprano muy importantes. En muchas ocasiones son estas figuras de apego las responsables de la traumatización, al maltratar o abusar del paciente cuando era niño. En otras ocasiones simplemente no respondieron de un modo adecuado ante ese maltrato o abuso, ignorando al niño, negando que se hubiera producido o incluso castigándolo por decirlo. La sensibilidad al rechazo o a la desatención es muy alta en estas personas.

Desde esta base pueden generarse diversos problemas. Por un lado, el paciente puede adoptar una actitud extremadamente sumisa y dependiente, intentando lograr la aceptación del terapeuta, que de otro modo no cree poder conseguir. Busca una vinculación desesperadamente, ya que en su infancia le fue negada. Sin embargo, cuando el terapeuta responde desde un rol recíproco de cuidado y atención, se convierte en una figura de apego. Y al estar las figuras de apego primarias relacionadas con el trauma infantil y, por tanto, ser sinónimos de peligro, se disparan todas las alarmas y se ponen en marcha sistemas de acción defensivos. Se producen, por tanto, reacciones agresivas y hostiles del paciente hacia el terapeuta, que pueden ser explícitas o encubiertas.

Putnam (1989) señala que, cuando el paciente sufre un TID, encontraremos partes disociadas diferentes en cada uno de los extremos. Aceptar la petición de

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

ayuda de un lado supone un rechazo para otra parte y pone en marcha una reacción defensiva y en el fondo protectora. Al trabajar con una paciente con TID en reforzar las habilidades y recursos de la PAN, se disparó una reacción hostil de una parte disociada más agresiva, que interpretaba esto como una alianza con la PAN en contra de ella. Por ello en este tipo de pacientes es importante chequear la respuesta de todos los elementos del sistema ante cualquiera de nuestras intervenciones, incluso de las aparentemente más inocuas, positivas y supuestamente seguras.

H. SECRETOS

Los secretos son especialmente importantes en los casos de abuso sexual infantil. A veces el niño se ve forzado por el abusador a no desvelar lo que ha sucedido. Puede que la relación de apego con los padres sea tan disfuncional que, aun no existiendo esa presión, no se atreva a contarlo por vergüenza o temor a represalias o castigos. En otras ocasiones lo cuenta a alguien de su familia y es este el que le presiona para no contarlo a nadie, convirtiéndose en un pesado secreto familiar.

El maltrato físico o psíquico es más abierto y evidente a nivel familiar, pero puede también ser un secreto inconfesable fuera de la familia. «Los asuntos de familia se arreglan en casa». La persona crece con dos mundos completamente separados y donde la información no puede intercambiarse.

No es extraño, por tanto, que a estos pacientes les cueste mucho tiempo, incluso años, empezar a contar lo que les ocurre. No es únicamente una cuestión de confianza, porque la relación terapéutica puede estar firmemente establecida. Pero la consigna de secreto es tan potente que no puede desvelarse hasta un momento de la terapia en el que el paciente se sienta preparado para ello.

Sin embargo, cuando llevamos tiempo trabajando con estos temas, aprendemos a intuir cuándo hay «algo más» de lo que el paciente nos está contando. A veces, mezcladas con esto, se presentan amnesias de periodos de la infancia. Los contenidos traumáticos pueden estar contenidos en un estado mental que es el guardián del secreto, pudiendo la PAN no ser consciente de ello. Explorar lo ocurrido en los periodos de amnesia puede disparar reacciones disfuncionales de esta personalidad emocional, que pueden expresarse como síntomas, reacciones hostiles hacia el terapeuta o abandono de la terapia.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Repetir a estos pacientes que no somos detectives ni investigadores, que no estamos interesados en descubrir nada, sino únicamente en ayudarles a estar bien, e insistirles en que nos contarán lo que decidan contarnos y cuando se sientan suficientemente seguros para ello, es una intervención fundamental. El respeto es absolutamente básico en una patología generada en la ausencia absoluta de este y en la vulneración de los límites y la intimidad. Muchas veces, a raíz de intervenciones de este tipo, se sienten suficientemente confiados como para empezar a compartir sus secretos con nosotros. Otras veces habremos de trabajar en otras áreas, respetando el ritmo del paciente.

I. LA RELACIÓN CON EL PACIENTE DEBE SER CON LA PERSONA COMO TOTALIDAD

Las partes no son personas diferentes del paciente y no podemos caer en ese espejismo. Para nosotros el paciente no estará completo sin una de esas partes y desde el principio y a lo largo de todo el tratamiento debemos esforzarnos en trabajar con la persona como una unidad. Esto no está en contradicción con contactar con las partes y negociar con cada una de ellas.

Las metáforas suelen ser de utilidad para hacer comprender esto al paciente y para que nuestras intervenciones sean entendidas. Podemos decirle al paciente que él, las voces, las otras partes, van todos en el mismo barco: el cuerpo. Si el cuerpo se destruye, todos se van a pique (algunas partes creen que pueden existir fuera del cuerpo). Si no paran de luchar unos contra otros y se sientan a decidir qué quieren hacer y en qué orden, sencillamente irán a la deriva y no llegarán a ningún sitio. Nuestro papel debe ser el de mediador, árbitro, moderador, que permita a la persona poner sobre la mesa todas sus tendencias en conflicto, decidir sus metas vitales y el método más eficaz para conseguirlas y aunar fuerzas para llegar.

Con algunos de estos pacientes las dificultades se presentan al inicio de la terapia. Son individuos con frecuentes problemas relacionales, con una desconfianza importante (basada en sus experiencias negativas) y en ocasiones con experiencias de terapias previas fracasadas (entre los pacientes disociativos hay un mayor número de terapias fallidas previas antes del primer diagnóstico de trastorno disociativo). Muchas veces, cuando han podido neutralizarse estas dificultades y prejuicios sobre el terapeuta, el paciente funciona sorprendentemente bien, aunque pueden requerirse algunas intervenciones puntuales. Con otros el manejo de

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

la relación y la actitud del paciente hacia la terapia se convierten en los ejes de la misma y constituyen los casos más complejos y los que suelen requerir tiempos de tratamiento más largos.

Sin embargo, es especialmente importante nuestra actitud hacia los elementos más disfuncionales del paciente. Knipe (2008) señala que el trauma nuclear que sufren estos pacientes es que nadie los ha mirado con plena aceptación, con una mirada de amor incondicional. Que el paciente aprenda a mirarse así a sí mismo es un paso crucial en la evolución terapéutica. Que pueda ver en nosotros esa mirada de aceptación, sin juicio alguno, le ayudará a mirarse a sí mismo de ese modo. Por ello, cuando nos muestra su peor cara, debe encontrar enfrente al mismo terapeuta que cuando acepta todas nuestras indicaciones y se muestra agradecido con nuestro trabajo. Esto no implica tolerar cualquier agresión por parte del paciente, sino reaccionar con neutralidad y firmeza, y no de un modo defensivo.

J. CULPA Y VERGÜENZA

La culpa y la vergüenza forman parte de las respuestas normales al trauma, tanto en el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Horowitz, 1980) como en los trastornos de estrés extremo (DESNOS) (Van der Kolk, et al., 2005). Los niños tienden a culparse por eventos fuera de su control, como la separación de sus padres o acontecimientos familiares. Esto se ve potenciado en las familias disfuncionales, porque los padres tienden a acusar repetidamente al niño. Un ejemplo es la frase del padre que comentábamos antes, que, mientras le pega una paliza a su hijo, le grita: «Mira lo que me haces hacer...». El niño interioriza estas frases de los padres, constituyendo en los casos con una fragmentación mayor partes críticas que corresponden a introyecciones de las figuras abusivas.

Entran aquí en funcionamiento los elementos que señalábamos al hablar del problema de la responsabilidad. En aquel caso, hacía referencia a la responsabilidad por las consecuencias de las propias conductas en los demás. Aquí hablamos de la culpabilización interna desproporcionada del paciente. Ambos aspectos son muchas veces dos extremos entre los que los pacientes oscilan. Como decíamos, es bastante frecuente que un padre o una madre que maltrata psicológica o físicamente a su familia no haga autocrítica o no asuma la culpa por su conducta. Por su parte, el progenitor no abusador suele declararse indefenso y sin posibilidad alguna, declinando toda responsabilidad en parar el abuso o proteger a los menores. En una

casa donde nadie reconoce responsabilidades o culpas, el niño parece absorber por compensación toda esa carga que flota en el ambiente sin que nadie la quiera asumir.

Otras veces el perfil del progenitor maltratador es el de un agresor que luego muestra profundo arrepentimiento y voluntad de cambio... para iniciar de nuevo el ciclo más adelante. Esto también configura un patrón patológico en el niño. La culpa aquí es disfuncional y diferente del sentimiento adaptativo que nos ayuda a modificar las conductas que dañan a otros. En un entorno de maltrato, esta culpabilidad disfuncional justifica y legitima el daño y el maltrato, ya que el progenitor agresivo «realmente no quería hacerlo y está muy arrepentido». Trasladado al paciente, este a veces siente una culpa real por daños infligidos a otras personas, pero es importante que esto movilice un cambio. En lugar de eso, muchas veces el paciente se siente atormentado y bloqueado por la culpa, lo cual únicamente incrementa el malestar interno y hace más probables las conductas de riesgo.

Una paciente tiene explosiones de ira en momentos en los que se siente amenazada o vulnerable. En estas explosiones es extremadamente provocadora con los que tiene enfrente, sabiendo encontrar lo que resultará más ofensivo e hiriente y continuando su escalada hasta que finalmente el interlocutor la agrede de uno u otro modo. Esto suele producirse frente a figuras de autoridad, médicos y policías fundamentalmente. Esta conducta tiene varias motivaciones; una de ellas es una intensa culpa de la que no es consciente, generada en una historia de abuso sexual incestuoso. Por un lado, provoca ser agredida para tener un castigo. Por otro, incrementa su provocación para que esa agresión la libere de culpa. Esta culpa era muy intensa y la atormentaba durante semanas cuando se portaba así con una persona que no respondía a su agresión. Cuando alguien la trataba bien, su actitud era injustificable. Cuando, en cambio, recibía agresividad o rechazo, se sentía legitimada a descargar toda su rabia contra esa persona, y sentía un intenso alivio. No tenía recursos para lograr este alivio y esta descarga instantánea de tensión de ningún otro modo que provocando ser agredida, factor que contribuía a la repetición del ciclo. Además, conseguir que el otro actuase de modo agresivo verbal o físicamente contribuía a situarla dentro de la diada víctima-agresor, en el único polo asumible para ella.

En el abuso sexual la culpa es frecuente y la vergüenza es característica e intensa. Esta vergüenza conlleva una ocultación de lo ocurrido al terapeuta, a veces durante años. En otras ocasiones genera disociación y amnesia de estos episodios. Cuando la fragmentación es muy intensa, unas partes pueden castigar al resto del

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

sistema interno o al cuerpo, al que consideran culpable de lo ocurrido, indigno o sucio.

K. DEVOLVER EL PODER AL PACIENTE

Herman (1992) señala que la experiencia nuclear del trauma psíquico es el desamparo y la indefensión, la ausencia de poder sobre la propia vida y la desconexión de los otros. La recuperación, por tanto, estará basada en devolver el poder al superviviente y la creación de nuevas conexiones. Esta recuperación no puede ocurrir en el aislamiento, sino en el contexto de las relaciones.

La autora cita las palabras de una superviviente de incesto, que reflejan muy bien este aspecto: «Los buenos terapeutas son los que realmente validan mi experiencia y me ayudan a controlar mi conducta, en lugar de tratar de controlarme ellos a mí».

Davies y Frawley (1994) señalan como uno de los esquemas relacionales básicos la reproducción de la fantasía infantil de que un rescatador omnipotente vendrá a sacarle del infierno en el que vive. El paciente puede repetir ese esquema en la terapia, idealizando de modo extremo al terapeuta. Adopta por su parte el rol recíproco complementario de niño indefenso que solo puede esperar a que lo rescaten y que tiene derecho a ello. Esta no es una buena posición relacional para la relación terapéutica. Hemos de ayudar al paciente a enlazar la situación actual con la escena traumática originaria, diferenciando la situación que vivió como niño y, por tanto, en aquel momento realmente indefenso, del momento presente en el que es un adulto y, por tanto, tiene opciones y puede decidir y elegir. A veces lleva tiempo que el paciente pueda llegar a apreciar esto, ya que sigue viéndose y sintiéndose como un niño. Aunque en la vida diaria y en el funcionamiento en otras áreas sea consciente de que dispone de recursos y fortalezas, la aproximación a los contenidos traumáticos hace emerger estados emocionales que quedaron conectados a esas vivencias y que funcionan como allí y entonces, con el estilo cognitivo y emocional del niño que era en aquel momento.

L. DUDAS Y AMBIVALENCIA

Como señalábamos en capítulos anteriores, el campo de los trastornos disociativos y de los trastornos basados en el trauma está sembrado de dudas entre los

profesionales. Incluso en el DSM (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*), que refleja una actitud menos recelosa por parte de la psiquiatría americana hacia estos cuadros, encontramos por este orden los trastornos disociativos, los trastornos facticios y los trastornos somatomorfos. El que la disociación psicológica y somática esté a ambos lados de los trastornos facticios seguramente no es casual, sino que expresa algo generalizado a uno y otro lado del Atlántico. Los trastornos disociativos son un «diagnóstico bajo sospecha».

Parte de esta sospecha está probablemente conectada con las actitudes hacia las revelaciones de abuso sexual en la infancia, sobre todo cuando se producen en el contexto de la terapia. Aunque los recuerdos infantiles pueden ser confusos o distorsionados, no parece justificable dudar de toda la información en este sentido que nos dan los pacientes. Si, como parece, una de cada cinco mujeres reconoce haber sido víctima de abuso sexual (tengamos en cuenta que son únicamente las que tienen recuerdos conscientes de ello) y sabemos que el abuso sexual infantil es un factor que se asocia al desarrollo de psicopatología en el adulto, es de esperar que nos encontremos muchos casos entre nuestros pacientes.

Sin embargo, si pensamos en las personas que acuden a nuestra consulta, en general no tenemos detectado un porcentaje tan alto de casos. Un factor relevante puede ser la tendencia más biologicista de la psiquiatría actual y la orientación cognitivo-conductual, que prioriza el presente frente al papel de las experiencias previas. Pero puede que también elementos más conectados con la experiencia traumática del paciente estén funcionando aquí.

Davies y Frawley (1994) señalan que «siempre que un niño sufre un abuso sexual, alguien tiene los ojos cerrados». Cuando el abuso es incestuoso, el padre no abusador suele tener una actitud de negación y de desconexión de la víctima. Para que pueda producirse una situación así, previamente suele haber un apego disfuncional.

Para el niño suele además ser más traumática la respuesta del progenitor no abusador que el abuso en sí. Esta respuesta puede oscilar entre el no escuchar o negar lo que el niño dice y la agresión directa o casi el asesinato (Ramos, 2007). A veces el niño no llega ni a comentarlo, por temor a no ser creído o a que le culpen. El que esto sea así indica ya una disfunción en el vínculo con el padre no abusador.

El paciente puede desde esta base oscilar entre «no querer ver o recordar» lo que pasó y desear desesperadamente averiguar la verdad, en los casos de amne-

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

sia. Si tomamos esa angustia por saber de modo literal y nos ponemos a indagar con el paciente, podemos disparar la reacción opuesta de evitación y ocultación. Hemos de explicar al paciente que, si su mente no recuerda, es porque en algún nivel aún siente que no está preparada para ello. Por ello lo primero será reforzar al paciente y mejorar sus capacidades de afrontamiento, antes de ir a buscar los elementos traumáticos perdidos.

En otras ocasiones puede tener recuerdos borrosos o fragmentarios, pero se pregunta repetidamente si «sucedió realmente». Puede trasladar al terapeuta esta pregunta, a la que no debemos dar una respuesta directa. No somos jueces tratando de encontrar al culpable o de analizar la verosimilitud de los hechos. Lo que sí sabemos con certeza es que esas imágenes o sensaciones están en la mente del paciente y vamos a trabajar con ellas porque son una fuente de malestar. El resto ya se irá aclarando a lo largo de la terapia.

M. IDEALIZACIÓN Y RABIA HACIA LOS ABUSADORES

Este elemento que comentábamos al hablar de los DESNOS se presenta también en los trastornos disociativos. En estos últimos los elementos de idealización y de odio pueden estar contenidos en distintos estados mentales. Un niño necesita vincularse al padre maltratador, porque es su figura de apego, y el apego es esencial para su supervivencia. Pero al tiempo la rabia es una emoción defensiva normal ante la agresión y la amenaza que el mismo padre representa. Para un niño estas dos tendencias son incompatibles y no puede asumir esos sentimientos contradictorios al mismo tiempo: no puede querer y odiar a su padre. Estas tendencias incompatibles son uno de los elementos que generan la disociación, permitiendo así contener ambos aspectos sin experimentar la contradicción y la ambivalencia intolerables.

En la relación terapéutica esto puede expresarse de distintos modos, con frecuencia muy complejos. La propia exploración de la historia traumática puede provocar reacciones defensivas intentando preservar la imagen del padre bueno. En algunos casos el paciente puede negar que las situaciones de maltrato o abuso se han producido realmente, tras haberlas relatado en otro momento. En ocasiones esto está basado en la activación de un estado mental con amnesia de los contenidos traumáticos, y en otras, en la reacción de encubrimiento hacia el progenitor abusador (a veces reproduciendo la actitud de consentimiento y ocultación del

progenitor no abusador). Estos cambios en el relato pueden ser confundidos erróneamente con inconsistencias o falsedades, o provocar una profunda confusión en el terapeuta.

Ambos aspectos pueden reflejarse en la percepción que el paciente tiene del terapeuta, oscilando también con él entre la idealización (y sumisión) y la agresión. En estas reacciones puede funcionar desde los modelos que vivió en su infancia, reproduciendo patrones agresivos tomados de la figura del abusador. El paciente puede ser consciente de esto después de que suceda, viviéndolo con intensa culpa. Es importante ayudarle a entender cómo esto se enmarca en el contexto del trauma original y qué vías tiene ahora como adulto para modificarlo. Señalarle directamente cómo se parecen sus conductas a la del maltratador será una intervención impactante, pero en general solo intensifica la culpa y el esfuerzo por controlar rígidamente, ahondando más el problema del paciente.

EL LADO DEL PACIENTE: QUÉ EXPECTATIVAS DE ESTE, BASADAS EN SUS EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS, PODEMOS ESPERAR ENCONTRARNOS

Es importante desmontar lo antes posible los prejuicios hacia el terapeuta. Quizás más que en otro tipo de patologías, existen innumerables creencias negativas que el paciente puede tener sobre nosotros. Esto es debido a los graves problemas de apego que, como habíamos visto anteriormente, suelen existir en estos casos, lo cual, a su vez, se relaciona con importantes problemas en las relaciones interpersonales. Los problemas de apego y las dificultades relacionales se traspasarán a la relación terapéutica y debemos estar pendientes de detectarlos y neutralizarlos lo antes posible, o interferirán a buen seguro en el proceso terapéutico.

Estas son algunas de las ideas que el paciente disociativo puede tener sobre el terapeuta y sugerencias sobre posibles intervenciones:

1. *Vamos a querer controlar, dominar e imponernos, como las personas que lo maltrataron o abusaron de él siendo niño.*

   Nosotros recalcaremos constantemente que no vamos a imponer nada, que ni podemos ni queremos hacerlo. En numerosos momentos a lo largo del tra-

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

tamiento surgirán resistencias, muchas veces relacionadas con este tipo de cogniciones. En general, es muy importante adoptar una actitud respetuosa, dialogante, nunca impositiva y detectar cuándo, a pesar de ello, el paciente se siente presionado. Puede ocurrir que la PAN (parte aparentemente normal de la personalidad, Van de Hart, et al. [2006]) trate de complacer al terapeuta y que esto pueda ser visto por una personalidad agresiva (PE: parte emocional de la personalidad) como un riesgo de abuso, generando conductas autolesivas o resistencias e incluso abandonos del tratamiento. Por ello chequear siempre la reacción de distintas partes a nuestros comentarios o propuestas es una buena forma de prevenir estos problemas.

2. *Tarde o temprano vamos a terminar haciéndole daño.*

Nuestra intervención será aceptar la desconfianza y redefinirla como «prudencia». Siempre intentaremos buscar la finalidad adaptativa de emociones y conductas, lo cual es especialmente importante cuanto más aparentemente negativas sean. Alguien que ha sufrido maltrato de niño desconfiará de sufrir el mismo trato por cualquiera: nosotros aceptamos como lógica su reticencia, pero le explicamos que el exceso de desconfianza puede hacerle perder una oportunidad de que las cosas mejoren.

3. *En el fondo queremos engañarle para conocer su secreto.*

Nuestra actitud será nunca indagar, nunca sonsacar, afirmar explícitamente que no deberá contar nada que no quiera contar y que será el paciente quien decida siempre qué, cuándo y cómo decírnoslo.

4. *La gente no es honesta, no cumple lo que promete, no es lo que parece ser.*

Nos centraremos de nuevo en aceptar la desconfianza como «prevención» y en explicar que en la relación con los demás siempre debe haber cierta dosis de cuidado, que es muy arriesgado lanzarnos a confiar en un desconocido de entrada. No le pedimos al paciente que se fíe de nosotros, le insistimos en que no debe hacerlo. Pero le proponemos que continúe acudiendo y hablando con el terapeuta el tiempo suficiente para saber si puede o no confiar.

5. Tarde o temprano acabaremos abandonándole.

La vivencia de abandono es muy común en estos pacientes y puede ser aún más relevante en el cuadro que el trauma en sí. Muchas veces el paciente abandona él mismo la terapia en un intento de hacer que lo inevitable suceda cuanto antes, del mismo modo que autoboicotea muchas de sus relaciones. En las primeras fases del tratamiento, cuando consideramos que esto puede estar en la base de un abandono de la terapia o en un seguimiento irregular, podemos llamar al paciente a casa e intentar trabajar con él, cuando viene, estas u otras asunciones que están asociadas a ausencias, retrasos o abandonos. Debemos tener cuidado de no ser nosotros los que «tiremos» del paciente; el objetivo será siempre que sea este el que vaya asumiendo la responsabilidad de la terapia. Pero, si no somos bastante flexibles en este sentido, un número importante de pacientes disociativos se descolgarán del tratamiento y probablemente volverán a aparecer tiempo después en medio de una nueva crisis. Todos tenemos la experiencia de que a algunas personas que abandonan los tratamientos les va bastante bien sin nuestra ayuda. Pero esto suele ocurrir menos veces con los casos de personas gravemente traumatizadas. El grado de intervencionismo variará a lo largo del tratamiento, debiendo hacerse menor conforme avanzamos en él (preocupémonos si esto no es así).

6. Cuando le conozcamos verdaderamente, creeremos que es despreciable.

Nuestra actitud inicial hacia las conductas disfuncionales es clave en el manejo de estas asunciones. Esto puede resultar extremadamente difícil si el paciente persiste en autoagredirse repetidamente o si sus conductas disfuncionales incluyen una seria victimización de otras personas. En general una de las bases de la terapia es que hasta los comportamientos autoalesivos o agresivos, aquellos que el paciente y los que le rodean más rechazan, son para nosotros algo que puede trabajar a favor de la mejoría. Todas las fuerzas son positivas y nuestro empeño será que se sumen al trabajo. Le daremos siempre una narrativa diferente a la del paciente, escapando de los conceptos «bueno» y «malo». Una conducta agresiva conlleva consecuencias negativas para el paciente y su relación con los demás, pero la fuerza, la capacidad de defenderse de lo que le hace daño y la energía para pelear y luchar son recursos inestimables para él y sin los cuales nada podrá con-

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A,

seguir. Una autolesión, por extraño que pueda parecer, siempre busca algo bueno para el paciente, ya que es él mismo quien la produce; solo debemos buscar esa finalidad: parar una sensación emocionalmente más dolorosa mediante el dolor físico, «volver» de una vivencia de despersonalización, aliviar un sentimiento de culpa autoinfligiéndose un castigo, intentar «hacer reaccionar al paciente» cuando se comporta de un modo débil y vulnerable dejando que le hagan daño... Si conseguimos esa misma finalidad por una vía más adaptativa, encontraremos una alternativa mucho más productiva que simplemente tratar de suprimir la conducta disfuncional.

7. Muchos pacientes disociativos intentan «poner a prueba» al terapeuta.

En ocasiones parecen querer provocar nuestro rechazo, también desde un esquema de «precipitar lo inevitable». Si bien debemos poner límites a determinadas conductas, es importante tener en cuenta que nuestra respuesta «a la hora de la verdad» tendrá gran influencia en la relación terapéutica posterior. Muchas veces estos momentos constituyen un punto de inflexión tras el que estas conductas dejan de presentarse y dan paso a un trabajo más dedicado a la recuperación y que necesita centrarse menos (sin perderlo nunca de vista) en la relación terapéutica.

EL LADO DEL TERAPEUTA: LA TRAUMATIZACIÓN VICARIA

Trabajar con cuadros traumáticos graves puede producir repercusiones en los terapeutas (Portnoy, 1996). Trabajar con la enfermedad mental, aunque no nos dediquemos de modo específico al campo del trauma, implica manejar situaciones adversas y a veces dramáticas de modo continuado durante años. Esto puede acabar produciendo desgaste en los profesionales y diversos síntomas que afectan tanto a nuestro funcionamiento profesional como a aspectos de la vida personal.

Si esto es así en general, resulta más extremo cuando trabajamos con pacientes gravemente traumatizados. Para describir la repercusión sobre los terapeutas se han acuñado los conceptos de «fatiga de compasión» y «trauma vicario». Figley (1995), experto en la investigación sobre la fatiga por compasión, señala que la exposición al material traumático de otra persona puede causar un TEPT. En el TEPT la traumatización no viene únicamente de experimentar el acontecimiento,

sino que ser testigos de ello puede resultar igualmente traumatizante. Figley encontró que el 30% de los consejeros (*counselors*) tenían un TEPT activo. Pearlman y McCann (1990) acuñaron otro término que denominaron «traumatización vicaria» y con el que describen cómo la acumulación de testimonios relacionados con el material traumático de los pacientes afecta a la perspectiva que los terapeutas tienen del mundo, en especial en lo relacionado con la seguridad, la confianza, el poder y el control.

De especial importancia si trabajamos con traumas graves es explorar nuestras propias experiencias traumáticas. Williams y Summer (1999) advierten que un trauma sin resolver del terapeuta puede ser activado por el relato de traumas similares en los pacientes. Los terapeutas deberían hacerse las siguientes preguntas: ¿por qué me hice terapeuta?, ¿qué principales impactos de mi vida me han llevado a este trabajo? Incluyen pérdidas tempranas, muertes de cuidadores significativos, una historia de abuso y negligencia, crecer en un ambiente donde servir a los otros era la única norma aceptada, etc. Estos aspectos pueden reactivarse en el proceso de terapia y provocar reacciones en nosotros que no están motivadas por la situación ni por la conducta del paciente, ya suficientemente compleja, sino por nuestra propia historia traumática y el modo en que nos defendemos de ella. Los pacientes, como en el ejemplo que poníamos unos párrafos atrás, pueden incluso captar esta dificultad en el terapeuta, protegiéndolo de sus experiencias más perturbadoras.

Todo esto no es una argumentación para que no trabajemos con cuadros de trauma complejo, sino para que seamos conscientes de qué aspectos pueden influir en nuestro modo de afrontar estos casos. Y, sobre todo, para remarcar la importancia del cuidado de los terapeutas, si queremos ser verdaderamente eficaces en ayudar a nuestros pacientes y seguir haciendo este trabajo durante años.

Cuando empezamos a utilizar los instrumentos diagnósticos que presentábamos en capítulos anteriores y comenzamos a diagnosticar más casos de trastornos disociativos, sobre todo con nuestro primer paciente con TID, es frecuente pasar por una etapa de sorpresa y fascinación (Kluft, 1994). Posteriormente se suele atravesar por una etapa de desesperación y confusión, al entrar en contacto y experimentar la complejidad que a veces reviste el manejo de estos cuadros. Tratando de afrontar esta desesperación y confusión, los terapeutas pueden reaccionar a veces negativamente de distintos modos:

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

a) Desconectándose de la implicación y la empatia, para pasar a una actitud distante, de investigación detectivesca, en la que se desconfía del paciente, se duda de lo que cuenta o del trastorno y se le pone a prueba de modo encubierto o explícito.

b) El terapeuta llega a la conclusión de que el paciente ha sido tan maltratado que el daño no puede ser curado. Esto puede llevar a claudicar o a sobrepasar los límites de la relación terapéutica, procurando hacer algo «tangible» por el paciente.

c) Otra posibilidad es que el terapeuta reaccione frente al sentimiento de impotencia asumiendo la responsabilidad de la vida del paciente y convirtiéndose más bien en su abogado.

d) La empatia extrema puede llevar a una sobreidentificación y contagio emocional, en el que el terapeuta se siente tan angustiado, desesperanzado y devastado por los traumas del paciente como este mismo, desarrollando síntomas de estrés postraumático.

Identificar estas tendencias en nosotros nos ayuda a evolucionar a un estadio más maduro como terapeutas, en el que asumimos las dificultades del paciente, entendemos lo que la terapia y nosotros podemos aportar, y tenemos unas expectativas realistas de cambio y de cómo conseguirlo.

Kluft (1994) señala varios temas recurrentes en las reacciones emocionales de los terapeutas que trabajan con cuadros disociativos graves. Algunos, como el desgaste profesional, el precio de la empatia, la pérdida de sentimiento de eficacia y presión por reparar el daño y el sentirse entrampado en las reactuaciones del paciente, ya los hemos comentado en otros apartados. Señalemos algunos más:

1. Frustración y exasperación con el mundo interno de los pacientes con disociación grave. Los cambios de estados mentales del paciente pueden generar desconcierto y agotamiento en los terapeutas. Muchas veces las versiones de la infancia y de las situaciones presentes que el paciente refiere son radicalmente diferentes. Una típica reacción al trauma temprano es la elaboración de realidades construidas más aceptables y que dan una visión

amable de los maltratadores. Inicialmente esto puede producir curiosidad y fascinación, pero con el tiempo generará frustración en el terapeuta.

2. Frustración y exasperación con la preocupación del paciente por evadirse del dolor. Estos pacientes presentan numerosas reacciones fóbicas, entre ellas, la fobia a los contenidos traumáticos (Van der Hart, et al., 2006). Las reacciones para evitar entrar en estos temas pueden ser muy diversas, incluyendo los cambios de estado mental o los síntomas, la manipulación, la mentira, la racionalización o la omisión de información. Estas reacciones pueden ser vividas por el terapeuta como falta de motivación para la terapia, a raíz de lo cual pueden generarse numerosos problemas.

3. Frustración y exasperación con la preocupación del paciente por controlar al terapeuta. El escenario traumático consta de una víctima y un verdugo. Hasta que los procesos estén resueltos, este escenario puede reproducirse en las relaciones presentes y muy frecuentemente en la terapia. La interacción entre el padre maltratador y el niño víctima indefensa puede reactuarse entre un terapeuta frustrado y enfadado, que recrimina a un paciente que se declara víctima incapaz de defenderse o hacer cambios, un paciente hostil que acusa y recrimina injustamente a un terapeuta que no sabe cómo reaccionar. Trabajar con esta diada relacional pasa por diferenciar la situación presente y sus participantes de la escena traumática original.

En resumen, las reacciones emocionales del terapeuta que trabaja con un caso de trauma complejo son intensas y cambiantes. El trabajo con nuestras propias reacciones emocionales es una parte imprescindible y esencial de la terapia. Algunas orientaciones como las psicodinámicas prestan más atención a estos fenómenos en general y, compartamos o no estos presupuestos, los trabajos sobre contratransferencia traumática pueden aportarnos elementos importantes para la reflexión. También algunos autores psicoanalíticos nos han ilustrado la importancia de desvelar estos elementos contratransferenciales (Dalenberg, 2000).

Ignorar todos estos aspectos puede llevar a que el paciente en algunos momentos trate de preservar al terapeuta de una revelación que no siente que este esté en condiciones de escuchar o tolerar. El siguiente testimonio expresa muy bien las complejas reacciones emocionales que estos pacientes pueden tener hacia sus terapeutas:

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

«Creo que siempre he estado pendiente de cómo se sentían los demás o, más bien, de no hacerles sentir mal o de ser la responsable de que se sintieran de una u otra manera. Mi terapia anterior finalizó con algo así: mi terapeuta hacía pucheros y se emocionaba en bastantes ocasiones en las que yo hablaba. Se trataba de un hombre con más de 20 años de experiencia. Pensé que algo le ocurría y al final solo me preocupaba averiguar qué le estaba pasando y poder ayudarle... dejó de importarme por qué estaba allí; solo deseaba ayudarle de la manera que fuese. Deseaba ayudarle, pero también me daba miedo su presencia. Mi fobia social y mi angustia a sentirme observada en cualquier parte acabó por focalizarse en él; ahora sentía gran angustia al salir a la calle, por si me lo encontraba. Al final me marché por otros motivos y porque cada vez me sentía peor...

Tengo muchas preguntas que nunca le hago a mi terapeuta. No es falta de confianza, tal vez sí pueda evitar preguntar para no saber su respuesta, pero la verdad es que ella no me saca la mayor parte de los temas. Nunca me habla abiertamente de la amnesia, de la disociación...

... a partir de algo que le diría de forma inconsciente y de un tema que me sacó una sola vez (cuando me desbordó la ansiedad, me dijo que había sido una metedura de pata por su parte haberme hablado de ese tema, que lo olvidara, que no era eso lo que quería decirme y que yo no tenía nada que ver con eso), no hemos vuelto a hablar de nada relacionado con olvidos, recuerdos... Sólo me dijo una vez que me disociaba y que utilizaba la negación».

Dalenberg (2000) defiende la importancia de desvelar los aspectos transferenciales y contratransferenciales a estos pacientes. Desde una perspectiva sistémica, hablaríamos de la importancia de la metacomunicación: hablar acerca de cómo nos estamos relacionando. Esto implica ir más allá de los contenidos y hablar desde lo emocional: explicitar lo que yo entiendo que tú sientes, cómo me estoy sintiendo en la relación, cómo veo que nos estamos relacionando... Esta intervención es muy potente y precisamente por ello hemos de manejarla con mucho cuidado. No puede convertirse en un juicio hacia el paciente ni en hacerle sentir responsable de cómo nos sentimos, sino que se trata de desvelarnos, con un extremo respeto y aceptación hacia el paciente, buscando entender juntos qué está sucediendo en la relación.

Se trata de comentarios del tipo: *«Me parece que a veces no te atreves a contarme cosas. Entiendo que no te fíes de mí, porque gente que de niño tuvo que*

cuidarte lo que te hizo fue daño. Yo creo que es bueno ser precavido y no fiarse al 100% de la gente, pero tampoco desconfiar tanto que impida que personas que quieren ayudar puedan hacerlo. Lo bueno es encontrar un punto medio de prudencia, en el que me concedas el beneficio de la duda, y así puedas ir viendo si cumplo lo que digo y si soy de fiar. Me gustaría que habláramos sobre estos temas, porque, si me explicas qué comportamientos o comentarios míos te llevan a desconfiar, podré intentar cambiarlos... Si cuando yo haga algo que te moleste me lo dices, podremos ir mejorando las cosas. No me voy a enfadar. Puede que haya veces que yo meta la pata. También puede pasar que lo que has vivido te haga desconfiar de todo. Solo si hablamos de ello podremos entenderlo y cambiarlo...».

Este tipo de intervenciones introducen una forma de comunicación radicalmente distinta de la que estas personas suelen haber vivido. Una casa donde hay maltrato, abuso o abandono no es un lugar donde tus padres pueden ver cómo te sientes y percibir tus necesidades o mostrarte su malestar con tus conductas sin retirarte su afecto y sin descalificarte. Las cosas no se hablan o predomina la comunicación indirecta. Cuando es adulto, el paciente no puede verbalizar sus emociones, o cuando lo hace no está intentando comunicarlas, sino agredir al otro. En cierto modo es como si tuviésemos que ayudar a esta persona a aprender un idioma completamente nuevo: el de la comunicación clara, respetuosa y constructiva.

Los patrones relacionales, los roles recíprocos establecidos entre paciente y terapeuta (Ryle y Kerr, 2006), también son elementos centrales en la terapia de estos pacientes. Desde orientaciones terapéuticas que contemplan las dinámicas interpersonales, aunque no estén centradas en los pacientes con traumatización grave (terapia sistémica, psicodrama, terapias grupales en general, terapia cognitivo-analítica, etc.), podemos aprovechar modos de detectar patrones de interacción y de intervención sobre ellos. Sin embargo, es de especial relevancia incorporar ciertos elementos específicos. Los problemas de relación entre paciente y terapeuta están conectados con la historia traumática y de apego de ambos. El terapeuta ha de ser especialmente consciente con estos pacientes de la implicación de sus propias experiencias en el manejo de la relación. La melodía que hemos de interpretar en la terapia de estos casos puede ser a veces extraordinariamente virtuosista, y por ello hemos de procurar ser instrumentos cuidadosamente afinados.

Esta exploración de las propias experiencias pasa por una continua y honesta reflexión por nuestra parte, por el intercambio de experiencias con compañeros, y por un trabajo terapéutico propio. Algunas orientaciones terapéuticas incluyen en su

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

formación un proceso terapéutico de los profesionales. Otras se vanaglorian de no haberlo realizado nunca, considerando esto una muestra de que el terapeuta tiene problemas y no está en condiciones de realizar su trabajo. En mi opinión los terapeutas somos seres humanos comunes, con nuestras biografías y nuestros pequeños o grandes traumas. La comprensión de lo que nos ha sucedido y de cómo nos afecta que nuestra formación nos va aportando no es suficiente en ocasiones para superar estas situaciones. Si creemos en lo que hacemos, trataremos de cuidarnos y ayudarnos al menos tan bien como lo hacemos con nuestros pacientes.

Y, por último, tras examinar nuestras experiencias, emociones y reacciones, hemos de leer las situaciones relacionales del paciente enmarcándolas en su historia traumática previa. Algunos profesionales cuestionan esta idea, argumentando que para ver, entender y proponer alternativas a una conducta en el presente, ya sea en terapia o en la vida diaria del paciente, no es necesario conectar esto con la historia del trauma. Aún más, que volver una y otra vez al paciente a esta parte de su historia puede inducir comportamientos regresivos o centrarle excesivamente en sus experiencias tempranas.

Pero lo cierto es que el paciente con traumatización grave ya vive en sus experiencias traumáticas. Los escenarios traumáticos se repiten ubicuamente en sus relaciones presentes y se reproducen en el contexto terapéutico. La tendencia a la repetición hace además que estos patrones disfuncionales sean particularmente rígidos y repetitivos. No somos nosotros los que le llevamos a su historia traumática, sino que el paciente vive permanentemente una reedición de esta historia. No hay, como señalan Van der Hart, et al. (2006), una presentificación, una capacidad de vivir en el presente, en el aquí y ahora. Que el paciente adquiera perspectiva sobre cuáles de sus emociones, sensaciones, reacciones, etc., están conectadas con su pasado y cuáles son elementos adecuados y proporcionados a sus situaciones presentes es un trabajo nuclear en estos casos, que ayuda a establecer una narrativa nueva. Esta perspectiva no solo no dificulta, sino que contribuye a la búsqueda de nuevas reacciones más adaptativas, ajustadas y productivas.

Pensar que es mejor no «ir hacia atrás» es en parte una asunción derivada de una orientación terapéutica centrada en el aquí y ahora que minimiza el papel de las experiencias traumáticas. Pero también es en parte una reproducción de un fenómeno postraumático en sí misma. El paciente ha estado «huyendo hacia delante» hasta ahora. Ha sobrevivido a su experiencia a base de «no ver», «no pensar», «no conectar» con su experiencia. Porque esto no le ha funcionado es por lo que está

en consulta con nosotros. ¿De qué serviría participar en este sistema defensivo, esencial en su infancia, pero claramente ineficaz en este momento?

Cierto que en las primeras etapas no trataremos de sumergirnos en las experiencias traumáticas tempranas, ya que queremos evitar el desbordamiento emocional del paciente. Buscamos que la persona vuelva allí siendo capaz de mantener una conciencia clara y continua de estar en el presente, una conexión con su yo adulto, con sus recursos. Conforme veamos que el individuo es capaz de hacerlo de este modo, podremos ir progresivamente elaborando, releyendo y, en definitiva, superando realmente sus experiencias traumáticas.

En los estadios iniciales, lo que procuraremos es que el paciente pueda entender lo que le ocurre. Para ello ver las conexiones entre su historia y su situación actual es imprescindible. No necesitamos entrar en los detalles de lo que sucedió hasta que la persona no esté en condiciones de asumir hacerlo. Pero conectar lo que está sucediendo entre paciente y terapeuta con las experiencias tempranas de este es una vía privilegiada para cambiar pautas disfuncionales en el paciente y para desmontar los obstáculos para el cambio.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

11

ETAPAS DEL TRATAMIENTO: ESTABILIZACIÓN

IMPORTANCIA DE ESTA ETAPA

Los primeros abordajes del tratamiento de los trastornos disociativos insistían en procesar los elementos traumáticos. Con el tiempo se fue viendo que muchos pacientes se descompensaban, presentando crisis y autoagresiones al empezar de entrada con este trabajo, por lo que cada vez se fue haciendo más evidente que era necesaria una etapa previa de estabilización y de establecer seguridad, que a día de hoy se considera fundamental en el tratamiento de estos pacientes (International Society for the Study of Dissociation, 2005; Loewenstein, 2006). Algunos autores (Boon, 1997) afirman incluso que muchos pacientes no podrán pasar de esta etapa y que en no pocos casos no estará indicado trabajar directamente con los recuerdos traumáticos.

El esquema de tratamiento de los trastornos disociativos y los trastornos por estrés extremo (DESNOS), al tratarse de cuadros de origen postraumático, seguirá las líneas de tratamiento del trauma definidas por Herman (1992). Habrá una primera fase de estabilización, luego un procesamiento de los recuerdos y una tercera fase de reconexión. En la primera etapa nos ocuparemos de fortalecer y estabilizar al paciente. Solo después abordaremos el trabajo con el trauma propiamente dicho. Y finalmente podremos dedicarnos a la reintegración de la personalidad y la recuperación de la funcionalidad interpersonal y social.

En estas etapas iniciales debe ponerse el énfasis en establecer una buena alianza terapéutica y educar a los pacientes acerca de sus problemas y sobre el

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

proceso del tratamiento. Para que la terapia evolucione de una forma estable y para conseguir una buena evolución es crucial mantener un marco terapéutico sólido y un entorno capaz de contener. Los pacientes con trastorno disociativo, al igual que otros que padecen un estrés postraumático complejo, presentan muchas conductas autodestructivas que amenazan su seguridad y que deben ser abordadas y neutralizadas desde el principio (International Society for the Study of Dissociation, 2005).

DIFICULTADES DE LA FASE DE ESTABILIZACIÓN

Cuando se empieza a leer sobre este tipo de tratamientos, todos los autores insisten en la importancia de estabilizar al paciente antes de realizar un trabajo específico sobre los elementos traumáticos. La idea es perfectamente clara: debemos conseguir un marco seguro de trabajo, debemos tener ciertas garantías de que podemos «trabajar tranquilos».

Pero cuando uno se plantea esto con sus pacientes concretos, esta premisa se acaba volviendo a veces un imposible. En primer lugar, cierto número de estas personas llegan en un estado de importante deterioro en todos los niveles: muchos están completamente solos; otros mantienen relaciones con alguien que a veces son tan patológicas que suponen más un problema que una ayuda. La posibilidad de tratamiento en un ámbito hospitalario suele ser inviable salvo en crisis muy graves y puntuales. Las unidades de media estancia están diseñadas para pacientes esquizofrénicos y este tipo de casos no encajan y son generalmente rechazados. Así que muchas veces deberemos elegir entre tratar al paciente ambulatoriamente o dejarlo estar sin intervenir demasiado. Cuando el caso es suficientemente grave y otras terapias más habituales no funcionan, solo queda la alternativa de intervenir en condiciones precarias.

En muchos casos esperar a estabilizar al paciente antes de trabajar con los elementos traumáticos se hace imposible. En cierto modo es pedirle al paciente una mejoría relevante antes de trabajar con lo que está alimentando el problema. Las conductas de riesgo y la desregulación están originadas en el trauma y a veces la presión interna que esto genera hace que abordar el trauma sea la intervención más estabilizadora. Hemos de utilizar nuestro sentido clínico para valorar cómo y cuándo empezar a trabajar con los elementos traumáticos. Pero mientras no adquiramos experiencia con estos casos, lo más aconsejable es la prudencia y el cuidado.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

INTERVENCIONES ORIENTADAS A LA ESTABILIZACIÓN Y LA SEGURIDAD

A. PSICOEDUCACIÓN Y CONTRATO TERAPÉUTICO

Empezamos desde las primeras consultas a dar sentido con el paciente a los síntomas que presenta (recordemos, esto no los va a aumentar). Como con cualquier otro trastorno, es importante que el paciente entienda lo que le pasa y que comprenda en qué consiste el tratamiento. Esto será un proceso que habrá de hacerse muchas veces durante el tiempo que dure la terapia, pero que tiene que empezar (a distinto nivel a veces para cada paciente) desde las primeras sesiones. Si al paciente le damos opción de hablar de estos síntomas, incluso de presentarlos en la consulta, es probable que se exprese más abiertamente. Pero porque los mantengamos «tapados» no van a dejar de estar ahí: sencillamente no podremos intervenir sobre un campo operatorio si primero no exponemos el área quirúrgica.

La paciente de la que hablábamos en el primer capítulo no comentaba los síntomas a uno de los terapeutas que trabajaban en el caso, porque ella notaba que se ponía nervioso (él confirmó que ciertamente era así), de modo que solo mostraba sus partes más alteradas y agresivas conmigo, porque aceptaba sin problemas que se presentasen, ¿quiere esto decir que es el terapeuta el que induce los síntomas o simplemente se permitía mostrarlos delante de quien no mostraba una reacción negativa cuando lo hacía? La evolución favorable de la paciente y la de otros casos similares nos hace pensar que la respuesta correcta es la segunda. Los pacientes necesitan ser aceptados en todos sus estados de conciencia, sobre todo en los más negativos. Solo así podrán aceptarse a sí mismos. Pero su extrema vulnerabilidad al rechazo y la importancia del secreto y la ocultación pueden hacer que no muestren los síntomas a un clínico poco receptivo a aceptarlos.

Como señalábamos en el capítulo anterior, en este trabajo psicoeducativo hemos de incluir el entender la conexión entre los síntomas y las experiencias pasadas y presentes del paciente. El mundo interno de un paciente gravemente traumatizado carece por lo general de sentido. Se compone de un conjunto de experiencias confusas o inconexas. No hay una integración ni una comprensión global de esos fenómenos. La continua lucha interna y la evitación fóbica de los elementos traumáticos y los fenómenos internos bloquean la elaboración. El proceso psicoeducativo ha de ser una completa reformulación de la experiencia, en la línea desarrollada por

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Ryle (2006). Ello nos permitirá en las etapas posteriores ir planteando las intervenciones en un marco coherente y colaborativo.

Como cada paso que demos en la terapia de estos casos, el carácter progresivo y el respeto cuidadoso han de teñir cada una de nuestras intervenciones. No será igual en un paciente con una amnesia masiva que con alguien que tiene recuerdos bastante completos de su historia, ni en un paciente con una evitación fóbica extrema que en otro que afronta con mayor fortaleza lo que ocurrió y lo que ocurre. Hemos de encontrar un equilibrio entre ayudar al paciente a ir más allá de su posición actual, a adquirir perspectiva, y entender y respetar sus ritmos. Recordemos que las necesidades de estas personas han sido muchas veces negadas o ignoradas. Si, aun con la mejor intención de ayudar, reproducimos ese pernicioso esquema, estaremos reproduciendo una vez más el escenario del trauma original.

El contrato terapéutico puede ser más o menos formal, según las preferencias del terapeuta y el paciente. Es importante tener en cuenta que debe establecerse tanto con el paciente como conjunto como con cada una de las partes, cuando existe una fragmentación importante. En estos casos, desde las primeras sesiones es preciso contactar y negociar con las partes más agresivas, ya que pueden fácilmente poner en peligro la terapia, al propio paciente y a otras personas. Muchos terapeutas son reacios a hacer esto, pensando que las partes más agresivas deben ser eliminadas para que el paciente mejore. Esto no funcionará, sobre todo a largo plazo. La prueba es que el paciente precisamente lleva intentando esto durante toda su vida, sin otro resultado que la cronificación del conflicto, el desgaste estéril de energía y el empeoramiento en conjunto de sus problemas. No debemos contagiarnos de la visión del paciente, que describe esas partes de sí como el enemigo: las partes agresivas también son el paciente. Y, desde el principio, debemos transmitir el mensaje de que son fundamentales para él, que forman parte de su mente y que no iríamos a ningún lado si no las tenemos en cuenta. Es importante decir explícitamente que de ningún modo podemos forzarlas a participar en la terapia, pero que sería muy importante para nosotros conocer su opinión sobre lo que iremos proponiendo.

También tenemos que ir transmitiendo que se instaura en la terapia un nuevo modo de funcionamiento: la lucha de unas partes contra otras no lleva a ningún lado y no beneficia a *ninguna de ellas,* tenemos que encontrar un modo de ponernos de acuerdo y aunar fuerzas.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Este es un ejemplo de una interacción con un paciente. Oye una voz que le insta a cometer actos agresivos.

Terapeuta: Me parecería interesante entender por qué aparece esa voz. Ya te he dicho que yo creo que es una parte de ti, y tenemos que tenerla en cuenta...
Paciente: Esa voz no puede ser mía.

T.: ¿Entonces qué piensas que es?

P.: No lo sé, pero me dice cosas malas, es mala.

T.: (*Desmontando el etiquetado dicotómico malo/bueno.*): Yo no creo que haya nadie totalmente bueno o totalmente malo...

P.: Él es malo porque quiere que haga daño.

T.: (*Hablamos de la emoción, no de la conducta.*): Esa parte de ti siente mucha rabia, siente tanta rabia que quiere destrozarlo todo. La rabia es siempre una reacción contra el dolor; yo tengo la sensación de que siente un dolor terrible y que por eso reacciona así.

P.: Me está diciendo que te haga daño.

T.: ¿Se ha sentido mal por lo que acabo de decir? (*Vamos al mensaje de la conducta, no a la conducta en sí.*) Aunque mi intención no sea molestarla, puede que alguno de mis comentarios la haga sentir incómoda. No es necesario que te diga esas cosas, puede explicarme claramente qué le ha molestado.

P.: Me dice que no hable contigo.

T.: No se fía de mí... (*El terapeuta explora los motivos de la conducta.*)

P.: No... *(Empieza a aceptar la interacción.)*

T.: Hace muy bien en no fiarse. No me conoce de nada. Uno no debe lanzarse a confiar en la gente sin más, porque pueden hacerte mucho daño... (*connotando positivamente la conducta, explorando posibles distorsiones cognitivas generadas en el trauma*).

P.: Sí, dice que no me fíe, que no te hable.

T.: Esa parte de ti tiene mucha prudencia, y la prudencia es muy importante. En el fondo creo que quiere protegerte para que no te haga daño, yo no creo que sea mala... está intentando protegerte (*buscando un fin adaptativo para esa parte del paciente. Las partes agresivas suelen derivarse de partes inicialmente protectoras*).

P.: Pero dice cosas malas.

T.: Porque siente mucha rabia, pero la rabia es fundamental para sobrevivir (*busca una finalidad adaptativa*). Si no sintiéramos rabia, no seríamos capaces de defendernos cuando nos hacen daño. Su rabia es imprescindible para ti, la

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

necesitas. Solo tiene que entender que, si la usa contra ti, la está usando contra sí mismo.

P.: Dice que no te crea.

T.: Y tiene toda la razón. No tienes que creerme, ni a mí ni a nadie. Nadie tiene que decirte lo que tienes que hacer. Y tampoco debes confiar en mí. Solo con el tiempo, y viendo cómo me voy comportando y cómo reacciono en cada situación, irás decidiendo si soy de fiar o no.

P.: Dice que sí..., pero solo cuando quiera.

T.: Yo no voy a obligar a nadie a hacer nada. Solo creo que puedo ayudar a que entendáis que estáis en el mismo barco y que peleando contra ti mismo no llegarás a ningún sitio. Quizás tengamos que sentarnos a hablar, para decidir qué hacer, y me gustaría que la voz también opinase, creo que su opinión es fundamental. Tiene mucha fuerza y podría ayudar mucho... (*estableciendo un contrato implícito: la parte agresiva puede colaborar*).

P.: ¿Y qué tengo que hacer?

T.: De momento escucha un poco más qué dice la voz y qué necesita. A mí me gustaría que viniese a la sesión y participara.

P.: Cuando él quiera...

T.: Por supuesto, ya he dicho que aquí nadie obliga a nadie a hacer ninguna cosa que no quiera hacer.

P.: Está de acuerdo.

T.: Bien.

El contrato terapéutico no puede ser demasiado rígido en estos pacientes. Los incumplimientos terapéuticos son frecuentes y repetidos. El contrato nos sirve de marco de referencia, al que habremos de volver en numerosas situaciones. Pero exigirle a un paciente que se olvida de sí mismo, que se autoagrede, que no tiene esperanza en el futuro... que desde el inicio de la terapia acuda regularmente, que se ayude según lo que comentamos en la sesión y que deje de tener conductas de riesgo, es pedirle que se cure a sí mismo de modo inmediato antes de empezar la terapia. Esas son precisamente sus carencias. Lo importante es explorar con el paciente qué factores han llevado al incumplimiento de las condiciones que habíamos pactado.

El paciente que comentábamos incumplió nuestro acuerdo unas semanas después. Cuando hablamos de ello, la parte disociada decía seguir interesada en cambiar las cosas, pero en algunos momentos sentía tanta rabia que era incapaz de controlar la conducta y acababa precipitando actos agresivos. Trabajamos en

buscar sistemas que aliviasen esa rabia interna, lo que conllevó que las agresiones desaparecieran y la terapia fuese evolucionando adecuadamente.

Es importante explorar si los problemas se producen como reacción a lo que hemos hecho en la sesión. Una parte disociada puede precipitar una conducta problemática para boicotear la sesión, en respuesta a una actitud nuestra. Lo que ha podido dispararlo no tiene por qué ser evidente; por ejemplo, el paciente puede reaccionar ante un cambio de cita, que interpreta desde su alta vulnerabilidad al rechazo como una muestra de desinterés. O el disparador puede ser un elemento de la vida del paciente, no conectado con la terapia. Esta diferenciación resulta muy importante, porque es muy probable que, si el paciente se siente mal por algo que hayamos dicho, hecho o dejado de decir o hacer, no nos lo exprese de modo directo, sino que nos «hable a través de sus síntomas». Si el paciente pudiera expresar directamente su malestar, la disociación no se produciría. Se disocia porque no se ve capaz de asumir situaciones dolorosas, y ese malestar se acaba expresando sintomática y disfuncionalmente. Para modular la relación terapéutica necesitamos hacer un continuo ejercicio de traducción del «lenguaje disociativo» indirecto del paciente, al lenguaje directo, respetuoso, pero claro y explícito.

B. AUTOCUIDADO

Hay aspectos que pueden resultar evidentes para el terapeuta, pero que no lo son ni mucho menos para un paciente con DESNOS o un trastorno disociativo. Estas personas pueden no considerar un problema no dormir por la noche, no comer y, en general, cuestiones muy básicas del autocuidado. Si la fragmentación es importante, los ritmos sueño-vigilia pueden estar alterados, los patrones alimentarios pueden ser irregulares y el paciente puede entender este caos como el funcionamiento normal, sencillamente porque para él eso es «lo normal», ha sido así durante años o incluso toda su vida.

Debe explorarse en detalle el funcionamiento general del paciente, analizando un día concreto paso a paso: a qué hora se levanta, qué desayuna, aseo, vestido, comida... Debemos preguntar si la persona descansa, si se cuida cuando está enferma, si hace alguna actividad gratificante... Recordemos que una persona con problemas graves de apego temprano puede no haber interiorizado un patrón de autocuidado adecuado, por la sencilla razón de que nunca la han cuidado adecuadamente, incluso en aspectos muy básicos (Chu, 1998b). La crianza deficitaria,

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

caracterizada por el escaso o nulo interés en la experiencia del niño (en oposición a obediencia o apariencia), no ofrece ninguna fuente de la que pueda internalizarse el rol del autocuidado (Ryle, 2006). También puede ocurrir que una víctima de maltrato o abuso infantil, motivada por vivencias de culpa o vergüenza, abandone todo cuidado hacia sí misma debido a su idea de que no lo merece o incluso de que debe castigarse por lo sucedido.

Las cogniciones sobre el cuerpo también influyen en estos aspectos. Muchas veces debemos trabajar estos aspectos, señalando que el cuerpo es algo bueno y explicando por qué es importante dormir, comer adecuadamente, etc.

El autocuidado se extiende además a otros aspectos:

- Existencia de un equilibrio entre el cuidado a uno mismo y a los demás.
- Percibir las propias necesidades y buscar modos adaptativos de cubrirlas.
- Capacidad de pedir lo que se necesita y de negarse a peticiones excesivas.
- No realizar conductas ni tener relaciones perjudiciales.
- Ser capaz de cuidarse cuando uno se siente mal, y tratarse y hablarse internamente tan bien como se trataría a otra persona.

Estos aspectos están muy afectados en las personas con traumatización grave y la intervención sobre ellos es clave en etapas iniciales. La terapia es cuidado. Si el paciente no tiene interiorizado un patrón de autocuidado adecuado, la terapia puede ser afrontada desde una perspectiva muy disfuncional. Por ejemplo, un paciente puede buscar con el terapeuta revivir las experiencias traumáticas, funcionando más como una retraumatización que como un intento de resolución: en este sentido, casi podríamos entender la terapia como una autolesión. O puede acudir a terapia tratando de hacer desaparecer sus síntomas disociativos, llevándonos a nosotros a participar en el conflicto interno que está generando sus problemas.

Un ejercicio que puede ser tanto exploratorio como terapéutico es pedir al paciente que visualice en su cabeza al niño que fue cuando los eventos traumáticos se estaban produciendo (Knipe, 2008). Tendremos cuidado en estas intervenciones

de separar la imagen de sí mismo de las imágenes de la situación traumática, a las que en estas primeras fases no queremos exponer al paciente. Le pedimos que simplemente mire a ese niño, sin juzgarlo, y nos diga lo que ve. Un paciente gravemente traumatizado en su infancia muestra por lo general un intenso rechazo hacia esta imagen interna, culpando al niño de lo sucedido, mostrando reacciones fóbicas a los recuerdos y emociones que en ese estado mental vivió y todavía están almacenadas ahí, o sintiéndose demasiado débil, indigno o incapaz de cuidarle. Lograr trabajar con el paciente los obstáculos para que consiga hacer este ejercicio es una tarea fundamental. Ha de llegar a poder hablarle al niño, explicándole que él no tuvo la culpa de lo que pasó, pero que ahora ha crecido un adulto en él que está aprendiendo a cuidarlo y que siempre va a estar ahí. También es importante remarcar que allí y entonces las cosas fueron así y que él, como era un niño, no pudo evitarlo, pero que aquí y ahora es un adulto y tiene opciones de cambiar las cosas.

La mirada de aceptación y amor incondicional hacia sí mismo es un puntal básico de la recuperación; ha de asumir que es un adulto capaz de decidir qué hacer con su vida, y no un niño indefenso a expensas de lo que los adultos hagan, y establecer este diferente nivel de conciencia, separando el pasado del presente. Estos aspectos pueden necesitar una inversión importante de tiempo de la terapia, pero es fundamental que estén bien asentados para que el trabajo posterior sea productivo. Aparte de en el inicio de la terapia, estas intervenciones (cuidarse a sí mismo, separar pasado y presente, sentirse un adulto con opciones) habrán de continuarse implementando longitudinalmente a lo largo de las distintas etapas de la terapia, incorporándolas a las diferentes intervenciones.

C. PARAR LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Entre los trastornos disociativos se refieren tasas de autolesiones del 82% (Ebrinc, et al., 2008). Los pacientes con autolesiones tienen además puntuaciones más altas en las escalas de disociación y trauma temprano. El 61 -72% de los pacientes
realizan intentos de suicidio y los suicidios consumados entre pacientes con trastorno de identidad disociativo (TID) alcanzan el 1-2,1% de los casos (Coons, 1990; Putnam, 1986). Entre los DESNOS (Van der Kolk, et al., 2005), en torno al 65% tienen conductas
autodestructivas y en torno al 95% preocupaciones suicidas o intentos de suicidio. El abuso físico y sexual en la infancia se asocia de modo independiente con la conducta suicida y las autolesiones en distintos trastornos mentales (Ystgaard, et al., 2004). Estos datos aconsejan no infravalorar el riesgo real de suicidio en estos pacientes.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A,

FUNCIONES

Estas conductas pueden cumplir distintas finalidades para el paciente (Brand, 2001) y es importante analizarlas desde esta perspectiva para poder implementar la intervención adecuada. Estas funciones pueden ser:

1. Intentos de manejar las emociones: regulación emocional

Estos pacientes no han aprendido habilidades efectivas para autocalmarse y modular sus emociones. Estas habilidades se aprenden en un desarrollo normal a partir de una interacción de apego adecuada. El cuidador principal cuida, protege, calma, distrae y modula las emociones del niño. Con el tiempo este interioriza estos patrones y es capaz de aplicarlos a sí mismo de forma cada vez más autónoma. En situaciones de apego desorganizado, maltrato y/o abuso es imposible que el niño adquiera dichas habilidades.

Las autolesiones constituyen muchas veces formas de escapar de emociones desagradables, como la rabia o la culpa, o maneras de salir de un estado disociado. El dolor puede ser una emoción real que «trae» al paciente de una vivencia de despersonalización.

El trabajo terapéutico en este caso será enseñar al paciente modos de regulación emocional más adaptativos. Pueden emplearse diversos tipos de técnicas, como la visualización de escenas asociadas a sensaciones de tranquilidad y seguridad, técnicas hipnóticas de contención, trabajo cognitivo-conductual analizando la secuencia en la que se inscribe la autolesión y valorando sus consecuencias inmediatas y a medio plazo, enseñando al paciente a poner en palabras o símbolos la emoción, más que en actos...

El modo en que el terapeuta reacciona ante emociones vividas por el paciente como intolerables es un modelo de regulación emocional del que probablemente el paciente careció en su infancia. Un niño angustiado, con dolor, asustado e hiperexcitado aprende a modular estos estados de ánimo gracias a la presencia serena y paciente de un adulto que es capaz de ver sus necesidades y busca atenderlas del mejor modo, incluyendo la demora de la gratificación cuando esto es lo mejor para el niño. Carente de estos modelos de regulación, la relación terapéutica puede proporcionar un

modelado que con el tiempo el paciente acaba interiorizando y realizando autónomamente.

En esta línea, trabajar con visualizaciones de autocuidado ayuda a incorporar modelos internos de regulación emocional. Para ello, sin que necesariamente hayamos identificado una fragmentación grave, podemos trabajar con diversas imágenes en las que el paciente, desde su yo adulto, se visualiza cuidando del niño que sintió por primera vez esa sensación, entendiendo su necesidad y buscando cómo atenderla, cuidándolo y transmitiéndole una aceptación incondicional.

Un ejemplo es pedir al paciente, cuando experimenta una sensación somática perturbadora contra la que está luchando y que le está desbordando, que coloque su mano sobre la zona del cuerpo en que la siente y se imagine que esa sensación es un bebé al que está cuidando. Dependiendo de la gravedad de la disfunción en el apego temprano del paciente, puede ser necesario un trabajo «pedagógico» explicando cómo se cuida de un bebé asustado, que llora o que se siente mal: podemos abrazarlo para que sienta nuestro calor y nuestra respiración, hablarle suavecito, rozar su cara con la nuestra, cantarle, distraerle..., dándole tiempo y teniendo muchísima paciencia, hasta que poco a poco se va regulando y calmando. Hemos de situar al paciente en su rol de cuidador: es frecuente que un paciente que se abandona o maltrata a sí mismo conserve en algunas áreas una buena capacidad de cuidar a otros: hijos, otros familiares a los que atiende en detrimento de las propias necesidades... Tratamos de que pueda volver hacia sí mismo una capacidad que es capaz de emplear con otros. Algunos pacientes al inicio solo son capaces de hacer este ejercicio si imaginan que el bebé es ajeno a ellos, pero no pueden visualizarlo si piensan que se trata de ellos mismos. Pero en cualquier modo, están viéndose cuidando de su sensación perturbadora, centrados en sus capacidades adultas y sin pelear contra sí mismos.

2. Intentos de manejar material traumático

El paciente puede autolesionarse como un intento de distraerse de recuerdos traumáticos. También puede buscar la sensación de control que supone ejercer daño. Cuando se experimenta un abuso o maltrato reiterado, la

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

sensación de incertidumbre absoluta, saber que inevitablemente sucederá pero que nunca sabrás cuándo, puede resultar más intolerable aún que el propio abuso. Ante la inevitabilidad del mismo, el paciente puede optar por causarse dolor y al menos retener así una cierta sensación de control.

A veces el paciente prefiere el dolor físico al dolor emocional, que le resulta mucho más intolerable.

La autolesión puede estar generada por partes agresivas como una forma de proteger a la personalidad principal de la reexperimentación del trauma. En la mente del paciente la diferencia entre un recuerdo y la realidad no es en absoluto evidente. Las escenas traumáticas se reproducen con frecuencia de un modo muy vivido, indistinguibles para el individuo de una situación real. Que las imágenes vuelvan es lo mismo que el que el abuso se repita y las partes agresivas lo impedirán por todos los medios a su alcance.

Dado que en la terapia habrá etapas en las que se trabajará con estos recuerdos traumáticos, tendremos que estar especialmente pendientes de posibles conductas autolesivas. Con frecuencia estos recuerdos estarán rodeados de consignas de ocultación y secreto, a veces directamente generadas por los abusadores y otras motivadas por sentimientos de vergüenza y culpa del paciente. Por ello el trabajo con material traumático deberá hacerse pausadamente, en fragmentos que el paciente pueda tolerar y elaborar, intercalando intervenciones de estabilización y evaluando detenidamente las reacciones de diferentes partes.

3. Intentos de comunicar y manejar relaciones

Las familias en las que se desarrollan este tipo de problemas no se distinguen precisamente por la comunicación directa y abierta. Es fácil que un individuo con trastorno disociativo o DESNOS se exprese muchas veces a través de conductas y a través del cuerpo. El síntoma puede también servir como una forma de conseguir control y poder en la relación y esto puede estar dirigido tanto al entorno del paciente como al propio terapeuta. Por ello es importante colocar la responsabilidad de estas conductas en su lugar. Ni es lógico pensar que el paciente tiene un control absoluto y volun-

tario de estos comportamientos ni podemos asumir como terapeutas la responsabilidad de pararlos. Esto nos colocaría en una paradoja irresoluble y ayudaría poco al progreso de la terapia.

Una paciente con TID se autolesiona y autoagrede de múltiples modos. Muchos de los episodios de autolesión se producen en relación con problemas con la madre. La paciente llega a entender que se corta como un modo de causar una reacción en su madre, en lo que es una mezcla de una búsqueda de una mirada auténtica de la madre y una agresión hacia esta por no responder a esta necesidad. Ella es consciente de que esta pauta repetitiva no hace sino aumentar el abismo que la separa de sus padres, pero está atrapada en esta pauta disfuncional. El trabajo, continuo y paciente, será situar la relación con los padres en la historia de la infancia, con la que vamos procesando y trabajando, y la actitud de ella hacia sí misma, en el aquí y ahora. La paciente ha de aprender a decirse: «No puedo cambiar el modo en que mis padres me trataron porque es pasado y ya no se puede modificar, pero ahora como adulta elijo aprender a cuidarme cada vez mejor». Este cambio se va fraguando a través de diversas intervenciones durante el proceso terapéutico.

A veces podemos incluso vernos inmersos en un nuevo patrón de revictimización. Un paciente admitía que solo sentía que el terapeuta le cuidaba cuando este estaba furioso. Era la misma sensación que experimentaba con su padre y en cierto modo provocaba que esa situación se produjera. Hemos de estar pendientes de nuestras reacciones emocionales, porque podemos vernos inmersos en una situación de este tipo, de modo que seamos capaces de verla desde fuera y ayudar al paciente a entenderla y desmontarla. Si nos fijamos, no es infrecuente que pacientes con conductas autolesivas repetidas generen reacciones de hostilidad en los profesionales.

ESTRATEGIAS PARA MANEJAR LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Brand (2001) señala varios aspectos claves a la hora de establecer seguridad:

a. *Si las conductas autodestructivas ocurren fuera de la conciencia, debe conectarse con la parte responsable de ellas.*

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Esto puede hacerse a través del paciente, que se comunicará internamente, o directamente con alguna de las partes. Esta comunicación directa suele disminuir de forma muy notable la rabia de las partes agresivas.

b. *Es también importante valorar la función que cumplen ¡os impulsos o conductas destructivas. También pueden generarse en conflictos internos o externos.*

Para evaluar estos aspectos preguntaremos al paciente: «¿Qué estabas sintiendo, qué estaba pasando justo antes de hacerte daño? ¿De qué modo te ayuda esta conducta? ¿Qué esperas que pase como resultado de hacerte daño?». Al paciente puede costarle responder a estas preguntas, pero es importante ayudarle a profundizar en ellas.

c. *Puede negociarse una tregua, aunque sea temporal.*

Para ello nos dirigiremos al paciente más o menos en esta línea: «Yo puedo ayudarte a veces o ingresarte si fuera necesario, pero no puedo forzarte a no hacerte daño. Sin embargo, tú sí puedes hacerlo. Cuando eras niño no era así, no podías controlar lo que le ocurría a tu cuerpo. Pero ahora sí puedes hacerlo, ahora sí puedes cambiar la situación...».

d. *Elaborar con el paciente un plan de acción ante los impulsos autolesivos.*

El paciente puede llamar a un buen amigo, usar técnicas de relajación o imaginación para distraerse de imágenes negativas, usar técnicas hipnóticas para contener emociones desagradables, usar técnicas de anclaje para salir de experiencias disociativas, hacer ejercicio moderado, revisar las consecuencias de las autolesiones, recordarse que las malas experiencias pasan pronto, realizar actividades de distracción y, en último término, acudir a ver al terapeuta o al hospital si estos impulsos se le hacen inmanejables.

e. *Explorar distorsiones cognitivas que alimentan las conductas autolesivas.*

Debemos evaluar cuándo estas conductas están sustentadas por creencias del paciente de ser malo, merecer un castigo, no ser digno de ser feliz, etc. Ayudar al paciente a entender por qué se fueron generando estas creencias en él, a cuestionarlas y plantearse nuevas visiones más adultas y positivas de sí mismo hará que se vayan desmontando dichas conductas.

D. ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

Desde diversas orientaciones se han desarrollado técnicas que podríamos denominar de orientación a la realidad. La esencia de las mismas es mantener al paciente en el aquí y ahora y conectado a sus sensaciones corporales. El paciente a veces se «desconecta» de lo que le sucede. Esto, que puede resultar adaptativo cuando estamos experimentando un trauma inevitable, representa un problema para afrontar de un modo adecuado la vida cotidiana. También es importante que el paciente no se vea absorbido por un recuerdo traumático, entrando en una reexperimentación del trauma. Para poder elaborar estos recuerdos de un modo adecuado, el paciente ha de aprender a estar absolutamente presentificado (Van der Hart, et al., 2006), enraizado en sensaciones reales y actuales. De lo contrario, el recuerdo de los contenidos traumáticos se convertirá en revivir de nuevo lo sucedido, del mismo modo que allí y entonces. Esto, lejos de ser terapéutico, puede ser retraumatizante, agravando más el estado del paciente.

Un elemento común a muchas de estas técnicas es la diferencia entre yo observador y yo experimentante, lo que Rothschild (2000) denomina conciencia dual. Una persona que experimenta síntomas postraumáticos tiende a identificarse con sus sensaciones fisiológicas. Nosotros debemos enseñarle una manera diferente de evaluar su experiencia: en lugar de reexperimentar la vivencia traumática como si estuviera sucediendo ahora, el individuo debe aprender a decir: «Estoy sintiendo... mientras recuerdo... pero al mismo tiempo yo sé que no está sucediendo ahora».

Aunque no dominemos muchas de estas terapias, podemos utilizar técnicas puntuales que resultan de gran utilidad.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

1. *Orientación a la realidad*

No es obvio para un paciente que se disocia que está en el presente, que lo que le rodea es un despacho, que nosotros somos un terapeuta que intenta ayudarle, que su cuerpo le pertenece... enseñar al paciente a darse autoinstrucciones en este sentido, entrenando esta capacidad durante las sesiones y animándolo a que lo ejercite en otros entornos, acaba produciendo efectos, aunque generalmente requiere constancia y paciencia. Cualquier estrategia que elaboremos en este sentido puede ayudar: por ejemplo, si la persona tiene dificultades en recordarse dónde y cuándo está, llevar una tarjeta escrita en el bolsillo que pueda leer en el momento preciso a veces resulta útil. Algunos pacientes introyectan la figura del terapeuta como un modo de calmarse y orientarse a la realidad fuera de la consulta. Otros pueden tener objetos o fotos de personas cuyo contacto les centra.

En la consulta, el contacto ocular con el paciente resulta particularmente útil (Chu, 1998). Puede ser difícil hacer esto en medio de una crisis si no hemos entrenado previamente al paciente para ello; dicho entrenamiento es aconsejable incluirlo en las primera etapas, aunque el individuo nos plantee otras demandas como prioritarias.

Usar objetos familiares también puede ser útil para la orientación a la realidad. Una de nuestras pacientes se conecta al presente más fácilmente cuando habla de su hijo pequeño. Cuando se disocia le mostramos la foto del niño, lo que la sitúa en su papel de madre y cuidadora, sacándola de los estados mentales centrados en las emociones del trauma. Trabajar en consulta con estos elementos puede ayudar a trasladarlos más adelante a la casa o a otros contextos, donde estos recursos pueden resultar útiles.

Linehan (2003) aconseja a sus pacientes coger en la mano cubitos de hielo para neutralizar la tendencia a disociarse. Knipe (2008) propone activar el reflejo de orientación en el paciente lanzándole y haciendo que nos lance un objeto (cojín, bola de papel), para revertir la desconexión y centrar al paciente en el presente. Este autor propone dentro de la terapia EMDR (siglas en inglés de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular), pero pudiendo trasladarse algunos elementos a terapias de otra orientación, una interesante aproximación progresiva a los elementos traumáticos. El paciente dedica el tiempo necesario en la sesión de terapia al enraizamiento en el presente y la orientación a la realidad. A partir de esa situación, va haciendo aproximaciones de muy corta duración (pueden ser

incluso unos pocos segundos) al material traumático, para volver inmediatamente a la orientación presente. Solo cuando el individuo es capaz de hacer este contacto con la experiencia pasada manteniéndose en el presente, se va incrementando el tiempo en la escena traumática, pero desde una sólida experiencia de seguridad y control para el paciente. Este elemento de progresión ha de estar presente de modo general en todas y cada una de las intervenciones.

Lanius (2008) propone el uso de aromas y olores, testando que no se asocien con elementos traumáticos, por la característica de los estímulos olfativos de no pasar por el tálamo e ir directamente al sistema límbico y el córtex frontal. Puede pedirse al paciente que traiga su perfume favorito o algo cuyo olor le resulte agradable y se asocie con su presente, para ayudar a revertir un estado disociativo.

En general, podemos usar nuestra creatividad y el conocimiento que tenemos de nuestros pacientes para elaborar intervenciones orientadas a situar al paciente en el aquí y ahora y a darle recursos para aprender a hacerlo por sí mismo.

2. *Autoconciencia corporal*

Pat Ogden (2006) describe lo que denomina entrenamiento en autoconciencia corporal como una de las bases de la terapia sensoriomotora que propone para el tratamiento del trauma. Es una buena técnica de estabilización y orientación a la realidad. En pacientes traumatizados, el reconocimiento de sensopercepciones normales y actuales en el cuerpo suele estar enormemente distorsionado. Suelen oscilar entre la inundación de sensaciones muy negativas y la hiperactivación autonómica, derivadas del trauma y la desconexión del cuerpo como único mecanismo para salir de dichas sensaciones. La observación de las sensaciones, sin juzgarlas ni luchar contra ellas, es una experiencia para muchos pacientes desconocida y el entrenamiento en esta habilidad aporta importantes beneficios. Por otro lado, la conexión con el cuerpo no traumatizado, con sus aspectos sanos, es fundamental y muchas veces está bloqueada por la focalización de la atención en las sensaciones perturbadoras o por un rechazo de las sensaciones agradables o placenteras basado en la vergüenza, la culpa o la vivencia del cuerpo como responsable del abuso. Si entrenamos esta capacidad en consulta y mediante ejercicios programados para casa, cuando precisemos este recurso para manejar experiencias traumáticas, el paciente podrá recurrir a él más fácilmente. También Rothschild (2000) describe técnicas similares. Sin estar directamente dirigidas a los pacientes con

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

trauma complejo, algunas intervenciones basadas en el desarrollo de autoconciencia (Langer, 2007) pueden ayudarnos en esta etapa. Estas técnicas resultan más útiles en general que la relajación, con la cual nos podemos encontrar con respuestas paradójicas en los pacientes disociativos.

3. *Identificación de sensaciones de tensión-relajación muscular y explorar y concretar los límites del cuerpo*

Los límites del cuerpo de estas personas han sido vulnerados o invadidos múltiples veces. Además estos pacientes suelen tener la experiencia de que el cuerpo no es un lugar seguro. Todo está desestructurado y es necesario aprender a percibir los límites (Rothschild, 2000). Esto puede hacerse ayudando al paciente a percibir el contacto con objetos reales, los puntos de contacto con el cuerpo y dónde este está apoyado. Muchas veces el ejercicio físico cumple esta función: ayuda al individuo a enraizarse, a ser más consciente de cómo sus piernas se apoyan en el suelo, al tiempo que se conecta con sensaciones de fuerza y de control.

De particular importancia es explorar la distancia física adecuada con estos pacientes, ya que pueden vivir el contacto físico o la cercanía de modo amenazante. La distancia ha de ser valorada por el paciente, ya que nuestra percepción de cuál es el espacio más indicado seguramente no será la misma que la suya. En pacientes con una mayor fragmentación, hemos de tener en cuenta que esta distancia interpersonal de seguridad puede ser diferente para unos estados mentales y para otros. De hecho, desde un estado del ego el paciente puede pedirnos un abrazo, que es vivido desde otro estado del ego como abusivo, invasivo o peligroso. Lejos del extenso debate en psicoterapia sobre si es adecuado tocar o no a los pacientes, ya que en mi opinión es imposible establecer una regla categórica aplicable a todos los pacientes, hemos de ser, sin embargo, muy conscientes de las múltiples implicaciones y complejidades que conlleva el contacto físico en estos pacientes. Alguna persona puede necesitar una mano en el hombro o un gesto de apoyo, y una actitud muy distante puede ser tan dañina como una proximidad inadecuada. Explorar con el paciente, pedir permiso y ser prudentes nunca está de más y puede prevenir reacciones negativas. Recordemos que si no exploramos específicamente, puede que ellos no sean capaces de manifestarnos su incomodidad. Aprendieron desde niños a tolerar pasivamente la vulneración de sus límites personales. Sin un gesto de malestar y presentando una aparente conformidad y agrado, podemos

estar disparando asociaciones con vivencias traumáticas importantes. Preguntar cuidadosa y respetuosamente no puede causar daño. Dar cosas por supuestas, en cambio, puede implicar graves efectos insospechados.

E. RECURSOS POSITIVOS

El paciente muchas veces no es consciente de cuáles son sus puntos fuertes o de los recursos de que ya dispone. Debemos ayudarle a verlos y a ser capaz de utilizarlos. Otras veces habremos de desarrollarlos de nuevo, pero siempre es más útil partir de una capacidad ya disponible.

1. *Lugar de curación*

En las terapias orientadas al trauma se habla con frecuencia del «lugar seguro», en referencia a la creación de imágenes que generen sensaciones de calma y tranquilidad, como una técnica para manejar emociones disfuncionales. Sin embargo, como señalan Turkus y Kahler (2006), en pacientes disociativos la palabra «seguro» tiene numerosas implicaciones: pueden relacionar lugar seguro con el sitio en el que ocurre un abuso (asociado por lo general a los lugares más íntimos y privados) o pueden haber sido palabras engañosas verbalizadas por el abusador en las propias escenas traumáticas. Por ello no es extraño que estas técnicas provoquen reacciones paradójicas en muchos de estos pacientes.

Los autores proponen hablar de «lugar de curación», un espacio imaginario al que el individuo puede ir en situaciones de crisis, en momentos de sobrecarga o durante el trabajo terapéutico. Esto debe practicarse repetidamente y estar bien establecido antes de pasar a otras etapas del tratamiento. Además, puede ser un recurso para autocalmarse, reducir emociones no placenteras y, en general, para la estabilización del paciente.

Turkus y Kahler (2006) lo introducen así: «Este es un momento para que te ocupes de ti mismo, para facilitar el proceso de curación interior profunda. Es un momento de invitación para todos los aspectos del yo, todas las partes de tu mente y tu espíritu interior para crear ese lugar de curación. Céntrate en tu interior y visualiza este lugar de curación tal como me lo has descrito. Llena el espacio con todas las cosas confortables y hermosas que deseas que estén allí. Utiliza tus

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

colores favoritos. Experimenta con todos tus sentidos, mira alrededor, toca los objetos, respira los olores, escucha los sonidos y muévete por todo el espacio. Emplea todo el tiempo que necesites para llenar creativamente el espacio y experiméntalo completamente. Has de saber que puedes volver aquí en cualquier momento que estés físicamente seguro en el mundo y nadie te interrumpirá. Este lugar es solo una imaginación. Este es un lugar de curación para toda tu mente, tu cuerpo y tu espíritu. Esta es tu creación».

En algunos casos es enormemente complejo construir estas visualizaciones. Es posible que un paciente cuyos espacios privados han sido sistemáticamente vulnerados se vea también invadido durante el proceso por intrusiones de material traumático o por el boicot activo de partes persecutorias. La capacidad de cuidar de sí mismo y de protegerse no se ha desarrollado aún y eso puede ponerse de manifiesto durante el ejercicio del «lugar de curación». El proceso de construirlo puede enseñar al paciente a protegerse y a autocuidarse, pero también resultará una intervención desestabilizadora en algunas ocasiones.

Mediante hipnosis pueden salvarse muchos de estos obstáculos, ya que en estado de trance las sugestiones del terapeuta tienen mayor peso y efectividad. Aunque no dominemos la hipnosis, muchos de estos pacientes entran espontáneamente en trance con facilidad, lo que podemos aprovechar en este sentido.

Con EMDR pueden reforzarse estos lugares de curación. La estimulación bilateral ayuda a instalar las sensaciones de seguridad y a procesar y desactivar las asociaciones traumáticas.

2. *Conexión con recursos positivos*

Recursos son las capacidades y habilidades, existentes o deseadas, que sería importante que el paciente tuviera disponibles y con la adecuada intensidad. Por un lado, ayuda a pacientes con una autoestima normalmente muy baja a ser conscientes de los aspectos positivos que poseen y de los momentos buenos que han existido en sus vidas. Por otro, de un modo constructivo y creativo, contribuye a desarrollar áreas menos evolucionadas en esa persona, a partir de los pequeños elementos ya disponibles o bien de modelos reales, imaginarios o simbólicos. El trauma precoz y crónico crea como problema adicional a las secuelas directas y a los modelos de apego disfuncional la dificultad para acceder a las zonas no afecta-

das por el trauma: a las figuras de apego sano que la persona fue conociendo, a los momentos positivos y en general a la parte buena de la vida. Muchas situaciones que podrían haber sido experiencias emocionales correctoras para el paciente pueden haber estado limitadas en su desarrollo por las dificultades relacionales o de afrontamiento. Pero también pueden haber existido y sido positivas para la persona, y ser el actual estado depresivo o la presión de los elementos traumáticos los que impiden la accesibilidad a esas capacidades, modelos positivos y recuerdos.

Estos recursos abarcarían (Jarero, 2005):

a) Habilidades o capacidades que la persona tiene: capacidad de cuidar, fuerza, persistencia, calma... Muchas veces los pacientes tienen una autoestima baja y no saben decirnos nada bueno de sí mismos. Hemos de ayudarles a ver lo que tienen de bueno, los momentos en los que sí han tenido recursos (por ejemplo, pueden sentirse débiles pero haber pasado algún momento de su vida en que han sido fuertes), o la parte de una capacidad que sí tienen, aunque sea algo que debería desarrollarse más. En otras ocasiones ven como recursos aspectos que son realmente problemáticos, como el «pensar en los demás», que representa en realidad un atender las necesidades de los otros e ignorar las propias.

b) Personas de la vida del paciente que le han hecho sentirse bien consigo mismo. Es importante que para este objetivo seleccionemos personas que no despierten sentimientos ambivalentes o que no conecten al paciente con eventos negativos, como duelos o pérdidas. También hemos de tener cuidado con las figuras de apego primarias, o figuras abusivas, que pueden ser vistas como positivas desde un mecanismo de idealización.

c) Personajes reales o imaginarios, o imágenes simbólicas que representen una cualidad o habilidad que al paciente le gustaría desarrollar o potenciar.

Pediremos al paciente que visualice esas situaciones. Si son momentos que ha vivido, le ayudaremos a recordar cómo se sintió en esos momentos y a que recree todos los detalles sensoriales (colores, sonidos, olores...), las emociones que siente y las sensaciones del cuerpo. El paciente únicamente debe conectarse con las sensaciones que esto le produce si son positivas, da igual su intensidad, y permanecer unos minutos simplemente sintiendo esas sensaciones.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A,

El procedimiento es el mismo si se trata de un elemento simbólico o imaginario, con la única diferencia de que, en lugar de un recuerdo, se trata de una elaboración en la imaginación del paciente.

Estas sensaciones positivas pueden reforzarse en algunos pacientes con EMDR (Korn y Leeds, 2002) o con hipnosis (Phillips y Frederick, 1995), en función de la formación específica del terapeuta. Pero pueden funcionar adecuadamente sin ello, aunque el nivel de intensidad alcanzado será probablemente menor.

Algunos pacientes muestran un resultado muy positivo a estas intervenciones, mejorando su autoestima, su estabilidad emocional y su fortaleza. En otros casos, el paciente no es capaz de centrarse en estas visualizaciones, yendo su mente constantemente a elementos negativos de su personalidad o de su historia. Aunque el paciente pueda desarrollar el ejercicio sin problemas, no todos se benefician al mismo nivel de estas intervenciones. Algunas personas pueden estabilizarse mejor incluso con intervenciones más dirigidas a elementos traumáticos. De cualquier modo, son técnicas en general bien toleradas y un buen modo de empezar a trabajar con el paciente desde situaciones sin carga negativa. Esto ayuda a ir haciendo una aproximación gradual a los contenidos traumáticos, de forma necesariamente progresiva, calculando con el paciente el ritmo adecuado y evaluando el efecto de las distintas intervenciones.

3. Técnicas de fortalecimiento del yo

Para que el paciente pueda afrontar la etapa de trabajo con el trauma, habrá de estar lo más fortalecido posible. En general cualquier técnica que aumente la capacidad de manejo de las emociones (como aprender a aceptar y a manejar la rabia) o las habilidades de afrontamiento (como el entrenamiento en asertividad) ayudará a que el paciente vaya desarrollando lo que podríamos denominar un yo central más fuerte y sólido. El desarrollo e instalación de recursos que comentábamos en el apartado anterior produce un efecto de reforzamiento. Una medicación antidepresiva puede en un momento dado ser también una técnica de fortalecimiento del yo.

A veces estas intervenciones son en sí mismas una parte esencial de la terapia. Por ejemplo:

Una paciente sufre episodios de movimientos anormales en brazos y piernas, acompañados en ocasiones de agitación y ansiedad y a veces pérdidas de conocimiento. Se trata de una mujer inteligente con un excelente rendimiento en su trabajo. Ha tenido estos episodios en distintas épocas de su vida, desde la adolescencia.

En su historia temprana destaca una figura paterna extremadamente autoritaria y agresiva verbalmente. La paciente refiere ante los gritos de su padre sentirse literalmente congelada. Esta reacción se repite automáticamente ante cualquier persona que eleve el tono de voz o que tenga una actitud de autoritarismo.

Como el modelo de expresión de rabia que tuvo en su infancia fue el de su padre, y como alternativa la actitud de aceptación sumisa de su madre, la paciente no ha interiorizado un modelo interno de manejo adaptativo de la rabia. Rechaza esta emoción en sí misma, mirándola desde la perspectiva de la niña paralizada ante la rabia de su padre (la rabia es mala, hace daño a la gente, sacar la rabia es ser malo). Cuando siente rabia la disocia completamente, no siendo siquiera consciente de sentirla. Al hacer esto no puede negarse a ninguna petición o exigencia ni puede reclamar lo que necesita. Se ve sometida a muchas situaciones en las que debe hacer más de lo que puede o considera que debe hacer, al tiempo que sacrifica siempre sus necesidades en beneficio del otro. Esto intensifica el desgaste interno y el resentimiento, emoción que también disocia habitualmente.

Cuando este círculo vicioso incrementa la tensión interna hasta una intensidad determinada, acaban produciéndose las crisis conversivas. Podríamos entender estas crisis como la desinhibición de una respuesta defensiva, habitualmente bloqueada por la respuesta de congelación, produciéndose esta desinhibición cuando la presión interna sobrepasa un determinado umbral.

El trabajo con esta paciente fue una reformulación de sus problemas, entendiéndolos desde este modelo explicativo. Y desde aquí se programaron una serie de tareas e intervenciones enfocadas a reconocer, asumir e integrar la rabia como una emoción normal y adaptativa. El primer paso fue darse cuenta de en qué situaciones cotidianas sería esperable que ella sintiese rabia, para después aprender a conectar con esa emoción, modularla y expresarla de un modo adaptativo. Esta intervención conllevó una mayor fortaleza tanto a nivel interno como en el afrontamiento de las situaciones externas.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A,

Van der Hart et al. (2006) formulan los conceptos de energía y eficiencia mental (retomando los conceptos de energía y tensión mental de Janet). En los individuos traumatizados, es frecuente que, pese a que hay grandes cantidades de energía interna, existe muy poca disponible para implicarse en acciones adaptativas en el mundo interno. Muchas veces la energía mental es invertida en controlar los fenómenos internos, evitar la intrusión de partes disociadas y, en general, se gasta en el conflicto interno del paciente, dejando a este al borde del agotamiento. Las intervenciones orientadas a disminuir este conflicto interno y ayudar al sistema a evolucionar hacia la cooperación y la integración disminuyen este desgaste estéril de energía y contribuyen al fortalecimiento del paciente.

La hipnosis tiene numerosas técnicas de lo que denominan fortalecimiento del yo o *ego-strengthening* (Phillips y Frederick, 1995). Un ejemplo sería desarrollar una imagen de un escudo protector. Por ejemplo, con un individuo en un estado de relajación el terapeuta diría lo siguiente: *«Si quieres ahora puedes decidir cerrar los ojos e imaginarte una fuente de energía blanca que baja desde la parte de arriba de tu cabeza, moviéndose hacia abajo por todo tu cuerpo, alrededor de cada brazo y alrededor de cada pierna, de modo que tú quedas completamente rodeado por este escudo o caparazón de energía, que permite que te muevas libremente, que es invisible para todos, pero que es fuerte y te protege. Este escudo o caparazón te protege del daño, de las palabras negativas que los demás puedan lanzarte. Si alguien trata de lanzarte palabras hirientes, las verás llegar hasta ti, pero el escudo las detendrá y caerán. O puede que se claven un poquito, pero no podrán llegar muy adentro. Tú tienes el control del escudo. Si tú quieres, puedes desconectarlo cuando duermas o cuando creas que no lo necesitas... Prueba a hacerlo...».* Esta intervención se repite con un problema concreto del paciente (Watkins y Watkins, 1997). Podemos emplear cualquier metáfora, construida por nosotros, con elementos que tengan el significado adecuado para el paciente y que se asocien a sentimientos de control, seguridad, fuerza, bienestar... Un paciente que ha sufrido un trauma temprano y grave no es capaz por sí mismo de conectarse con estas sensaciones fácilmente.

F. MEDICACIÓN

La medicación es otro recurso de inestimable ayuda, siempre que tengamos claro lo que puede aportar. Loewenstein (1991, 2005) afirma rotundamente que la mayor parte de los síntomas, problemas, dificultades y crisis de los pacientes con trastornos disociativos no son causados por los trastornos comórbidos del eje I y,

por lo tanto, no responderán o lo harán de un modo atípico a los medicamentos indicados en dichos cuadros. Por el contrario, el origen de los síntomas deberá leerse como influencia de partes conocidas o desconocidas, conflictos entre partes, recuerdos traumáticos ocultos, problemas vitales actuales... Teniendo esto claro, los fármacos pueden reducir o aliviar algunos síntomas. Esto es más probable cuando se trata de síntomas presentes en el individuo global y no solo están restringidos a una parte disociada.

Los antidepresivos son útiles en bastantes pacientes, ya que disminuyen algo el sufrimiento subjetivo y la reactividad emocional. Su utilidad es más clara cuando existe una depresión melancólica comórbida, pero el efecto no parece mantenerse de modo prolongado. La respuesta puede ser en ocasiones paradójica y, en otros casos, el paciente abandona la medicación porque la vive como dependencia o por algún tipo de autocastigo. También hay veces en que los constantes cambios en el estado mental y las amnesias característicos de los pacientes disociativos hacen imposible la constancia en el tratamiento. En este último caso puede ayudar recurrir a los antidepresivos de toma semanal.

Los ansiolíticos en dosis elevadas sirven para calmar estados de alta activación emocional. Aunque es importante que el paciente aprenda a modular sus emociones, debemos ser realistas y saber que este es un proceso lento y en ocasiones muy difícil. La medicación ayuda a reducir el malestar, es un recurso siempre más adaptativo que una autolesión o una agresión, funciona rápido y nos da un margen y una cierta estabilidad que nos permite seguir trabajando.

Los neurolépticos también pueden funcionar bien para este propósito, sobre todo aquellos de mayor efecto sedativo, al tiempo que aportan cierto grado de control conductual. Pero lo que resulta claro es que no suprimirán las voces cuando su origen es disociativo (Loewenstein, 1991, 2005; Torem, 1996). Como mucho, pueden conseguir que disminuyan en frecuencia o intensidad de modo secundario a una mayor sedación del paciente o a su efecto ansiolítico. Sin embargo, muchos psiquiatras prescriben antipsicóticos por el hecho de que el paciente oye voces, incluso aunque claramente entiendan esas voces como disociativas y distintas de las alucinaciones esquizofrénicas; estos casos a veces son etiquetados con el término clásico de «psicosis histérica». Pero recordemos que emplear el término psicosis no implica que bajo todos esos cuadros el mecanismo causal sea el mismo. En el trastorno disociativo no estamos ante un desequilibrio de neurotransmisores que pueda compensarse con un fármaco antidopaminérgico, aunque esté bien

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

documentado que el trauma produce un efecto sobre la estructura cerebral. Los estudios empíricos muestran que las alucinaciones disociativas no disminuyen con neurolépticos.

Dado que el trastorno disociativo y la esquizofrenia son diagnósticos diferentes, pero no incompatibles, existen pacientes en quienes coexisten ambos cuadros y aquí los neurolépticos son indudablemente eficaces. La existencia de alteraciones del curso del pensamiento o ideación delirante de perjuicio típica, junto con otros síntomas disociativos o antecedentes traumáticos graves, orientarían a este diagnóstico mixto.

Un fármaco que ofrece posibilidades interesantes por su efecto en la impulsividad es el topiramato (Matarredonda, et al., 2004), del mismo modo que puede verse en el trastorno límite de personalidad (TLP) (Nickel, et al., 2004, 2005). Recordemos que muchos pacientes con TID cumplen también criterios para el TLP y muchos de estos pacientes podrían beneficiarse de dispositivos asistenciales diseñados para estos casos. En algunas unidades específicas para trauma psíquico se tratan ambos grupos de pacientes.

La naltrexona parece tener un efecto directo sobre las autolesiones en al menos un grupo de pacientes con TID (Loewenstein, 2005). En estos pacientes disminuye la frecuencia y el impulso a autolesionarse y también incrementa la percepción del dolor durante la autolesión.

G. TRABAJAR CON LAS PARTES EN OBJETIVOS DE ESTABILIZACIÓN

Estabilizar a un paciente disociativo sin abordar directamente la fragmentación resulta en muchas ocasiones imposible. Un ejemplo: una paciente experimenta una intensa disforia, sin respuesta a ninguna intervención farmacológica. Nos planteamos esperar a conseguir un estado de ánimo que permita mínimamente trabajar, ya que se encuentra en un estado de crisis permanente. Pero los repetidos fracasos del abordaje farmacológico y de otros tipos de psicoterapia nos llevan a empezar a trabajar directamente sobre los síntomas disociativos, aunque la sensación sea la de intentar sentarnos a charlar tranquilamente en medio de un temporal.

Estas intervenciones son especialmente importantes cuando hay una parte agresiva claramente relacionada con un acto autolesivo o agresivo. Aquí hay que

negociar de entrada con esta parte para conseguir la abolición de esta conducta o, al menos, una «tregua» que nos permita seguir con la terapia. Una paciente había resultado inabordable desde diversas vías de intervención. En la entrevista SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) mostró síntomas claros de un TID. Contactamos con una parte disociada que no quería que la paciente acudiera a tratamiento, pero que acabó por convertirse en una buena aliada. El terapeuta principal de la paciente no quiso seguir con este trabajo, pero la paciente pudo pactar con esta parte que la dejara acudir a ella. Después de esto la paciente acudió regularmente a terapia cognitivo-conductual, con una buena evolución. Aunque hubiese sido preferible seguir integrando a esta parte disociada en la terapia, la intervención puntual tuvo consecuencias claramente positivas.

Otro trabajo que es importante llevar a cabo durante la fase de estabilización, y que implica a las partes, es buscar una organización del sistema que permita que unas partes cuiden de otras. El paciente a veces está en condiciones de hacerlo desde el inicio. Quizás el conflicto entre las partes agresivas y la personalidad principal sea demasiado fuerte como para hacer un replanteamiento radical de entrada, pero no olvidemos que hay otras partes quizás menos aparentes, a las que no debemos olvidar porque generen menos problemas. Muchas pueden aportar recursos internos y asumir nuevas funciones orientadas a calmar y consolar a partes infantiles o débiles, poner a dormir o llevar a un lugar seguro a partes más disfuncionales o alteradas, organizar el sistema, etc.

En esta línea es importante ver si existen cuidadores internos: partes que ejercen en el sistema una función de guía o cuidador (Allison, 1974). Aunque este fenómeno no es exclusivo de los pacientes disociativos (Comstock, 1991), parece presentarse con frecuencia en el TID (Putnam, 1989). Adams (1989) señala que estas partes suelen tener capacidad para intervenir en situaciones de crisis y que adoptan con frecuencia un rol de coterapeuta en el tratamiento. Con frecuencia se describen a sí mismos como espíritus o ángeles.

Una paciente después de seis años de terapia reconoce la existencia de uno de estos cuidadores internos, pero no lo ha revelado a su terapeuta por diversos motivos. Sin embargo, tras varias sesiones es posible incorporar esta parte a la terapia, cuidando mucho que no vea esta maniobra como un intento de quitarle su función en el sistema, sino, muy al contrario, de reforzarla. Este cambio en el enfoque del tratamiento se asoció a una evolución más favorable del caso.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

H. TRABAJO CON EL TRAUMA DURANTE LA FASE DE ESTABILIZACIÓN

En la mayoría de los pacientes, es cierto que abordar directamente los hechos traumáticos que generaron el trastorno u otros traumas secundarios resultará en las primeras etapas gravemente desestabilizador. Todo el trastorno se ha constituido precisamente para evitar esto y, si nosotros empezamos por ahí antes de que la relación terapéutica esté bien establecida y el paciente se haya fortalecido y hayamos hecho trabajo con las partes, es bastante fácil que se produzca una crisis. Sin embargo, podemos ir haciendo desde el principio una labor de cuestionamiento de las cogniciones asociadas al trauma, sin meternos a hablar de él en ningún momento. Por ejemplo, es frecuente que una víctima de maltrato o abuso se sienta extremadamente vulnerable: nosotros podemos lanzar el mensaje de que en nuestra opinión el paciente ha tenido una gran fortaleza, ya que ha sobrevivido a situaciones que el resto de la gente no suele tener que enfrentar y ha llegado hasta aquí. Aunque la persona generalmente defenderá una visión bien distinta, estamos empezando a erosionar la narrativa que describe el paciente como «víctima» para pasar a otra de «superviviente». El paso de «culpable» a «víctima» y luego a «superviviente» es una evolución cognitiva que se irá produciendo a lo largo de toda la terapia, pero que puede empezar desde el principio, incluso cuando el paciente tiene amnesia respecto a los hechos sucedidos o no recuerda siquiera haber sufrido trauma alguno: «Es evidente que hay un sufrimiento muy grande en ti, y a pesar de eso has llegado hasta aquí... eso demuestra que no eres tan débil...».

Un modo de trabajar cogniciones y emociones asociadas al trauma, sin tocar los recuerdos traumáticos, es el trabajo con estados mentales o estados del ego (Watkins y Watkins, 1997). En pacientes con amnesia de periodos de la infancia, nos permite empezar a trabajar «a través de la amnesia». Decimos al paciente que no queremos hurgar en el pasado ni que se exponga a recordar cosas que su mente no está aún en condiciones de recordar, pero que imagine el niño que era cuando sucedía todo eso. Trabajamos con estos ejercicios de visualización con la interacción entre el yo adulto y el yo del pasado, en la aceptación de aspectos rechazados de sí mismo, el autocuidado, la distinción entre pasado y presente y todos los elementos que hemos ido comentando.

Como en cualquier otro campo, no olvidemos que no hay reglas fijas. Hay algunos pacientes en los que ninguna intervención de estabilización funciona. Es más, en ocasiones resultan paradójicamente desestabilizadoras. Un paciente con graves episodios de agresividad respondía aparentemente de modo adecuado

a intervenciones como la instalación de un lugar seguro, pero entre sesiones la consecuencia era un rebrote de los episodios de heteroagresividad. La respuesta a la relajación era directamente paradójica, así como a cualquier intento, por muy indirecto que fuera, de inducir un trance hipnótico. Sin embargo, el trabajo con EMDR, una técnica en principio contraindicada en esta fase, centrada además en recuerdos altamente traumáticos, lo cual estaría doblemente contraindicado, produjo una abreacción y elaboración de este material y una mejoría clínica evidente. La terapia se desbloqueó y continuamos alternando intervenciones de negociación con las partes, adaptación y resolución de problemas y trabajo directo con el trauma empleando EMDR, con excelentes resultados. A día de hoy, tras menos de un año de terapia, las conductas agresivas han desaparecido y el estado emocional es adecuado, pese a que la situación personal de este paciente es bastante complicada.

I. APROVECHAR LAS CRISIS

Algunas crisis son inevitables y nuestra respuesta ante ellas puede influir en que empeoren o disminuyan. Muchas veces ocurren como respuesta a situaciones externas, pero otras veces estarán relacionadas con lo ocurrido en la terapia y será necesario interpretarlas adecuadamente. Algunos pacientes «fuerzan» la relación terapéutica hasta el límite de la ruptura. En parte es una prueba para el terapeuta: necesitan saber si van a ser abandonados como tantas veces les ha ocurrido previamente, incluso por otros terapeutas. De algún modo intentan provocar lo que sienten inevitable: ya que van a ser rechazados y eso no pueden controlarlo, buscan controlar al menos cuándo sucederá. A veces la tendencia de las víctimas de maltrato a entrar en patrones de revictimización conlleva la puesta en marcha de conductas provocadoras o hiperdependientes que generan agresividad en el terapeuta. Solo hay para ellos dos papeles en esta vida: víctima o verdugo. Y para que exista un rol es necesario su complementario. Nosotros podemos vernos metidos en esta trampa sin saber muy bien cómo. Intentar ver desde fuera lo que está pasando cuando sentimos agresividad ante un paciente, analizarlo, comentarlo con un compañero, supervisarlo si es posible... es un ejercicio imprescindible para adoptar la decisión adecuada.

Es importante saber «leer» qué significa la crisis en ese momento, cómo se relaciona con las circunstancias vitales del paciente o si puede tener más que ver con el propio proceso de la terapia o con la relación terapéutica. Analizar con el paciente lo sucedido en la sesión inmediatamente anterior y en los días que

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

transcurrieron desde ella hasta la crisis ayuda a situarla y entenderla y, por tanto, a adoptar medidas para prevenirlas en un futuro, lo que puede ser una intervención extraordinariamente productiva.

La división entre fase de estabilización y de trabajo con el trauma no es estricta ni rígida. Ambos elementos probablemente necesitarán ser combinados en distinto grado a lo largo de la terapia. Lo que nos remarca sobre todo la delimitación de una fase de estabilización es la necesidad de preparar al paciente en diversas áreas para el trabajo que luego procederemos a realizar.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

12

TRABAJO CON LAS PARTES

Cuando hablamos de trabajo con partes, no nos estamos refiriendo al extremo de mayor fragmentación, el trastorno de identidad disociativo (TID), sino también al manejo de los estados mentales o estados del ego (Watkins y Watkins, 1997). Las intervenciones serán similares, aunque en el TID, al ser las barreras entre estos estados más rígidas e impermeables, necesitarán más tiempo y esfuerzo terapéutico para obtener resultados.

Un paciente con una amnesia disociativa puede no tener síntomas disociativos en su funcionamiento cotidiano que hagan pensar en un TID. Sin embargo, cuando hacemos que visualice al niño que vivió las situaciones de su infancia que no puede recordar, el trabajo entre el yo adulto y el yo niño implicará muchos elementos de lo que vamos a comentar en este capítulo.

Una paciente con trauma complejo tiene momentos en los que siente una rabia injustificada hacia su pareja. Ella no identifica esto como una parte disociada. Nosotros no necesitamos llamarlo así para trabajar esa rabia como un estado mental. Podemos, por ejemplo, pedirle que piense en qué edad empezó a instalarse en ella esa rabia y que se dibuje a sí misma con esa edad. Esta paciente dibujó curiosamente un bebé llorando. Sus sentimientos al mirar el dibujo eran de rechazo. Cuando se conectó con su capacidad de cuidar de sus propios hijos y volvió a mirarlo desde ahí, sus emociones cambiaron. Trabajando durante la sesión de este modo, sus reacciones de rabia desaparecieron.

Hemos comentado ya algunas estrategias al respecto. Desde el inicio del tratamiento debemos tener en cuenta todos los estados mentales del paciente. La fragmentación mental está ahí y es importante disponer de técnicas que nos ayuden a trabajar

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

en esta situación, pues nuestro objetivo será conseguir reducirla. Pero para conseguir este objetivo, habremos de abordar directamente la fragmentación, no ignorarla.

También es cierto que hemos de tener presente en todo momento que el trabajo con las partes es un estadio del tratamiento, pero que nuestro objetivo siempre será desplazar la energía del paciente de su mundo interno al afrontamiento adaptativo de las situaciones de su vida presente y el funcionamiento mental integrado. Tanto problema es ignorar esta parte de lo que le ocurre al paciente como quedarnos atascados en la fascinación que puede producir esta complejidad psicopatológica. El terapeuta que se acerca a sus primeros casos de TID corre el peligro de pasar a ser un elemento más del sistema de partes del paciente, cronificándolo más que ayudando a su evolución hacia sistemas mentales más adaptativos.

Otro elemento que es importante tener en mente es que el funcionamiento fragmentario de la mente del paciente gravemente traumatizado no se equivale a la fragmentación de una mente previamente integrada. Al ocurrir en la infancia del paciente, los eventos traumáticos y los problemas de apego interfieren en el desarrollo global del aparato psíquico.

COCONSCIENCIA Y METACONCIENCIA

Putnam (1997) explica el desarrollo evolutivo del niño como una evolución desde estados discretos de conciencia hasta la flexibilización y complejidad de los mismos, con el desarrollo de una metaconciencia (conciencia reflexiva) que los unifica, modula y regula.

Los problemas en el apego temprano y las experiencias traumáticas precoces alteran este desarrollo normal, dando lugar a un menor desarrollo de esta metaconciencia y al mantenimiento de formas más primitivas de funcionamiento.

Estos estados mentales discretos se mantendrían en la edad adulta en pacientes en los que la metaconciencia o conciencia reflexiva no se haya desarrollado lo suficiente, dando lugar a los estados del yo o, en su forma más extrema, a las partes disociadas del TID.

Las barreras entre estos estados mentales serán más rígidas e impermeables cuanto más grave sea la fragmentación, la disociación del sistema psíquico. Por ello

la permeabilización y flexibilización de estas barreras será uno de los aspectos a trabajar para revertir la disociación.

Entendemos por coconsciencia «un estado de conciencia en el que una parte de la personalidad es capaz de experimentar directamente los pensamientos, sentimientos, percepciones y acciones de otro álter», según Morton Prince (1906) (citado en Kluft, 1984).

El trabajo con las partes disociadas y su ulterior integración no consiste únicamente en reunir las piezas de un puzle. El trabajo con el paciente, a lo largo de las distintas etapas de la terapia, va ayudando al desarrollo de una metaconciencia (Bowers, 1990, 1992) en la que la persona va siendo cada vez más capaz de adoptar una actitud reflexiva y de planificación. Diversos autores hacen referencia a esta evolución en cuanto a la adquisición de un nivel de mayor complejidad de las funciones mentales, aunque con matizaciones diferentes, como por ejemplo la jerarquía de tendencias de acción de la que hablan Van der Hart, et al. (2006) o la terapia centrada en la mentalización de Bateman y Fonagy (2006), que, aunque orientada al trastorno *borderline* de personalidad, considera el desarrollo de la capacidad de mentalización como el eje de la terapia de estos pacientes y puede ser en buena parte aplicable al tratamiento de trastornos disociativos.

Ryle y Kerr (2006) hablan del concepto de metaprocedimientos, en una línea similar a lo que estamos señalando. Estos metaprocedimientos normalmente vinculan y movilizan adecuadamente el repertorio de roles recíprocos del individuo, que en estos pacientes se encuentran trastocados o no se han desarrollado debidamente, con el resultado de que persisten patrones de rol recíprocos diferentes, desconectados, parcial o totalmente disociados. Se producen interrupciones en la autorreflexión que acompañan a los cambios entre estados, y la capacidad de autorreflexión general se deteriora y, con ella, la capacidad para responsabilizarse de las conductas perjudiciales o para aprender a partir de la experiencia.

No entraremos en detalle en estos conceptos, pero debemos tener en cuenta que muchas veces habremos de ayudar a los pacientes a desarrollar estilos de pensamiento más maduros, elaborados y flexibles, de cara a que estén preparados para integrar aspectos hasta entonces disociados. Si hacemos un ejercicio para favorecer la coconsciencia en una persona cuyo sistema global no está preparado para manejarlo, podemos producir más descompensación que equilibrio.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Una paciente cambia constantemente de estado mental y habla desde cada uno de ellos, sin ser capaz en ningún momento de distanciarse y tomar perspectiva sobre lo que está sucediendo. Ella explica muy bien la importancia de esta dimensión del trabajo con los pacientes disociativos:

... Yo realmente nunca he pensado, mi cabeza nunca estuvo conmigo. Todas estas cosas pasaban constantemente en mi cabeza y yo solo podía dejarme llevar, no tenía ninguna influencia sobre ello... es que yo, hablar así, como estoy hablando ahora contigo, que alguien me pregunte «¿cómo te sientes?» y poder contar... yo eso nunca lo tuve. De niña nadie sabía qué me pasaba ni cómo me sentía, nadie me preguntaba, a nadie le importaba... ni siquiera sabía hasta que ingresé que todo esto que me pasaba, que las voces y todo eso no eran normales... nunca hablaba con nadie... pensaba que le pasaba a todo el mundo...

Ahora estoy empezando a pensar. Vienen las imágenes a mi cabeza de todo lo que pasaba de niña y sé que no está pasando ahora, aunque todavía las veo igual que entonces y noto el sabor en mi boca, y el olor, como si estuviese aquí. Me pongo a escribir y a dibujar. Yo nunca había hecho eso... y pongo ahí lo que me pasa, lo pongo como me sale. Cuando hago algo puedo pensar en lo que estoy haciendo y entonces soy capaz de elegir las palabras. Digo mejor las cosas porque puedo pensar.

Todavía me ocurre todo esto, las imágenes y sensaciones en mi cabeza, las voces... pero estoy empezando a ser yo...

OBJETIVOS DEL TRABAJO CON LAS PARTES DISOCIADAS

1. ESTABLECER UNA BUENA ALIANZA TERAPÉUTICA CON TODO EL SISTEMA

Lo más habitual es que las partes no hablen directamente al terapeuta en las primeras etapas del tratamiento. Para contactar con ellas podemos emplear la técnica de «hablar a través» (Braun, 1984; Kluft, 1982; citados en Putnam, 1989), diciendo algo como: «Quiero que todos los que estáis ahí me atendáis en conjunto y sin divisiones, quiero que todos estéis escuchando». Sin esta consigna explícita puede que algunas partes se desconecten durante parte o toda la conversación. Luego deberemos ir contactando con partes individuales en determinados momen-

tos. Lo más frecuente es que pidamos al paciente que nos transmita lo que la parte dice y que nosotros hablemos al paciente pidiéndole que deje que esta parte escuche lo que decimos. Es importante pedirle al paciente que transmita literalmente lo que la parte dice, porque la tendencia habitual es a interpretar lo que quiere decir, muchas veces de modo equivocado.

2. DESMONTAR LAS COGNICIONES QUE MANTIENEN LAS BARRERAS ENTRE ESTADOS DE CONCIENCIA

Estas cogniciones son del tipo: «Esa parte es mala, esa parte no soy yo, esa parte tiene la culpa del abuso...». El paciente puede verbalizar estas cogniciones espontáneamente o no, pero nosotros podemos cuestionarlas incluso si no lo hace, por ejemplo: «Puede que esta parte tenga sus motivos para querer hacer daño al cuerpo, puede que crea que el cuerpo es malo... Yo no creo que el cuerpo sea malo y no sé si se da cuenta de que, cuando hace daño al cuerpo, se hace daño a sí misma...». Algunas partes creen que no comparten el mismo cuerpo o incluso que son espíritus o demonios que pueden sobrevivir a la muerte del cuerpo físico. Muchas de estas cogniciones se van desmontando a medida que progresa el trabajo y la relación terapéutica, pero abordarlas directamente es una estrategia útil en el tratamiento de estos pacientes.

3. CAMBIAR DISCUSIÓN Y LUCHA INTERNA POR DIÁLOGO Y COOPERACIÓN

El conflicto interno es un elemento nuclear del trastorno disociativo y uno de los primeros aspectos a atajar. El paciente rechaza las intrusiones provenientes de otros estados mentales, los contenidos traumáticos almacenados en ellos, determinadas emociones demasiado intensas o connotadas negativamente... Mantener bajo control todos esos elementos requiere una constante energía interna y conlleva un continuo estado de tensión. Este es un de los factores que condicionan la falta de eficiencia mental que presentan los pacientes con traumatización grave (Van der Hart, et al., 2006).

Nuestra actitud de aceptación y neutralidad de todos los aspectos existentes en la mente del paciente supone un cambio de visión, a partir de la cual el paciente puede empezar a verse a sí mismo de otro modo. Como decía el paciente de una

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

compañera: «Antes no era capaz de aceptarme a mí mismo, pero ahora puedo hacerlo porque me veo a través de tus ojos».

Pueden emplearse distintas técnicas: hacer de «moderador» o ayudar al paciente a buscar uno en una especie de «mesa redonda interna», establecer un espacio interno de diálogo a donde puedan acudir las partes que lo deseen para debatir temas, etc. También pueden ser útiles aquí los títeres, dibujos o distintos objetos intermediarios... Las técnicas terapéuticas que utilizamos para el manejo de sistemas o grupos se pueden aplicar.

Conforme avanza el proceso terapéutico y la información contenida en distintos estados mentales empieza a compartirse, surgen la empatia y la comprensión. Normalmente, si un estado mental disociado aparece en la mente del paciente como una voz que lo insulta y le dice que no vale para nada, el paciente (la PAN o personalidad aparentemente normal) tratará de utilizar todos los sistemas a su alcance para que desaparezca. Analizar con el terapeuta cuándo aparece esa voz le ayudará a entender qué función cumple, y no quedarse únicamente en el contenido de la voz. Establecer un diálogo con la voz, o permitir que el terapeuta lo haga, permite que escuche por primera vez qué emociones o pensamientos están contenidos en ese estado mental, con lo que la imagen estereotipada de este se va desmontando. Posteriormente distintos estados mentales pueden compartir contenidos o hacer tareas conjuntas. En este punto sigue habiendo disociación, pero hemos cambiado el conflicto por la cooperación y el trabajo en equipo.

4. ESTABLECER SISTEMAS DE AYUDA INTERNA

El patrón de autocuidado que habíamos comentado como uno de los elementos nucleares a modificar (y en muchos casos a crear) no es únicamente una intervención en las fases iniciales. A lo largo de toda la terapia, debemos introducir este elemento, que ha de «teñir» todas nuestras intervenciones.

Nuestro modo de relacionarnos y considerar todos los estados mentales del paciente introduce un modelo de aceptación y cuidado en una relación significativa para el paciente. Enseñar a unos estados mentales a reproducir este modelo, imaginarse como adulto cuidando al niño que fueron, ayudar al paciente a cuidar sus síntomas en lugar de pelearse con ellos... cambia un esquema interno que permite un nuevo sistema de funcionamiento.

Unas partes pueden ayudar a otras cuando están mal y convertirse en sistemas internos de autotranquilización. Se puede proponer a partes más cuidadoras o adultas que se ocupen de partes más infantiles, con emociones predominantes de miedo y vulnerabilidad. A veces existe una parte cuidadora interna antes de la terapia, que puede aprovecharse como una especie de «terapeuta interno». En otras ocasiones, partes que inicialmente no muestran esa disposición pueden reconvertirse con el tiempo para esa función. Esto, además, permite al paciente reducir la dependencia del terapeuta y encontrar recursos dentro de su propio sistema interno.

5. ENFOCAR LA COLABORACIÓN ENTRE PARTES A CONSEGUIR OBJETIVOS EN EL MUNDO EXTERNO

Las partes, además de aprender a trabajar en equipo, pueden aprender a colaborar para ayudar a solucionar problemas cotidianos. No olvidemos que contactar con las partes disociadas y ayudar a mejorar el funcionamiento intrapsíquico tiene como objetivo ayudar al paciente no solo a sentirse mejor consigo mismo, sino a estar en el mundo de un modo más adaptado, productivo y enriquecedor para él. El paciente a veces no tiene este aspecto interiorizado. Su energía se ha consumido siempre en el interior de su mente y maneja el mundo externo de un modo desadaptativo, conflictivo, fóbico. Por eso debemos ser nosotros quienes ayudemos al paciente a reorganizar el sistema y dirigir la energía desde el inicio de la terapia a conseguir una mejor interacción con su entorno.

6. BUSCAR UNA NUEVA FINALIDAD ADAPTIVA PARA CADA PARTE

Algunas partes ocupan ya en el sistema un papel de observadores o cuidadores internos. Estas partes pueden participar en la terapia con relativa facilidad, sin necesidad de modificar de un modo importante sus funciones en el sistema. Pero nuestro objetivo a medio plazo es lograr una evolución y un mayor equilibrio interno. Por ello es especialmente importante invertir toda nuestra creatividad en buscar también finalidades adaptativas para las partes más aparentemente disfuncionales. La energía de estas partes no necesita menguar, sino emplearse a favor de la terapia. Una parte agresiva puede llegar a ser un excelente coterapeuta. En ocasiones esto puede provocar «celos» en las demás, lo que también habrá de ser trabajado. Aunque ya lo hemos comen-

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

tado, no sobra en este tema insistir en que no podemos dejarnos contagiar de la visión del paciente, que demoniza a partes agresivas, rechazándolas por completo. Por muy negativas que sean las consecuencias de la influencia o control de dichas partes, es imposible que la terapia pueda progresar si no se suman a ella de algún modo.

DIFERENTES ABORDAJES

Las técnicas de trabajo con las partes pueden clasificarse según el grado de «externalización». Hay pacientes que se sentirán más cómodos con una u otra situación. Las técnicas más externalizadoras son por lo general más activadoras y ello deberá tenerse en cuenta. Yendo de menos a más externalizadoras, tendríamos las siguientes técnicas:

a. *Trabajo interno*

Hablar «a través»: podemos hablar con el paciente, remarcando que «deje oír» a la otra parte lo que estamos diciendo. El paciente nos transmitirá el comentario de esa parte, de haberlo. A veces, cuando la terapia evoluciona, la parte va hablando más directamente, con menor intervención de la personalidad principal. Las técnicas hipnóticas y de imaginación guiada trabajan generalmente en el espacio interno.

b. *Objetos intermediarios*

Pueden ser títeres, dibujos, etc. Permiten una visión desde fuera, pero con una implicación media del paciente. Es una técnica a medio camino entre la completa externalización y el trabajo puramente interiorizado. Algunos pacientes lo rechazan porque no quieren sacar sus partes «tan afuera», pero en general es bien tolerado. Este tipo de intervenciones favorece también el desarrollo de una metaconciencia, al poner de modo concreto los fenómenos intrapsíquicos fuera de la mente del paciente, permitiéndole mirarlo en perspectiva y «hablar desde fuera» acerca de lo que le ocurre y experimenta.

c. *Trabajo psicodramático*

Por ejemplo, haciendo pasar al paciente a una silla diferente según el estado mental que esté describiendo o representando físicamente ese estado. Esta técnica puede ser muy útil, pero es necesario tener en cuenta que al introducir la acción es altamente activador. Sería aconsejable usarlo con prudencia, reservándolo para pacientes que conozcamos bien y no muy desestructurados.

Veamos un ejemplo: una paciente, con bastante buena funcionalidad y una personalidad principal fuerte, entra en un estado regresivo cuando le pedimos que ocupe la silla que representa a «la voz» (una voz intrapsíquica que le ordena matarse), verbalizando contenidos que evocan claramente un abuso sexual. Las características de la paciente hicieron posible contener este estado y la sesión resultó muy reveladora y terapéutica para la paciente, pero en individuos con patología disociativa más grave puede equivaler a «abrir la caja de los truenos». Una abreacción no contenida y que no permite ningún procesamiento tiene escaso valor terapéutico y resulta en general retraumatizante.

ALGUNAS INTERVENCIONES

1. MAPAS

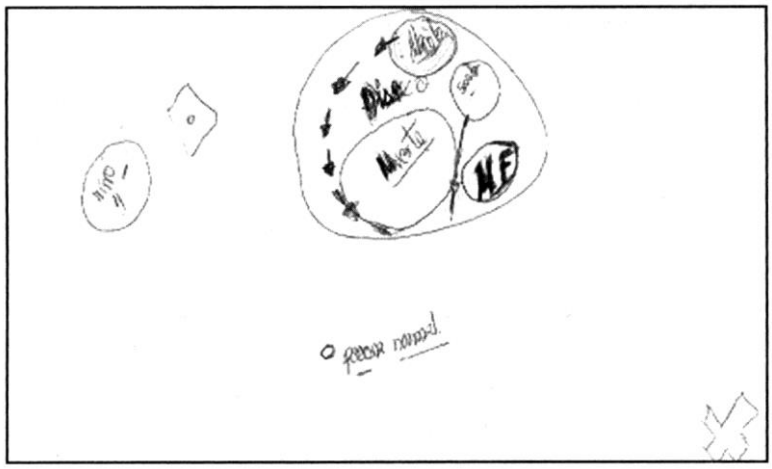
Entre las intervenciones preliminares estaría el realizar con el paciente un mapa del sistema, que puede repetirse en estadios posteriores de la terapia; esto ya ha sido comentado en capítulos previos, por lo que no ahondaremos en ello. Algunos autores (Boon, 1997) consideran que no es una buena técnica para emplear en las primeras sesiones, ya que puede activar material traumático. En nuestra experiencia no suele haber problema, siempre que estemos pendientes de que en el paciente no se disparen abreacciones. Al dibujar partes negativas suelen expresar emociones desagradables, pero no centraremos al paciente en ellas, sino que le distraeremos de dichas sensaciones. El dibujar el sistema como un diagrama suele conseguir, al contrario, una visión «desde fuera» que consigue dar cierta perspectiva al paciente.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Hay trastornos disociativos donde no trabajaremos con esta técnica, por ejemplo, los trastornos de despersonalización o de amnesia, en los que no haya una confusión o alteración de identidad. Si el paciente no describe partes en conflicto, el mapa (al menos de momento) no será necesario. Pero si lo hace necesitamos un esquema de partida. En este primer esquema no estarán seguramente todos los estados mentales y es fácil que a lo largo de la terapia el esquema se vaya haciendo más complejo, apareciendo nuevas partes. Si este fuese a ser el resultado final del tratamiento, todo esto sería un inmenso error (como sugiere el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [DSM-IV]), pero el objetivo final es que el paciente termine teniendo una identidad única y para ello tenemos que tener clara la situación en la que se encuentra y todo lo que pueda ayudarle a fortalecer esa identidad.

¿Cómo hacer este mapa? Teniendo claro lo que buscamos, para lo que puede aplicarse la creatividad y experiencia de cada terapeuta. Se puede pedir al paciente, como propone Ross (1989), que dibuje un círculo para cada parte que él identifique. Por ejemplo: «Me has dicho que a veces te comportas de un modo agresivo y dices cosas que hacen daño a los demás, cosas que a veces ni siquiera recuerdas haber hecho y de las que después te arrepientes... Quisiera que dibujaras un círculo en el centro que represente la parte de ti que eres ahora, y que luego dibujes en el papel otro círculo que represente a esta parte agresiva. El círculo será más o menos grande, según la fuerza que sientes que tiene esta parte, y estará más o menos cerca de la parte que eres ahora según la sientas como algo más o menos cercano a ti».

Una vez que el paciente haya hecho estos dos círculos y entienda qué le estamos pidiendo, le diremos: «¿Hay, aparte de estas dos, alguna otra ocasión en la que te comportes de un modo completamente diferente?»... Si responde afirmativamente, le pediremos que dibuje otro círculo representando esa otra parte, su cercanía a las otras dos y su fuerza en el sistema. Este proceso se repite con todas las partes identificadas por el paciente.



Este paciente dibuja un círculo arriba a la derecha con varias partes, señalando con las flechas cómo se relacionan entre sí. Dentro de este círculo se agrupan las partes agresivas u hostiles, que él denomina «diablo», «muerte»...; alguna tiene el nombre de figuras de la vida del paciente y representan introyecciones. A la izquierda dibuja un círculo más pequeño en el que escribe «niño»; esta es una parte muy vulnerable, a la que las figuras agresivas aterrorizan constantemente. Por último, en la parte inferior dibuja un círculo pequeñísimo al que llama «persona normal». Este mapa nos da una ¡dea bastante acertada de cómo está estructurado el sistema mental de este paciente y hasta qué punto las partes agresivas y hostiles están dominando la mente y la conducta del paciente. Cuando encontramos una estructura como esta, podemos suponer que la debilidad de la personalidad principal requerirá un tratamiento largo y difícil, centrado en intentar fortalecer primero a esta personalidad. En este paciente concreto el trabajo con las partes hostiles resultó imposible, sobre todo con las más agresivas, y la terapia no resultó efectiva. Por suerte esto suele ser más la excepción que la norma.

Otro sistema que puede ser útil son pequeños títeres con distintas figuras; niños, demonios, figuras enfadadas o tristes, animales... y se pide al paciente que elija una para cada parte identificada. También puede decírsele que haga un dibujo o representación de cada parte. El hacerlo de este modo nos da luego la posibilidad de trabajar con este mapa a modo de objeto intermediario, proponiendo modificaciones en la organización del sistema o partiendo de la representación de una parte para contactar con ella.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Este es un paciente de 14 años que define cuatro partes, que corresponden a los títeres superiores. Los títeres que coloca debajo corresponden a las figuras de su vida con las que se relaciona desde cada estado mental. La PAN se define como un «niño bueno» y muy religioso (escoge curiosamente el títere de pinocho). En este estado mental se relaciona con todas las figuras de su ámbito familiar (vive en una familia de acogida, a la que le llevaron debido al maltrato grave y reiterado de sus padres biológicos) y también con profesores y compañeros. Hay dos figuras menos normativas (el león y el gato) con las que llega a relacionarse con el entorno, pero solo con los dos terapeutas (representados por el señor de barba y el mago). Cuando escoge al gato, verbaliza una experiencia de despersonalización: «Este es cuando no reconozco mi cuerpo». El demonio, la figura más cargada de rabia, no se relaciona con el mundo, está completamente aislada y señala que esta parte aparece «cuando miro un cuerpo dibujado».

2. METÁFORAS

Una de las líneas del tratamiento del paciente disociativo es cambiar el conflicto interno por una cooperación entre las partes. En estos pacientes hay una enorme cantidad de energía psíquica desperdiciada en oponerse a una tendencia interna. Las metáforas suelen ser útiles para hacer entender al individuo que si toda la fuerza que hay en él se emplease en la misma dirección podría conseguir fácilmente sus metas. La metáfora del barco (el cuerpo) y los tripulantes (las partes) es un ejemplo. También puede compararse a las partes con los miembros de un

ejército en el que cada uno decidiese cuándo, cómo y qué objetivo atacar. Podemos contar una historia que refleje la misma idea. Lo ideal es partir de la narrativa del paciente o de elementos propios de él, para que pueda sentirse más fácilmente identificado. Es obvio que, con una paciente que fue agredida y sufrió abusos por parte de militares, no debemos emplear la metáfora del ejército.

Este podría ser un ejemplo de relato: «Un grupo de palomas fue atrapado por la red de un cazador. Estaban tan asustadas que aleteaban sin parar, desesperadas. Se hacían daño unas a otras en un intento de escapar del peligro. Entonces un pájaro decidió ayudarlas. Les dijo: “Necesito que me escuchéis. Podéis salir muy fácilmente. Solo tenéis que poneros de acuerdo y volar todas en la misma dirección”. Entonces las palomas vieron que tenía razón y empezaron a mover sus alas al tiempo, dirigiéndose hacia arriba. Así la red se elevó y por fin estuvieron libres. Dieron las gracias al pájaro y siguieron su camino». La idea es elaborar una narrativa adaptada a cada paciente concreto, que transmita la idea de equipo y colaboración.

3. CONTRATO TERAPÉUTICO

Hemos visto anteriormente un ejemplo de cómo establecer un contrato con una parte negativa. Definir lo que estamos haciendo, los objetivos y la contribución esperable de paciente y terapeuta es muy aconsejable para reducir en lo posible la confusión de límites. Pese a ello, no nos extrañemos si nos vemos obligados a reconducir una y otra vez la terapia, pero es importante tener un marco de referencia claro.

Como señalábamos hace unas líneas, no podemos establecer este contrato con la personalidad que se presenta a tratamiento ignorando a otras partes, en especial a las más agresivas, pues se puede convertir en una alianza del terapeuta con la personalidad principal en contra de otras partes, generando en ocasiones problemas graves.

Veamos un ejemplo de lo que puede suceder en este caso: el paciente nos relata su problema como episodios de agresividad que, afirma, están fuera de su control. No quiere que esos episodios se produzcan. Nosotros aceptamos su definición de la situación. Al ser estos episodios provocados por una parte diferente, esta interpreta la actitud del terapeuta como un intento de hacerla desaparecer. Entre una sesión y otra se producen trastornos de conducta graves: esta parte está diciendo «no podréis conmigo».

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Para evitar estas situaciones debemos intentar conectar con las partes más hostiles desde las primeras sesiones, mandando el siguiente mensaje: el tratamiento es para todos y tú eres una parte fundamental. Hasta la parte más disfuncional o que genere las conductas más patológicas puede trabajar a favor de la mejoría. Recordemos: el paciente es una unidad y, aunque él crea que determinados fenómenos (conductas, alucinaciones...) son ajenos o externos a él, nosotros tenemos otro modo de entender lo que pasa y debemos exponerlo con claridad.

Como negociar con las partes es, del trabajo que realizaremos con estos pacientes, quizás lo más distante de las técnicas terapéuticas habituales, no es infrecuente que los profesionales que empiezan a trabajar con estos temas eviten entrar en este terreno, donde se sienten más inseguros. Pero, como afirmábamos anteriormente, una vez que nos familiaricemos con la técnica, esta no será probablemente la parte más difícil del tratamiento con el paciente disociativo.

4. CREAR ESPACIOS DE DIÁLOGO INTERNO

Se busca con la personalidad principal un espacio interno relajante y apropiado para el diálogo y se le pide que invite a las partes que lo deseen a dialogar. Puede planteársele un lugar con una mesa de reuniones alrededor de la cual conversar u otro tipo de espacio elegido con el paciente para este propósito. Se señala claramente al principio que ese es un lugar seguro, donde ninguna parte puede herir a otra. Las partes entrarán allí no con el aspecto que la personalidad principal les dé, sino con la forma en la que ellas se ven a sí mismas. Ninguna está obligada a estar y todas son libres de marcharse en cualquier momento. Puede elegirse o no un mediador. Esta técnica (Fraser, 2003) puede ser empleada sin una inducción hipnótica formal, o en asociación con una terapia de estados del ego (Watkins y Watkins, 1997) o con EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular, por sus siglas en inglés) (Shapiro, 2004).

5. TAREAS QUE FOMENTAN LA COCONSCIENCIA Y EL TRABAJO EN EQUIPO

A lo largo del proceso de integración se irá desarrollando coconsciencia entre los distintos estados mentales, pero podemos potenciar este aspecto desde las intervenciones iniciales.

Cuando se ha ido explicitando el marco de referencia y se ha conseguido algún tipo de contrato con las partes relacionadas con los síntomas más graves, podemos proponer actividades comunes que ayuden a generar un espíritu de colaboración. A un nivel más neuropsicológico, las experiencias comunes van creando conexiones entre redes neuronales desconectadas o mal conectadas: se van formando puentes, que van erosionando las barreras amnésicas.

Para muchos pacientes la primera experiencia de coconsciencia es un terapeuta consistente, es decir, ver al mismo terapeuta, sea cual sea su estado mental. Esto no es tan obvio como podría parecer. Que vean la misma actitud de aceptación y apoyo por nuestra parte en medio de un estado de agitación, agresividad o autolesiones reiteradas exige un trabajo de contención, elaboración y reflexión por nuestra parte. Es fácil que estas conductas nos generen sentimientos de frustración, desesperación o enfado. Es importante que el paciente se sienta aceptado en todos sus estados mentales, no solo en los más «adecuados». Esto no significa que nosotros potenciemos las conductas más desadaptativas: intentaremos ver el origen de estas conductas y ayudar al paciente a analizar las consecuencias negativas que tienen para él y para los demás. Del mismo modo que cuando un niño se porta mal, debemos entender el malestar que generó esa conducta: «Entiendo que te sientas molesto», pero buscando alternativas en otros comportamientos: «Cuando sentimos rabia tenemos que buscar algún modo de aliviarla, pero yo no creo que insultar a otro sea la mejor manera de conseguir eso. ¿Cuando te sientes así a veces eres capaz de hacer algo distinto?».

Cada uno tendrá distintas maneras de hacer esto. La base sería sacar partido incluso de lo más disfuncional de cada persona, demostrarle con hechos que para nosotros es aceptable como persona incluso en su expresión más patológica, aunque esto no implica que toleremos agresiones o insultos. Aceptamos de modo integral al paciente: por eso creemos que se sentiría mejor, conseguiría más cosas y mejoraría su relación con el mundo si ensayara otros métodos. El paciente no es malo, el método, la conducta son inadecuados. Los términos «bueno/malo» deben ser evitados a toda costa. El paciente probablemente buscará esta respuesta, preguntando si creemos que él o una parte de él es bueno o malo o si determinado comportamiento está bien o mal. Nos encontramos con frecuencia con un tipo de pensamiento infantil, como en este caso, ya que en su evolución no ha experimentado las condiciones adecuadas para un desarrollo maduro.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Una tarea que podemos proponer al paciente es que distintos estados mentales experimenten juntos elementos neutrales del mundo externo (Baita y González, 2008). Aunque las barreras disociativas sean muy rígidas e impermeables para los elementos traumáticos, otros estímulos parecen ser transferidos con facilidad entre diferentes estados mentales (Kong, et al., 2008).

Es importante que estos elementos neutrales lo sean realmente para todas las partes. Escuchar una canción puede resultar agradable para el paciente, pero despertar en otro estado mental tristeza o disparar asociaciones con elementos traumáticos.

Las partes agresivas pueden necesitar ser convencidas de su derecho a disfrutar de las cosas y de su capacidad para ver el otro lado de la vida. Han llevado la carga del trauma, que ha sido su misión durante años. Cuando el paciente está en este estado mental, su atención externa está focalizada en estímulos potencialmente amenazantes o dañinos. Puede resultarles extraño, pero confortador para ellas, escuchar del terapeuta que tienen derecho a simplemente escuchar y disfrutar de una canción, una comida rica, ver un paisaje..., solo disfrutar de las pequeñas cosas placenteras de la vida.

Las partes más atemorizadas o dañadas pueden pensar que no merecen disfrutar, lo cual puede estar basado en:

- Culpa o vergüenza originada en un episodio de abuso o en haber presenciado, impotentes, cómo dañaban a otros.

- El miedo a ilusionarse con algo, para evitar el dolor de la desilusión.

- La convicción de que después de algo bueno siempre viene algo malo y que evitando lo primero controlamos que lo segundo no aparezca.

El interés de este ejercicio es que:

- El primer contacto con una experiencia de coconsciencia no es un problema o un elemento traumático.

- Estamos dirigiendo al paciente y a las partes al mundo externo.

- Esta técnica es bien tolerada incluso cuando el nivel de metaconciencia está poco desarrollado.

Más adelante podemos pasar a hacer tareas conjuntas en el mundo externo, de modo que sentaremos las bases para trabajar sobre los recuerdos traumáticos aunando elementos y emociones de distintos estados mentales.

Una paciente compraba cosas en un estado, las tiraba en otro y salía a comprar de nuevo. Establecimos una lista de la compra y un sistema de votación para elegir lo más necesario para todos, permitiendo periódicamente que cada parte se permitiese «un capricho». Esto terminó con el problema de las comidas.

EL MANEJO DE PARTES NEGATIVAS

Cuando se empieza a trabajar con pacientes con trastornos disociativos, esta es la parte aparentemente más difícil y diferente del trabajo terapéutico respecto a otras patologías. Estas partes pueden intentar dañar a la personalidad principal físicamente por medio de autolesiones o conductas de riesgo o internamente con comentarios críticos, presentándole imágenes atemorizantes o sensaciones somáticas dolorosas o desagradables. Además pueden oponerse o sabotear activamente la terapia (Blizard, 1997; Ross, 1989).

Resulta paradójico que las partes abusadoras fueron originariamente partes del yo que se disociaron para permitir a la persona sobrevivir al abuso. Por un lado, se quedaron con las vivencias y emociones de la situación traumática para que la personalidad principal pudiese hacerse a la idea de que no estaba allí, de que no le sucedía a ella. También se hicieron cargo de emociones muy intensas e intolerables, que, de continuar sintiéndolas la personalidad principal, le hubiesen hecho imposible seguir con la vida diaria. Las personalidades negativas son «ese lugar al que se va todo lo malo». De modo paralelo asumen rasgos propios del abusador, siendo en ocasiones verdaderas introyecciones. Para un niño que vive una situación de maltrato, el agresor es el modelo de mayor fuerza del que dispone. Él debe ser fuerte para que no le vuelvan a hacer daño, pero en el universo del niño traumatizado eso supone ser como el abusador. Este conflicto irresoluble se soluciona también con la disociación en estas partes negativas de todos los rasgos de fuerza, control, poder, que van unidos a emociones de rabia y odio, cuya base no es otra que un intenso dolor.

Al ser las partes que representan la fuerza, asumen una función inicialmente protectora. Pero el único modo que conocen de ejercer poder y control es a través

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

de la dominación y causando daño a los que son más débiles que ellas. Con el paso de los años el rechazo de las otras partes, el seguir acumulando nuevo dolor y nueva rabia y la lucha con el resto del sistema por el control van llevando a que el papel protector inicial se torne en otro hostil, persecutorio o agresivo hacia las otras partes y, en particular, hacia la personalidad principal. Sin embargo, algunos rasgos protectores siguen existiendo y eso es una baza muy importante en el trabajo con estas partes. Aunque no son evidentes siempre desde el inicio de la terapia, es raro que estas partes negativas no existan en los casos de TID.

El estilo de relación con estas partes depende en cierta medida de cómo y en qué etapa del desarrollo se hayan generado. Ross (1989) señala que estas partes negativas pueden ser de distintos tipos:

- Constituyen a veces partes muy infantiles, en las que la emoción predominante es el miedo y que presentan un pensamiento muy primitivo. En estos casos no suele ser complejo establecer una buena alianza.

- Otro tipo de agresor se genera en la adolescencia y se comporta como tal; la emoción más predominante es la rabia. Suelen verse a sí mismos como malos y ser claramente protectores mal encaminados. El trabajo habrá de centrarse en fijar límites y cuestionar las distorsiones cognitivas.

- Más complejas son las partes que representan introyecciones de los abusadores, centradas en alcanzar control, poder y dominio del único modo que conocen.

Blizard (1997) recoge varias funciones en las partes negativas:

1. Mantenimiento de las defensas disociativas usadas para aislar y contener recuerdos traumáticos o para proteger a la personalidad principal de revelar secretos que pueden haber supuesto una amenaza para la vida.

2. Contener sentimientos, como la rabia, que el paciente no puede tolerar o que no ha podido expresar por temor a las represalias del abusador.

3. Controlar el dolor a base de infligirlo a la personalidad principal, en lugar de sufrirlo sin control alguno por parte del abusador. También por este medio puede identificarse con el agresor eliminando su vulnerabilidad y degradación.

4. Intentar proteger a la personalidad principal generando sospechas hacia personas que podrían abusar de ellos o castigándola para controlar una conducta que podría exponerla a un abuso posterior.

5. Proporcionar una manera para mantener un apego con un cuidador que es a veces abusivo y a veces cariñoso. Al disociar en distintas partes los aspectos buenos y malos del cuidador, el niño puede preservar el vínculo con el cuidador «bueno». No olvidemos que el apego es un elemento imprescindible para la supervivencia y el desarrollo emocional del niño, de importancia igual o mayor al cuidado físico. Este punto puede explicar en particular la presencia y la estrecha unión con las partes que representan introyecciones de los abusadores y la reactuación del abuso recibido por estos dentro del sistema interno: a veces los únicos momentos en los que el niño se sentía atendido por el cuidador era durante el abuso.

Podemos ayudar a que estas partes negativas se impliquen en el proceso terapéutico:

a. *Reforzando su fuerza y autosuficiencia*

Estas partes están acostumbradas a reacciones de rechazo, temor y hostilidad por parte de las otras partes e, incluso, de los terapeutas que han enfocado el tratamiento a la desaparición de las voces o las conductas auto o heteroagresivas. No tienen ni interna ni externamente ninguna comunicación que no suponga una lucha, por lo que su aislamiento es enorme. Y no olvidemos que contienen las partes más duras de los recuerdos traumáticos y las emociones asociadas. Por ello recibir refuerzo positivo y reconocimiento por parte del terapeuta, además de la posibilidad de ser escuchadas, puede producir enormes cambios en la actitud general de estas partes.

b. Reconociendo el vínculo de esta parte con la personalidad principal

Esto puede llevarse a cabo señalando por ejemplo, que la parte agresiva se ha encargado de cuidar a la PAN mucho más de lo que el cuidador original lo había hecho. Incluso cuando las conductas de esta parte reproducen el abuso, podemos definirlas como intentos de ganar control sobre el abuso

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

y hacerlo menos doloroso, suprimiendo al tiempo la sensación de indefensión, incertidumbre y falta de control.

c. Reformulando las acciones de estas partes como protectoras o cu dadoras

Una autolesión no es buena porque daña el cuerpo y no tenemos por qué considerarlo adecuado ni aceptable. Pero es mucho más productivo dejar un poco de lado la acción en sí y centrarnos en la función que cumple. Una vez que hablemos de metas y estando de acuerdo en ellas, podemos proponer métodos más eficaces y adaptativos para conseguirlas.

d. Conteniendo las autoagresiones

Esto debe ser planteado como un mínimo necesario para el trabajo terapéutico. Es importante realizar previamente con la parte responsable de las autolesiones todo el trabajo que describíamos en los párrafos anteriores. Pero si no se consiguen avances importantes en las primeras sesiones, debe plantearse la necesidad de un «pacto de no agresión», de algún tipo de contrato con el que todas las partes manifiesten su compromiso. Aceptar las autoagresiones nos puede convertir en cierta manera en cómplices del abuso, como las personas que rodeaban al niño mientras se produjo lo permitieron o ignoraron en el pasado.

e. *Usando intervenciones paradójicas para crear disonancia entre los objetivos protectores y los medios autoagresivos o abusivos*

Algunas de estas intervenciones podrían ser: «Sé que eres muy fuerte y poderoso controlando el dolor, pero me pregunto si realmente eres capaz de controlar cuándo hacerlo y cuándo no, o sencillamente no puedes dominarlo...». «Sé lo mucho que te molesta estar en el hospital cuando te cortas, con otros controlándote y decidiendo por ti... quizás si la próxima vez que necesites controlar el dolor hicieras un dibujo sobre cortarte en lugar de hacerlo realmente, conseguirías que ellos no te quitaran nunca el control...».

f. Cuidando de calmar la terapia y mantener la estabilidad

Las autoagresiones pueden aparecer como consecuencia de un trabajo terapéutico sobre el trauma demasiado intenso o precipitado. Llevar la terapia a un ritmo adecuado, intercalando intervenciones estabilizadoras, puede prevenir muchos problemas. También es importante evaluar con estas partes las intervenciones sobre los elementos traumáticos, ya que con frecuencia ellas han nacido para proteger a la personalidad principal de esos recuerdos. El trabajo con el trauma no puede hacerse al margen de ellas.

g. Trabajando a partir de la transferencia

Como el apego para el paciente ha ido siempre vinculado al abuso, estos temas se reactivarán inevitablemente en la relación terapéutica. La personalidad principal puede ser especialmente complaciente con el terapeuta, mientras que una parte agresiva puede ver esto como peligroso y reaccionar contra el terapeuta, contra la personalidad principal por ser débil y permitirlo, y generar problemas con el fin de interrumpir o boicotear la terapia. Con el tiempo, si estos temas se van trabajando y neutralizando, el paciente irá viendo al terapeuta como no abusivo y generándose una relación de confianza, que irá asociada a una actitud positiva y de implicación en el tratamiento de partes inicialmente muy negativas.

EL MANEJO DE LA PERSONALIDAD PRINCIPAL

Es un error creer que las personalidades negativas son el problema. Debemos tener una visión amplia del sistema, sin dejarnos contagiar por la narrativa del paciente.

He llegado a sentir dentro de mí una especie de «monstruo». Es como si, en algún momento, estuviera viendo a alguien a quien no conozco, y lo peor es que ese alguien también soy yo y, aunque intentara «matar» esa parte, está ahí oculta, pero no se puede eliminar. No quiero ser esa persona y daría lo que fuera por cambiar, por ser mejor persona. ¿Por qué no se puede hacer eso?

 © EDICIONES PLÉYADES, S A.

Esta narrativa girará siempre en torno a una lucha entre buenos y malos y la personalidad principal intentará reclutarnos como aliados en esa pelea. Hacerlo sería un completo error. El problema no son las partes negativas, el problema es la lucha. Las voces no son un síntoma a erradicar, son una manifestación de una parte del paciente a la que deberemos escuchar, entender y ayudar a participar en un nuevo orden de cosas.

En no pocas ocasiones, el obstáculo para conseguir un clima de colaboración interna no viene de las partes más agresivas. Aunque en algunos casos es imposible modificar su actitud, lo más frecuente es que tras una resistencia inicial establezcan una fuerte alianza con el terapeuta y se conviertan en partes activas y piezas claves de la terapia. De un modo mucho más sutil, a veces incluso imperceptible, las PAN pueden boicotear el proceso.

Estas partes siempre presentan importantes carencias. Las emociones de las que se hacen cargo otras partes están ausentes en ellas, constituyendo lo que Van der Hart, et al. (2006) denominan síntomas disociativos negativos, usando la terminología de Janet. Un ejemplo es la rabia, que suele estar centralizada en las partes agresivas y negativas. Al ser así, la PAN carece de una emoción imprescindible para desarrollar conductas asertivas, para defenderse cuando es atacada y para reclamar lo que necesita. Suelen mostrar caracteres débiles y vulnerables. Su rechazo a las partes agresivas tiene motivaciones mucho más complejas que una lógica respuesta a las amenazas de estas. Rechazan también los recuerdos del trauma, de los cuales las partes negativas se han hecho cargo mayoritariamente. Y, además, desde su visión dicotómica del mundo como «bueno» y «malo», aceptar que estas partes no son malvadas y que cumplen funciones protectoras y pueden ayudar implicaría que ellas mismas no son «enteramente buenas». Y hasta ahora nunca se habían planteado opciones intermedias.

LAS DISTORSIONES COGNITIVAS

Ross señala varias distorsiones que pueden aparecer en el conjunto del sistema o en particular en algunas de las partes y que pueden abordarse con estrategias cognitivas:

a. Los errores cognitivos clásicos

Las distorsiones cognitivas como el catastrofismo, el pensamiento polarizado, la generalización, etc., son comunes con muchos otros trastornos.

b. Diferentes partes del yo son personas o entidades separadas

Pueden incluso considerar que diferentes partes tienen diferentes cuerpos: una parte de una paciente con TID que representa la introyección de un abusador repite que la medicación puede dañar su hígado, que está enfermo. Pese a repetirle que en los análisis no hay ninguna alteración hepática, insiste en que «su hígado no, pero el mío sí, el mío está destrozado por el alcohol...» (que el abusador consumía en exceso). Pedirle a esta parte que relate detalles de su vida o cuestionarle por experiencias que ha tenido fuera del cuerpo del paciente puede al menos introducir la duda, aunque a veces refieren elaboraciones fantásticas incluso de vidas pasadas o en otros cuerpos.

c. La víctima es responsable del abuso

Esta idea errónea no es exclusiva de los pacientes con un trastorno disociativo, sino que se presenta en general en víctimas de maltrato o abuso sexual infantil. Los niños tienden a culparse de que sus padres discutan, de que les riñan sin cesar, de la muerte de personas... Los adultos que les rodean les han culpabilizado muchas veces constantemente. A veces estos pacientes arrastran esta visión infantil hasta etapas adultas, aunque sean perfectamente capaces de analizarla racionalmente si la ven en otras personas.

d. Hay partes que pueden sobrevivir aunque el cuerpo muera

Las partes que inducen las autolesiones se generan muchas veces en experiencias de despersonalización. La persona se ve desde fuera del cuerpo y puede decir así «esto le está sucediendo al cuerpo pero no me está pasando a mí, yo no estoy allí». En el futuro esta experiencia, sumada

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

a la desconexión de las sensaciones de dolor, puede generar la idea de que la existencia de la parte es independiente de la supervivencia y preservación del cuerpo. Evidenciar que esto no es así ayudará a detener autolesiones e intentos de suicidio.

e. Es malo sentir y *expresar rabia*

Cuando muestras tu enfado te castigan, si sientes rabia eres malo... Redefinir la rabia como una emoción no solo positiva sino imprescindible para la supervivencia es un trabajo que siempre debe hacerse con estos pacientes, sobre todo con la personalidad principal, de cara a entender por qué debe dialogar y colaborar con las partes agresivas, y a conseguir reacciones más adaptativas y eficaces.

f. La personalidad principal no puede manejar ni tolerar los recuerdos traumáticos

Esta fue una de las cuestiones que generaron la escisión de una parte que se hiciera cargo de los recuerdos negativos. Podemos cuestionarla señalando que en aquel momento fue preciso y útil para sobrevivir a la situación, pero que ahora que el paciente es adulto, más fuerte y autónomo que cuando era niño y ya no vive en el mismo lugar, puede aprender a manejar y a elaborar todo aquello, permitiendo que otras partes se repartan tan pesada carga. Hemos de tener cuidado de apuntar otras posibles funciones para estas partes, ya que ir soltando los recuerdos traumáticos puede hacerles pensar que su supervivencia está amenazada: su razón de ser era esa; ¿y ahora?...

g. El pasado es presente

Los recuerdos se reexperimentan como si estuviesen sucediendo ahora, las emociones están igual de vivas. La capacidad de ver lo sucedido a través de la distancia del tiempo, y de que en lugar de revivir el trauma el paciente pueda realmente recordarlo, forma parte del progreso terapéutico. Las técnicas de orientación a la realidad van encaminadas a ir cambiando esta creencia.

h. La personalidad principal merece ser castigada

Este sería el reverso de la cognición «la víctima es responsable del abuso», pero enunciada de este otro modo es mantenida muchas veces por las partes agresivas como una de las bases de las conductas autodestructivas. Estas partes pueden considerarse invulnerables al daño que provocan o afirmar que desean que todas mueran.

i. No es posible confiar en nadie

La gente siempre abusará de uno, si dejas que alguien se acerque te hará daño... Reformulando la desconfianza como «precaución necesaria» habremos de señalar que el extremo contrario de desconfiar de todo y de todos puede llevar a un aislamiento absoluto y a perder muchas ayudas de gente que no quiere dañarte. Estas personas suelen oscilar de volcarse en una relación a aislarse por completo: señalar que esto es un falso dilema, que podemos ir viendo poco a poco si podemos confiar o no, sin decidirlo de entrada, suele ser útil. Estas afirmaciones pueden no ser en absoluto evidentes para este tipo de pacientes.

EL TODO ES MÁS QUE LA SUMA DE LAS PARTES

Ignorar la existencia de partes disociadas es una limitación para el trabajo terapéutico. Pero entre los terapeutas que se inician en este tipo de abordaje es frecuente una etapa de fascinación con un estilo de terapia bastante diferente del habitual y que abre la puerta a casos a veces fascinantes.

Sin embargo, esto es únicamente una parte del proceso terapéutico. En algunos pacientes será un área prioritaria, mientras que en otros precisará intervenciones muy puntuales. La terapia de estos casos es mucho más amplia que el trabajo con las partes.

La integración no es reunir los pedazos, como decíamos, no es armar un puzle. La mente del paciente ha de ir evolucionando, desarrollando procesos de mayor complejidad, una metaconciencia (Bowers, 1990, 1992). Va surgiendo a veces espontáneamente, pero con frecuencia con la ayuda necesaria del terapeuta, una

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

capacidad reflexiva, una autoconciencia (*realization*), como señalan Van der Hart, et al. (2006). El individuo empieza a ver su pasado en perspectiva y a sentirlo como propio, junto con todos los recuerdos, pensamientos, emociones y sensaciones asociados a él. Empieza a vivir en el presente y a proyectarse al futuro y desarrolla una mayor capacidad de mentalización (Fonagy y Bateman, 2006).

Hablaremos más de ello en el capítulo sobre integración, pero debemos tener en cuenta que muchas veces habremos de ayudar a los pacientes a desarrollar estilos de pensamiento más maduros, elaborados y flexibles, con el fin de que estén preparados para integrar aspectos hasta entonces disociados. Si hacemos un ejercicio para favorecer la coconsciencia en una persona cuyo sistema global no está preparado para manejar el conjunto de emociones, sensaciones, pensamientos y recuerdos que eso supone, podemos producir más descompensación que equilibrio. No olvidemos que uno de los elementos fundamentales en la terapia de los pacientes gravemente traumatizados es percibir el ritmo del paciente, el ritmo al que este puede ir avanzando de un modo adecuado y a la vez seguro.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

13

TRATAMIENTO: PROCESAR EL TRAUMA

¿SIEMPRE HAY QUE PROCESAR EL TRAUMA?

Aunque hasta finales de la década de los ochenta se incidió mucho en el origen traumático de los cuadros disociativos, posteriormente se fue viendo que el tratamiento no podía empezar en ningún caso directamente por los elementos traumáticos. La fase de estabilización previa y el trabajo con la relación terapéutica, restaurando los problemas de apego del paciente, fue cobrando cada vez más importancia. El papel de la abreacción de las experiencias traumáticas en las primeras fases del tratamiento de los trastornos disociativos fue dejando paso a modelos terapéuticos estructurados en etapas (Chu y Bowman, 2000).

Con el tiempo, además, se fue haciendo evidente que no todos los pacientes con trastornos disociativos, sobre todo en su forma más severa, eran capaces de integrar sus recuerdos traumáticos (Boon, 1997). Algunos de los factores que podían conllevar estas dificultades son los problemas de apego graves, la falta de un yo fuerte, la presencia de otros trastornos psiquiátricos graves asociados y la falta de motivación del paciente para este trabajo.

Boon tiene en cuenta los siguientes factores a la hora de valorar qué pacientes están en condiciones de pasar a la fase de trabajo con el trauma:

1. El nivel de funcionamiento personal y profesional del paciente

Deberá ser capaz de tener actividades gratificantes en el día a día, establecer relaciones de apoyo con otras personas, cumplir las condiciones

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

del contrato terapéutico (como evitar autolesiones y *acting-outs),* controlar conductas impulsivas y haber mejorado su capacidad de autocuidado. Debe ser posible para el paciente reestabilizarse después haber trabajado algún elemento traumático. Si la persona permanece aislada, incapaz de implicarse en actividades y relaciones positivas, es muy fácil que el trabajo con el trauma sea desestabilizador y debe evitarse de entrada.

2. La presencia de un diagnóstico del eje II

Muchos pacientes con diagnóstico de trastorno disociativo cumplen también criterios de trastorno límite de personalidad (TLP). Esto no resulta fácil de establecer, porque los síntomas del TLP a veces no son tales, sino que solo son reflejos de un trastorno de identidad disociativo (TID) o un trastorno disociativo no especificado (TDNE) subyacente. En otras ocasiones, por el contrario, ambos trastornos se asocian y existe un trastorno de personalidad más nuclear: son pacientes con formas patológicas de autocalmarse: autolesiones, consumo de sustancias..., que tienen una visión distorsionada de sus relaciones interpersonales y, sobre todo, que tienden a entrar en patrones de revictimización, volviendo a implicarse en nuevas relaciones que generan más traumas. Si estos aspectos no han podido corregirse a través de la fase de estabilización, no sería aconsejable pasar a la etapa de trabajo con el trauma.

3. La fase del ciclo vital y la presencia de crisis vitales externas

Una situación vital compleja, con falta de apoyo social, supone una limitación importante. Si además la persona atraviesa una situación de crisis, es aconsejable que el trabajo en la terapia se oriente a reforzar la capacidad de estabilización y autocuidado del paciente y se posponga el trabajo con el trauma hasta etapas vitales más tranquilas y estables. Lo mismo ocurre cuando existen enfermedades físicas graves en el paciente o en familiares y allegados. En pacientes ancianos, con enfermedades de muy larga evolución y por tanto muy cronificadas, que además están probablemente debilitados, todo el proceso de la terapia habrá de ser más lento y cuidadoso.

4. Abuso de sustancias

No está claro hasta qué punto debe tratarse de un modo separado. En general está directamente relacionado con las respuestas disociativas: por ejemplo, el consumo de alcohol suele ser una forma de autocalmarse en estados de activación o una conducta de partes que son introyecciones de un abusador. Una situación frecuente en pacientes con trastornos disociativos es haber sufrido maltrato por un padre alcohólico. En estos casos, es habitual que en algún modo reproduzca el patrón de conducta del padre. Cuando hay una disociación grave esto puede centrarse en un estado mental separado. Muchos de estos pacientes no obtienen grandes beneficios de acudir a unidades específicas de alcoholismo o drogodependencias, al menos en nuestra experiencia. En otros la dependencia de sustancias persiste y supone un obstáculo grave para la terapia, haciéndola en ocasiones imposible.

5. Persistencia de la situación de abuso

Esta situación puede ser la primaria: por ejemplo, el paciente continúa viviendo en la familia de origen, donde se siguen produciendo situaciones abusivas. Pero también puede ser fruto de una tendencia a la revictimización: por ejemplo, una paciente que ha sufrido maltrato físico por parte de un padre alcohólico y que posteriormente establece relaciones con hombres que abusan del alcohol y que son abusivos con ella física o psicológicamente. En muchos de estos casos será importante trabajar con la paciente y también implicar a los servicios sociales o a instancias judiciales cuando sea necesario. La coordinación con estos estamentos resulta en ocasiones extraordinariamente compleja. En otros pacientes el trabajo fundamental es con el individuo y su forma de establecer relaciones. En cualquier caso, en estas circunstancias deberemos posponer el trabajo con el trauma.

Hay ocasiones, sin embargo, en que pese a todo esto habremos de trabajar con el trauma, pues se genera un círculo vicioso, en el cual el trauma no procesado está alimentando la patología relacional y vital del paciente. Por ejemplo, en pacientes con conductas activas de abuso de alcohol, *acting-outs* con agresiones graves y relaciones interpersonales patológicas, ha resultado extraordinariamente útil trabajar escenas traumáticas tempranas. Pese a que hay que manejar con

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

extrema precaución estas intervenciones, hay dos situaciones en las que podría estar indicado.

La primera es que, tras valorar riesgos y beneficios, sea más perjudicial no intervenir. Por ejemplo, un paciente estaba implicado en varios procesos judiciales por agresión y estas conductas continuaban produciéndose con frecuencia y generando nuevas denuncias, por lo que suponían un riesgo serio para otros y complicaban enormemente la situación legal del paciente. Dada la gravedad del caso y el consumo de alcohol asociado, tratamos de que acudiera a una unidad específica de alcoholismo simultáneamente a la terapia. Ante el fracaso del tratamiento ambulatorio, se intentó un ingreso prolongado en una unidad de tratamiento de alcoholismo. Este ingreso se interrumpió porque las conductas del paciente se reproducían allí y el dispositivo no estaba preparado para manejarlas. El paciente se encontró solo, su familia estaba asustada y le pidió que dejara de vivir en casa. Tras un trabajo de negociación con las partes, valorando que ya estaban pasando cosas muy graves y que no teníamos recursos externos de apoyo, decidimos hacer una sesión de EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular) con la parte más agresiva que generaba estas conductas, en la que se trabajaron escenas traumáticas infantiles. Este trabajo cambió completamente la evolución del caso, desapareciendo las conductas de agresión y permitiendo que el trabajo de estabilización pudiera continuar progresando. A partir de aquí hemos continuado alternando trabajo con las partes, intervenciones propias de la fase de estabilización, intervenciones farmacológicas y trabajo directo con el trauma, de modo que la evolución favorable se ha mantenido durante casi un año.

Pero no debemos olvidar que estas intervenciones son muy arriesgadas. En este caso no teníamos nada que perder: el riesgo de no intervenir era altísimo y hacer algo nos daba al menos una posibilidad.

La segunda situación en la que se puede trabajar con el trauma en fases iniciales es cuando estamos ante pacientes que no se desestabilizan con intervenciones directas sobre el material traumático. Aunque en general los pacientes necesitan una fase de preparación previa, esto no ocurre siempre así ni tampoco en el mismo grado. Pueden ser pacientes sin redes sociales, sin ninguna de las condiciones para llegar a la segunda fase, incluso con patología disociativa muy grave. En algunos introducir precozmente el trabajo con el trauma puede acelerar enormemente el proceso. En estos casos es necesario hacer una prueba muy limitada, avisando al paciente de que puede producirse una descompensación, anticipando las posibles

situaciones y cómo resolverlas: a dónde acudir, medicación opcional, planificar recursos... Si la respuesta del paciente es favorable, incorporaremos este trabajo, simultaneándolo con todo lo necesario para la fase de estabilización. Si resulta muy activador o produce alguna descompensación, lo pospondremos para etapas posteriores. No sería recomendable de todos modos utilizar este tipo de estrategias hasta que no se haya adquirido un buen manejo del esquema básico de tratamiento de los trastornos disociativos.

Por ejemplo, una paciente presentaba alucinaciones auditivas intensas y frecuentes, un importante deterioro social y laboral, relaciones interpersonales muy patológicas y síntomas depresivos de difícil control. El contacto con las partes disociadas era muy difícil, porque había una gran rigidez cognitiva y el contenido de las voces era muy estereotipado y repetitivo. El trabajo con EMDR partiendo de las emociones asociadas a las voces llevó a una cadena de asociaciones con escenas traumáticas infantiles. La paciente toleró muy bien esta técnica tanto durante la sesión como entre sesiones. Esta intervención fue generando una mayor flexibilidad y una disminución evidente de los cambios caóticos entre estados de conciencia que se observaban en la entrevista. El comportamiento se fue haciendo más adecuado y el contacto con las partes fue progresando y haciéndose más fluido. Este caso tenía muchos elementos que contraindicaban trabajar con elementos traumáticos, y más aún con EMDR. Sin embargo, fue una intervención claramente positiva.

Por tanto, tomémonos las recomendaciones anteriores como precauciones a tener en cuenta, no como normas rígidas. Si nos estamos aproximando por primera vez a la terapia con estos pacientes, habremos de seguir los esquemas generales en detalle y es muy recomendable supervisar los casos. Eso nos ayudará a entender el proceso de tratamiento de la disociación y a mantener un orden y una dirección en una terapia que de otro modo puede fácilmente volverse caótica. La prudencia, el respetuoso cuidado del paciente, de sus límites, de su capacidad para abordar el trabajo de la terapia, de su ritmo interno, es la regla más importante del trabajo con estas personas. Ser capaz de sintonizar con el paciente, de percibir todo lo que no nos dice verbalmente, sin que su dolor nos desborde y nos desoriente, es un aprendizaje que continuaremos haciendo siempre.

Pero poco a poco iremos descubriendo, ensayando, añadiendo herramientas terapéuticas y aplicando nuestra intuición clínica y nuestra creatividad para decidir con qué paciente, en qué momento y de qué modo intervenir. En este terreno no es

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

posible aportar protocolos sencillos que nos vayan diciendo paso a paso qué hacer y que sean aplicables a todos los pacientes, sino que será la relación terapéutica la guía fundamental para orientar el trabajo con el paciente.

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO CON EL TRAUMA

Los pacientes disociativos han sufrido traumas graves que no han sido elaborados o procesados. El trastorno disociativo se ha generado ante la imposibilidad de afrontar estas situaciones. Una vez que el paciente esté suficientemente estabilizado y que hayamos conseguido un clima de colaboración interna con las partes, en la disociación secundaria o terciaria, deberemos ayudar al paciente a superar sus experiencias traumáticas. Es importante tener en mente unos objetivos claros, que nos permitan mantener la orientación en medio de sesiones que pueden ser caóticas y confusas.

En líneas generales tenemos que ayudar a la persona a ver lo sucedido como algo de su pasado que no tiene por qué seguir afectando a su vida actual. También ha de entender que no es culpable de lo sucedido y que no hay razón para avergonzarse de ello. Se trata de pasar de una posición de culpable a otra de víctima, y finalmente a la de superviviente. Como dice Levine (1997), la clave está en que el paciente pueda pasar de una respuesta reactiva (las situaciones traumáticas le ocurren y él se siente impotente ante ellas) a otra proactiva (puede reaccionar huyendo o luchando). Una persona que sufrió traumas en la infancia tuvo que reaccionar entonces de modo reactivo: un niño no tiene capacidad física o mental de luchar o huir ante la agresión de un adulto. Pero muchas veces esta pauta de reacción se continúa arrastrando en la vida adulta, aunque las circunstancias del individuo hayan cambiado. En la terapia trataremos de que la persona entienda que entonces no pudo reaccionar de otro modo, pero que ahora como adulto tiene capacidad para defenderse o marcharse en situaciones dolorosas o traumáticas.

Rothschild (2000) resume así los objetivos de la terapia con el trauma, independientemente de cuál sea la orientación o técnica elegida:

1. Unir memorias explícitas e implícitas en una narrativa comprensible de los eventos y de las secuelas del incidente traumático. Esto incluye dar sentido a las sensaciones corporales y conductas dentro de este contexto.

2. Eliminar los síntomas de hiperactivación autonómica que están en conexión con dichas memorias.

3. Relegar el evento traumático al pasado: «Está superado. Sucedió hace mucho tiempo. He sobrevivido».

Señala también que todas las disciplinas que trabajan con el trauma se distinguen por ser muy directivas. El trabajo con el trauma necesita estructura y dirección. Si se sigue el proceso del paciente sin intervención, normalmente el resultado es que se sienta sobrepasado por los recuerdos traumáticos y los evite. No todos los métodos serán útiles para todos los pacientes y debemos evaluar la respuesta individual e ir adaptando el tipo de trabajo a cada persona y situación concreta.

ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRABAJO CON TRAUMA EN PACIENTES DISOCIATIVOS

El trauma en un trastorno disociativo debe trabajarse de un modo diferente en algunos aspectos. Las principales particularidades son:

1. NO DEBE ABORDARSE EL TRAUMA DE ENTRADA

Las respuestas disociativas se originan como un modo de evitar el trauma y, posteriormente, el recuerdo del mismo. Si nosotros vamos directamente a la herida, probablemente las defensas disociativas se dispararán. Aunque luego deberemos valorar individualmente qué hacer en cada caso, en líneas generales hemos de manejar estos aspectos con mucha prudencia.

Cuando el paciente no recuerda o no comenta situaciones traumáticas de entrada, pospondremos esta investigación para etapas posteriores de la terapia. Esto hará que el individuo esté preparado para afrontar su historia y que la relación terapéutica esté consolidada. Una actitud de indagación inicial puede vivirse por un paciente disociativo como amenazante. Además, hará más difícil que podamos inducir o distorsionar recuerdos.

La fase de estabilización debe ser previa al trabajo sobre el trauma, de cara a fortalecer al paciente lo más posible. Y, cuando entremos en esta etapa, no debe-

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

mos perder una actitud pausada, midiendo bien hasta qué punto el paciente puede tolerar el trabajo, parando, intercalando trabajo de estabilización, etc.

Hemos de seguir el ritmo del paciente y este ritmo habremos de calcularlo con él. Pero tampoco dejaremos que lo marque únicamente el paciente: una persona puede tener mucha urgencia en abordar sus traumas, pero nosotros no nos contagiaremos de su prisa, pues esto puede llevar a abreacciones incontroladas que no solo no son terapéuticas sino que pueden ser retraumatizantes. Si el individuo vuelve a vivir una escena traumática con la misma sensación que tuvo allí y entonces, solo repetiremos el trauma. Nos interesa solo que haya una abreacción cuando la persona pueda ver esa escena desde otra perspectiva, con otra vivencia emocional, desde el presente, con distancia... Si no es así, debemos evitar o limitar esa reactivación.

Puede ocurrir lo contrario. Algunos pacientes tienen gran resistencia a trabajar el trauma, o lo que Van der Hart, et al. (2006) denominan fobia a los contenidos traumáticos. Aquí nuestra actitud será la contraria: si bien no lo forzaremos, intentaremos ver con él los temores que fundamentan su actitud, valoraremos las alternativas... Hemos de encontrar un equilibrio en que el paciente tenga una actitud activa en la terapia y nuestro papel sea el de guías (si el paciente pudiese curarse por sí mismo, no estaría en nuestra consulta).

2. NO ESTAMOS TRABAJANDO CON UNA MENTE INTEGRADA

El individuo es uno solo y no tiene varias mentes, pero sí es importante tener claro que su mente está fragmentada en mayor o menor grado. En el caso más extremo del TID cada fragmento de la mente del paciente tendrá probablemente recuerdos diferentes de las escenas traumáticas y reaccionará emocionalmente de modo distinto a otras partes. La disposición a trabajar sobre este material puede ser también diferente: en un estado mental el paciente puede querer mantener a toda costa el secreto de un abuso sexual (muchas víctimas de abusos en la infancia son coaccionadas por el abusador a no revelarlo a nadie). En cambio, en otro estado mental el mismo individuo puede entrar en abreacciones espontáneas, que son reviviscencias del abuso y en las que no se consigue un procesamiento ni una elaboración de las escenas. Intentaremos trabajar con el paciente en el estado A sobre las distorsiones cognitivas que sustentan el secreto, ya que si no lo hacemos boicotearán a buen seguro el proceso de modo más o menos indirecto. Y en el estado B

actuaremos conteniendo la abreacción, introduciendo elementos de orientación a la realidad, fortaleciendo este estado o fomentando que otra parte más fuerte ayude a la más debilitada antes de enfrentar los elementos traumáticos.

3. NECESITAMOS TÉCNICAS PARA MODULAR LA INTENSIDAD EMOCIONAL

Incluso cuando las fases previas de estabilización, fortalecimiento del yo y colaboración con las partes están bien consolidadas, a la hora de abordar las escenas traumáticas, necesitamos técnicas que nos ayuden a apaciguar el proceso, a evitar el desbordamiento emocional. Si el paciente experimenta la situación del mismo modo, con la misma activación y las mismas reacciones que cuando sucedió, no habremos aportado nada. Muchas de estas técnicas se habrán ido trabajando previamente con el paciente. Algunos ejemplos serían:

- El trabajo sobre el trauma se alternará con conexiones a zonas seguras: trabajo de autoconciencia corporal, orientación a la realidad, recursos... Estas técnicas deben haber sido practicadas en la fase de estabilización previa y se intercalarán cuando observemos una hiperactivación del sistema nervioso autónomo, que no necesariamente nos transmitirá el paciente de modo explícito. Hemos de hacer paradas periódicas, preguntando al paciente cómo se siente tanto en el nivel emocional como en cuanto a sus sensopercepciones somáticas (no siempre concordantes).

- La hipnosis ofrece numerosas técnicas que reducen la intensidad emocional y muchas de ellas pueden emplearse sin que el paciente esté sometido a una inducción hipnótica formal: proyección de imágenes en una pantalla, mando a distancia que permite regular el color, el sonido..., pantalla dividida, etc.

- Colaboración entre partes fuertes y aquellas más afectadas para el afrontamiento de las escenas difíciles.

- Abreacciones fraccionadas (Kluft, 1989). En lugar de procesar todo el conjunto, se van conectando sentimientos a aspectos limitados de la historia. Cada abreacción parcial es precedida y seguida por una reestructuración cognitiva.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Aproximaciones graduales al evento traumático (Knipe, 2008). Se hace un trabajo previo de orientación a la realidad y de enraizamiento, desde el cual el paciente, desde su parte adulta y centrada en el aquí y ahora, va unos segundos a la escena traumática y vuelve de nuevo a conectarse a la realidad presente. El objetivo es conseguir que pueda recordar el trauma sin perder en ningún momento un fuerte contacto con la realidad presente. Para ello se repite la secuencia las veces que sea necesario, incrementando gradualmente el tiempo de contacto con el material traumático.

4. SERÁ PRECISO UN ESPECIAL CUIDADO CON EL CIERRE DE LAS SESIONES

Cuando el paciente se marche de nuestra consulta, deberá estar lo más estabilizado posible e intentaremos prevenir posibles crisis: ajustando la medicación, recurriendo a apoyos externos, dejando preparado a quién acudir en caso necesario... Las siguientes sesiones deberían dedicarse a trabajo de estabilización y a asentar los efectos de la sesión anterior. Una vez llegados a este punto, a veces después de mucho tiempo de terapia el paciente o el propio terapeuta pueden tener cierta urgencia por hacer el trabajo, y aquí es especialmente importante no precipitarse.

5. SÍNTESIS DEL RECUERDO TRAUMÁTICO

En el paciente disociativo los recuerdos del trauma, incluso de un evento traumático completo, están habitualmente fragmentados. Esta fragmentación se produce de diversos modos: las imágenes pueden haber sido almacenadas por distintas partes, algunas emociones pueden estar centralizadas en una parte determinada, puede haber sensaciones somáticas totalmente aparte del resto de los contenidos..., y dentro de cada una de las líneas del BASK (siglas inglesas de conducta, emoción, sensopercepción y cognición) puede haber a su vez fragmentos: por ejemplo, a nivel cognitivo puede haber una parte que haga un relato del evento con todos sus detalles, pero sin ningún correlato emocional o somático, pero también puede ocurrir que distintos aspectos del hecho traumático sean recordados por partes diferentes. Que el paciente nos pueda contar tranquilamente la historia no significa que la tenga elaborada y superada. Debemos preguntar por la reacción emocional en aquel momento y cómo esta fue cambiando. Si esta información no es accesible al paciente, hemos de pensar que ha sido disociada. Es importante

no olvidar el correlato somático, que puede no corresponderse en absoluto con la emoción descrita. Muchas veces habremos de enseñar previamente al paciente a reconocer sus percepciones corporales, ya que con frecuencia existe un cierto grado de desconexión con el cuerpo.

TÉCNICAS

Sin intentar hacer una descripción exhaustiva de las técnicas, intentaremos comentar algunas de ellas:

1. PANTALLA (FRASER, 2003)

Una parte o un estado del yo, o un grupo de ellos, pueden querer mostrar a otras partes historias o hechos. Podemos negociar con las partes que quieren mostrar la información a cuáles desean hacerlo. Decimos al paciente que visualice una pantalla o un monitor en la habitación y que invite a las partes que considere adecuado que se sienten a ver las imágenes. Es importante señalar que el objetivo de esta técnica es incrementar el funcionamiento del sistema como un equipo, para lo cual la información debe ser cada vez más compartida. También hemos de señalar a todas las partes que disponen de un control remoto con el que pueden reducir el sonido o hacer la imagen más borrosa, cuando consideren que la intensidad de lo que ven es excesiva para que puedan tolerarlo sin modificaciones. Durante el proceso debe chequearse el estado emocional, deteniendo la proyección de imágenes si la activación es excesiva. Puede continuarse después de un tiempo o en otra sesión distinta, fragmentando las escenas en trozos más fácilmente asimilables.

2. TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LAS ABREACCIONES

Se define (APA, 1980) como una liberación o descarga emocional después de recordar una experiencia dolorosa que había sido reprimida porque era intolerable a nivel consciente. Un efecto terapéutico que se produce a veces es la descarga parcial o desensibilización de las emociones dolorosas y un *insight* incrementado.

La abreacción no es un fin en sí mismo (Phillips, 1995) y nunca debemos plantearla en la terapia hasta que estemos seguros de que el paciente está en con-

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

diciones de tolerarla. De lo contrario, no estaremos ante un trabajo terapéutico, sino ante una retraumatización. El individuo debe haber aprendido técnicas de «lugar de curación», de orientación a la realidad y todas las que hemos explicado en la fase de estabilización, para poder intercalarlas y recurrir a ellas si el trabajo abreactivo alcanza una intensidad excesiva para el paciente. Es necesario usar señales de *stop* que permitan parar rápidamente el proceso. Otra posibilidad es usar técnicas de distanciamiento, como la de la pantalla que describíamos antes, cuando el paciente no tolere recordar directamente la escena. También puede fraccionarse la escena y procesarla en trozos manejables para el paciente. Chequear periódicamente no solo la emoción sino las sensaciones físicas y los signos de activación vegetativa es importante para que la abreacción ocurra de modo controlado. Es muy importante que el proceso se cierre, en caso de que la abreacción no pueda completarse porque sea demasiado intensa o prolongada, para lo que llevaremos al paciente a su lugar de curación y le daremos tiempo para que se restablezca el estado inicial.

ABREACCIONES FRACCIONADAS

Diversos autores han propuesto sistemas distintos de fraccionar el material traumático, para dividirlo en trozos que resulten manejables y disminuir la intensidad del proceso.

Rothschild (2000) propone trabajar primero con las secuelas del trauma. Separa tres etapas en todo incidente traumático: (1) las circunstancias que llevaron al hecho traumático, (2) el incidente traumático en sí mismo y (3) las circunstancias que siguieron al incidente, tanto a corto plazo (minutos-horas) como a largo plazo (días-meses). Esta última etapa es especialmente importante. La calidad del contacto y ayuda que la víctima recibe puede influir enormemente en la evolución posterior. La reacción del entorno puede resultar más traumatizante que el incidente en sí.

La autora propone empezar precisamente por esta última etapa. Esto permite procesar un fragmento únicamente y disminuir el volumen del material a trabajar. Empezar por la etapa 1, las circunstancias que llevaron al trauma, es fácil que lleve a que el individuo siga la secuencia natural y tienda a pasar al incidente traumático, aunque nosotros intentemos contenerlo y mantenerlo en la etapa 1. Por el contrario, empezar por el final, ayuda al paciente a trabajar con el conocimiento implícito de que el evento traumático ha pasado y que ha sobrevivido. Trabajar luego el incidente resulta más sencillo.

3. SÍNTESIS DEL RECUERDO TRAUMÁTICO

Van der Hart (1993) describe una aproximación estructural que denomina «síntesis paralela». Esta técnica está específicamente diseñada para pacientes con un alto grado de fragmentación. Inicialmente se reúne una información escrita de un incidente traumático que se divide en 10 segmentos, basados en la historia de varias partes. Durante hipnosis, las partes que han participado en la síntesis de la información traumática están activas y aquellas que habitualmente evitan estos contenidos se sitúan en lugares seguros previamente establecidos para protegerse de dicha información. El terapeuta entonces va contando de 1 a 10, empezando en 1 en el inicio del trauma y terminando en 10 cuando el evento ha terminado. Previamente cada segmento había sido ya adjudicado a un número. Durante esta experiencia de síntesis, todas las partes implicadas son invitadas a mostrar sus versiones de la experiencia a cada una de las otras, de modo que el resultado es una experiencia unificada y la disminución de las barreras disociativas. Este proceso puede repetirse varias veces, intercalando inducciones hipnóticas de fortalecimiento (*ego-strengthening*) y descanso, hasta que el paciente indique que se ha sintetizado adecuadamente un porcentaje importante de la experiencia.

Se trata de hacer una reactivación controlada, en la que participan las partes implicadas, mostrando a las otras su parte del trauma. El paciente debe ser ayudado a permanecer en el presente y a mantener una sensación de seguridad. La experiencia traumática deja de ser una reexperimentación intrusiva y de funcionar a nivel sensoriomotor. El paciente ha de ser capaz de formular una nueva creencia respecto a qué sucedió (el trauma), cuándo pasó (en el pasado) y a quién le sucedió (al yo). El trauma se personaliza, se relega al pasado y adquiere propiedades simbólicas más que sensoriomotoras (Van der Hart, et al., 2006).

DIFERENTES TERAPIAS, DIFERENTES APORTACIONES

Sería muy extenso enumerar todas las orientaciones terapéuticas que pueden resultar útiles para el trabajo con trauma complejo y disociación grave. Muchos terapeutas especializados en trastornos disociativos proceden de las terapias de orientación dinámica y de la terapia cognitivo conductual. Los primeros harán más hincapié en las defensas disociativas y en los fenómenos transferenciales y contratransferenciales. Los cognitivo-conductuales han elaborado orientaciones tácticas,

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

más centradas en técnicas y procedimientos. Su descripción excede el campo que se propone cubrir este libro.

Sin embargo, es importante hacer referencia a dos grupos de terapias, que por su modelo teórico proporcionan aportaciones interesantes para el trabajo con trastornos disociativos: por un lado, las orientaciones que trabajan con estados mentales y, por el otro, las terapias en las que el cuerpo ocupa un lugar fundamental.

TERAPIAS QUE TRABAJAN CON PARTES O ESTADOS MENTALES

No todas emplean la misma terminología, pero diversas orientaciones terapéuticas trabajan con un concepto de la mente que implica distintos estados mentales:

1) El análisis transaccional (Berne, 1961) 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).

2) A su vez estas teorías impulsaron el desarrollo de la terapia de estados del ego (Watkins y Watkins, 1997), que combina estos conceptos con la hipnosis.

3) El psicodrama (Moreno, 1978; Rojas-Bermúdez, 1997) maneja el concepto de roles, en muchos aspectos conectado con el de estados mentales, insistiendo en lo relacional y dando un importante protagonismo al cuerpo.

TERAPIAS QUE CONTEMPLAN LOS ASPECTOS SOMÁTICOS

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 parte esencial del problema.

Algunas de ellas son:

EXPERIMENTACIÓN SOMÁTICA

Fue propuesta por Peter Levine (1999). Se propone al paciente empezar con cualquier componte del modelo SIBAM de la experiencia que le 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 a pacientes que tienden a desbordarse emocionalmente con facilidad al utilizar métodos como la hipnosis o EMDR, y también a pacientes con síntomas somáticos importantes o una sensibilidad somática incrementada.

TERAPIA SENSORIOMOTORA

Pat Ogden (2006) hace un desarrollo con elementos comunes a la experimentación somática de Levine, pero más completo y comprensivo, sobre todo por la articulación de conceptos e intervenciones con la teoría de la disociación estructural (Van der Hart, et al., 2006) y con el concepto de disociación somatomorfa (Nijenhuis, 2000). Ogden y Fisher (2008) 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.

EMDR

El EMDR (Shapiro, 2001) es una técnica muy interesante en el tratamiento del trauma. Al contrario que las anteriores, no está centrada en los aspectos somatosensoriales, pero sí integra y procesa al mismo nivel los aspectos cognitivos, emocionales y somáticos de la experiencia. Se parte de una escena traumática, recogiendo una serie de elementos relevantes, y mientras se realiza una estimulación bilateral del cerebro (visual, auditiva o táctil) se pide al individuo que deje que su mente asocie espontáneamente otras escenas, hasta terminar en una escena positiva o neutra. El procesamiento de los recuerdos traumáticos es muy rápido y

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

en el terreno de los trastornos disociativos permite una excelente integración entre aspectos emocionales, cognitivos y somáticos. Debe ser manejado con especial cuidado en este grupo diagnóstico y sería aconsejable tener sólidos conocimientos en psicotraumatología y disociación, así como en las formas específicas de aplicar EMDR en estos casos, antes de emplearlo con este tipo de pacientes.

OTRAS

Hay más terapias que trabajan con componentes somatosensoriales. La terapia somática de trauma (Rothschild, 2000, 2003), EFT (*Emotional Freedom Technique*), diversas terapias energéticas, etc. Estas orientaciones han dedicado en general menos esfuerzo a sustentar mediante estudios empíricos sus resultados. Sin embargo, es muy distinto que no se disponga de suficientes estudios a que en investigaciones contrastadas se haya demostrado la ineficacia de estas técnicas. Es necesario, pese a todo, que las distintas terapias y técnicas busquen una sustentación empírica de sus hipótesis, del mismo modo que en nuestro trabajo es fundamental cuestionarnos y evaluar nuestras intervenciones.

INTEGRANDO DIVERSAS APROXIMACIONES TEÓRICAS

Podemos trabajar con las técnicas que nos resulten más familiares. De hecho, inicialmente tendremos suficiente con manejar las particularidades de estos pacientes y no será necesario aprender gran cantidad de técnicas nuevas. Según lo que vayamos viendo, podemos ampliar nuestra formación si lo creemos conveniente. Existen muchas disciplinas que aportan estrategias muy útiles y que es imposible describir, ni siquiera enumerar, en este libro.

No olvidemos que el que marcará nuestra línea de trabajo y la velocidad e intensidad del mismo habrá de ser el paciente, cada paciente particular. Algunos autores señalan que no todos los individuos con trastornos disociativos graves llegarán a estar en condiciones de abordar esta fase de tratamiento del trauma en la terapia, pese a años y años de trabajo en las fases previas. Los pacientes de más bajo nivel de funcionamiento a menudo no tienen la fortaleza, el potencial terapéutico y/o la oportunidad de seguir una terapia hasta este punto (Boon, 1997). Hay diversas razones para esto: problemas de apego graves, falta de fortaleza del yo, dificultades debidas a otros trastornos psiquiátricos asociados o insuficiente moti-

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

vación, entre otras. Este tipo de casos son más frecuentes en contextos de sanidad pública. Sin embargo, no por ello dejan de ser candidatos a una terapia que se rija por los mismos esquemas y objetivos que hemos estado comentando y en muchos casos se benefician de ella, aunque nunca podamos llegar a abordar los contenidos traumáticos.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

14

INTEGRACIÓN Y POSTINTEGRACIÓN

En esta fase los pacientes obtienen ganancias adicionales en coordinación e integración interna. Generalmente empiezan a conseguir un sentido más sólido y estable de cómo son y de cómo relacionarse con los otros y con el mundo exterior. Las identidades se irán fusionando y mejorando su funcionamiento, que ocurre de un modo más unificado. También se va adquiriendo una visión más completa de la historia traumática. Conforme se van sintiendo más unificados, desarrollan una sensación de calma, fortaleza y paz interior. Tienen un sentido más coherente de su propia historia y pueden afrontar de modo más efectivo los problemas actuales. Su energía deja de focalizarse en el pasado para centrarse en el presente (International Society for the Study of Dissociation, 2005) y deja de desperdiciarse en el conflicto interno para poder invertirse en el mundo externo (Van der Hart, et al., 2006).

¿QUÉ ENTENDEMOS POR INTEGRACIÓN?

La disociación es lo opuesto a la integración. El individuo con un grado de disociación importante no es consciente de lo que le ha sucedido y no puede aceptarlo. Siente que eso no ocurrió o que le ha ocurrido a otro. Rechaza junto con su historia aspectos de sí mismo, viviendo en una lucha y conflicto internos permanentes.

Pero este rechazo a su pasado, con todo lo que supone, conlleva una incapacidad para vivir el presente. El pasado sigue aquí, expresándose en cada una de las reacciones, vivencias, decisiones y acciones; se reproduce en las relaciones actuales, en cómo vemos a las demás personas y actuamos ante ellas; altera completamente la visión del mundo y el sentido que damos a lo que ocurre; y condiciona de modo absoluto nuestro futuro.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

La integración supone la superación de todas estas circunstancias. Ello va ocurriendo de modo progresivo a lo largo del proceso psicoterapéutico. Incluye la asociación de lo previamente disociado, la reconexión de las partes escindidas, pero es un proceso más amplio, que permite el desarrollo de funciones mentales más globales, de un nivel más elevado.

Steele (2009) define la integración como el acto de estar (relativamente) integrado que nos permite sintetizar vista, sonido, sensación, pensamiento, predicciones, sentimientos, junto con tiempo, intención y conciencia de la acción, en una experiencia aparentemente significativa llamada «ahora». Las acciones integrativas nos proporcionan un campo de conciencia aparentemente unificado que me acompaña «a mí, a mí mismo y al yo» a lo largo de diferentes tiempos y contextos (Stern, 1985; Siegel, 1999; Cleeremans, 2003). La integración es la esencia de lo que somos. Este *self* o estado de integración tiene una constancia, pero está continuamente organizándose, desorganizándose y reorganizándose (Schore, 1997).

Esta integración incluye distintos aspectos (Van der Hart, et al., 2006):

- Comprende la unión de diversos elementos (recuerdos, experiencias, percepciones, etc.), pero también la diferenciación (por ejemplo, no asimilando a una persona del presente con el abusador del pasado).

- Implica tolerar necesidades contrapuestas, ideas y emociones en conflicto y la ambivalencia, que forman parte de la experiencia cotidiana.

- En su mayor nivel implica la capacidad de mentalización (Fonagy, et al., 2002), que es la capacidad de percibir y observar adecuadamente la propia mente y la de los otros.

- Autoconciencia: el individuo siente su experiencia como propia, sus emociones, su historia (personificación), y puede realizar acciones adaptativas en el presente (presentificación).

- Poder percibir nuestro pasado, presente y futuro en perspectiva.

¿TODOS LOS PACIENTES PUEDEN ALCANZAR LA INTEGRACIÓN?

Un grupo de pacientes con diversos grados de fragmentación llegará a un estado de funcionamiento integrado. Otros tendrán bastante con haber conseguido estabilizarse y mejorar su adaptación. Algunos continuarán teniendo partes separadas, pero se habrá conseguido una mayor armonía y menor conflicto entre ellas.

El trabajo hacia la integración no es únicamente la unión entre elementos disociados, sino el desarrollo de todas las funciones que anteriormente describíamos y que hemos ido comentando a lo largo del libro. Muchas intervenciones son pequeños elementos que se van introduciendo en diversos momentos de las sesiones. Por ejemplo, ayudar a un paciente a ver en un momento dado que una reacción no está realmente generada en el aquí y ahora, sino que se asocia a una experiencia traumática previa, es dar un paso hacia la presentificación. El trabajo de aceptar las emociones, sensaciones o partes rechazadas es otro paso hacia la personificación. Ayudarle a analizar las motivaciones de otros o de los propios estados mentales es avanzar en la capacidad de mentalización.

Cuando existen barreras muy marcadas entre los estados mentales, este proceso ha de ir acompañado, de modo paralelo, de un trabajo con el sistema interno, como describíamos en el capítulo del trabajo con partes. Ambos procesos son relevantes y pueden tener mayor o menor peso en el tratamiento según el paciente y el momento de la terapia en que estemos.

En los casos de trastorno de identidad disociativo (TID) donde encontramos partes con un sentido del yo autónomo muy desarrollado, las partes disociadas pueden ser reacias a la integración. Estas reticencias pueden cuestionarse, ya que suelen estar basadas en el temor a desaparecer, a ser más vulnerables o a perder poder o fuerza. Si explicamos la integración como una forma de conseguir un estado de superior fuerza, poder o control que el que cualquier parte podría alcanzar individualmente, puede que algunas prevenciones puedan vencerse. También es importante aclarar que todas las partes seguirán existiendo y que ninguna desaparecerá, sino que estarán presentes todas al mismo tiempo. Siempre es de utilidad recurrir a metáforas buscando que encajen bien con el paciente al que se le quieren transmitir.

De todos modos, la coexistencia pacífica no es un mal estado y el paciente tiene la última palabra sobre qué quiere hacer y hasta qué punto quiere llegar.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Algunos autores como Watkins opinan que la integración completa no es posible, ya que no existe ni siquiera en individuos no disociados.

EVOLUCIÓN DEL SISTEMA INTERNO HACIA LA INTEGRACIÓN

Phillips y Frederick (1995) describen la integración como un proceso en el que distinguen varias fases por las que las partes disociadas van evolucionando.

PRIMERA: ESTADIO DE RECONOCIMIENTO

Implica que las partes se reconocen abiertamente unas a otras. En un principio pueden verse como entidades ajenas, vecinos con los que nunca se habla o incluso enemigos. Esta situación lleva a un trabajo básicamente psicoeducativo por parte del terapeuta, señalando que las otras partes son importantes, que todas tienen relevancia unas para otras. Algunos pacientes de entrada entienden que las otras partes son algo propio, parte de ellos mismos. A otros a veces les resulta imposible aceptar que una voz hostil, agresiva, que le está incitando a matarse o a hacer daño, pueda formar parte de ellos: representa todo lo que rechazan. Para cambiar esta percepción es importante redefinir desde otra perspectiva la actitud de la otra parte: por ejemplo, señalando que, aunque no consiga el resultado previsto, la parte agresiva aparece cuando el paciente necesita defenderse de una amenaza o tiene una emoción desagradable. También es importante que unas partes escuchen a las otras. Cuando hablamos con un estado mental con el que normalmente la personalidad aparentemente normal (PAN) no dialoga, esta tiende a «hablar por la otra parte» o interpretar las razones que tiene para comportarse como lo hace. Recordarle al paciente que no debe dar nada por sentado, que las cosas no son tan evidentes y que deje que la otra parte se explique por sí misma empieza a crear un clima de escucha, que es el principio del cambio.

Este estadio puede irse presentando a distintos niveles con partes diferentes. Por ejemplo, una paciente es consciente de que tiene «una presencia» dentro de sí, que reconoce claramente como parte de ella. La función de esta parte es la de un cuidador interno, que aconseja y apoya a la paciente. Resulta difícil que nos deje interaccionar directamente con este estado mental, ya que inicialmente dice que es «solo suya». Además esta parte es reacia a contactar, diciéndole a la paciente que la tomaremos por loca. Llevaba por entonces varios años en terapia de corte cog-

nitivo-conductual, con la que había mejorado en muchos aspectos, aunque seguía con problemas graves (estados depresivos, aislamiento social...). Por este motivo la parte disociada consideraba que no debía alterarse el presente orden de las cosas. Solo cuando argumentamos que no queríamos desmontar nada, pero que creíamos que formaríamos un buen equipo trabajando todos juntos, esta parte pasó a tomar un rol de coterapeuta activo en la terapia.

Pero la paciente comenta brevemente que solo en contadas ocasiones esta parte cuidadora ha conectado con «otros». Describe esta situación atemorizada y muy reacia a que profundicemos en ello. Habla de esas otras partes como elementos totalmente ajenos a ella y con los que no puede conectar de modo directo. Dada la gravedad de la patología que presentó en el pasado, manejamos este tema con la mayor cautela posible, sin hacer ningún intento de conectar con otras partes y respetando sus temores, al menos hasta que la terapia haya avanzado lo suficiente.

SEGUNDA: FASE DE DESARROLLO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PARTES

Una vez que el paciente acepta que esas partes son parte de él, debemos ir avanzando hacia una comunicación cada vez más adecuada entre ellas. Lo más frecuente es que primero puedan comunicarse con el terapeuta, a veces incluso debemos pactar que, cuando hablemos con una, las demás estén ausentes, permitiendo así mayor libertad a la hora de exponer emociones, cogniciones o recuerdos. Debe evitarse a toda costa que continúe la discusión y la lucha. La interacción que ocurre previamente a la terapia suele ser estereotipada; por ejemplo, el paciente oye una voz que le incita a hacerse daño y puede responder intentando que se calle o desaparezca. El eje es conseguir el control, no dialogar.

Cualquier estrategia que habitualmente utilicemos para el manejo de sistemas humanos nos servirá a la hora de intentar cambiar este conflicto interno. La situación no es muy diferente de cuando nos encontramos ante una familia o un grupo en terapia.

TERCERA: DESARROLLO DE EMPATIA

Si una parte es capaz de ponerse en el lugar de la otra, la relación de ambas cambia radicalmente. Puede llevar mucho tiempo que una parte atemorizada

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

acceda a ponerse en el lugar de aquella a quien teme. Y un álter persecutorio puede no querer entender a una parte débil, que no sabe defenderse, por temor a volverse vulnerable. El clima de comunicación que señalábamos antes irá creando el caldo de cultivo necesario para que este cambio se produzca. Si la personalidad principal escucha por primera vez a una voz que ha estado insultándola permanentemente decir que se sintió llena de rabia cuando una persona del entorno del paciente trató mal a este, probablemente la imagen que tiene de esta parte como «maligna» empiece poco a poco a cambiar.

El terapeuta también va contribuyendo con los comentarios en que se pone en el lugar de cada una de las partes y explica y comprende las reacciones de cada una a partir de las emociones que las generan. No tenemos por qué considerar aceptable el hacerse daño o el dañar a otros, pero podemos entender los motivos de esa conducta y por qué se ponen en marcha. Mantener una actitud de apoyo pero al tiempo de absoluta normalidad es fundamental.

CUARTA: COCONSCIENCIA

Podemos empezar a trabajar en este aspecto casi desde las etapas iniciales (Baita y González, 2008), aunque el desarrollo de coconsciencia es uno de los objetivos últimos del trabajo con las partes. Una tarea útil para este fin es proponer a los pacientes pequeños ejercicios de coconsciencia, en torno a elementos positivos y no amenazantes. Con Paula programamos la tarea de que todas las partes se permitieran disfrutar de una música bonita con la consigna de que lo hicieran todas al mismo tiempo, sintiendo el mismo sonido, dejando que llegase a todos los rincones de su mente... A veces reforzábamos la función de alguna de las partes, conectándola con las demás: por ejemplo, había una parte que aparecía para decir cosas graciosas en las conversaciones y planteamos que estaría bien que de vez en cuando pudiese decir algo gracioso para las demás y que en ese momento todas pudiesen permitirse reír sin más. Las partes más negativas están centradas en el trauma y en la rabia y normalmente son ajenas a las sensaciones y experiencias agradables de la vida. Señalar al resto de partes que no es justo que algunas estén condenadas a ver solo la parte oscura del mundo y animarlas a que compartan con ellas sensaciones agradables es una tarea generalmente bien aceptada. Esto es más sencillo que compartir emociones y experiencias negativas y conseguimos, de un modo no amenazante para el sistema, crear conexiones entre estados mentales, entre redes neuronales hasta entonces independientes.

QUINTA: AVENTURAS COOPERATIVAS

Una vez que las partes entienden que tienen objetivos comunes, podemos poner en marcha «experimentos de cooperación». Es importante que el paciente sea capaz de trasladar a la vida cotidiana las habilidades de comunicación interna que ha ido adquiriendo en las sesiones de terapia. Esto a veces ocurre de modo espontáneo, en ocasiones requiere programar tareas y en algunos casos ocupa una parte importante del esfuerzo terapéutico.

Al principio conviene empezar por mínimos experimentos, en torno a actividades intrascendentes, agradables y que no revistan ningún contenido amenazante. Por ejemplo, en el caso de Paula programamos una tarea: hacer una lista de la compra y organizar un sistema consensuado para decidir prioridades. Anteriormente cada parte tenía distintos gustos respecto a la comida y, según cuál estuviese controlando la conducta, llegaba a casa con uno u otro alimento. Por ejemplo, veía en la bolsa de la compra un queso y decía: «Pero si a mí no me gusta el queso...», y lo tiraba. Volvía de nuevo a la tienda y traía otro producto, repitiéndose esta escena una y otra vez. Esto hacía que gastara grandes cantidades de dinero en una comida que acababa generalmente en la basura. Le di un papel con el título «lista de la compra» en la que cada parte podía ir apuntando lo que considerara importante. Luego se haría una votación y se comprarían solo los productos más votados. Para que ninguna parte se sintiera discriminada, cada semana una de ellas, de modo sucesivo, se podría conceder «un capricho» que las demás le permitirían disfrutar. Fue capaz de llevar a cabo la tarea, tras un primer intento fallido, y se sintió muy satisfecha del resultado.

SEXTA: MOSTRAR LA INTERIORIDAD

Las partes empiezan a desvelar a fondo sus pensamientos, emociones, fantasías y experiencias con las otras partes. En este punto puede empezar a hacerse, con cuidado, trabajo con el trauma, en el que ya contaremos con el apoyo del sistema en conjunto.

Una paciente que presentaba parálisis y convulsiones disociativas, con la que llevábamos casi un año de trabajo en comunicación y colaboración con una única parte, plantea que quiere empezar a trabajar el duelo por la muerte de su abuela, uno de los elementos traumáticos principales. Hablamos con ambas partes y vemos

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

que están de acuerdo en hacerlo. Previamente habíamos experimentado con microfusiones. Las dos partes dejarán que se mezclen recuerdos y emociones sobre ese tema, mientras procesamos la escena empleando terapia EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular). Espontáneamente la paciente, sintiéndose como una unidad, es capaz de imaginarse despidiéndose de la abuela y elaborando el duelo.

SÉPTIMA: PROGRESIONES CRONOLÓGICAS

Muchas partes disociadas corresponden a estados de pensamiento infantil. A veces, para poder trabajar con ellos, es preciso ayudarles a que alcancen una mayor maduración. Existen técnicas de progresión cronológica mediadas con hipnosis. También puede resultar útil pedir a la parte que recuerde situaciones o imágenes de los años que van desde la escena traumática al presente, de modo que de una forma muy poco directiva vaya adquiriendo conciencia de que el hecho traumático quedó atrás y que ha crecido. En esta técnica con frecuencia las partes también van «creciendo» (Pace, 2003). Este proceso puede ocurrir de forma espontánea.

OCTAVA: FUSIÓN

Este es el objetivo final de la terapia. El paciente experimenta la realidad de modo integrado, sin partes separadas. La memoria será continua y todos los recuerdos accesibles. Será capaz de percibir diversas emociones simultáneamente y conseguir actuar de un modo coherente y adaptativo.

Este proceso también puede empezar mucho antes. Periódicamente, cuando ya se ha conseguido un clima de colaboración y el paciente ha sido capaz de realizar alguna tarea y de conseguir al menos breves instantes de coconsciencia, podemos plantearle experimentos de «microfusiones». Explicamos al paciente que podemos elegir entre que todas las partes se fundan en una o que permanezcan colaborando separadas, pero que es importante para que entiendan en qué consiste estar fusionadas y decidir si les interesa o no ese estado que lo hayan experimentado en distintas situaciones. Explicando al paciente que esta situación es breve, solo dura un instante y es totalmente reversible, no suele haber reticencias. Si este aspecto no se trabaja hasta las etapas finales, las objeciones a la integración pueden ser para entonces mucho mayores.

¿CÓMO NOTAMOS QUE EL PACIENTE ESTÁ AVANZANDO HACIA LA INTEGRACIÓN?

Van der Kolk (1993), citando a Greaves (1989), enuncia varios marcadores que indican avances en la integración (recordemos que desde el inicio del tratamiento estamos avanzando hacia aquí), que se van sucediendo progresivamente:

1. *Fenómenos de convergencia.* Son aquellos que requieren una focalización de la atención y un esfuerzo que implícitamente necesita la colaboración de varias partes, como acudir regularmente a las citas, trabajar bien en terapia y completar los proyectos asignados.

2. *Aparición espontánea de partes disociadas en el curso de las sesiones.* Esto implica suficiente confianza para abandonar el ocultamiento y hablar.

3. *La presentación de síntomas físicos* vagos sin claro origen médico puede indicar la pérdida de represiones y la emergencia de recuerdos somáticos o co porales.

4. *La aparición espontánea de una parte hostil* es un marcador importante, porque habitualmente ejercen su influencia en el mundo interno y suelen resistirse a participar en la terapia.

5. *Signos de cooperación de una parte anteriormente hostil.* Esto indica un fortalecimiento de la alianza terapéutica, una mayor valoración del terapeuta y la afirmación implícita de que confía en el tratamiento. Esta situación es equiparable a cuando un paciente que nunca lo había experimentado comienza a oír las voces de las partes (si esto sucede, no debemos asustarnos, no está empeorando).

6. Cuando la personalidad principal empieza a oír *voces* por primera vez, significa que las barreras amnésicas se están erosionando y que la comunicación entre partes se está priorizando sobre el mantenimiento del aislamiento previo.

7. Aumento de la *comunicación interna.*

8. Aumento de la *coconsciencia.*

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

9. *Copresencia* y signos claros de cambio en el aislamiento de las partes.

10. Las partes principales no pueden ser distinguidas por el terapeuta.

11. Las partes no pueden distinguirse unas de otras.

12. El paciente pide la integración de dos o más partes.

13. *Integración espontánea.*

La aparición de los elementos que comentábamos al inicio de este capítulo también nos va indicando que el proceso está evolucionando adecuadamente. El individuo separa las situaciones presentes de lo que ocurrió en el pasado, acepta sus experiencias y su historia, se plantea objetivos que no están condicionados por sus experiencias traumáticas, adquiere una comprensión y una capacidad de manejo más adaptativa de las relaciones interpersonales. Está aquí y ahora, aceptando su pasado y proyectándose a un futuro lleno de posibilidades.

TÉCNICAS PARA CONSEGUIR LA INTEGRACIÓN

A veces la integración ocurre de modo espontáneo. Paula, la paciente cuyo caso describíamos al principio, tras meses trabajando en tareas de colaboración entre las partes y desarrollo de coconsciencia, nos comenta un día: «Estaba oyendo las voces y de repente me di cuenta ¡de que era yo! ¡La voz era yo! ¿Por qué nadie me lo había dicho nunca?». Desde ese día desaparecen las voces y también los periodos de amnesia que tenía habitualmente. A partir de entonces funcionó de modo integrado y comenzó a ver su historia de abuso desde la perspectiva de una adulta que ha superado malas experiencias en su pasado.

Cuando esta integración espontánea no se produce, pero algunas o todas las partes de la mente del paciente están de acuerdo en fundirse, algunas técnicas pueden ayudar:

- Metáforas, imágenes que simbolizan el proceso: las partes se cogen de la mano y se acercan, se abrazan hasta que son una sola... Se le repite al paciente que nada se pierde, que nada desaparece, que hasta el último elemento de cada parte permanecerá en el nuevo estado. El terapeuta puede

probar cualquier imagen que encaje en el tipo de pensamiento del paciente. Preferiblemente deberá sugerir conceptos como unificación, potenciación, fortalecimiento, renovación, porque muchas partes pueden vivir la unificación con miedo a desaparecer.

- Con algunos pacientes puede plantearse la posibilidad de «hacer una prueba» por medio de una fusión temporal, para que puedan decidir, basándose en una experiencia propia, si desean fundirse de modo permanente o no. Esta prueba puede extenderse fuera de la consulta, sugiriendo al paciente que lleve a cabo actividades o que trate de percibir sensaciones de modo conjunto entre dos o más partes o tras una fusión del sistema completo.

- La integración puede reforzarse con hipnosis, EMDR, etc.

TRATAMIENTO POSTINTEGRACIÓN

Si hemos llegado a integrar a las partes y el individuo funciona como una unidad, probablemente tengamos que ayudarle a reaprender muchas cosas. Siempre ha funcionado en su actividad cotidiana, sus reacciones, etc., desde su estructura disociativa. Ahora deberá aprender a sentir varias emociones diferentes al mismo tiempo, a tolerarlo y a manejarse con ello. Al tomar una decisión no pasará de un extremo a otro, sino que deberá ver los pros y los contras de cada opción. La normalidad puede ser mucho menos nítida y definida que el universo mental de un paciente disociativo, donde todo suelen ser respuestas todo/nada. Si no le ayudamos a ordenar y entender sus nuevas experiencias, puede llegar a vivirlas con angustia y a no alcanzar un funcionamiento saludable.

Kluft (1988) refiere como objetivos de esta etapa:

1. Afrontar los cambios fisiológicos asociados con la integración.

2. Afrontar los cambios psicológicos asociados con la integración.

3. Trabajar transversalmente.

4. Abandonar evasiones autohipnóticas.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

5. Modificar mecanismos adaptativos y de afrontamiento.

6. Hacer ajustes interpersonales.

7. Hacer cambios vitales mayores.

Algunos pacientes se las arreglan bastante bien solos. Los que llegan a integrarse suelen ser personas con mejor funcionalidad y más fuertes emocionalmente, que a pesar de presentar síntomas disociativos graves han conseguido trabajo, relaciones, a veces, bastante adecuadas. Si han podido con esto, lo que comentábamos en el párrafo anterior puede que les resulte relativamente sencillo.

A veces los pacientes expresan que funcionar de modo integrado les resulta menos atractivo y estimulante. Una paciente acostumbraba a cambiar cada poco de relaciones de modo radical. La ventaja de este modo de funcionamiento es que era imposible el aburrimiento y que no llegaba a tener que superar ningún conflicto, porque se iba en cuanto se presentaba... Nuestro trabajo es ayudar al paciente a ver de modo realista las situaciones y las ventajas e inconvenientes que conllevan, y a conseguir tener metas no solo a corto, sino también a medio/largo plazo. Esto normalmente no sucede hasta que no funcionan durante cierto tiempo de modo no disociado.

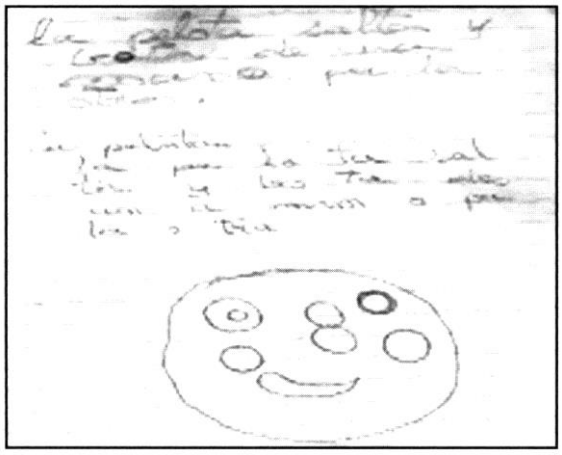
Esta integración puede ser permanente o pueden producirse fases de desestabilización, en general muy reactiva a circunstancias ambientales. En esas descompensaciones algunos pacientes vuelven a disociarse, mientras que otros presentan psicopatología de otro tipo, manteniéndose un funcionamiento en general integrado. Es aconsejable mantener un contacto periódico con los pacientes durante un tiempo para consolidar la mejoría inicial y supervisar la adaptación a las nuevas circunstancias vitales que irá afrontando. Estos pacientes suelen tener dificultad para pedir ayuda cuando la necesitan y no es raro que consulten solo cuando han llegado a una situación de crisis importante. Mantener un contacto menos frecuente, pero regular, ayuda a ir solventando los problemas sin perder el equilibrio logrado.

Si a pesar de ello se presentan crisis importantes, en general suelen ser más fácilmente abordables que en la primera fase. Es importante comentar esta posibilidad con los pacientes, que pueden desesperarse fácilmente ante la presentación de nuevos síntomas, entendiéndolos como un fracaso personal. Siempre ha de tenerse presente que la terapia es un proceso, en el que se trata de aprender a manejar

cada vez mejor las situaciones vitales, y que estas situaciones irán cambiando, requiriendo a veces retomar la supervisión y apoyo del terapeuta. La idea es más la de un proceso de aprendizaje, en el que vamos avanzando, que la de una «píldora» que se toma y «cura la enfermedad». Cuando tras un tiempo razonable de seguimiento demos de alta al paciente, estos temas deben ser comentados.

No todos nuestros pacientes llegarán a esta fase. Como señalábamos en capítulos anteriores, ni siquiera todos los autores consideran que este deba ser el objetivo de la terapia. Conseguir mejorar la funcionalidad del paciente, que tenga una adecuada calidad de vida, relaciones interpersonales de calidad, mayor autonomía... son en realidad los fines de toda psicoterapia. Algunas personas lo consiguen sin que sus partes disociadas lleguen a integrarse y también podemos considerarlo un éxito terapéutico. Nosotros guiamos al paciente en esa dirección, pero el paciente nos enseña cuál es el camino que se adapta a él.

Veamos, para concluir, el proceso realizado por una paciente con diagnóstico de TID, un grave nivel de fragmentación y una alteración funcional severa (consumo de tóxicos, problemas interpersonales, dificultades en el manejo de la vida diaria). En los primeros dibujos que ella hace sobre sí misma la PAN ni siquiera existe. Solo dibuja un conjunto caótico de estados mentales que se alternan y no hay una metaconciencia global que los unifique. El funcionamiento mental en esta etapa sería el equivalente a un estado psicótico.

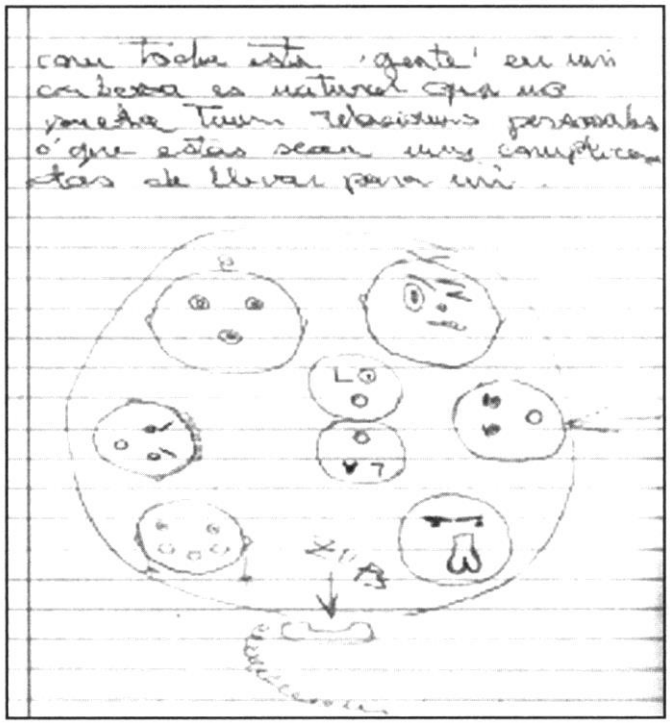


Las anotaciones en esta etapa consisten en asociaciones por asonancia sin aparente sentido. Sin embargo, el dibujo es desorganizado y lo que la paciente describe encaja con lo que está escrito. Al preguntarle dónde está ahí la mujer adulta

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

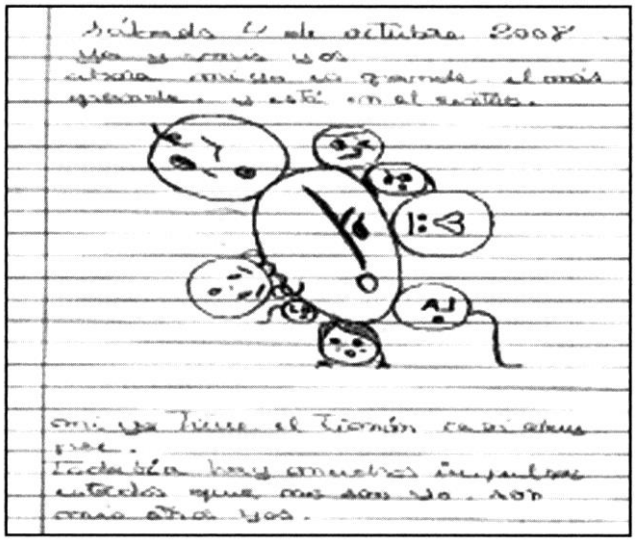
que es, dice no saber dónde está, no se encuentra, su identidad es un constante cambio de un estado mental a otro. Ella escribe: «La pelota salta y bota de una mano pala otra... la pelota... la pe-lo-ta sal-ta y bo-ta de u-na ma-no pa la o-tra».

En la siguiente imagen empiezan a verse elementos de comunicación con el mundo externo. La paciente se muestra de hecho más coherente y empieza a relacionarse, de un modo muy limitado aún, con el exterior. Pueden verse en los dibujos de algunas partes rasgos más infantiles, distintas emociones, puede percibir mejor sus estados internos.



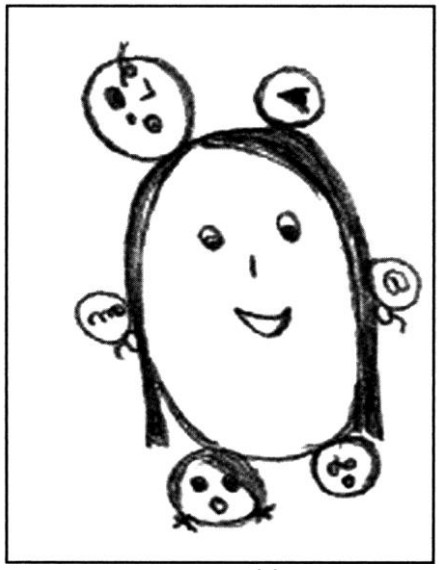
«Con toda esta “gente” en mi cabeza, es natural que no pueda tener relaciones personales o que estas sean muy complicadas de llevar para mí».

Más tarde empieza a aparecer un yo central que se mantiene activo, pese a la persistencia y cambios entre estados mentales. La paciente comienza a desarrollar una metaconciencia desde la que reflexiona sobre lo que sucede tanto internamente como en el mundo exterior.



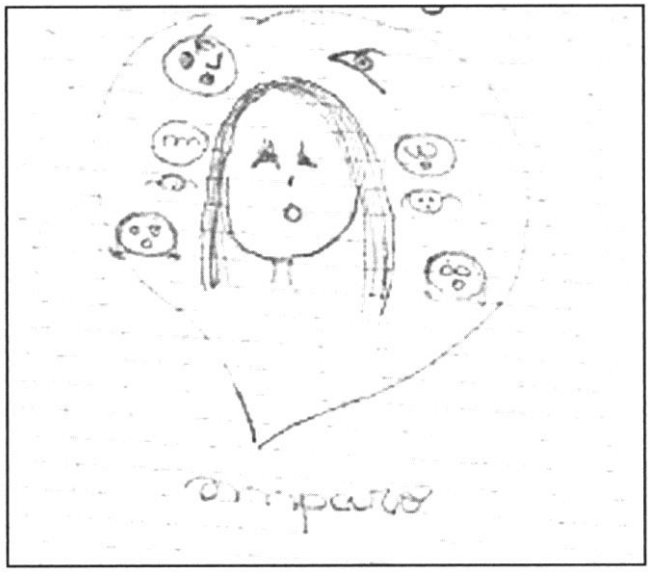
«Yo y mis yos. Ahora mi yo es grande... el más grande. Y está en el centro. Mi yo tiene el timón casi siempre. Todavía hay muchos impulsos. Estados que no son yo. Son mis otros yo».

Esta evolución es progresivamente mayor; está más centrada, se mantiene consciente, aunque sigue experimentado intrusiones de estados disociados.

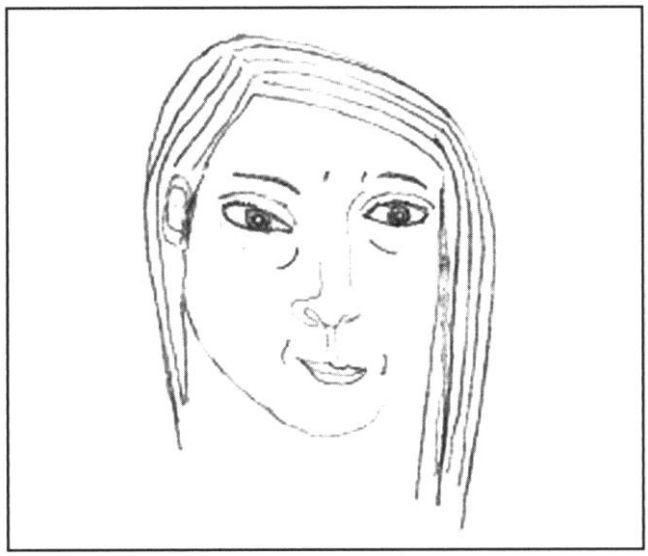


La paciente empieza a quererse, a cuidarse, a entender mejor sus cambios, sus experiencias, a mirar su pasado en perspectiva. Tiene una autoconciencia más desarrollada.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.



Ahora se dibuja por primera vez con una identidad. Esta paciente continúa en terapia, pero ha hecho un importante avance y se ha reducido mucho su grado de fragmentación. Esto va evolucionando de modo paralelo al desarrollo de su capacidad para estar en el presente, tener reacciones adaptativas ante las situaciones cotidianas, adquirir perspectiva respecto a su pasado traumático y mirar el futuro con esperanza.



Estoy empezando a ser yo.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, A. Internal self helpers of persons with multiple personality disorder. *Dissociation* 1989; II: 138-43.
- Ainsworth, M.D.; Blehar, M.C.; Walters, E.; Wall, S. *Patterns of attachment.* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
- Albach, F.; Moormann, P; Bermond, P. Memory recovery of childhood sexual abuse. *Dissociation* 1996; IX(4): 261-73.
- Allen, J.G.; Coyne, L. Dissociation and vulnerability to psychotic experience. The Dissociative Experiences Scale and the MMPI-2. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(10): 615-22.
- Allison, R.B. A new treatment approach for multiple personalities. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1974; 17(1): 15-32.
- Allport, G.W. *Pattern and growth in personality.* New York: Holt, Rinehart y Winston; 1961.
- Alvi, T; Minhas, F.A. Type of presentation of dissociative disorder and frequency of co-morbid depressive disorder. *J Coll Physicians Surg Pak* 2009; 19(2): 113-6.
- American Psychiatric Association. *A psychiatric glossary.* Fifth ed. Washington, DC: APA; 1980.
- American Psychiatric Association. DSM-IV: *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 1995.
- Amrhein, C.; Hengmith, S.; Maragkos, M.; Hennig-Fast, K. Neuropsychological characteristics of highly dissociative healthy individuals. *J Trauma Dissociation* 2008; 9(4): 525-42.
- Andreski, P.; Chilcoat, H.; Breslau, N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 1998; 79(2): 131-8.
- Appelfeld, A. *Beyond despair.* New York: Fromm International; 1994.
- Atlas, J.A.; Wolfson, M.A.; Lipschitz, D.S. Dissociation and somatization in adolescent inpatients with and without history of abuse. *Psychol Rep* 1995; 76 (3 Pt 2): 1101-2.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Baita, S.; González, A. *Working through co-conciousness in adults and children.* Taller presentado en el XXV Congreso Internacional de la ISSTD. Chicago; 2008.
- Barach, P.M. Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation* 1991; IV(3): 117-23.
- Bateman, A.; Fonagy, P. *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide.* New York: Oxford University Press; 2006.
- Belli, R.F.; Loftus, E.F. Recovered memories of childhood abuse: A source monitoring perspective. En: Lynn, S.J.; Rhue, J. eds. *Dissociation: Theory, clinical, and research perspectives.* New York: Guilford; 1994.
- Berne, E. *Transactional analysis in psychotherapy.* New York: Grove, 1961. (Edición castellana: *Análisis transaccional en psicoterapia.* Argentina: Psique; 1985.)
- Berne, E. *¿Qué dice usted después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo; 1999.
- Bernstein, E.M.; Putnam, F.W. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174(12): 727-35.
- Blashfield, R.K.; Sprock, J.; Fuller, A.K. Suggested guidelines for including or excluding categories in the DSM-IV. *Compr Psychiatry* 1990; 31(1): 15-9.
- Bliss, E.L. A symptom profile of patients with multiple personalities, including MMPI results. *J Nerv Ment Dis* 1984; 172(4): 197-202.
- Bliss, E.L. *Multiple personality, allied disorders and hypnosis.* New York: Oxford University Press; 1986.
- Blizard, R.A. Therapeutic alliance with abuser alters in DID: the paradox of attachment to the abuser. *Dissociation* 1997; 10(4): 246-54.
- Blizard, R.A. The origins of dissociative identity disorder from an object relations and attachment theory perspective. *Dissociation* 1997; 10(4): 223-9.
- Boon, S. The treatment of traumatic memories in DID: indications and contra-indications. *Dissociation* 1997; 10(2): 65-79.
- Boon, S. *Interview for dissociative disorders and trauma-related symptoms (IDDTS).* Chicago: XXV International ISSTD Conference; 2008.
- Bowers, K.S. Unconscious influences and hypnosis. En: Singer, J.L., ed. *Repression and dissociation. Implications for personality theory, psychopathology and health.* Chicago: University of Chicago; 1990.

- Bowers, K.S. Imagination and dissociation in hypnotic responding. *Int J Clin Exp Hypn* 1992; 40(4): 253-75.
- Bowers, K.S.; Brennenman, H.A. Hypnotic dissociation, dichotic listening, and active versus passive modes of attention. *J Abnorm Psychol* 1981; 90(1): 55-67.
- Bowlby, J. Violence in the family as a disorder of the attachment and care-giving systems. *Am J Psychoanal* 1984; 44(1): 9-27.
- Bowman, E.S. Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(1): 185-211.
- Bowman, E.S.; Markand, O.N. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatric* 1996; 153(1): 57-63.
- Brand, B. Establishing safety with patients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation* 2001; 2(4): 133-55.
- Braun, B.G. The BASK (behaviour, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation* 1988a; 1(1): 4-23.
- Braun, B.G. The BASK model of dissociation: clinical applications. *Dissociation* 1988b; 1(2): 16-23.
- Braun, B.G. Dissociative disorders as a squeal to incest. En: Kluft, R.P., ed. *Incest-related syndromes of adult psychopathology.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
- Bremner, J.D. Effects of traumatic stress on brain structure and function: relevance to early responses to trauma. *J Trauma Dissociation* 2005; 6(2): 51-68.
- Bremner, J.D.; Narayan, M.; Staib, L.H.; Southwick, S.M.; McGlashan, T; Charney, D.S. Neural correlates of memories of childhood sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156(11): 1787-95.
- Bremner, J.D.; Randall, P; Scott, T.M.; Bronen, R.A.; Seibyl, J.P.; Southwick, S.M.; et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(7): 973-81.
- Bremner, J.D.; Randall, P; Vermetten, E.; Staib, L; Bronen, R.A.; Mazure, C.; et al. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse -a preliminary report. *Biol Psychiatry* 1997; 41(1): 23-32.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Bremner, J.D.; Scott, T.M.; Delaney, R.C.; Southwick, S.M.; Mason, J.W.; Johnson, D.R.; et al. Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150(7): 1015-9.
- Bremner, J.D.; Staib, L.H.; Kaloupek, D.; Southwick, S.M.; Soufer, R.; Charney, D.S. Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Biol Psychiatry* 1999; 45(7): 806-16.
- Bremner, J.D.; Vythilingam, M.; Vermetten, E.; Southwick, S.M.; McGlashan, T.; Nazeer, A.; et al. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160(5): 924-32.
- Brewin, C.R. *Posttraumatic stress disorder: malady or mith?* London: Yale University Press; 2003.
- Briere, J; Conte, J. Self-reported amnesia in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress* 1993; 6: 21-31.
- Brown, D.P.; Scheflin, A.W.; Hammond, D.C. *Memory, trauma treatment and the law.* New York: W. W. Norton & Company; 1998.
- Brown, R.J.; Cardeña, E.; Nijenhuis, E.; Sar, V.; van der Hart, O. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? *Psychosomatics* 2007; 48(5): 369-78.
- Brown, R.J.; Schrag, A.; Trimble, M.R. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162(5): 899-905.
- Brunton, J.; Charpak, S. μ-Opioid peptides inhibit thalamic neurons. *J Neurosci* 1998; 18(5): 1671-8.
- Calamaro, C.J.; Mason, T.B. Sleep-related dissociative disorder in a 6-year-old girl. *Behav Sleep Med* 2008; 6(3): 147-57.
- Cardeña, E. The domain of dissociation. En: Lynn, S.J.; Rhue, R.W.; eds. *Dissociation: theoretical, clinical, and research perspectives.* New York: Guilford; 1994.
- Cardeña, E.; Gleaves, D.H. Dissociative disorders: Phantoms of the self. En: Turner, S.M.; Hersen, M.; eds. *Adult psychopathology and diagnosis.* New York: Wiley and Sons; 1997.
- Carlson, E.B.; Putnam, F.W. An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation* 1993; 6: 16-7.

- Caul, D. Determining prognosis in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation* 1988; 1(2): 24-6.
- Chabrol, H.; Saint-Martin, C.; Sejourné, N.; Moyano, O. Contributions des symptômes dissociatifs aux comportements antisociaux dans un échantillon d'adolescents scolarisés. *Encephale* 2009; 35(1): 52-6.
- Christie, M.J.; Chesher, G.B. Physical dependence on physiologically released endogenous opiates. *Life Sci* 1982; 30(14): 1173-7.
- Chu, J.A. The repetition compulsion revisited: reliving dissociated trauma. *Psychotherapy* 1991; 28: 327-32.
- Chu, J.A. Dissociative symptomatology in adult patients with histories of childhood physical and sexual abuse. En: Bremner, J.D.; Marmar, C.R. *Trauma, memory and dissociation.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998a.
- Chu, J.A. Riding the therapeutic roller coaster: stage-oriented treatment for survivors or childhood abuse. En: Chu, J.A. *Rebuilding shattered lives: the responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders.* New York: John Wiley & Sons; 1998b.
- Chu, J.A.; Matthews, J.A.; Frey, L.M.; Ganzel, B: The nature of traumatic memories of childhood abuse. *Dissociation* 1996; 9: 2-17.
- Chu J.A.; Bowman, E.S. Trauma and dissociation: 20 years of study and lessons learned along the way. *Journal of trauma & dissociation* 2000; 1 (1): 5-20.
- Cima, M.; Merckelbach, H.; Klein, B.; Shellbach-Matties, R.; Kremer, K. Frontal lobe dysfunctions, dissociation, and trauma self-reports in forensic psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 2001 ; 189(3): 188-90.
- Classen, C.; Pain, C.; Field, N.; Woods, P. Trastorno de personalidad postraumático: una reformulación del trastorno por estrés postraumático complejo y el trastorno de personalidad límite. En: Chefetz, R.A., ed. *Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente.* Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
- Cleeremans, A.; ed. *The unity of consciousness: binding, integration and dissociation.* Oxford University Press; 2003.
- Cohen, M.R.; Pickar, D.; Dubois, M.; Bunney, W.E. Jr. Stress-induced plasma beta-endorphin immunoreactivity may predict postoperative morphine usage. *Psychiatry Res* 1982; 6(1): 7-12.
- Coid, J.; Allolio, B.; Rees, L.H. Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* 1983; 2(8349): 545-6.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Colt, E.W.; Wardlaw, S.L.; Frantz, A.G. The effect of running on plasma beta-endorphin. *Life Sci* 1981; 28(14): 1637-40.
- Comstock, C.M. Inner self helper and concepts of inner guidance: historical antecedents, its role within dissociation and clinical utilization. *Dissociation* 1991; 4(3): 165-77.
- Coons, P.M. The differential diagnosis of multiple personality. A comprehensive review. *Psychiatr Clin North Am* 1984; 7(1): 51-67.
- Coons, P.M. Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174(12): 715-21.
- Coons, P.M.; Milstein, V. Self-mutation associated with dissociative disorders. *Dissociation* 1990; 3(2): 81-7.
- Coons, P.M. Posting on the dissociative disorders. Internet discussion group. (Citado en: Gleaves, 2001.)
- Coons, P.M.; Bowman, E.S.; Kluft, R.P.; Milstein, V. The cross-cultural occurrence of MPD: additional cases from a recent survey. *Dissociation* 1991; 4(3): 124-8.
- Coons, P.M.; Cole, C.; Pellow, T.A.; Milstein, V. En: Kluft, R.P.; ed. *Incest-related syndromes of adult psychopathology.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
- Crow, C. *Integrar EMDR con la terapia de apego a través del ciclo vital.* Curso impartido en Madrid. Asociación Española de EMDR.
- Dalenberg, C. The argument for highlighting, examining, and disclosing countertransference in trauma therapy. En: Dalenberg, C. *Countertransference and the treatment of trauma.* Washington, D.C.: American Psychological Association; 2000.
- D'Alessio, L; Giagante, B.; Oddo, S.; Silva, W.W.; Solís, P; Consalvo, D.; et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure* 2006; 15(5): 333-9.
- David, N.; Newen, A.; Vogeley, K. The "sense of agency" and its underlying cognitive and neural mechanisms. *Conscious Cogn* 2008; 17(2): 523-34.
- Davies J.M.; Frawley, M.G. Eight transference-countertransference positions. En: Davies, J.M.; Frawley M.G. *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: a psychoanalytic perspective.* New York: Basic Books; 1994.

- De Bellis, M.D.; Keshavan, M.S.; Spencer, S.; Hall, J. N-Acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD. *Am J Psychiatry* 2000; 157(7): 1175-7.
- Dell, P.F. The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *J Trauma Dissociation* 2006; 7(2): 77-106.
- Dell, P.F. Axis II pathology in outpatients with dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(6): 352-6.
- Dell, P.F. Nuevo modelo del trastorno de identidad disociativo. En: Chefetz, R.A., ed. *Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiologia de la mente.* Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
- Dell, P.F. Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190(1): 10-5.
- Deveci, A.; Taskin, O.; Dinc, G.; Yilmaz, H.; Demet, M.M.; Erbay-Dundar, P.; et al. Prevalence of pseudoneurologic conversion disorder in an urban community in Manisa, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42(11): 857-64.
- Dickinson, L.M.; deGruy, F.V. 3rd; Dickinson, W.P.; Candib, L.M. Health-related quality of life and symptom profiles of female survivors of sexual abuse. *Arch Fam Med* 1999; 8(1): 35-43.
- Dorahy, M.J. Dissociative identity disorder and memory dysfunction: the current state of experimental research and its future directions. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(5): 771-95.
- Dorahy, M.J. The dissociative processing style: a cognitive organization activated by perceived or actual threat in clinical dissociators. *J Trauma Dissociation* 2006; 7(4): 29-53.
- Draijer, N.; Thomaes, K.; Langeland, W.; Boon, S. *Differential diagnosis, treatment indication and (outcome) assessment of complex trauma related disorders.* ESTD Conference, Amsterdam, 2008.
- Ebrinc, S.; Semiz, U.B.; Basoglu, C.; Cetin, M.; Agargun, M.Y.; Aigul, A.; et al. Self-mutilating behavior in patients with dissociative disorders: the role of innate hypnotic capacity. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008; 45(1): 39-48.
- Ehling, T.; Nijenhuis, E.R.; Krikke, A.P. Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: preliminary findings. *Prog Brain Res* 2008; 167: 307-10.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Elhai, J.D.; Frueh, B.C.; Gold, P.B.; Hamner, M.B.; Gold, S.N. Posttraumatic stress, depression and dissociation as predictors of MMPI-2 scale 8 scores in combat veterans with PTSD. *J Trauma & Dissociation* 2003; 4(1): 51-64.
- Ellason, J.W.; Ross, C.A. Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154(6): 832-9.
- Elzinga, B.M.; Ardon, A.M.; Heijnis, M.K.; De Ruiter, M.B.; Van Dyck, R.; Veltman, D.J. Neural correlates of enhanced working-memory performance in dissociative disorder: a functional MRI study. *Psychol Med* 2007; 37(2): 235-45.
- Elzinga B.M.; van Dyck, R.; Spinhoven, P. Three controversies about dissociative identity disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 1998; 5(1): 13-23.
- Endo, T.; Sugiyama, T.; Someya, T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60(4): 434-8.
- Erdleyi, M.H. Repression, reconstruction, and defense: history and integration of the psychoanalytic and experimental frameworks. En: Singer, J.L.; ed. *Repression and dissociation. Implications for personality theory, psychopathology and health.* Chicago: University of Chicago Press; 1990.
- Espirito-Santo, H.; Pio-Abreu, J.L. Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43(3): 270-6.
- Fairbairn, W.R.D. *Psychoanalytic studies of the personality.* London: Routledge; 1952.
- Figley, C.R. *Compassion fatigue: secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized.* London: Taylor & Francis; 1995.
- Fonagy, P.; Bateman, A.W. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *J Clin Psychol* 2006; 62(4): 411-30.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* London: Other Press; 2002.
- Foote, B.; Smolin, Y.; Neft D.I.; Lipschitz, D. Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *J Nerv Ment* Dis 2008; 196(1): 29-36.
- Foote, B.; Smolin, Y.; Kaplan, M.; Legatt, M.E.; Lipschitz, D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2006; 163(4): 623-9.

- Ford J.D. Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(1): 3-12.
- Forrest, K.A. Toward an etiology of dissociative identity disorder: a neurodevelopmental approach. *Conscious Cogn* 2001; 10(3): 259-93.
- Fortes, S.; Villano, L.A.; Lopes, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(1); 32-7.
- Fraser, G.A. Fraser's dissociative table technique revised: A strategy for working with ego states in dissociative disorders and ego-state therapy. *Journal of Trauma and Dissociation* 2003; 4(4): 5-28.
- Friedl, M.C.; Draijer, N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 2000; 157(6): 1012-3.
- Gast, U.; Rodewald, F; Nickel, V.; Emrich, H.M. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(4): 249-57.
- Gilbertson, M.W.; Shenton, M.E.; Ciszewski, A.; Kasai, K.; Lasko, N.B.; Orr, S.P.; et al. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci* 2002; 5(11): 1242-7.
- Gleaves, D.H.; Maya, M.C.; Eberenz, K.P. Measuring and discriminating dissociative and borderline symptomatology among women with eating disorders. *Dissociation* 1996; 9(2): 110-7.
- Gleaves, D.H.; Maya, M.C.; Cardeña, E. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review* 2001; 21(4): 577-608.
- Golynkina, K.; Ryle, A. The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *Br J Med Psychol* 1999; 72 (Pt 4): 429-45.
- González, A. La multiplicidad de la conciencia. Congreso Nacional de Psicologías Cognitivas; Mallorca, 2008.
- Gould, E.; Tanapat, P.; McEwen, B.S.; Flügge, G.; Fuchs, E. Proliferation of granule cell precursors in the dentate gyrus of adult monkeys is diminished by stress. *Proc Natl Acad Sci USA* 1998; 95(6): 3168-71.
- Graf, P.; Schacter, D.L. Implicit and explicit memory for new associations in normal and amnesic subjects. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 1985; 11(3): 501-18.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Greaves, G.B. Precursors of integration in the treatment of multiple personality disorder: clinical reflections. *Dissociation* 1989; 2(4): 224-30.
- Guralnik, O.; Schmeidler, J.; Simeon, D. Feeling unreal: cognitive processes in depersonalization. *Am J Psychiatry* 2000; 157(1): 103-9.
- Halberstadt-Freud, H.C. Studies on hysteria one hundred years on: a century of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 1996; 77 (Pt 5): 983-96.
- Hart, H. ESP projection: spontaneous cases and the experimental method. *J Am Soc Psych Res* 1954; 48: 121-46.
- Herman, J. A healing relationship. En: Herman, J. *Trauma and recovery.* New York: Basic Books; 1992. (Traducido al castellano: *Trauma y recuperación.* Madrid: Espasa-Calpe; 2004.)
- Herman, J.L.; Schatzow, E. Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology* 1987; 4: 1-14.
- Herman, J.L. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolongued and repeated trauma. *Journal of Trauma Stress* 1992; 5(3): 377-91.
- Hilgard, E.R. *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action.* New York: John Wiley and Sons, Inc; 1977.
- Hilgard, E.R. Neodissociation theory. En: Lynn, S.J.; Rhue, J.W.; eds. *Dissociation: clinical, theoretical and research perspectives.* New York: Guilford Press; 1994.
- Horen, S.A.; Leichner, P.P.; Lawson, J.S. Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Can J Psychiatry* 1995; 40(4): 185-91.
- Horevitz, R.; Loewenstein, R. The rational treatment of multiple personality disorder. En: Lynn, S.J.; Rhue, J.W., eds. *Dissociation: clinical, theoretical and research perspectives.* New York: Guilford Press; 1994.
- Horowitz, M.J.; Wilner, N.; Kaltreider, N.; Alvarez, W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37(1): 85-92.
- Horton, D.L.; Mills, C.B. Human learning and memory. *Annu Rev Psychol* 1984; 35: 361-94.
- International Society for Study of Dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults (2005). *J Trauma Dissociation* 2005; 6(4): 69-149.
- Ironside, W. Conservation-withdrawal and action-engagement: on a theory of survivor behavior. *Psychosom Med* 1980; 42 (1 Suppl): 163-75.
- ISTSS. *Childhood trauma remembered.* The International Society for Traumatic Stress Studies; 1998.

- Jaffe, J.H.; Martin, W.R. Narcotic analgesics and antagonists. En: Gilman, A.G.; Goodman, L.S.; Rall, T.W.; et al., eds. *The pharmacological basis of therapeutics.* New York: McMillan; 1980.
- Janet, P. *The major symptoms of hysteria.* New York: McMillan; 1907.
- Jarero, I. *Estrategias avanzadas de EMDR para pacientes con egos debilitados y fragmentados.* Curso impartido en la asociación EMDR España. Madrid; 2005.
- Kelly, D.D. Stress-induced analgesia. *Ann N Y Acad Sci* 1986; 467: 1-447.
- Kernberg, O.F. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005.
- Klein, M. Notes on some schizoid mechanisms. En: Klein, M. *Writings of Melanie Klein.* Vol. 3. London: Hogarth; 1946.
- Kluft, R.P. Playing for time: temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *Am J Clin Hypn* 1989; 32(2): 90-8.
- Kluft, R.P. First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *Am J Psychiatry* 1987; 144(3): 293-8.
- Kluft, R.P. Current issues in dissociative identity disorder. *Bridging Eastern and Western Psychiatry* 2003; 1(1): 71-87.
- Kluft, R.P.; Foote, B. Dissociative identity disorder: recent developments. *Am J Psychother* 1999; 53(3): 283-8.
- Kluft, R.P. Treatment of multiple personality disorder. A study of 33 cases. *Psychiatr Clin North Am* 1984; 7(1): 9-29.
- Kluft, R.P. The natural history of multiple personality disorder. En: Kluft, R.P.; ed. *Childhood antecedents of multiple personality.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1985.
- Kluft, R.P. An update on multiple personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38(4): 363-73.
- Kluft, R.P. Clinical approaches to the integration of personalities. En: Kluft, R.P.; Fine, C.G.; eds. *Clinical perspectives on multiple personality disorder.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.
- Kluft, R.P. Countertransference in the treatment of multiple personality disorder. En: Wilson, J.P.; Lindy, J.D.; eds. *Countertransference in the treatment of PTSD.* New York: Guilford Press; 1994.
- Kluft, R.P. Current issues in dissociative identity disorder. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health* 1999; 15: 3-19.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A,

- Kluft, R.P. The difficult-to-treat patient with dissociative disorder. En: Dewan, M.J.; Pies, R.W.; eds. *The difficult-to-treat psychiatric patient.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2001.
- Kluft, R.P. Dealing with alters: a pragmatic clinical perspective. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(1): 281-304, xii.
- Kluft, R.P., ed. *Incest-related syndromes of adult psychopathology* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
- Kluft, R.P. The confirmation and disconfirmation of memories of abuse in dissociative identity disorder patients: a naturalistic clinical study. *Dissociation* 1995; 8(4): 253-8.
- Knipe, J. *The EMDR toolbox.* European EMDR Conference; London, 2008.
- Knipe, J. Loving eyes: procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. En: Forgash, C.; Copeley, M.; eds. *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy.* New York: Springer Publishing; 2008.
- Knudsen, H.; Draijer, N.; Haslerud, J.; Boe, T.; Boon, S. *Prevalence of dissociative disorders in a Norwegian general psychiatric department (inpatients and daycare).* V Congreso Anual de la ISSTD; 1995.
- Kong, L.L.; Allen, J.J.; Glisky, E.L. Interidentity memory transfer in dissociative identity disorder. *J Abnorm Psychol* 2008; 117(3): 686-92.
- Korn, D.L.; Leeds, A.M. Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 2002; 58(12): 1465-87.
- Korzekwa, M.I.; Dell, P.F.; Pain, C. Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11 (1): 82-8.
- Kupka, R.W.; Luckenbaugh, D.A.; Post, R.M.; Suppes, T.; Altshuler, L.L.; Keck, P.E. Jr; et al. Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162(7): 1273-80.
- Langer, E.J. *Mindfulness: la conciencia plena.* Barcelona: Paidós Ibérica; 2007.
- Lanius, U. *The neurobiology of dissociation.* Workshop presented in the Annual EMDRIA Conference in Austin, Texas; 2008.
- Lanius, R.A.; Williamson, P.C.; Densmore, M.; Boksman, K.; Gupta, M.A.; Neufeld, R.W., et al. Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation. *Am J Psychiatry* 2001; 158(11): 1920-2.

- Latz, T.T.; Kramer, S.I.; Hughes, D.L. Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995; 152(9): 1343-8.
- Leavitt, F.; Katz, L.S. The dissociative factor in symptom reports of rheumatic patients with and without fibromialgia. *J Clin Med Psychol Med Settings* 2003; 10: 259-66.
- LeDoux, J. *El cerebro emocional.* Barcelona: Planeta; 2000.
- Leonard, D.; Brann, S.; Tiller, J. Dissociative disorders: pathways to diagnosis, clinician attitudes and their impact. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(10): 940-6.
- Leverich, G.S.; Perez, S.; Luckenbaugh, D.A.; Post, R.M. Early psychosocial stressors: relationship to suicidality and course of bipolar illness. *Clin Neurosci Res* 2002; 2: 161-70.
- Levine, PA. Walking the tiger. Berkeley: North Atlantic Books; 1997. (Traducido al castellano: *Curar el trauma.* Barcelona: Urano; 1999.)
- Liberzon, I.; Taylor, S.F.; Amdur, R.; Jung, T.D.; Chamberlain, K.R.; Minoshima,
  S.; et al. Brain activation in PTSD in response to trauma-related stimuli. *Biol Psychiatry* 1999; 45(7): 817-26.
- Linehan, M. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.* Barcelona: Paidós Ibérica; 2003.
- Liotti, G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation* 1992; 5(4): 196-204.
- Lochner, C.; Seedat, S.; Hemmings, S.M.; Kinnear, C.J.; Corfield, V.A.; Niehaus, D.J.; et al. Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Compr Psychiatry* 2004; 45(5): 384-91.
- Loewenstein, R.J. An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14(3): 567-604.
- Loewenstein, R.J. Rational psychopharmacology in the treatment of multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14(3): 721-40.
- Loewenstein, R.J. Psychopharmacological treatment for dissociative identity disorder. *Psychiatric Annals* 2005; 35(8): 666-73.
- Loewenstein, R.J. TID 101: guía clínica práctica para la fase de estabilización del tratamiento del trastorno de identidad disociativo. En: Wadden,
  T.A.; ed. *Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente.* Barcelona: Masson; 2007.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Loewenstein, R.J.; Putnam, W.F.; Duffy, C.; et al. Presentado en la 3ª Conferencia Internacional sobre TPM/estados disociativos. Chicago; 1986.
- Ludwig, A.M. The psychobiological functions of dissociation. *Am J Clin Hypn* 1983; 26(2): 93-9.
- MacLean, P.D. *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions.* New York: Plenum Press; 1990.
- Main, M.; Hesse, E. Attaccamento disorganizzato e disorientato nell'infanzia e stati dissociati nei genitori. En: Ammaniti, M.; Stern, D.; eds. *Attaccamento e psicoanalisi.* Bari: Laterza; 1992.
- Matarredonda, J.; Pérez, E.; Bonete, J.M. *Efectividad y seguridad del topiramato en el control de impulsos.* Póster presentado en el VII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao; 2004.
- Molina-Serrano, A.; Linotte, S.; Amat, M.; Souery, D.; Barreto, M. Dissociation in major depressive disorder: a pilot study. *J Trauma Dissociation* 2008; 9(3): 411-21.
- Mondon, K.; de Toffol., B.; Praline, J.; Receveur, C.; Gaillard, P.; El Hage, W.; et al. Psychiatric comorbidity in patients with pseudoseizures: retrospective study conducted in a video-EEG center. *Rev Neurol (Paris)* 2005; 161(11): 1061-9.
- Moreno, J.L. *Psicodrama.* Buenos Aires: Hormé; 1978.
- Näring G.W.; van Lankveld, W.; Geenen R. Somatoform dissociation and traumatic experiences in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol* 2007; 25(6): 872-7.
- Nibuya, M.; Morinobu, S.; Duman, R.S. Regulation of BDNF and trkB mRNA in rat brain by chronic electroconvulsive seizure and antidepressant drug treatments. *J Neurosci* 1995; 15(11): 7539-47.
- Nickel M.K.; Nickel, C.; Kaplan. P.; Lahmann, C.; Mühlbacher, M.; Tritt, K.; et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 57(5): 495-9.
- Nickel, M.K.; Nickel, C.; Mitterlehner, F.O.; Tritt, K.; Lahmann, C.; Leiberich, P.K.; et al. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(11): 1515-9.
- Nijenhuis, E.R.; Spinhoven, P.; Van Dyck, R.; Van der Hart, O.; Vanderlinden, J. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis* 1996; 184(11): 688-94.

- Nijenhuis, E.R.; van Dyck, R.; ter Kuile, M.M.; Mounts, M.J.; Spinhoven, P.; van der Hart, O. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24(2): 87-98.
- Nijenhuis, E.R. Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation* 2000; 1(4): 7-32.
- Ochberg, F.M. *Post-traumatic therapy and victims of violence.* New York: Brunner/Mazel; 1988.
- Ogden, P.; Fisher, J. *Integrated body, integrated mind: sensoriomotor interventions for trauma, attachment and dissociation.* Taller precongreso del XXV Congreso Internacional de la ISSTD. Chicago; 2008.
- Ogden, R; Minton, K. Sensorimotor psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology* 2000; 6(3): 149-73.
- Ogden, P.; Minton, K.; Pain, C. *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy.* London: W. W. Norton & Co.; 2006.
- Orengo-García, F. Sobre la cuestión de la compulsión a la repetición en la psicoterapia grupal de mujeres afectadas por violencia doméstica o de género. *Psiquis* 2002; 23(5): 178-84.
- Osatuke, K.; Stiles W.B. Problematic internal voices in clients with borderline features: an elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology* 2006; 19(4): 287-319.
- Pace, P. *Integración del ciclo vital.* Protocolos especiales. Curso impartido en Málaga; 2006.
- Pace, P. *Integración del ciclo vital. Conectando los estados del ego a través del tiempo.* Curso impartido en Madrid; 2003.
- Pearlman, L.A.; McCann, I.L. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress* 1990; 3: 131-49.
- Pelcovitz, D.; van der Kolk, B.; Roth, S.; Mandel, F.; Kaplan, S.; Resick, P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress* 1997; 10(1): 3-16.
- Peris, F. *Ego, hunger and aggression.* South Africa: Knox; 1942. (Traducido al castellano: *Yo, hambre y agresión.* México: Fondo de Cultura Económica; 1975.)
- Perls, F. *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia.* Chile: Cuatro Vientos; 1976.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Phillips, M.; Frederick, C. *Healing the divided self. Clinical and ericksonian hypnotherapy for dissociative conditions.* New York: W. W. Norton & Co.; 1995.
- Portnoy, D. *Overextended and undernourished: a self care guide for people in helping roles.* Hazelden; 1996.
- Pribor, E.F.; Yutzy, S.H.; Dean, J.T.; Wetzel, R.D. Briquet's syndrome, dissociation, and abuse. *Am J Psychiatry* 1993; 150(10): 1507-11.
- Prohl, J.; Resch, F.; Parzer, P.; Brunner, R. Relationship between dissociative symptomatology and declarative and procedural memory in adolescent psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189(9): 602-7.
- Putnam, F.W. Dissociation as a response to a extreme trauma. En: Kluft, R.P.; ed. *Childhood antecedents of multiple personality.* USA: American Psychiatric Press; 1985.
- Putnam, F.W. *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder.* New York: Guildford Press; 1989.
- Putnam, F.W. *Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective.* New York: Guilford Press; 1997.
- Putnam, F.W.; Guroff, J.J.; Silberman, E.K.; Barban, L.; Post, R.M. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 1986; 47(6): 285-93.
- Ramos, L. *Tratando los componentes somáticos del trauma con EMDR.* Jornada organizada por la Sociedad Española de Psicotraumatología y Disociación. Madrid; 2007.
- Rauch, S.L., van der Kolk, B.A.; Fisler, R.E.; Alpert, N.M.; Orr, S.P.; Savage, C.R.; et al. A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(5): 380-7.
- Rauch, S.L.; Whalen, P.J.; Shin, L.M.; Mclnerney, S.C.; Macklin, M.L.; Lasko, N.B.; et al. Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry* 2000; 47(9): 769-76.
- Reinders, A.A.; Nijenhuis, E.R.; Paans, A.M.; Korf, J.; Willemsen, A.T.; den Boer, J.A. One brain, two selves. *Neuroimage* 2003; 20(4): 2119-25.
- Rifkin, A.; Ghisalbert, D.; Dimatou, S.; Jin, C.; Sethi, M. Dissociative identity disorder in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1998; 155(6): 844-5.

- Roca, V.; Hart, J.; Kimbrell, T; Freeman, T. Cognitive function and dissociative disorder status among veteran subjects with chronic posttraumatic stress disorder: a preliminary study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2006; 18(2): 226-30.
- Rodin, G.; de Groot, J.; Spivak, H. Trauma, dissociation and somatization. En: Bremner, J.D.; Marmar, C.R.; eds. *Trauma, memory and dissociation.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1998.
- Rojas-Bermúdez, J. *Teoría y técnica psicodramáticas.* Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.
- Ross, C.A. Case report: a convicted sex offender with dissociative identity disorder. *J Trauma Dissociation* 2008; 9(4): 551-62.
- Ross, C.A.; Keyes, B.B.; Yan, H.; Wang, Z.; Zou, Z.; Xu, Y.; et al. A cross-cultural test of the trauma model of dissociation. *J Trauma Dissociation* 2008; 9(1): 35-49.
- Ross, C.A. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14(3): 503-17.
- Ross, C.A.; Norton, G.R.; Fraser, G.A. Evidence against the iatrogenesis of multiple personality disorder. *Dissociation* 1989; 2(2): 61-5.
- Ross, C.A.; Joshi, S. Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Compr Psychiatry* 1992; 33(4): 269-73.
- Ross, C.A. *Multiple personality disorder.* New York: John Wiley & Sons; 1989.
- Ross, C.A. *The trauma model: a solution to the problem of comorbidity in psychiatry.* Richardson, Texas: Manitou Communications; 2000.
- Ross, C.A.; Anderson, G.; Fleisher, W.P.; Norton, G.R. The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1991; 148(12): 1717-20.
- Roth, S.; Newman, E.; Pelcovitz, D.; van der Kolk, B.; Mandel, F.S. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress* 1997; 10(4): 539-55.
- Rothschild, B. *The body remembers.* New York: W. W. Norton & Co.; 2000.
- Rothschild, B. *The body remembers casebook: unifying methods and models in the treatment of trauma and PTSD.* New York: W. W. Norton & Co.; 2003.
- Ruths, S.; Silberg, J.L.; Dell, P.F.; Jenkins, C. *Adolescent DID: an elucidation of symptomatology and validation of the MID.* Comunicación presentada en la XIX Reunión Anual de la ISSD. Baltimore; 2002.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Ryle, A.; Kerr, I.B. *Psicoterapia cognitiva analítica: teoría y práctica.* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2006.
- Sapolsky, R.M. Why stress is bad for your brain. *Science* 1996; 273(5276): 749-50.
- Sar, V.; Akyüz, G.; Dogan, O.; Oztü, E. The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics* 2009; 50(1): 50-8.
- Sar, V.; Akyuz, G.; Kugu, N.; Ozturk, E.; Ertem-Vehid, H. Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(10): 1583-90.
- Sar, V.; Koyuncu, A.; Ozturk, E.; Yargic, L.I.; Kundakci, T.; Yazici, A.; et al. Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(1): 45-50.
- Sar, V.; Unal, S.N.; Ozturk, E. Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Res* 2007; 156(3): 217-23.
- Sar, V.; Ross, C. Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(1): 129-44.
- Sar, V. El ámbito de los trastornos disociativos: una perspectiva internacional. En: Chefetz, R.A., ed. *Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente.* Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
- Sar, V.; Akyüz, G.; Dogan, O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res* 2007; 149(1-3): 169-76.
- Saxe, G.N.; Chinman, G.; Berkowitz, R.; Hall, K.; Lieberg, G.; Schwartz, J.; et al. Somatization in patients with dissociative disorders. *Am J Psychiatry* 1994; 151(9): 1329-34.
- Saxe, G.N.; van der Kolk, B.A.; Berkowitz, R.; Chinman, G.; Hall, K.; Lieberg, G.; et al. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993; 150(7): 1037-42.
- Scaer, R.C. *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease.* New York: The Haworth Medical Press; 2001.
- Schacter, D.L. The seven sins of memory. Insights from psychology and cognitive neuroscience. *Am Psychol* 1999; 54(3): 182-203.
- Schore, A.N. *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.

- Schore, A.N. Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Dev Psychopathol* 1997; 9(4): 595-631.
- Schore, A.N. Attachment and the regulation of the right brain. *Attach Hum Dev* 2000; 2(1): 23-47.
- Schore, A.N. The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22: 7-66.
- Schore, A.N. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22: 201-69.
- Schuff, N.; Neylan, T.C.; Lenoci, M.A.; Du, A.T.; Weiss, D.S.; Marmar, C.R.; et al. Decreased hippocampal N-acetylaspartate in the absence of atrophy in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2001; 50(12): 952-9.
- Shapiro, F. *Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular.* México DF: Pax México; 2004.
- Shin, L.M.; McNally, R.J.; Kosslyn, S.M.; Thompson, W.L.; Rauch, S.L.; Alpert, N.M.; et al. Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: A PET investigation. *Am J Psychiatry* 1999; 156(4): 575-84.
- Shin, L.M.; Kosslyn, S.M.; McNally, R.J.; Alpert, N.M.; Thompson, W.L.; Rauch, S.L.; et al. Visual imagery and perception in posttraumatic stress disorder. A positron emission tomographic investigation. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(3): 233-41.
- Siegel, D.J. *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience.* New York: W. W. Norton & Company; 1999.
- Spanos, N.P. Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. *Psychol Bull* 1994; 116(1): 143-65.
- Spanos, N.P. Multiple identities and false memories: a sociocognitive perspective. Washington, DC: American Psychological Association; 1996.
- Steele, K. Reflections on integration, mentalization, and institutional realization. *J Trauma Dissociation* 2009; 10(1): 1-8.
- Stefánsson, J.G.; Messina, J.A.; Meyerowitz, S. Hysterical neurosis, conversion type: clinical and epidemiological considerations. *Acta Psychiatr Scand* 1976; 53(2): 119-38.
- Stein, M.B.; Koverola, C.; Hanna, C.; Torchia, M.G.; McClarty, B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med* 1997; 27(4): 951-9.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A.

- Steinberg, M. *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders-revised (SCID-D-R).* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- Steinberg, M. *Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders revised (SCID-D-R).* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- Steinberg, M. *¿Quién soy realmente? La disociación, un trastorno tan frecuente como la ansiedad y la depresión.* Javier Vergara Editor; 2002.
- Stern, D.N. *The interpersonal world of the infant.* New York: Basic Books; 1985.
- Strehler, B.L. Where is the self? A neuroanatomical theory of consciousness. *Synapse* 1991; 7(1): 44-91.
- Tamar-Gurol, D.; Sar, V.; Karadag, F.; Evren, C.; Karagoz, M. Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62(5): 540-7.
- Teicher, M.H.; Andersen, S.L.; Polcari, A.; Anderson, C.M.; Navalta, C.P. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25(2): 397-426.
- Terr, L.C. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991; 148(1): 10-20.
- Tezcan, E.; Atmaca, M.; Kuloglu, M.; Gecici, O.; Buyukbayram, A.; Tutkun, H. Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Compr Psychiatry* 2003; 44(4): 324-30.
- Tillman, J.G.; Nash, M.R.; Lerner, P.M. Does trauma cause dissociative pathology? En: Lynn, S.J.; Rhue, J. eds. *Dissociation: Theory, clinical, and research perspectives.* New York: Guilford; 1994.
- Tirapu-Ustárroz, J.; Muñoz-Céspedes, J.M.; Pelegrín-Valero, C. Hacia una taxonomía de la conciencia. *Rev Neurol* 2003; 36(11): 1083-93.
- Torem, M.S. Medications in the treatment of dissociative identity disorder. En: Spira, J.L.; ed. *Treating dissociative identity disorder.* San Francisco: Jossey-Bass; 1996.
- Tsai, G.E.; Condie, D.; Wu, M.T.; Chang, I.W. Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder. *Harv Rev Psychiatry* 1999; 7(2): 119-22.
- Turkus, J.A.; Kahler, J.A. Intervenciones terapéuticas en los trastornos disociativos. En: Chefetz, R.A.; ed. *Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente.* Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.

- Tutkun, H.; Sar, V; Yargiç, L.I.; Ozpulat, T.; Yanik, M.; Kiziltan, E. Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *Am J Psychiatry* 1998; 155(6): 800-5.
- Twemlow, S.W.; Gabbard, G.O.; Jones, F.C. The out-of-body experience: a phenomenological typology based on questionnaire responses. *Am J Psychiatry* 1982; 139(4): 450-5.
- Van der Hart, O.; van Dijke, A.; van Son, M.; Steele, K. Somatoform dissociation in traumatized Wold War I combat soldiers: a neglected clinical heritage. *Journal of Trauma & Dissociation* 2000; 1 (4): 33-67.
- Van der Hart, O. Multiple personality disorder in Europe: impressions. *Dissociation* 1993; 101(23): 102-18.
- Van der Hart, O.; Nijenhuis, E.R.S.; Steele, K. *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization.* New York: W. W. Norton; 2006. (Publicado en español como: *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica.* Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2008).
- Van der Kolk, B.A.; van der Hart, O. The intrusive past: the flexibility of memory and the engraving of trauma. *Am Imago* 1991; 48: 425-54.
- Van der Kolk, B.A. *Psychological trauma.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987.
- Van der Kolk, B.A. Beyond the talking cure: somatic experience, subcortical imprintis and the treatment of trauma. En: Shapiro, F.; ed. *EMDR, towards a paradigm shift.* New York: APA Press; 2001.
- Van der Kolk, B.A.; Kadish, W. Amnesia, dissociation and the return of the repressed. En: Van der Kolk, B.A., ed. *Psychological trauma.* Arlington: American Psychiatric Publishing; 1987.
- Van der Kolk, B.A.; Pelcovitz, D.; Roth, S.; Mandel, F.S.; McFarlane, A.; Herman, J.L. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153(7 Suppl): 83-93.
- Van der Kolk, B.A.; Roth, S.; Pelcovitz, D.; Sunday, S.; Spinazzola, J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress* 2005; 18(5): 389-99.
- Van der Kolk, B.A.; Roth, S.; Pelkovitz, D.; Mandel, S. *Complex post-traumatic stress disorder: results from the DSM-IV field trial for PTSD.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993.

 © EDICIONES PLÉYADES, S.A,

- Vermetten, E.; Schmahl, C.; Lindner, S.; Loewenstein, R.J.; Bremner, J.D. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163(4): 630-6.
- Villarreal, G.; Hamilton, D.A.; Petropoulos, H.; Driscoll, I.; Rowland, L.M.; Griego, J.A.; et al. Reduced hippocampal volume and total white matter volume in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2002; 52(2): 119-25.
- Walker, L.E. *The battered woman syndrome.* New York: Springer Publishing Company; 1984.
- Watkins, J.; Watkins, H. *Ego states: theory and therapy* New York: W. W. Norton & Co.; 1997.
- Weniger, G.; Lange, C.; Sachsse, U.; Irle, E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(4): 281-90.
- Williams, M.B.; Summer, J. Self care and the vulnerable therapist. En: Stamm, B.H.; ed. *Secondary traumatic stress.* Lutherville, MD: Sidra Press; 1999.
- Williams, L.M. Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1167-76.
- Xiao, Z.; Yan, H.; Wang, Z.; Zou, Z.; Xu, Y.; Chen, J.; et al. Trauma and dissociation in China. *Am J Psychiatry* 2006; 163(8): 1388-91.
- Ystgaard, M.; Hestetun, I.; Loeb, M.; Mehlum, L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse Negl* 2004; 28(8): 863-75.
- Zanarini, M.C. *Borderline personality disorder.* Boca Raton, FL: Taylor & Francis; 2005.

© EDICIONES PLÉYADES, S.A.

RECURSOS EN INTERNET

www.trastornosdisociativos.com

Página en castellano donde pueden encontrarse información, pruebas psicométricas y una lista de discusión para profesionales.

www.estd.org

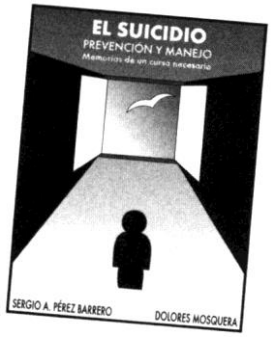
Web de la Asociación Europea de Trauma y Disociación.

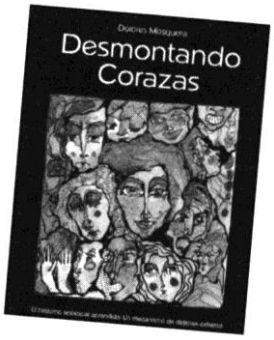
www.isst-d.org

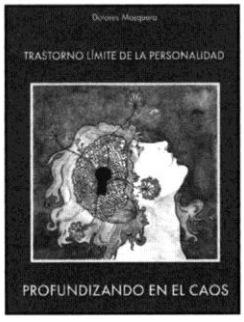
Web de la Asociación Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación. Tiene gran cantidad de recursos en lengua inglesa.

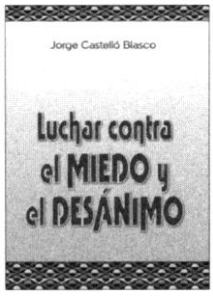
Existen muchos recursos adicionales centrados en el trauma psíquico, que lógicamente abordan también a los trastornos disociativos.

Otros títulos Pléyades









TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Los trastornos disociativos son uno de los grandes desconocidos en las consultas de psiquiatría y psicología, y su sintomatología puede ser tan sutil que pase desapercibida a clínicos experimentados. La opinión general es que son casos poco frecuentes y no existe un consenso entre los profesionales respecto a la base traumática de estos cuadros ni a cómo deben ser manejados.

En este manual Anabel González nos muestra cómo reconocer estos trastornos y nos ayuda a entender de qué modo los factores de traumatización temprana y los problemas de apego están conectados con la sintomatología que presentan.

La selección de ejemplos prácticos basados en la clínica facilita la comprensión de la teoría y es la base del dinamismo de este libro. Los testimonios y ejemplos de pacientes ayudan a entender la complejidad de estos casos y los diversos modos en que las personas sobreviven a entornos extremadamente adversos.

Este libro, uno de los pocos dedicados a los trastornos disociativos en España, constituye un valioso manual informativo para los profesionales, pero también para los pacientes y familiares, y una buena introducción a este campo un tanto ignorado de la psicopatología de nuestra época. Su enfoque práctico hace que su lectura sea asequible para todas aquellas personas interesadas en este tema.

Uno de los aspectos que más me gusta de Trastornos disociativos y que comparto con la autora es el protagonismo que concede a los pacientes, recuperando la tradición de la psicopatología clásica frente a las etiquetas de las clasificaciones internacionales. En la introducción Anabel González dice que este libro no es un tratado de recetas, pero la realidad es que ha conseguido recoger con gran creatividad ingredientes indispensables que cualquier clínico debe tener en su haber.

En definitiva, la autora consigue explicar de modo sencillo y claro la complejidad de los trastornos disociativos, ayudándonos a aislar los elementos clave para identificar, comprender y manejar estos cuadros.

Dolores Mosquera

El abordaje de los trastornos disociativos no es una terapia, sino la integración de muy distintos enfoques y orientaciones, que tienen en común un esquema del proceso terapéutico. El lector no tendrá que abandonar el paradigma con el que trabaja, sino incluirlo dentro de este esquema general.

Anabel González

Es un libro Pléyades
www.edicionespleyades.com
9 788493 464592