Rebeca Robles García (coord.)

Trastornos disociativos

EDITORIAL SINTESIS

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Rebeca Robles García (coord.)

EDITORIAL
SINTESIS

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

PROYECTO EDITORIAL
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Coordinador:
Vicente Caballo

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 (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Rebeca Robles García (coord.)

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

Imagen de cubierta: Margarita Páez Agraz

© Rebeca Robles García (coord.)

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

ISBN: 978-84-907774-0-4

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

Índice

Relación de autores

Parte I

¿Qué y para qué es la disociación?

1. ***Disociación normal y patológica***
Rebeca Robles, Francisco Páez

1.1. Evolución histórica del concepto de disociación
1.2. Concepción actual de la disociación

2. ***Clasificación de los trastornos disociativos***
Rebeca Robles, Francisco Páez

2.1. Criterios diagnósticos del DSM-5
2.1.1. Comparación con el DSM-IV
2.2. Pautas diagnósticas de la CIE-10
2.2.1. Rumbo a la CIE-11
2.3. Características esenciales de los trastornos disociativos

3. ***Características clínicas de los trastornos disociativos***
Rebeca Robles

3.1. Aspectos conductuales
3.2. Aspectos cognitivos
3.3. Aspectos emocionales y fisiológicos

3.4. Análisis funcional

Parte II

¿Cuántos, por qué y cómo ayudar?

4. ***Epidemiología y curso de los trastornos disociativos***

Rebeca Robles, Francisco Páez, Ana Fresán

4.1. Prevalencia de trastornos disociativos
4.1.1. Prevalencia en población general
4.1.2. Prevalencia en población clínica
4.1.3. Variables psicosociales relacionadas
4.2. Curso de los trastornos disociativos
4.2.1. Comorbilidad física y mental
4.2.2. Diagnóstico diferencial

5. ***Etiología de los trastornos disociativos***

Rebeca Robles, Francisco Páez, Iván Arango

5.1. Modelo de aprensión ansiosa
5.1. Factores biológicos
5.2. Factores psicosociales
5.2.1. Experiencias traumáticas
5.2.2. Apego y disociación
5.3. Modelo cognitivo conductual

6. ***Evaluación de la disociación***

Ana Fresán, Rebeca Robles

6.1. Confiabilidad y validez: conceptos básicos para la evaluación
6.1.1. Confiabilidad
6.1.2. Validez
6.2. Evaluación de criterios diagnósticos
6.2.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas
6.2.2. Instrumentos de cribado y autoaplicación
6.2.3. Ventajas y limitaciones de los métodos diagnósticos

6.3. Evaluación de gravedad y sintomatología
6.3.1. Instrumentos para evaluación en adultos
6.3.2. Instrumentos para evaluación en adolescentes
6.3.3. Ventajas y desventajas de las medidas de gravedad

7. *Tratamiento de los trastornos disociativos*
Rebeca Robles

7.1. Tratamiento integral y basado en evidencia
7.1.1. Medicación adyuvante
7.1.2. Psicoterapia
7.2. Técnicas y programas cognitivo-conductuales
7.2.1. Técnicas para la superación del trauma
7.2.2. Programa de tratamiento

Parte III

Protocolo de tratamiento psicológico

8. *Fundamentación teórica y desarrollo de la intervención*
Miguel Marín

8.1. Fundamentación teórica de la intervención
8.1.1. Teoría de la disociación estructural
8.2. Desarrollo del protocolo de tratamiento

9. *Estructura y directrices generales*
Miguel Marín

9.1 Estructura del tratamiento
9.2 Modalidad y directrices generales

10. *Protocolo de evaluación*
Miguel Marín

11. *Protocolo de intervención I*

Miguel Marín

11.1. Formación de la relación terapéutica
11.2. Psicoeducación

12. *Protocolo de intervención II*

Miguel Marín

12.1. Co-construcción de significados
12.2. Desensibilización de reacciones fóbicas
12.3. Funcionamiento integrado
12.4. Continuación y rehabilitación

Parte IV

Caso clínico y conclusiones

13. *Caso clínico*

Miguel Marín

13.1. Presentación del caso
13.2. Análisis funcional
13.3. Formulación clínica
13.4. Objetivos y plan de tratamiento
13.5. Sesiones de tratamiento
13.6. Resultados de la intervención

Conclusiones y tendencias futuras

Rebeca Robles

Referencias bibliográficas

Relación de autores

Coordinadora

Rebeca Robles García
Investigadora en Ciencias Médicas, Departamento de Modelos de Intervención, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Colaboradores

Miguel Marín-Tejeda
Asesor de Salud Mental e Investigador de Quiera, Fundación de la Asociación de Bancos de México. Profesor de entrenamientos sobre tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático.

Francisco Páez Agraz
Investigador en Ciencias Médicas, Servicios de Atención Psiquiátrica, Secretaría de Salud México. Director General del Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud: FOCUS Salud México S.C.

Ana Fresán Orellana
Jefa del Laboratorio de Epidemiología Clínica e Investigador en Ciencias Médicas, Subdirección de Investigaciones Cínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Iván Arango de Montis
Coordinador y médico psiquiatra adscrito de la Clínica de Trastorno Límite de la Personalidad, Dirección de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Parte I
¿Qué y para qué es la disociación?

1
Disociación normal y patológica

La conceptualización de la disociación ha evolucionado históricamente de manera significativa. A finales del siglo diecinueve, Pierre Janet, quien por primera vez se ocupó sistemáticamente del concepto, lo consideró un fenómeno categórico vinculado a los trastornos mentales (específicamente a la histeria). Sin embargo, ya desde ese tiempo y hasta la fecha, diversos autores lo conceptualizan como una dimensión que puede estar presente en alguna medida en la población general, entendiéndole más bien como un continuo en donde se pueden ubicar desde experiencias normales o adaptativas de disociación hasta formas graves de relevancia clínica, como lo son los trastornos disociativos (Putman, 1993; Putman, Carlson, Ross, 1996).

1.1. Evolución histórica del concepto de disociación

El estudio científico de la disociación ha sido complejo como el fenómeno mismo. El problema inicia desde su propia conceptualización. Históricamente no solo se ha discutido si se trata de una entidad discreta o continua, también si la disociación patológica constituye en sí misma una entidad diagnóstica independiente (léase trastorno disociativo), e incluso si acaso existe. A lo largo de décadas, se ha generado evidencia científica en torno a la presencia de grados variables de experiencias disociativas en la población general. Como veremos en el capítulo cuarto del presente texto (dedicado específicamente a la epidemiología de los síntomas y trastornos disociativos) esto ocurre en diferentes países y culturas –lo que sugiere que el fenómeno es uno continuo o dimensional.

Existe evidencia también acerca de la presencia de niveles altos de disociación o disociación patológica en muestras de pacientes con muy diversos trastornos mentales (que van desde los de la alimentación a los de personalidad) y se ha llegado a sugerir que una alta proporción de pacientes diagnosticados con trastornos disociativos califican también para trastorno por estrés postraumático o incluso esquizofrenia.

Sin embargo, existe cierto acuerdo en que la entidad diagnóstica independiente (en forma de trastornos disociativos específicos) goza de utilidad clínica, con lo que las

clasificaciones vigentes de trastornos mentales le conservan y definen con cierto detalle.

La falta de claridad conceptual obedece en buena medida al pobre consenso en relación con la naturaleza misma de la disociación. Existe debate en cuanto al grado en que la disociación es un fenómeno adaptativo que sirve a modo de defensa contra la adversidad y el estrés intenso y/o frecuente, si constituye más bien un fracaso de integración, o si puede ser ambos en tanto la existencia de una disociación normal o adaptativa y una extrema o patológica (van der Hart, Nijenhuis, Steele, Brown, 2004). Ahora muchos hablan de disociación ante la presencia de síntomas, tales como la desrealización (percepción del mundo externo como algo extraño o irreal) y/o la despersonalización (experiencia subjetiva de irrealidad de sí mismo) que otros consideran más bien una alteración de la consciencia y no la "división organizada de la personalidad" a la que hacía alusión Pierre Janet y con base en la cual Charles Myers propuso la *disociación de la personalidad relacionada con el trauma* (en una parte normal y una emocional) tras su observación en los soldados traumatizados por la primera guerra mundial.

Así, de acuerdo con la revisión de la literatura al respecto, Van Der Hart y colaboradores (2004) concluyen que, durante el siglo diecinueve y a principios del siglo veinte, la disociación era entendida de manera inequívoca como una división estructural de la personalidad, mientras que hoy en día se ha perdido la claridad conceptual al sobre incluir ciertas alteraciones de consciencia relacionadas con el estrés y su afrontamiento, y al dejar de lado las expresiones somatomorfas de disociación (incluyendo funciones de movimiento, sensación y percepción) que fueron consideradas formas de disociación a lo largo de mucho tiempo (especialmente en la histeria).

Con todo, y las dificultades conceptuales implicadas en el estudio de la disociación, se dispone a la fecha con un cuerpo de conocimientos que ha permitido generar opciones terapéuticas efectivas para quienes padecen experiencias disociativas extremas y/o muy frecuentes, sobre todo cuando se encuentran relacionadas con trauma o estrés importante. De hecho, el texto que el lector tiene en sus manos tiene por objeto principal presentar un protocolo de tratamiento cognitivo conductual de la disociación patológica que se ejemplificará a propósito de un caso.

1.2. Concepción actual de la disociación

Actualmente, de acuerdo con la clasificación vigente de trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), la disociación se define como una "pérdida parcial o total de la integración normal entre la memoria del pasado, la conciencia de la identidad y las sensaciones inmediatas, y el control de los movimientos corporales", (World Health Organization, 1991).

Desde esta perspectiva, la disociación se relaciona tanto con el sistema de memoria autobiográfica, la consciencia y la identidad personal, como con los sistemas sensoriales y

motores que dan lugar a síntomas conversivos.

Por su parte, la clasificación de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), plantea a la disociación como "la disrupción en la integración usual de las funciones de la consciencia, la memoria, la identidad o la percepción del ambiente; restringiendo el fenómeno a los sistemas y funciones psíquicas (con lo que la conversión se ubica como un trastorno somatomorfo)".

Con base en la revisión sistemática de los usos del término disociación, Cardena (1994) propone tres maneras de comprender el fenómeno:

1. Como una falla en la integración de módulos o sistemas mentales.
2. Como un estado alterado de consciencia.
3. Como un mecanismo defensivo.

En esta dirección, la mayoría de las conceptualizaciones recientes del fenómeno sugieren dos tipos de disociación: "compartimentación" y "desprendimiento" (Holmes, Brown, Mansell *et al*., 2005). La *compartimentación* se caracteriza por una falla parcial o total para controlar deliberadamente los procesos y tomar las acciones que normalmente pueden llevarse a cabo a voluntad (como recordar determinada información). Las manifestaciones clínicas de este tipo de disociación incluyen la amnesia disociativa y los síntomas de conversión –y posiblemente a la disociación somatomorfa (Spitzer, Barnow, Freuberger, Grabem, 2006).

Por su parte, el *desprendimiento* se define como la experiencia subjetiva de un estado alterado de consciencia caracterizado por alienación de sí mismo o del mundo externo (como sentirse fuera del propio cuerpo). Sus manifestaciones clínicas usuales son la desrealización y la despersonalización. Este tipo de estado puede tener una función evolutiva para minimizar la ansiedad y mantener el control conductual ante una amenaza extrema, sin embargo, es evidente que puede también convertirse en uno muy disfuncional si se presenta en la ausencia de una amenaza o de manera crónica (Spitzer, Barnow, Freuberger, Grabem, 2006).

Finalmente, de acuerdo con la revisión de la literatura de Spitzer y colaboradores (2006), así como la disociación es una característica esencial de los trastornos disociativos; las experiencias disociativas se encuentran entre los criterios diagnósticos para trastorno por estrés agudo, trastornos por estrés postraumático y trastorno límite de la personalidad, y pueden observarse en personas con una variedad de trastornos mentales, incluyendo la esquizofrenia, los trastornos afectivos, el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos somatomorfos. Es un fenómeno asociado con determinados rasgos de la personalidad y con experiencias tempranas; y es un importante predictor de pobre respuesta a tratamiento y de alta tasa de recaídas en pacientes con trastornos mentales.

En conclusión, la disociación puede entenderse como una disrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, memoria, identidad, emoción,

percepción, representación corporal, control motor y conducta. Se dispone de evidencia de que se trata de uno de los procesos de sobrevivencia esenciales entre los mamíferos –como lo son las reacciones de ataque o huida (Valent, 1995)– que pueden activarse para afrontar (de manera adecuada o inadecuada) las exigencias de la civilización moderna. En ocasiones generan una seria discapacidad y cumplen con los criterios para ser considerados trastornos mentales.

En el siguiente capítulo el lector encontrará una descripción de las categorías y criterios diagnósticos de los trastornos disociativos que se incluyen en las clasificaciones actuales de trastornos mentales.

2

Clasificación de los trastornos disociativos

Las clasificaciones vigentes de los trastornos mentales y del comportamiento están basadas fundamentalmente en dos sistemas, uno de la Asociación Psiquiátrica Americana: el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), actualmente en su quinta versión; el otro de la Organización Mundial de la Salud: el capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuya última versión (la décima) se encuentra actualmente en proceso de revisión. En este capítulo se presentan los criterios diagnósticos de los trastornos disociativos incluidos en ambos sistemas de clasificación. Se incluye una comparación del reciente DSM-5 con su versión anterior (DSM-IV-TR), así como la descripción de los cambios propuestos a la CIE-10 que podrían dar forma a las guías diagnósticas de los trastornos disociativos de la CIE-11 –a publicarse en los próximos años.

2.1. Criterios diagnósticos del DSM-5

El DSM-5 de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) incluye, en su apartado de Trastornos Disociativos, al Trastorno de Identidad Disociativa, la Amnesia Disociativa, el Trastorno por Depersonalización/Desrealización, Otros Trastornos Disociativos Especificados, y el Trastorno Disociativo no especificado. En el cuadro 2.1 que se ofrece a continuación se enlistan los criterios diagnósticos para cada una de estas categorías nosológicas.

Cuadro 2.1. Trastornos disociativos en el DSM-5: Categorías y criterios diagnósticos

Categoría		*Criterios diagnósticos*
Amnesia disociativa	*a)*	Incapacidad para recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza estresante o traumática, que no es congruente con el olvido ordinario. Nota: La amnesia Disociativa generalmente

		es una amnesia selectiva o focalizada sobre eventos específicos o en la amnesia generalizada puede ser de identidad o de historia personal. *b)* Los síntomas causan malestar significativo o disfunción en las áreas importantes de funcionamiento. *c)* No es el resultado de efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de alguna condición médica. *d)* La alteración no es explicada por un Trastorno de identidad Disociativo, un trastorno por estrés postraumático, un trastorno por estrés agudo, un trastorno por síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo mayor. Nota de código: debe anotarse si se trata de una amnesia disociativa sin fuga disociativa o con fuga disociativa.
Trastorno de identidad disociativo	*a)*	Disrupción de la identidad caracterizada por dos o más estados distintos de personalidad, que pueden ser descritos en algunas culturas como una experiencia de posesión. La disrupción en la identidad incluye una seria discontinuidad en el sentido de identidad y de pertenencia, acompañado por alteraciones en el afecto, conducta, conciencia, memoria, percepción, cognición y/o funcionamiento sensorial y motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por otros o reportados por el individuo. *b)* Vacíos recurrentes al recordar eventos cotidianos, información personal importante y/o eventos traumáticos que son inconsistentes con el olvido usual. *c)* Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o alteración en el funcionamiento social, ocupacional o en otras esferas relevantes. *d)* La alteración no es una parte normal de prácticas culturales o religiosas. Los síntomas no son explicados por los efectos de una sustancia o condición médica.
Trastorno por despersonalización / desrealización	*a)*	Experiencias persistentes o recurrentes de estar separado, como si se fuera un observador externo, de los propios procesos mentales o del cuerpo (ejemplo: sensación de ser un sueño).

	b) Intacta prueba de realidad. *c)* Ocasiona malestar significativo y disfunción en las áreas importantes de funcionamiento. No ocurre durante el curso de otro trastorno mental como esquizofrenia, trastorno de pánico, estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica.
Otros trastornos disociativos específicos	*a)* Esta categoría aplica a la presentación de síntomas disociativos claros, que producen malestar clínicamente significativo o alteran el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas del individuo. Pero no cumplen los criterios de alguno de los trastornos descritos. *b)* Algunos ejemplos que podrían ser asignados a esta categoría son: 1. Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos 2. Alteración en la identidad debida a la persuasión coercitiva prolongada e intensa. 3. Reacciones disociativas agudas ante eventos estresantes. 4. Trance disociativo.
Trastornos disociativo no especificado a	Un individuo cumple con la presentación de algún trastorno disociativo, pero el clínico decide no asignarlo uno en particular.

2.1.1. Comparación con el DSM-IV

La clasificación de trastornos disociativos en el DSM-5 presenta cambios importantes en relación con el DSM-IV-TR. Estos incluyen, en términos generales:

1. La eliminación del trastorno de *fuga psicógena*, que quedó como una sub-categoría de la *amnesia disociativa*.
2. La inclusión de una nueva categoría para *"Otros trastornos disociativos especificados"*, que permite al clínico asignar un código diagnóstico ante la presencia de signos y síntomas disociativos que no cumplen con los criterios diagnósticos de los trastornos centra.
3. La evaluación de la gravedad del problema con base en la "Escala breve de

disociación" (*Brief Dissociation Scale*; Carlson y Putman, 2009).

2.2. Pautas diagnósticas de la CIE-11

Por su parte, la CIE-10 de Organización Mundial de la Salud ubica a los trastornos disociativos en su apartado de "Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos", que incluye primero a los trastornos de ansiedad y al final a los somatomorfos. Las categorías para trastornos disociativos son: amnesia disociativa, fuga disociativa, estupor disociativo, trastornos de trance y de posesión, trastornos disociativos de motilidad, convulsiones disociativas, anestesia y pérdidas sensoriales disociativas, trastorno disociativo (de conversión) mixto. Otro trastorno disociativo y de conversión (como el Síndrome de Ganser, el trastorno de personalidad múltiple, el trastorno disociativo (conversión) en la infancia y la adolescencia y otro específico, y el trastorno disociativo (conversión) sin especificación.

Como puede observarse, a diferencia del DSM-5, en la CIE-10 las reacciones conversivas se consideran parte del espectro disociativo. En el DSM-5, el trastorno conversivo se ubica dentro del apartado de "Trastornos con síntomas somáticos y relacionados".

En el cuadro 2.2 se presentan los criterios diagnósticos de la CIE-10 para los trastornos disociativos básicos, de tal manera que puedan identificarse las coincidencias entre ambos sistemas diagnósticos. Esto se debe a que en el DSM-5 se incluyeron muchas de las entidades diagnósticas descritas en la CIE-11 bajo el título de "Otros trastornos disociativos específicos".

Cuadro 2.2. Trastornos disociativos en la CIE-10: Categorías y criterios diagnósticos

Categoría	*Pautas para el diagnóstico*
Amnesia disociativa	– Amnesia, parcial o completa, de acontecimientos o problemas recientes que fueron o siguen siendo traumáticos o estresantes. – Es demasiado importante y persistente para ser explicada como un olvido o intencional. – No se presenta ninguna patología orgánica que justifique los síntomas, y existe evidencia de una génesis psicológica de los síntomas en asociación temporal estrecha con acontecimientos o problemas estresantes.

Fuga disociativa	–	Se ha llevado a cabo un viaje lejos de casa o del lugar de trabajo y actividades sociales, realizado de forma inesperada pero de modo bien organizado y se mantiene un correcto cuidado de sí mismo.
	–	Amnesia de viaje de forma parcial o completa.
	–	No se presenta ninguna patología orgánica que justifique los síntomas, y existe evidencia de una génesis psicológica de los síntomas en asociación temporal estrecha con acontecimientos o problemas estresantes.
Estupor disociativo	–	Disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y la respuesta normal a los estímulos externos tales como la luz, los ruidos y el ser tocado.
	–	El habla y los movimientos espontáneos y voluntarios están ausentes o casi completamente ausentes.
	–	Ausencia de trastorno psiquiátrico o somático que pudiera explicar el estupor, y existencia de acontecimientos recientes o problemas actuales.
Trastorno de trance y de posesión	–	Pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena consciencia del entorno.
	–	Se incluyen solo los estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen de ceremonias religiosas o culturales aceptadas.
	–	No se incluyen los estados de trance que se presentan en las psicosis o en la personalidad múltiple.
	–	No debe emplearse esta categoría si se piensa que el estado de trance está íntimamente relacionado con cualquier trastorno somático o con intoxicación por alguna sustancia.
Trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad	–	Pérdida o alteración de las funciones motriz o de la sensibilidad (generalmente cutánea), que parece una enfermedad somática pero no puede encontrarse ninguna que explique los síntomas.
	–	El estado psicológico y la situación social sugieren que se intenta escapar de conflictos desagradables o expresar de manera indirecta una necesidad de dependencia o un resentimiento.
	–	En algunos casos surge en íntima relación con una

	situación de estrés psicológico. – Se incluyen solo los trastornos en los que hay pérdida sensorial; los que afectan otras sensaciones tales como dolor y otras más complejas mediadas por el sistema nervioso vegetativo se incluyen entre los trastornos somatomorfos. – *Subcategorías:* 1. Trastornos disociativos de la motilidad: a) Afonía psicógena. b) Disfonía psicógena. 2. Convulsiones disociativas. 3. Anestesias o pérdidas sensoriales disociativas. 4. Trastorno disociativo (de conversión) mixto.
Otros trastornos disociativos (de conversión)	*Subcategorías:* 1. Síndrome de Ganser: pararrespuestas acompañadas de varios síntomas disociativos en situaciones que sugieren una etiología psicógena 2. Trastornos de personalidad múltiple: Existencia de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo, de las cuales solo una se manifiesta a la vez. 3. Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia y la adolescencia 4. Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados: 4.1Confusión psicógena. 4.2Estado crepuscular psicógeno.

2.2.1. Rumbo a la CIE-11

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la Organización Mundial de la Salud, es el responsable de la revisión en curso de la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-10. Para ello, ha integrado grupos de trabajo de expertos en cada área nosológica. Estos grupos desarrollan propuestas de modificación

a ser incluidas en la CIE-11 si se prueba su utilidad clínica en estudios de campo y se aprueban por la Asamblea Mundial de la Salud (conformada por los ministros de salud de los países miembros de la OMS).

El grupo de trabajo de Trastornos Disociativos propuso, con base en una revisión extensa de la literatura y tomando en cuenta las propuestas para el DSM-5 así como la forma en que se utiliza la clasificación en diferentes escenarios clínicos, países y culturas:

1. En el grupo de trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y la sensibilidad, se propone reducir a tres categorías generales (que abarcan las cinco que se incluyen en la CIE-10):

    - Trastornos disociativos motores.
    - Trastornos disociativos de la sensación.
    - Trastornos disociativos sensoriomotores.

    De esta manera, se daría el mismo peso a la categoría mixta, que según evidencia reciente es la presentación más frecuente. Además, el DSM-5 incluye una forma mixta de trastorno conversivo (Nijenhuis, 2014).
2. Incluir el diagnóstico de trastorno por despersonalizacióndesrealización, para clasificar las experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización y/o desrealización (como se hace en el DSM) (Nijenhuis, 2014).
3. Incluir un nuevo diagnóstico denominado *"trastorno disociativo complejo por intrusiones"*, como entidad diagnóstica para la presencia de dos o más subsistemas o partes disociativas de la personalidad no integrados o insuficientemente integrados; en el que una parte de la personalidad es dominante, pero a la que otra más partes se le entrometen persistente y recurrentemente. Esto implica un grado menor de disociación que el que se observa en el trastorno de identidad disociativo (TID), por lo que la categoría podría ser de utilidad para evitar el sobre diagnóstico de de TID y/o el uso excesivo de la categoría de no especificados (Nijenhuis, 2014).
4. Cambiar el nombre del "trastorno de personalidad múltiple" (de la CIE-10) a "trastorno de identidad disociativo", como en el DSM (Nijenhuis, 2014).

2.3. Características esenciales de los trastornos disociativos

La característica esencial de los trastornos disociativos en la perturbación de la usual integración de funciones de la consciencia, memoria, identidad y percepción; ya sea que ocurra de forma súbita, gradual, transitoria o crónica (APA, 2000). En la definición de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) se incluye además la pérdida parcial o

completa de ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. La disrupción o discontinuidad puede ser completa, pero generalmente es parcial y puede variar de un día a otro, incluso de una hora a otra.

Los síntomas característicos de los trastornos disociativos pueden ser más bien cognitivos (como en el caso de la amnesia disociativa), o de predominio conductual (con en la fuga disociativa). Otras veces, las alteraciones afectivas y conductuales se relacionan de forma estrecha con síntomas cognitivos (como sucede frecuentemente en el trastorno de identidad disociativo /trastorno múltiple de la personalidad). En otras ocasiones, las personas pueden experimentar sensaciones fisiológicas muy extrañas en ausencia de alteraciones cognitivas (como en el caso de la los pacientes con despersonalización).

Así, por ejemplo, la *amnesia disociativa* se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante. El problema es tan predominante que no puede ser entendido como un olvido ordinario, y puede catalogarse en uno de cinco tipos:

1. Amnesia localizada: de un periodo específico de tiempo.
2. Amnesia selectiva: de un evento específico en un periodo de tiempo determinado.
3. Amnesia generalizada: de toda la vida.
4. Amnesia continua: de eventos subsecuentes a un momento específico, incluyendo en presente.
5. Amnesia sistematizada: de ciertas categorías de información (ejemplo: de una familia en particular).

Por su parte, el *trastorno de identidad disociativo* (en el DSM-5) *o trastorno múltiple de la personalidad* (en la CIE-10) se caracteriza por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad diferentes que toman el control de la conducta del individuo de manera recurrente y alterna; constituye más bien una fragmentación de la identidad que la proliferación de personalidades separadas.

Y el trastorno por despersonalización/desrealización se caracteriza por un sentimiento persistente y recurrente de estar separado de los propios procesos mentales o del cuerpo, que se acompaña de una intacta prueba de realidad.

En el siguiente capítulo se describen a detalle los aspectos tanto conductuales, como cognitivos, fisiológicos, emocionales y funcionales de los trastornos disociativos. Estos habrán de tomarse en consideración, no solo para establecer el diagnóstico, sino también el tratamiento de tales padecimientos (sobre todo desde la perspectiva cognitivo conductual que aquí nos ocupa).

3

Características de los trastornos disociativos

Los trastornos disociativos se caracterizan por una disrupción y/o discontinuidad en la integración normal de los recuerdos, pensamientos, identidad, afectos, sensaciones, percepciones, conducta y control de los movimientos corporales. Esta disrupción y/o discontinuidad puede ser completa, pero generalmente es parcial y puede variar día con día, incluso de una hora a otra. Los trastornos disociativos son involuntarios o no deseados, generalmente de larga duración (en comparación con las experiencias disociativas, tales como una ocasional sensación de despersonalización) y son de gravedad suficiente como para causas malestar o *distress* significativo y/o deterioro funcional en las áreas personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento individual. Los trastornos disociativos no son debidos exclusivamente a efectos de una sustancia (incluyendo los efectos de abstinencia a drogas o alcohol), medicamento, hiperventilación o extremo cansancio; no son condiciones que puedan ser mejor explicadas por la presencia de otros trastornos mentales o del comportamiento (tales como problemas relacionados con el sueño y la vigilia u otra condición médico-neurológica); y no son aquellas experiencias similares que forman parte de la práctica normal y aceptada por un colectivo cultural o religioso.

En este capítulo se detallarán los aspectos conductuales, cognitivos, fisiológicos y emocionales que caracterizan a algunos de los trastornos disociativos (incluidos en ambas clasificaciones de trastornos mentales), con la finalidad de ejemplificar el desarrollo del análisis funcional que permite su abordaje desde la perspectiva conductual y cognitivo conductual.

3.1. Aspectos conductuales

En la *amnesia disociativa*, los aspectos conductuales que podrían observarse incluyen:

- Incapacidad para verbalizar experiencias personales.

- Problemas laborales y de relación.
- Autolesiones e intentos de suicidio.
- Conducta agresiva.
- Comportamiento de menor edad (regresión cronológica).

En el *trastorno de identidad disociativo* o *trastorno de personalidad múltiple*, los pacientes pueden presentar algunas de las siguientes características conductuales:

- Control conductual de una o más identidades o estados de personalidad con su propio vocabulario y género.
- Una personalidad actúa de forma dependiente y otra de manera agresiva e impulsiva.
- Autolesiones e intentos de suicidio.
- Un patrón conductual repetitivo de relaciones que involucran abuso físico y sexual.

En el *trastorno por despersonalización/desrealización* las características conductuales pueden ser las siguientes:

- Comportamiento mecánico.
- Deterioro en el funcionamiento.
- Dificultad para describir verbalmente los síntomas.

3.2. Aspectos cognitivos

Por su parte, la característica cognitiva esencial de la *amnesia disociativa* es un déficit en la memoria retrógrada "autobiográfica" de sucesos personales (que ya han ocurrido), que puede ser:

1. Localizado (un periodo de tiempo circunscrito variable de horas a semanas).
2. Selectivo (de algunos aunque no todos los acontecimientos de un periodo circunscrito de tiempo).
3. Generalizado (de toda la vida).
4. Continúo (desde un momento determinado hasta la actualidad).
5. Sistematizado (de acontecimientos específicos y material relacionado con los mismos).

Mientas que en el *trastorno de identidad disociativo* o *trastorno de personalidad múltiple* las características cognitivas son:

1. Incapacidad para recordar información personal importante remota o reciente.
2. Déficit en la integración de varios aspectos de la identidad, la memoria y la consciencia.

En el *trastorno por despersonalización/desrealización*, los síntomas cognitivos pueden incluir:

1. Problemas de concentración.
2. Vacuidad mental.
3. Pensamientos en competencia.
4. Problemas de memoria.
5. Problemas para la imaginación visual.
6. Dificultades en el procesamiento de nueva información.

3.3. Aspectos emocionales y fisiológicos

En el área afectiva y fisiológica, los pacientes con *amnesia disociativa* pueden presentar:

- Sintomatología depresiva.
- Ansiedad.
- Despersonalización.
- Estados de trance.
- Analgesia.
- Alta sensibilidad para entrar en estado de hipnosis.
- Disfunción sexual.

Las características emocionales y fisiológicas del *trastorno de identidad disociativo* o *trastorno de personalidad múltiple* pueden ser:

- Una personalidad depresiva y con culpa y otra hostil.
- Síntomas de estrés postraumático.
- Alta susceptibilidad para entrar en estado de hipnosis.
- Conversión.

- Disociación.
- Variación de funciones fisiológicas por identidad (tolerancia al dolor, agudeza visual, etc.).

Y en los pacientes con *trastorno por despersonalización/desrealización*, pueden presentarse:

- Temor a que sus experiencias sean consideradas como "locura".
- Entumecimiento emocional (tanto de emociones positivas como negativas).
- Sensación de aislamiento.
- Ansiedad, rumiación obsesiva y preocupaciones somáticas.
- Síntomas depresivos y pérdida de motivación.
- Sensación de extrañeza de sí mismo (como la de ser autómata o vivir en un sueño).
- Pérdida de sentido de las consecuencias de la propia conducta.
- Sensación de que el mundo es extraño o irreal, como si fuera plano o bidimensional; los objetos no parecen sólidos.
- Dificultades sensoriales (del gusto, tacto, macro o micropsia).
- Distorsiones sensoriales (del sonido o de color) y cambios en la percepción del tiempo.
- Entumecimiento fisiológico parcial o total.
- Sentimientos de ingravidez o vacío.
- Falta de sentido de los límites físicos.
- Falta de reconocimiento de la propia reflexión y voz.
- Mareo.

3.4. Análisis funcional

El análisis funcional del comportamiento es una metodología operante (del condicionamiento operante, instrumental o *Skinneriano*) que se utiliza para evaluar la relación funcional entre una conducta y eventos ambientales específicos. Cuando el análisis funcional se utiliza para comprender, además de la influencia del medio ambiente, la relación con síntomas o experiencias somáticas y de corte cognitivo, la evaluación incluye el análisis de la relación funcional entre la conducta y los eventos ambientales, físicos/somáticos y cognitivos.

Desde la perspectiva conductual, el análisis funcional es un método de evaluación indispensable para determinar el tratamiento que habrá de dirigirse para modificar un comportamiento. Esto se debe a que, siendo el supuesto central de la teoría y terapia

conductual que las contingencias ambientales determinan en buena medida el comportamiento humano, es necesario conocer a detalle la función que tiene una conducta en el entorno del individuo para entonces modificarle (generalmente dotando al individuo de un repertorio conductual diferente que le sea de utilidad para operar el ambiente de la manera deseada pero de forma adaptativa).

En esta dirección, se han propuesto análisis funcionales de diferentes condiciones que sirven de guía a los clínicos para seleccionar las intervenciones que puedan ser más efectivas para disminuir o eliminar conductas desadaptativas y/o desarrollar o incrementar las adaptativas o convenientes para el paciente (ver, por ejemplo, los estudios clásicos en autolesiones –que pueden presentarse frecuentemente en los trastornos disociativos: Iwata, Dorsey, Suifer, Bauman, Richman, 1994). Sin embargo, el desarrollo de un análisis funcional para el caso de los trastornos disociativos es complicado porque aún falta mucho por saber acerca de las variables que producen o mantiene el problema.

A continuación, se propone un análisis funcional a propósito del *trastorno de identidad disociativa* a fin de ejemplificar la utilidad que puede tener esta herramienta para guiar el tratamiento. Esta propuesta se basa en dos modelos planteados con antelación para explicar la génesis y naturaleza de este trastorno. En primer lugar, el modelo postraumático de Cleaves (1996), que establece que el trastorno de identidad disociativa (o trastornos de personalidad múltiple) sería mejor conceptualizado como una respuesta defensiva al trauma temprano, particularmente al abuso sexual y físico grave; con lo que se le considera una variante del trastorno por estrés postraumático.

Desde la perspectiva de aprendizaje podría decirse que los pacientes que han sufrido tales traumas han condicionado una respuesta de disociación o compartimentación de la experiencia subjetiva en personalidades alternas a fin de afrontar el dolor y/o malestar emocional. En congruencia, desde tiempo atrás se sabe de la predisposición a desarrollar una tendencia a la fantasía en los niños que han experimentado trauma temprano (Lynn, Rhue, Green, 1988), lo que podría incrementar la posibilidad de su uso como estrategia para afrontar la adversidad.

En segundo lugar, Spanos (1994), en su modelo sociocognitivo sobre el trastorno de identidad disociativo (o trastorno múltiple de la personalidad), propuso que este trastorno puede ser construido por diversidad de fuentes (además de la predisposición a la fantasía y la disociación), incluyendo las memorias de conductas pasadas, observaciones de otras conductas y las caracterizaciones que se hacen del problema en los medios.

Tomando en cuenta ambos modelos, en la figura 3.1 se propone un análisis funcional para el trastorno de la identidad disociativa. Las flechas en blanco indican la presencia de reforzamiento, mientras que las flechas en negro dan cuenta del proceso de disociación y actuación de otra personalidad que podría estar ocurriendo ante un evento adverso medioambiental.

Sin embargo, la evidencia sobre cualquiera de los dos modelos es difícil de obtener debido a que, por razones éticas y prácticas, no es posible hacer una manipulación experimental directa de las variables que se asumen como etiológicas del trastorno (como

el trauma temprano o las expectativas culturales sobre el trastorno) y son difíciles de operacionalizar y/o de evaluar objetivamente en estudios retrospectivos.

En esta dirección, la recomendación general es explorar en la medida de lo posible las variables menos distales, las más objetivables y contingentes a la experiencia disociativa y, sobre todo, a la presentación de *alters* o personalidades alternas. De esta manera, podría determinarse la función que cumplen tales comportamientos en cada individuo en particular, y entonces sería posible su modificación con base en técnicas conductuales. El análisis funcional propuesto aquí permite suponer que el lector encontrará, al aplicar la técnica a su paciente, que la disociación podría estar cumpliendo la función de evitación de una experiencia dolorosa, con lo que será necesario psicoeducar al respecto y entrenar al paciente en habilidades de enfrentamiento más funcionales, por ejemplo. Si al análisis funcional se agrega también la exploración de las cogniciones asociadas, podrán aunarse técnicas de modificación cognitiva.

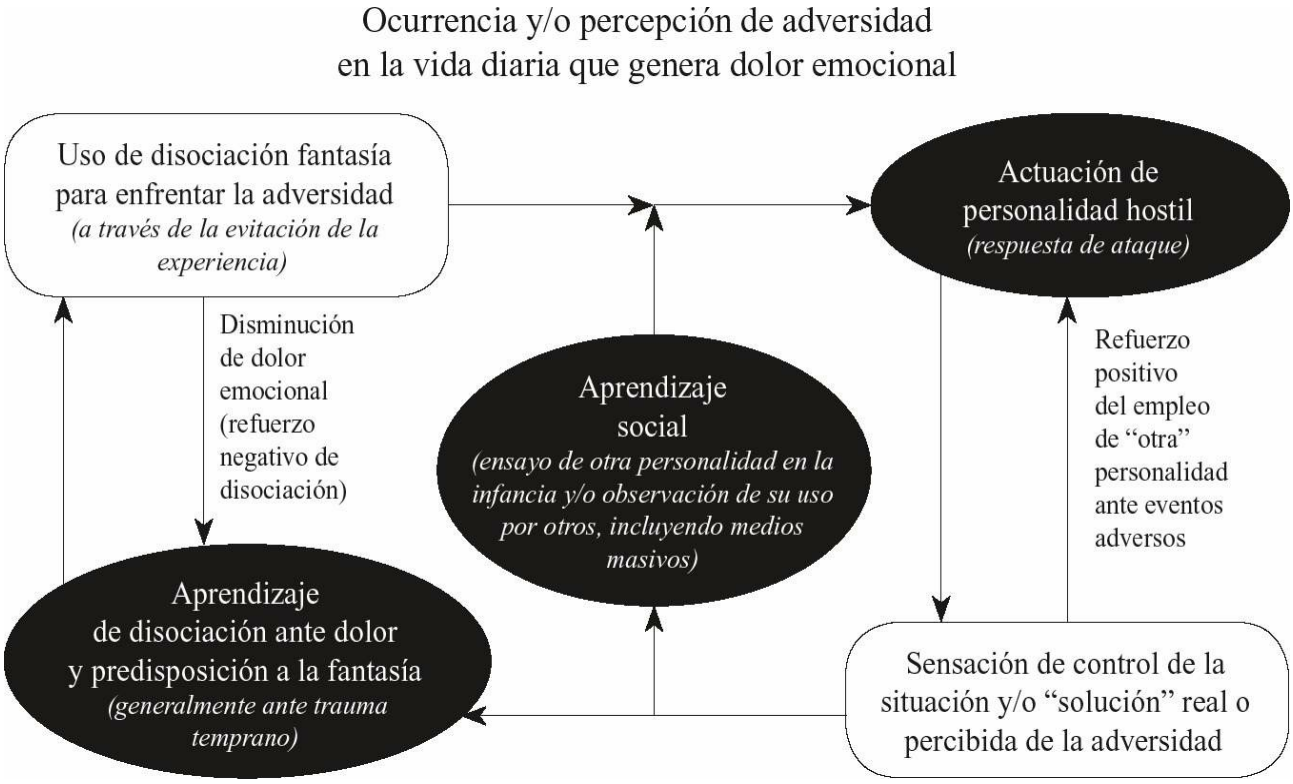

Figura 3.1. Propuesta de análisis funcional basado en los modelos de estrés postraumático y sociocognitivo del trastorno de identidad disociativo (trastorno múltiple de la personalidad).

A continuación se expondrá un análisis funcional incluyendo elementos cognitivos; esta vez con base en el modelo cognitivo-conductual propuesto por Hunter y colaboradores (2003) para el *trastorno por despersonalización/desrealización*.

De acuerdo con este modelo, las variables cognitivas son determinantes en la

cronificación de la disociación como respuesta ante el estrés. De manera más específica se propone que las interpretaciones catastróficas de los síntomas disociativos (como si fueran una amenaza de locura y pérdida de control) ocasionan un ciclo vicioso de los síntomas ansiosos y disociativos. Esto se debe a que el individuo, ante estas interpretaciones, incrementa el monitoreo de los síntomas (sesgo cognitivo) y disminuye el umbral de percepción de amenaza, lo que termina por perpetuar la respuesta disociativa.

En un análisis funcional de los componentes cognitivos, el lector podría encontrar que su paciente señala atribuciones situacionales a los síntomas de despersonalización o desrealización. Generalmente las situaciones son sociales, lo que explica que estos pacientes frecuentemente informen de un aislamiento importante. La conducta evitativa se refuerza negativamente, en tanto que cumple la función de disminuir la ansiedad que experimenta (aunque le impide aprender formas más adaptativas de enfrentar las situaciones estresantes). Un mecanismo similar ocurre en relación con las conductas de seguridad que siguen a las interpretaciones catastróficas de los síntomas disociativos (figura 3.2).

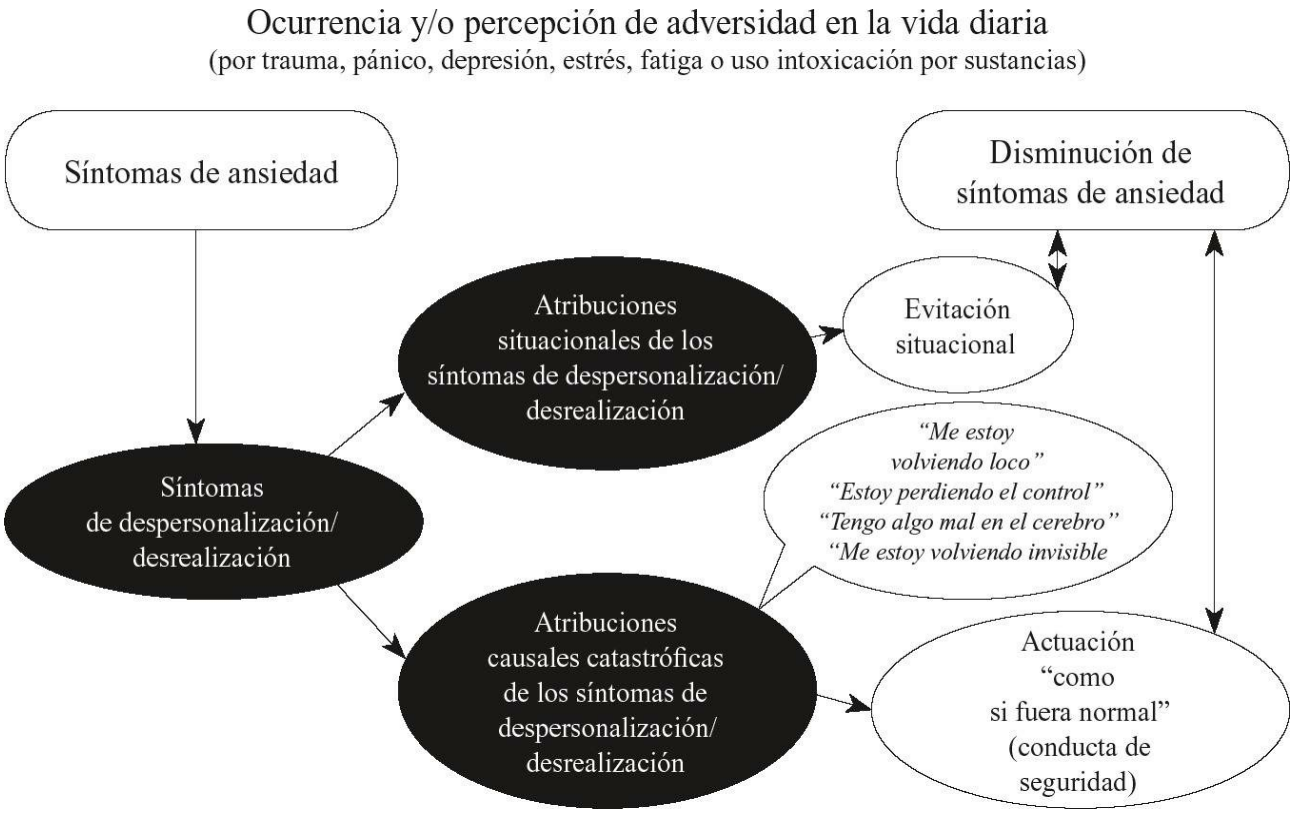

Figura 3.2. Propuesta de análisis funcional basado en el modelo cognitivo conductual del trastorno por despersonalización / desrealización de Hunter y cols. (2003).

De esta manera, el análisis funcional que incluye los componentes cognitivos permite determinar la necesidad de identificación y modificación de atribuciones causales

específicas de los síntomas disociativos que podrían participar en su mantenimiento y/o intensificación. Las estrategias terapéuticas, tanto conductuales como cognitivas, se expondrán en capítulos subsecuentes de esta misma obra, así como la ejemplificación de un análisis funcional a propósito de un caso en particular.

Parte II
¿Cuántos, por qué y cómo ayudar?

4

Epidemiología y curso de los trastornos disociativos

En este capítulo se presentará la información epidemiológica que se ha generados en las últimas dos décadas en torno a los trastornos disociativos en diversas poblaciones. Podrá constatarse que estas experiencias y trastornos son más frecuentes de lo que antes se pensaba, así como su estrecha relación con la experiencia de eventos vitales altamente estresantes. Se resumirán también los hallazgos en torno al curso de algunos de los trastornos disociativos y su comorbilidad con otros problemas de salud mental, que como se verá es muy frecuente.

4.1. Prevalencia de trastornos disociativos

Este apartado se divide en tres secciones generales, pues los datos sobre prevalencia se presentan separados para la población general y la clínica, y entonces se describen variables relacionadas con su presentación.

4.1.1. Prevalencia en población general

En la población general, las estimaciones de la prevalencia a lo largo de la vida de algún trastorno disociativo varían significativamente entre países y a lo largo de los años, aunque en general se han utilizado dos métodos diagnósticos (la entrevista estructurada DDIS y puntos de corte de las escalas autoaplicables DES y DIS-Q).

En términos generales, la mayoría de los autores coinciden en que se encuentra entre el 10 y 11% (Ross, 1991; Vanderliden *et al*., 1995). Así, por ejemplo, en el estudio aleatorizado de Ross (1991) en una muestra de 1005 personas de la población general canadiense, la prevalencia a lo largo de la vida fue de 11.2%; según su revisión de la literatura al respecto, en Estados Unidos de Norteamérica es del 10%; y Vanderliden y

colaboradores (1995), de acuerdo con el punto de corte de 2,5 en el DIS-Q, concluyen que en su muestra comunitaria de Hungría (*n*=311), la prevalencia fue de 10,6%

Sin embargo, otros autores han informado cifras muy superiores, y unos más, otras francamente inferiores. En el estudio de Sar y colaboradores (2007), la prevalencia de trastornos disociativos en *mujeres* (entre 18-65 años de edad) de la *población general* de Turquía, el 18,3% (*n*=115) presentó algún trastornos disociativo a lo largo de la vida. En contraste, el la muestra comunitaria de Finlandia (*n*=2001), evaluada con base en la DES, solo el 3,4% presentaron un trastorno disociativo (punto de corte de 20 o más puntos) (Maaranen, Tanskanen, Honkalampi, Haatainen, Viinamäki, 2005).

En relación con el *trastorno de identidad disociativo* (o trastorno de personalidad múltiple) por sí solo, la prevalencia en la población general se estima en 1%. Tanto Ross (1991) en la submuestra con abuso infantil de su estudio en población adulta canadiense, como Vanderliden y colaboradores (1991) en su muestra comunitaria de Bélgica y los Países Bajos (*n*=100), informaron exactamente esta cifra.

4.1.2. Prevalencia en población clínica

De acuerdo con la mayoría de los estudios con las muestras más grandes de pacientes psiquiátricos, las prevalencias de trastornos disociativos en esta población son aún mayores que en la población general. En el estudio de Ross, Duffy y Ellason (2002), en el que 201 pacientes psiquiátricos hospitalizados completaron instrumentos de autoevaluación (DES-T y DDIS), 110 fueron evaluados además con una entrevista estructurada (SCID-D) y 50 adicionalmente con una entrevista clínica, se informó que la prevalencia a lo largo de la vida para cualquier trastorno disociativo fue del 28% (de acuerdo con la evaluación clínica) hasta el 44,5% (con la entrevista estructurada). En este mismo trabajo, la prevalencia en población psiquiátrica de *trastorno de identidad disociativo* (o trastorno de personalidad múltiple) por si solo fue de 7,5% (empleando la DDIS) y hasta del 10% (de acuerdo con la entrevista del clínico), con lo que resulta hasta 10 veces mayor que en la población general evaluada por el mismo autor años atrás.

Congruentemente, Foote y colaboradores (2006) informaron una prevalencia para algún trastorno disociativo del 29% en su muestra de pacientes psiquiátricos de Estados Unidos de Norteamérica; mientras que nosotros, en un estudio semejante en México, encontramos un 38% (Robles, Garibay, Páez, 2006).

Sin embargo, también en los estudios de prevalencia en muestras clínicas, existen divergencias importantes en las cifras informadas por país. Saxe y cols. (1993) y Latz, Kramer y Huges (1995) en pacientes de Estados Unidos de Norteamérica, y Horen, Leichener y Lawson (1995) en pacientes canadienses, informan prevalencias más altas en comparación con la población general, pero no tanto así como las registradas en los estudios anteriormente descritos. Estas van del 13%, pasando por el 15% y hasta el 17%, respectivamente.

Y un grupo más de estudios informan prevalencias muy similares e incluso inferiores a las documentadas en población general. Las cifras van del 8% tanto en pacientes psiquiátricos de Noruega (Knudsen *et al*., 1995), Holanda (Friedl, Draijer, 2000), y Alemania (Gast, Rodewald, Nickel, Emrich, 2001); pasando por el 9% en pacientes norteamericanos (Lussier, Steiner, Grey, Hansen, 1997) para llegar al 10,2% en la muestra de Turquía (Tutkun *et al*., 1998).

De cualquier manera, resulta claro que la prevalencia de los trastornos disociativos es mucho más alta que lo que anteriormente se podía pensar, cuando se creía que estos trastornos eran raros e incluso excéntricos. Es probable que el aumento de cifras se deba en buena medida a que anteriormente no se contaba con medidas adecuadas para la identificación y diagnóstico preciso de estos trastornos. En el capítulo 6 se describirán las medidas de las que hoy se disponen para evaluar tanto la presencia de síntomas como de trastornos disociativos.

4.1.3. Variables psicosociales relacionadas

Entre las variables más íntimamente relacionadas con la presentación de trastornos disociativos destacan los eventos vitales altamente estresantes (como guerras o abuso físico o sexual) (Foote *et al*., 2006; Roca *et al*., 2006). En la muestra de Sar, Akyuz y Dogan (2007), el abuso sexual en la infancia, la negligencia en el cuidado físico y el abuso emocional fueron predictores significativos del diagnóstico de trastornos disociativos. Y de acuerdo con Ross (1991), en población afectada por abuso infantil, la prevalencia a lo largo de la vida de disociación patológica puede ser tan común como los trastornos de ansiedad, depresivos y de abuso de sustancias (Ross, 1991).

En relación con la edad se sabe que tanto los trastornos disociativos (como la amnesia) como las experiencias disociativas (como la despersonalización) pueden presentarse desde la infancia o la adolescencia, aunque son más frecuentes en la vida adulta. En el caso del trastorno de identidad disociativo, las manifestaciones son menos probables después de los cuarenta años (APA, 2013).

En cuanto al sexo se han planteado algunas diferencias en relación con una mayor frecuencia en mujeres que en hombre. El trastorno de identidad disociativo es diagnosticado de 3 a 9 veces más frecuentemente en mujeres adultas (que en hombres adultos), y el trastorno por despersonalización es al menos dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

4.2. Curso de los trastornos disociativos

En relación con el curso de los trastornos disociativos se sabe que, en la *amnesia disociativa*, la duración de los eventos de pérdida de la memoria puede ser de minutos a años. Hay casos en donde solo se presenta un episodio, pero puede haber quienes experimenten dos o más. Los que han presentado un episodio están predispuestos a desarrollar eventos subsecuentes ante situaciones estresantes o traumáticas. En términos generales, existen tres tipos de cursos en la amnesia: 1) la amnesia aguda, que puede desaparecer espontáneamente después de que la persona ha sido removida de las circunstancias traumáticas; 2) la amnesia crónica, en donde se comienza a recordar gradualmente aquello que se ha disociado; y 3) la amnesia crónica, que implica la imposibilidad para recuperar la información a través del tiempo (APA, 2013).

En lo que respecta al curso de la *fuga disociativa* se sabe que el evento inicial está asociado a eventos vitales altamente traumáticos y estresantes; generalmente se informa de episodios únicos que duran de horas a meses; y aunque la recuperación suele ser rápida, en algunos casos se presenta amnesia disociativa al evento, lo que implica un olvido de lo ocurrido en la fuga (APA, 2000).

Por su parte, el curso del *trastorno por identidad disociativa* se caracteriza por ser fluctuante, que tiende a ser crónico y recurrente. Sin embargo, en la mayoría de los casos el diagnóstico se establece hasta 6 o 7 años después de la aparición de los primeros síntomas (APA, 2013).

El *trastorno por despersonalización* suele presentarse a tratamiento en la adolescencia o en la edad adulta, aunque los síntomas pueden haber iniciado desde la infancia. Debido a que la despersonalización raramente es la queja por la que se pide ayuda, generalmente se asocia con trastornos de ansiedad (entre los que destaca el trastorno de pánico) y la depresión. La duración de los episodios de despersonalización puede ser muy breve (de segundos) o persistente (incluso de años). Cuando la despersonalización es subsecuente a una situación de amenaza a la vida, generalmente se desarrolla de manera súbita ante la exposición al trauma. El curso es usualmente crónico y puede tener variaciones en intensidad aunque algunas veces es episódico (APA, 2013).

4.2.1. Comorbilidad física y mental

Aunque son trastornos mentales las entidades con mayor comorbilidad con la disociación, las enfermedades médicas, sobre todo aquellas relacionadas con el estrés contaste (como el colon irritable) y las lesiones producidas por actos de agresión física o sexual, puede ser problemas que ameriten atención, más aún en casos graves y crónicos como el Trastorno de identidad disociativo.

En relación de los trastornos disociativos y otros trastornos mentales es importante primero aclarar que, la sintomatología disociativa puede estar presente en una variedad de trastornos mentales, sea como parte de estos o debido a la alta *comorbilidad* de los trastornos disociativos con diferentes entidades psiquiátricas.

En el estudio de Bru, Santamaría, Coronas y Cobo (2009) en población psiquiátrica española se observó que un alto porcentaje de aquellos con trastornos disociativos presentaba también trastornos afectivos (38,8%), conversivos (52,8%), de ansiedad (41,7%) y de la personalidad (38,9%). Por su parte, Sar, Akyuz y Dogan (2007) documentaron que, a diferencia de los pacientes psiquiátricos sin trastornos disociativos, aquellos que son diagnosticados con trastornos disociativos suelen presentar trastorno límite de la personalidad, trastorno por somatización, depresión mayor, trastorno por estrés postraumático, así como una historia de intentos de suicidio.

La comorbildiad de trastornos del estado de ánimo, de la personalidad y/o por abuso de sustancias puede aumentar el riesgo de conductas autodestructivas, ya de por sí más frecuentes, que comienzan a menor edad e implican una mayor variedad de métodos en los pacientes con trastornos disociativos (Saxe, Chawla, Van der Kolk, 2002).

4.2.2. Diagnóstico diferencial

El *diagnóstico diferencial* común a todos los trastornos disociativos es la presencia de los síntomas como consecuencia fisiológica de condiciones médicas o por efecto de una sustancia. Así, para establecer que se trata de un trastorno disociativo es necesario descartar una causa neurológica, condición médica o efecto de consumo de una droga o medicamento con base en la historia, los análisis de laboratorio, el examen físico y/o el juicio de relación etiológica entre los síntomas y la sustancia en cuestión.

Asimismo, frecuentemente debe establecerse un diagnóstico diferencial entre los propios trastornos disociativos. La amnesia puede presentarse no solo de forma aislada, sino como parte de la fuga disociativa o el Trastorno de identidad disociativo. Cuando esta ocurre solo durante el curso de tales trastornos no se hace un diagnóstico independiente de amnesia disociativa. De la misma manera, si el fenómeno de despersonalización ocurre solamente durante la amnesia disociativa no debe hacerse el diagnóstico separado de trastorno por despersonalización. Si una fuga ocurre solo en el curso de un trastorno de identidad disociativa, no se hace el diagnóstico de fuga disociativa; y si la amnesia y la despersonalización se presentan solo durante la fuga disociativa no debe hacerse un diagnóstico independiente de amnesia disociativa o trastorno por despersonalización. El diagnóstico de trastorno de identidad disociativo tiene precedencia sobre los de amnesia disociativa, fuga disociativa y trastorno por despersonalización.

5

Etiología de los trastornos disociativos

Hace ya casi un siglo, Pierre Janet describió a la disociación como "un mecanismo psicológico crucial mediante el cual la persona enfrenta una experiencia traumática". Esto ha sido claramente documentado y, aunque no puede establecerse aún una relación causa efecto, hoy se sabe que los trastornos disociativos son más frecuentes entre quienes han enfrentado serias adversidades. Empero, también es cierto que no todos aquellos que han experimentado un suceso de esta índole desarrollarán un trastorno mental, menos aún uno disociativo; solo algunos padecerán lo que Janet denominó *la adaptación fallida ante el trauma psicológico*. Esto se debe a que, como en el caso de prácticamente todos los problemas de salud mental, es la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales (y no una sola variable o factor) lo que explica la aparición y mantenimiento de los trastornos disociativos. En este capítulo se revisará la evidencia científica en torno a estos factores, para concluir con la descripción de la formulación cognitivo conductual al respecto.

5.1. Factores biológicos

La investigación científica de las bases biológicas de los trastornos disociativos ha incluido estudios de gemelos idénticos y no idénticos (Becker-Blease *et al*., 2004), de neuroimágenes (Reinders, 2008), y de receptores a neurotransmisores (Simeon, 2004).

Mediante la tomografía por emisión de positrones ha sido posible documentar que los pacientes con trastornos de identidad disociativo muestran diferencias en el flujo sanguíneo cerebral ante estímulos que inducen recuerdos traumáticos en comparación con situaciones relacionadas con recuerdos neutrales (Reinders, 2008).

Por su parte, Simeon (2004) plantea la asociación de cuatro neurotransmisores específicos con la disociación:

1. El glutamato y el antagonismo a su receptor NMDA, específicamente la quetamina (también conocido como "el anestésico disociativo").
2. Los canabinoides.

3. Los agonistas a receptores opiáceos.
4. Los alucinógenos.

El efecto disociativo de la quetamina puede bloquearse con el medicamento anticonvulsivo lamotrigina, que es un agonista de receptores a NMDA y no-NMDA. Ello sugiere que una neurotransmisión disminuida relacionada con el NMDA pudiese estar relacionada con los estados disociativos.

El consumo de marihuana también está asociado con estados disociativos. El cerebro tiene receptores a canabinoides, cuyo efecto no es del todo conocido, sin embargo, también se ha demostrado que los agonistas canabinoides bloquean receptores a NMDA en sitios distintos a los de otros antagonistas no competitivos con dicho receptor. Ello pudiese apoyar la hipótesis del sistema como mediador de estas condiciones.

Por su parte, el sistema opioide induce estados disociativos, particularmente con el agonista del receptor kappa opioide enadolina. La administración del antagonista opioide naltrexona ha generado reducciones en estados disociativos crónicos.

Además, es posible inducir estados de despersonalización con alucinógenos como el LSD, la psilocibina y la dimetiltiramina. Estas sustancias son agonistas de receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C}, lo que sugiere la participación de este sistema de neurotransmisión. Estudios con un potente agonista 5-HT_{2C}, la meta-clorofenilpiperazina, han mostrado la inducción de estados de despersonalización en pacientes con fobia social, trastorno límite de la personalidad y trastorno obsesivo compulsivo, así como recuerdos retrospectivos o *flashbacks* y síntomas disociativos en pacientes con estrés postraumático.

Finalmente, y dado que el sistema hipotálamo-hipótesis-adrenal se relaciona estrechamente con la respuesta al estrés, se han formulado diversas hipótesis con respecto a su asociación con los trastornos disociativos.

Por otra parte, existe evidencia de déficit en el funcionamiento neurocognitivo de individuos con trastornos disociativos. Entre estos destacan problemas de atención, funciones ejecutivas y la memoria (sobre todo la autobiográfica y la verbal) (Roca, Hart, Kimbrell y Freeman, 2006). Estos déficits cognitivos se han explicado de diferentes formas. Kumar, Rao, Sunny y Gangadhar (2007) argumentan que las funciones cognitivas pueden alterarse como consecuencia de traumas psicológicos. Así, por ejemplo, los problemas de memoria pueden generarse como resultado de complejos cambios en la neurofisiología asociada con el estrés que ocasionan descompensaciones metabólicas agudas –pero reversibles– en las estructuras del lóbulo temporal medio. En congruencia, De Renzi (2002) plantea que una excitación anormal repentina de estructuras emocionales puede inhibir los sistemas cognitivos. Estos fenómenos podrían estar mediados por el aumento en la liberación de adrenalina y cortisol, como efecto del mecanismo de sobrevivencia activada por la amígdala cerebral, que estimula el mecanismo hipotálamo-hipófisis-suprarrenales para preparar al ser humano para enfrentar experiencias estresantes, y cuyos receptores están distribuidos en el hipocampo

y otras regiones cerebrales, incluyendo la corteza pre frontal (Lupien y Lepage, 2001).

Por su parte, Oathes y Ray (2008) sugieren que al menos los problemas de memoria pueden deberse más a una dificultad para procesar información negativa que a déficits reales en esta función cognitiva, pues los individuos con altos niveles de disociación recuerdan incluso más palabras que no tienen un contenido emocional. Así, el contenido emocional negativo de las palabras podría interferir con la memoria, siendo la disociación una forma explícita de distanciamiento del individuo de la recolección de material emocional y no una forma implícita de procesamiento deficitario de la información. Sus hallazgos son consistentes con la teoría de que una sensibilidad al material emocional podría contribuir a la disociación para evitar la posterior elaboración de emociones perturbadoras, lo que termina por ejemplificar la influencia de las diferencias individuales en la relación entre cognición y emoción.

5.2. Factores psicosociales

Como ocurre en muchos otros trastornos mentales, la etiología de los fenómenos disociativos incluye factores individuales de temperamento o predisposiciones constitucionales, así como una fuerte contribución del ambiente. Entre los factores constitucionales destacan algunos rasgos de la personalidad como ser fácilmente hipnotizable, sugestionable o tender a la fantasía (Simeon, Guralnik, Knutelska, Schmeidler, 2002). Por su parte, las experiencias traumáticas, sobre todo en la infancia, son el factor medio ambiental más repetidamente vinculado con la presentación de síntomas y trastornos disociativos.

5.2.1. Experiencias traumáticas

De acuerdo con el modelo multifactorial de Vanderlinden y Vandereycken (1997), las variables que explican el impacto de las experiencias traumáticas en la presentación, mantenimiento y gravedad de síntomas disociativos incluyen:

1. *Edad:* si el trauma ocurre a menor edad, los mecanismos defensivos tienden a ser más primitivos y comprometen el desarrollo del sistema límbico, favoreciendo respuestas emocionales disfuncionales, las cuales se mantienen a través de procesos de condicionamiento y entorpecen el aprendizaje de otras más constructivas.
2. *Naturaleza del abuso:* a mayor gravedad (abuso físico y/o sexual repetido), los trastornos disociativos tienden a ser más graves.

3. *Exposición del abuso:* la reacción negativa del medio al compartir la experiencia se asocia con una mayor gravedad de las respuestas disociativas.
4. *Estructura familiar:* la desorganización familiar favorece la cronicidad y el desarrollo de comorbilidad.
5. *Experiencias de vida reparadoras o de reexperimentación del trauma*.
6. *Autoimagen:* es habitualmente negativa en sobrevivientes de abuso y se mantiene por sentimientos de culpa así como por una pobre autoestima. La autoimagen pobre favorece la ocurrencia de síntomas disociativos.

Así, al parecer, las relaciones interpersonales tempranas con uno de los principales mecanismos para que los seres humanos aprendan a regular sus emociones; y el trauma temprano frecuentemente implica relaciones patológicas con los cuidadores, incluyendo la inversión de roles, el abuso y la negligencia.

5.2.2. Apego y disociación

La teoría del apego propuesta por Bowlby destaca la inclinación humana por construir vínculos o lazos con otros. Propuso que el sistema de apego tiene un correlato biológico y su funcionamiento es esencial para la sobrevivencia a lo largo de la vida. Caracterizó este sistema como un sistema de control que sirve para establecer un balance en la proximidad con las figuras de apego (o cuidadores) durante los momentos de *distrés* o de exploración en periodos de seguridad. Se trata de la manera en la que los niños y los adultos manejan el miedo, así como con la organización y transformación de las reacciones al miedo en representaciones mentales al respecto del apego en el curso del desarrollo. El apego seguro ha sido asociado con un funcionamiento psicológico adecuado, mientras que el apego inseguro ha sido asociado con una variedad de condiciones psicopatológicas.

Para dar cuenta de la cualidad de las interacciones dirigidas a metas específicas y de la continuidad de conductas relacionadas con el sistema de apego a lo largo de la vida, Bowlby propuso el concepto de "modelos internos de trabajo", que son estructuras cognitivo-afectivas que se desarrollan a través de las relaciones en las que el sujeto es cuidado por otro o cuida a otro. Estas estructuras cognitivo-afectivas van a servir de guía de las respuestas y conductas, así como de las expectativas en la interacción interpersonal. Los modelos internos de trabajo proporcionan elementos clave de las experiencias del pasado como conocimiento procedural, que sirven de guía de la conducta para garantizar que las necesidades del sistema de apego sean satisfechas cualesquiera que sea la situación con la que el individuo interactúa.

Los modelos internos de trabajo o representaciones mentales con respecto al apego son fundamentales para la regulación emocional del infante y de su funcionamiento cognitivo en el contexto de las interacciones que activan el sistema de apego. Las

representaciones mentales con respecto al apego le confieren significado a las interacciones y favorecen o no el acceso a la consciencia de las mismas.

La cualidad de las interacciones con las figuras de apego corresponde con el contenido de los modelos internos de trabajo, así como con el desarrollo de estrategias de comportamiento. En la interacción y conformación de estas estrategias se configura tanto el bienestar como el malestar psicológico.

Inicialmente se describieron tres tipos de patrones de apego, uno de los cuales es el estilo "seguro", en el que infante percibe a su cuidador disponible para proveerle de la función de continente y modulador de las emociones que pueden surgir en el proceso de exploración del mundo externo. Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo, este escenario, el de una relación de apego seguro, va a facilitar el desarrollo de la función reflexiva, por medio de la cual el sujeto internaliza la posibilidad de modular sus afectos y de explorar, ya no solo el mundo externo, sino también el mundo interno, el de las ideas, de las percepciones y de las distintas perspectivas con las que se puede explicar su realidad interna y externa.

Sin embargo, los niños que perciben que sus cuidadores no están disponibles de manera consistente desarrollan un estilo de apego "inseguro" a partir del cual se generan estrategias cognitivo-afectivas para lidiar con la ansiedad. Los infantes pueden desarrollar distintas variedades de estilos de apego inseguro. Una de ellas es la descrita como apego inseguroambivalente; el bebé se mantiene preocupado e hipervigilante de sus cuidadores para lograr su atención, ya que no está cierto de la disponibilidad de los mismos para que le procuren los cuidados requeridos. Estos niños suprimen sus actividades de exploración. Conductualmente, los niños ansioso/ambivalentes son agresivos con sus cuidadores al demandarle atención y paradójicamente no obtienen consuelo cuando se les trata de confortar. Los despliegues en la comunicación de sus necesidades resultan exagerados y se entienden como una estrategia conductual para captar la atención del cuidador. En la vida adulta, los niños que tuvieron un estilo de apego inseguro/ambivalente con mucha probabilidad expresarán un estilo de apego llamado "preocupado", expresan sus necesidades interpersonales de manera intensa, establecen relaciones rápidamente y el vínculo interpersonal es descrito como intenso y demandante.

El tercer tipo de apego es el inseguro evitativo, que se despliega en niños que experimentan de manera sistemática la indisposición de sus padres o cuidadores para satisfacer sus necesidades. Estos niños aprenden desde muy temprano a desdeñar o a minimizar sus necesidades de apego, incluso en presencia de sus cuidadores, por miedo al rechazo o al castigo. Independientemente de que la conducta de estos niños aparenta calma, distintos indicadores fisiológicos reflejan altos niveles de estrés. El modelo interno de trabajo de estos niños implica una concepción de sí mismos como inaceptables y repulsivos. Conductualmente, evitan el contacto con sus padres y focalizan su atención en las cosas que les rodean en su ambiente. En la vida adulta muy probablemente no podrán expresar sus necesidades interpersonales.

La clasificación de apego desorganizado corresponde al cuarto estilo de apego. Las conductas desorganizadas reflejan el dilema en el cual se encuentra el infante en

circunstancias estresantes, es decir, en presencia de una figura parental amenazante, el niño no puede resolver la ansiedad creada por la figura parental siendo esta al mismo tiempo la fuente de la amenaza y la única figura protectora posible. Frente a tal paradoja, es decir, una situación de "amenaza sin solución", la estrategia organizada del infante se desmorona, por lo menos de manera momentánea. Pareciera que el apego desorganizado se relaciona con la incapacidad del niño para elegir entre la búsqueda de proximidad y la evitación de la figura parental. Es este estilo de *apego inseguro desorganizado* el que ha sido asociado tanto teórica como empíricamente con la ocurrencia de fenómenos disociativos (Carlson, 1998; Main y Morgan, 1996; Ogawa *et al*., 1997; van Ijzendoorn *et al*., 1999). Algunos investigadores han conceptualizado a la desorganización del apego tanto como una condición prototípica en el desarrollo de los trastornos disociativos, así como un factor de riesgo para la disociación (Liotti 1999a, 1999b).

Mientras que los estados mentales con respecto al apego de tipo seguro e inseguro pueden considerarse como estrategias organizadas adaptativas al ambiente del infante; en poblaciones no clínicas, en el 15-20% de los casos, la relación de apego se caracteriza por la ausencia o por el colapso de estrategias organizadas de interacción. De ahí el nombre de "desorganizado" (Van Ijzendoorn *et al*., 1999).

En los infantes con apego desorganizado las conductas observables (en el paradigma de la situación extraña), de "congelamiento", se asemejan a los estados de "trance", así como la intrusión de conductas incompatibles o acciones agresivas en contextos no agresivos se parecen a los estados disociativos diagnosticados en los adultos.

Cuando se exploran los estados mentales con respecto al apego en los adultos por medio de la Entrevista de Apego del Adulto (AAI, por sus siglas en inglés) se puede observar por medio de un análisis de la transcripción de una entrevista estructurada que activa el sistema de apego la manera en la que, en la narrativa del sujeto, el entrevistado deje de estar atento al contexto de la entrevista. Cuando se discuten aspectos relacionados a trauma o pérdidas por muerte ocurren disrupciones en la integración de la conciencia, de la memoria, de la identidad y de la percepción del entorno. Aspectos centrales del fenómeno disociativo.

Existen evidencias de que el apego desorganizado predice un manejo problemático del estrés en tanto los infantes con este estilo de apego presentan niveles elevados de cortisol en sangre, así como incrementos en la frecuencia cardíaca e hiperreactividad del eje hipotálamo-hipófisisadrenal (Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2002).

Cuando un infante interactúa con un cuidador (en quien al activarse su sistema de apego entra en un estado mental desorganizado/no resueltodisociativo y que despliega comportamientos oscilantes de temor extremo y de amenaza) es expuesto a estímulos amenazantes o incomprensibles no predecibles, de "miedo sin solución" que producen un colapso de las estrategias conductuales y atencionales requeridas para la regulación afectiva.

Liotti (1999) ha propuesto que con cada uno de estos cambios u oscilaciones de la conducta del cuidador se producen cambios rápidos en la percepción del "sí mismo" y del "otro" que no le permiten al infante integrar un modelo representacional de la

interacción y se configuran, a lo largo del desarrollo como modelos internos de trabajo múltiples. En situaciones de estrés, la puesta en operación simultánea de estos modelos múltiples favorece la vulnerabilidad y consolidación de estados disociativos, así como de estrategias de regulación afectiva desorganizadas.

Es claro que el tratamiento empático de la disociación debe basarse en la apreciación de las dificultades que estos pacientes han experimentado al estar solos ante un estrés importante. Será necesario entonces hacer hincapié en la construcción y mantenimiento de una relación terapéutica segura, independientemente del marco teórico que se utilice, para llevar a cabo la intervención.

Además, la información y evidencias que ofrece la teoría del apego en la comprensión de los fenómenos disociativos en el contexto de trauma relacional han permitido la estructuración de intervenciones preventivas y terapéuticas para la promoción del apego seguro. En un metaanálisis (Bakermans-Kranenburg *et al*., 2005) se observó que las intervenciones para favorecer la "sensibilidad materna" son las más eficaces en la reducción del apego desorganizado y en la promoción de apego seguro. En el escenario de la psicoterapia, la comprensión de la naturaleza de los estados mentales con respecto al apego ha permitido estructurarintervenciones que apuntan a la recuperación de la función reflexiva por medio de la aclaración persistente de los cambios momento a momento en la interacción con el terapeuta de los múltiples modelos internos de trabajo que se activan de manera disociada y que configuran la interacción maladaptativa, así como el colapso en la cooperación con el "otro" y con el "sí mismo" (Barach, 1991; Blizard, 2003; Steele *et al*., 2001).

5.3. Modelo cognitivo conductual

En muchos trastornos mentales, más aún en los disociativos, queda clara la influencia que tiene el ambiente sobre las emociones y conductas del ser humano. De hecho, la presencia de un evento estresante o traumático es una condición *sine qua non* para desencadenar una constelación particular de síntomas disociativos. No en balde, se ha propuesto que sean clasificados en la CIE-11 de la OMS dentro del apartado de trastornos específicamente relacionados con el estrés. Cabe mencionar que este es el único apartado de clasificación de trastornos mentales que hace alusión en su nombre a la causa de los problemas de salud mental que agrupa, en este caso, el estrés.

El fenómeno de aprendizaje que puede explicar esta estrecha asociación es el condicionamiento clásico. Las respuestas fisiológicas y emocionales ante una experiencia traumática son asociadas con estímulos anteriormente neutrales que adquieren la nueva capacidad de volver a producirlas. Estos estímulos pueden formar parte del contexto o ser de tipo interno (pensamientos, imágenes, emociones, estados fisiológicos). Estudios recientes han demostrado la existencia de una estrecha relación entre experiencias disociativas durante y después de un suceso traumático y la presencia de un posterior

trastorno por estrés postraumático. Estos sucesos pueden ser desastres producto de fenómenos naturales, como tormentas, o de experiencias vitales adversas, como el abuso físico o sexual (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt y Lipschitz, 2006). No es de extrañarse entonces que entre los métodos más eficaces de tratamiento de los fenómenos disociativos se encuentren las diferentes formas de exposición.

Por otra parte, mediante el condicionamiento operante se explica cómo se mantienen o exacerban las respuestas disociativas ante el estrés. Los refuerzos positivos o negativos son comúnmente observados ante la disociación. Ejemplos claros son, para el refuerzo positivo, lograr la atención y afecto de los demás y, del negativo, la disminución de estados emocionales altamente displacenteros. De hecho, evitar afrontar emociones perturbadoras se ha concebido como una de las causas y funciones evolutivas de la disociación.

Por su parte, el modelo cognitivo de la disociación implica, como en el caso del pánico, la interpretación de los síntomas disociativos como señales de eventos catastróficos (como estarse volviendo loco), lo que aumenta la ansiedad y entonces los síntomas disociativos. Así, las variables cognitivas (interpretaciones catastróficas de los síntomas disociativos) se entienden como factores de perpetuación o cronificación de los síntomas disociativos. Es esta cronificación la que conlleva el diagnóstico de un trastorno disociativo como tal. Desde esta perspectiva, resulta indispensable agregar al tratamiento conductual, la identificación y modificación de tales creencias mal adaptativas (Hunter, Phillips, Chander, Sierra, David, 2003). En capítulos posteriores de esta obra –dedicados al tema de tratamiento– se expondrá a detalle cómo llevar a cabo esta tarea.

6
Evaluación de la disociación

La evaluación clínica de los trastornos disociativos comprende una observación sistemática y objetiva del fenómeno; de esta forma, la información que de estas se obtiene persiguen un adecuado nivel de consistencia fundamentado en valores de validez y confiabilidad, para que los datos cuenten con la calidad científica que permita la comprensión del problema particular de un paciente, la evaluación de la efectividad de intervención, así como estudios comparativos en distintas poblaciones. La estructura del presente capítulo consiste en una breve reseña de los principales métodos para la obtención de la validez y la confiabilidad de los instrumentos de evaluación de los trastornos disociativos, seguido de una descripción de cada uno de estos instrumentos. El contenido de este capítulo será, para el profesional de la salud mental, una herramienta y guía indispensable para la valoración objetiva de los trastornos disociativos, permitiéndoles una evaluación diagnóstica y de gravedad sintomática confiable y objetiva.

6.1. Confiabilidad y validez: conceptos básicos para la evaluación

La investigación y medición precisa de los procesos mentales es una tarea difícil. Sin embargo, a pesar de las dificultades implícitas en área de la salud mental, se han logrado grandes avances en la creación de instrumentos de evaluación; para la presente obra en particular, de los trastornos disociativos. Cada instrumento, cada escala, cada entrevista, ha pasado por diferentes pruebas para poder determinar su adecuación y auténtica capacidad para valorar el padecimiento a estudiar.

6.1.1. Confiabilidad

El concepto de *confiabilidad* se refiere a que las mediciones sucesivas de un fenómeno estable arrojen los mismos resultados, en otras palabras, la confiabilidad hace referencia a la propiedad de mostrar resultados similares, libres de error, en repetidas mediciones.

La confiabilidad expresa el grado de precisión de la medida. Por ejemplo, podemos hablar de una alta confiabilidad cuando los sujetos medidos con el mismo instrumento en ocasiones sucesivas quedan ordenados de manera semejante. Si por el contrario, la confiabilidad baja, se presenta un incremento en el error, y los resultados varían marcadamente de una medición a otra.

Hasta este momento, parece ser que la confiabilidad de un instrumento se obtiene a partir de la aplicación de varias mediciones, sin embargo, existen diferentes métodos mediante los cuales se puede obtener la confiabilidad de una escala o instrumento sin que se realicen evaluaciones subsecuentes.

Existen tres procedimientos generales y comúnmente empleados para la obtención de la confiabilidad del instrumento que a continuación describiremos brevemente:

- *Consistencia interna*. La consistencia interna de un instrumento puede ser obtenida tras una evaluación transversal empleando el instrumento o escala a probar, no se requiere de evaluaciones subsecuentes. Cada instrumento de evaluación está compuesto por ítems o ítems, por lo que la consistencia interna del instrumento hace referencia a que aquellos ítems que miden un mismo fenómeno o dimensión deben estar más relacionados entre sí que aquellos que miden diferentes dimensiones (coherencia). Tener una alta correlación entre los ítems nos indica que estos están midiendo un mismo fenómeno y que, por lo tanto, pueden ser sumables en una puntuación total única que representa un rasgo o característica específica.

  Las dos fórmulas más utilizadas para obtener la consistencia interna son las de Kuder-Richardson 20 y el coeficiente α de Cronbach. Aun cuando se trata de la misma fórmula, la de Kuder-Richardson se emplea para ítems de tipo nominal dicotómico (*unos* y *ceros*), mientras que el coeficiente α de Cronbach se usa para ítems continuos. Los nombres distintos se deben a que los autores difieren en sus modelos teóricos y fueron desarrollados en tiempos distintos (Kuder y Richardson en 1937, Cronbach en 1951). Se considera que un instrumento tiene una alta consistencia interna cuando los valores obtenidos mediante cualquiera de las fórmulas anteriores son superiores a 0,80.
- *Método test-retest*. Evalúa la estabilidad de la capacidad de medición del instrumento en el tiempo. Para obtener la confiabilidad *test-retest* es necesario hacer dos diferentes mediciones en el tiempo en los mismos individuos. Este tipo de confiabilidad no es recomendable si está previsto un cambio en los sujetos a evaluar.

  El intervalo de tiempo entre la aplicación de ambas evaluaciones debe ser planeado con anticipación. Lo anterior en tanto que si el lapso de tiempo entre ambas evaluaciones es muy largo, los puntajes pueden resultar muy diferentes debido a un cambio en la condición que se está evaluando. Si por el contrario, el lapso de tiempo es muy corto, las puntuaciones obtenidas pueden ser casi idénticas, debido a que los sujetos recuerdan sus respuestas de la evaluación

anterior y no por una adecuada estabilidad del instrumento.

- *Confiabilidad interevaluador*. Mediante este método, que puede ser de tipo transversal, se evalúa qué tan similares son las puntuaciones que asignan diferentes evaluadores a un mismo fenómeno. Los evaluadores pueden aplicar el instrumento de forma simultánea o en diferentes momentos; sin embargo, si la evaluación se realiza por separado, es esperable que los puntajes de confiabilidad sean un poco más bajos a que si se realiza una sola evaluación con presencia simultánea de varios evaluadores. El Coeficiente de Correlación Intra-clase (rI) es el más utilizado para evaluar el grado de acuerdo entre evaluadores; debe encontrarse al menos en 0,80; valores inferiores a 0,60 no son aceptables.

6.1.2. Validez

El concepto de *validez* indica si el resultado de la medición o evaluación en realidad está midiendo lo que el evaluador desea evaluar, es decir, si el instrumento mide realmente lo que pretende medir (precisión). La desventaja de esta definición es que implica que el instrumento o escala solo tiene una validez que se demuestra con un único estudio. La realidad es que un instrumento puede tener diferentes tipos de validez, lo cual dependerá de los objetivos para los que fue diseñado, la población en la que se emplea y las condiciones en las que se aplica. De forma general, la validez tiene los siguientes componentes:

1. *Validez de apariencia*. Este tipo de validez no tiene un impacto directo sobre la capacidad de medición del instrumento, y lo que busca es lograr la aceptabilidad entre los sujetos que la responden. Por ejemplo, y de forma teórica, si un paciente con síntomas disociativos identifica que los ítems de la escala o las preguntas que le realizan tienen que ver con su padecimiento, entonces este paciente mostrará una mayor aceptación, colaborando más durante la entrevista y, por ende, dando respuestas más válidas. Para llevar a cabo este tipo de validación, se recurre a un grupo de sujetos conformado por personas con la característica que se busca evaluar y un grupo de expertos en el área. Este grupo, mediante un consenso, evalúa si el instrumento, en apariencia, mide la característica que pretende evaluar.
2. *Validez de contenido*. En este tipo de proceso de validación se busca determinar si el instrumento elaborado, y por tanto los ítems que lo conforman, son indicadores de lo que se pretende medir. Para la valoración de este tipo de validez se recurre a un grupo de expertos quienes se encargan de juzgar la capacidad del instrumento para evaluar todas las dimensiones que se desean medir. Así, no se realiza cálculo alguno y solo se fundamenta en las

valoraciones dadas por el grupo de expertos.

3. *Validez de constructo*. Evalúa el grado en que el instrumento refleja la teoría del fenómeno o característica que se está midiendo. Este método se utiliza cuando no existe un criterio externo para determinar la validez del instrumento a probar, es decir, la validez de constructo se refiere a si un instrumento mide correctamente el constructo teórico sobre el cual se fundamenta.

   La validez de construcción garantiza que las medidas que resultan de las respuestas del cuestionario pueden ser consideradas y utilizadas como medición del fenómeno que queremos medir. La validez de constructo puede ser calculada mediante diferentes métodos, pero los más frecuentes son el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio.

4. *Validez convergente y divergente*. Para establecer estos tipos de validez debe compararse el puntaje del instrumento que se está validando con un instrumento más antiguo y reconocido por su calidad de medición. Para el caso particular de la validez convergente, el instrumento de comparación empleado debe medir el mismo constructo teórico que evalúa el instrumento por validar. El método estadístico empleado es el Coeficiente de Correlación de Pearson. Si este coeficiente es mayor a 0,80 no tiene sentido aplicar la escala nueva porque funciona casi igual a la antigua, a no ser que resulte más útil (más fácil de aplicar o de calificar, más barata, etc.). Si es menor de 0,3 tampoco sirve, pues probablemente esté midiendo un fenómeno diferente al que se quiere evaluar.

   Por su parte, la validez divergente o discriminante se busca probar que los constructos evaluados no están relacionados entre sí. Al seleccionar el instrumento de comparación, es importante considerar aquellos constructos que pudieran confundirse con el que se desea evaluar con el nuevo instrumento; en la validez discriminante, si estos dos constructos no muestran relación entre sí, el instrumento nuevo tendrá la fortaleza de poder hacer una clara distinción entre fenómenos que en la práctica clínica sean difícil de delimitar.

5. *Validez predictiva*. En ciertos casos, el estándar a comparar con el instrumento que se está probando es un evento que ocurre en el futuro. Cuando este sea el caso, se habla de validez predictiva en donde se trata de garantizar la eficacia del instrumento para pronosticar una variable de interés.

6.2. Evaluación de criterios diagnósticos

Una vez que hemos descrito algunos conceptos básicos relacionados con la clinimetría, el siguiente apartado del presente capítulo estará dirigido a hacer una breve descripción de los principales instrumentos empleados para determinar el diagnóstico de los trastornos

disociativos.

El definir y establecer un diagnóstico es una labor delicada que requiere precisión y objetividad. Uno de los grandes avances en el área de la salud mental es haber logrado un consenso en torno a la taxonomía de los trastornos mentales, incluidos los trastornos disociativos. Este avance permitió el desarrollo de entrevistas y escalas que, de acuerdo a su diseño y estructura, pueden brindar un diagnóstico certero sobre estos padecimientos.

6.2.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

Antes de iniciar con la descripción de las principales entrevistas estructuradas y semiestructuradas para establecer el diagnóstico de los trastornos disociativos, es necesario definir las características generales de cada una. En las entrevistas estructuradas, la recolección de información se encuentra totalmente dirigida y están diseñadas para que puedan ser aplicadas por personal sin un entrenamiento clínico específico; esto secundario a que estas entrevistas están conformadas por preguntas cerradas en donde el entrevistador debe ceñirse estrictamente al formato de la entrevista, sin la posibilidad de emitir un juicio clínico por parte del evaluador.

A diferencia de las entrevistas estructuradas, las entrevistas semiestructuradas solo marcan lineamientos generales de evaluación que debe seguir el evaluador, brindándole la libertad de interrogar los apartados a su modo y utilizar su juicio para evaluar. Considerando la libertad que tiene el evaluador para su aplicación, es indispensable que estas entrevistas sean aplicadas por clínicos experimentados, con una adecuada y sólida formación en el área de la psicopatología.

Existen diferentes entrevistas estructuradas/semiestructuradas para la valoración de los trastornos disociativos, siendo las más utilizadas la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos - DSM-IV revisada (SCID-D-R) y la Entrevista para Trastornos Disociativos (DDIS), las cuales describiremos a continuación.

- *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos-DSM-IV revisada (SCID-D-R; Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – revised)*

La primera versión de este instrumento fue desarrollado en 1985 empleando los criterios diagnósticos del DSM-III-R. La versión revisada de esta entrevista fue realizada por la misma autora en el año de 1993, actualizando la entrevista a los criterios del DSM-IV (Steinberg, 1994).

El SCID-D-R es una entrevista semiestructurada, por lo que su aplicación debe ser hecha por clínicos experimentados. Esta entrevista está diseñada para evaluar la presencia de 5 trastornos disociativos:

1. Amnesia disociativa.
2. Fuga disociativa.
3. Trastorno de identidad disociativo.
4. Trastorno de despersonalización.
5. Trastorno disociativo no especificado.

La entrevista comprende 277 ítems. Existen algunas preguntas iniciales que, de ser contestadas de forma afirmativa, van dirigiendo al entrevistador hacia preguntas adicionales que van ahondando en la caracterización de la experiencia disociativa de cada sujeto evaluado. Adicionalmente, existen algunos ítems que evalúan el comportamiento y lenguaje no-verbal del sujeto y que debe ser evaluado por el clínico entrenado exclusivamente, incluyendo así una evaluación a partir de lo reportado por el entrevistado y lo observado por el entrevistador.

Esta entrevista ha mostrado una adecuada confiabilidad interevaluador (valores kappa de 0,77 a 0,86) y confiabilidad *test-retest* (0,88). En cuanto a la validez, diversas investigaciones han reportado que la SCID-D-R es eficiente para discriminar (validez discriminante) entre la presencia de trastornos disociativos y otros trastornos psiquiátricos (Steinberg, 2000).

El tiempo de administración de la entrevista SCID-D-R varía en función de la persona que está siendo entrevistada, así como del cuadro y características particulares del trastorno disociativo, yendo desde 30 minutos para personas sin trastornos psiquiátricas hasta 3 horas para aquellos pacientes con trastornos disociativos graves.

La entrevista SCID-D-R ha sido traducida y validada en diferentes poblaciones, como Holanda, Alemania, Noruega y Turquía, reportando adecuados valores clinimétricos. Aun cuando se ha reportado la existencia de una versión en español del instrumento, se desconocen los datos de validez y confiabilidad de esta versión, pero ha sido empleada en diversos estudios.

Cabe mencionar que la SCID-D también evalúa la gravedad de la sintomatología disociativa, apartado que será descrito más adelante.

- *Entrevista para Trastornos Disociativos (DDIS, Dissociative Disorder Interview Schedule)*

Esta entrevista fue desarrollada inicialmente como un recurso para establecer el diagnóstico de los trastornos disociativos con base en los criterios del DSM-III (Ross *et al*., 1989), y posteriormente, fue actualizada a los criterios del DSM-IV. Hoy en día, se cuenta con una versión basada en los criterios del DSM-V *(The Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma. http://www.rossinst.com/ddis.html)*.

La DDIS es una entrevista estructurada que además de los trastornos disociativos, brinda información sobre trastorno límite de la personalidad, trastorno de somatización, depresión, síntomas de esquizofrenia, abuso infantil de tipo físico o sexual y abuso de

sustancias. Está constituida por un total de 132 preguntas, cuyo formato de calificación pueden consultarse directamente en la página www.rossinst.com. El tiempo promedio para su aplicación va de 30 a 45 minutos aproximadamente. Dado que es una entrevista estructurada, no se requiere entrenamiento clínico específico para su aplicación, por lo que puede ser usada por enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, médicos y cualquier otro profesional de la salud mental.

La confiabilidad interevaluador del instrumento en el estudio original fue baja (0,68), sin embargo, el instrumento mostró una sensibilidad del 75% y una sensibilidad del 100% para la identificación de trastornos disociativos graves (Ross *et al*., 1989). En un estudio posterior, el cual incluyó 407 pacientes de un medio hospitalario, se encontraron valores altos de convergencia entre el diagnóstico obtenido mediante el SCID-D y la DDIS (>0,71), lo cual corrobora su utilidad diagnóstica para los trastornos disociativos (Ross *et al*., 2002).

La DDIS ha sido empleada en diferentes estudios alrededor del mundo, incluyendo países de habla hispana (Robles-García, 2006). En estos estudios se habla de la existencia del instrumento adaptado para la población de estudio, en algunos reportando adecuados valores de validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad. En aquellos estudios donde no se reportan de forma específica los datos de validez y confiabilidad de la DDIS, es posible asumir que debido a la congruencia de sus resultados en relación con la literatura internacional, la DDIS fue adaptada y validada para su aplicación en estas poblaciones.

6.2.2. Instrumentos de cribado y autoaplicación

Los profesionales de la salud mental se enfrentan al reto de una mayor y constante demanda de atención por la presencia de trastornos, cuyo impacto individual y social varía de acuerdo a las características propias del padecimiento, la cronicidad del mismo y la gravedad de los síntomas asociados. Por esta razón, y debido a que las entrevistas estructuradas y semiestructuradas demandan un mayor tiempo de aplicación, la creación y uso de instrumentos de cribado y de autoaplicación se han convertido en una herramienta útil para la valoración inicial de los trastornos disociativos.

- *Escala Administrada por el Clínico para Estados Disociativos (CADSS, Clinical Administered Dissociative States Scale)*

La CADSS es el único instrumento de cribado que incluye preguntas que deben ser contestadas específicamente por el clínico entrenado en los trastornos disociativos. Así, la escala está compuesta por un total de 27 ítems, de los cuales 8 son calificados de acuerdo a lo que observa el entrevistador durante la evaluación y los 19 ítems restantes,

son contestados directamente por el sujeto entrevistado.

Los ítems se agrupan en 3 áreas principales de evaluación, en donde se incluyen síntomas de amnesia, despersonalización y desrealización. El formato de calificación del instrumento es en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. En el estudio de validación de la CADSS, los autores reportan una confiabilidad interevaluador muy alta (coeficiente de correlación intraclase de 0,99 para los ítems contestados por el entrevistador y de 0,92 para la puntuación total), además de mostrar una buena validez convergente con la entrevista estructurada SCID-D (r=0,42, p=0,005) (Bremner *et al*., 1998).

El instrumento ha sido empleado principalmente en Estados Unidos, pero existen algunos trabajos publicados en otros países como Brasil, China, Alemania y Reino.

- *Escala de Experiencias Disociativas (DES, Dissociative Experiences Scale)*

La DES es probablemente, la escala de cribado más ampliamente empleada en la investigación para el cribado de trastornos disociativos. Aun cuando no es un instrumento diagnóstico, sus resultados pueden sugerir la eventual disposición de una persona para desarrollar algún trastorno disociativo (Mula *et al*., 2008).

Fue desarrollada en 1986 y originalmente estaba conformada por 28 ítems, cada uno de los cuales evaluaban diferentes rasgos disociativos en una escala gráfica del 0 al 100. Los datos de validez y confiabilidad de esta primera versión mostraron una adecuada consistencia interna así como una buena confiabilidad *test-retest* y validez de constructo. Los ítems de la DES se desarrollaron a partir de diversas entrevistas con pacientes que cumplían criterios diagnósticos del DSM-III para trastornos disociativos vinculándose así con alteraciones de la identidad, memoria, conciencia, cognición, sentimientos de despersonalización y desrealización y fenómenos como el *déjà vu*.

Posteriormente, los mismos autores simplificaron la escala, surgiendo así el DES-II en el cual se utilizaba una escala de 11 puntos (del 0% al 100%) con incrementos específicos de 10% para escoger aquel que describa mejor la frecuencia de cada experiencia.

Desde sus orígenes, la DES no pretendía ser un instrumento diagnóstico y únicamente se definió un punto de corte de 30 (por consenso), para poder clasificar a los sujetos en aquellos con bajos niveles de disociación y aquellos con elevados niveles, y aun cuando en un meta análisis de más de 100 estudios se encontró una elevada validez convergente de la DES, así como una adecuada validez predictiva con respecto al diagnóstico de trastornos disociativos, su especificidad para el diagnóstico no fue tan elevada.

Incluso, algunos autores han destacado que esta escala se desarrolló para determinar la contribución de la disociación en diversos trastornos psiquiátricos y como un instrumento de cribado de síntomas disociativos y que, con el paso del tiempo y a partir de los útiles resultados clínicos del instrumento, se fueron introduciendo nuevos análisis –particularmente factoriales– para que la DES discriminara de una forma más específica

las formas patológicas de las no patológicas de disociación.

Hasta el momento, un análisis factorial confirmatorio muestra que la solución factorial más conveniente es la de 3 factores que evalúan el constructo de amnesia, despersonalización y absorción. Por otro lado, otros autores propusieron que 8 de las preguntas de la DES servían para discriminar la disociación patológica de aquella que se presenta en pacientes disociativos y la población general no-patológica, surgiendo así el DES-T (DES-Taxon). Tal división, sin embargo, ha generado diversos cuestionamientos fundamentados en el modelo teórico dimensional por el que se desarrolló la DES y a su coincidencia con los sistemas de clasificación de los trastornos disociativos, los cuales continúan siendo constructos categóricos aunque con algunas especificaciones de tipo dimensional.

Hasta el momento, existen más de 500 publicaciones en donde se hace referencia al uso de la DES, sin embargo, no constituye un instrumento diagnóstico de trastornos disociativos específicos y su utilidad está más encaminada a ser un instrumento de cribado, una herramienta clínica de primera mano que puede sugerir como siguiente paso, la aplicación de una evaluación clínica más detallada mediante una entrevista clínica estructura o semiestructurada para establecer un diagnóstico específico de trastorno disociativo.

- *Cuestionario de Experiencias de Disociación (QED, Questionnaire of Experiences of Dissociation)*

Este cuestionario fue creado en 1988 como un instrumento más sencillo que el DES y está compuesto por 26 ítems con opciones de respuesta verdadero-falso. Los ítems fueron obtenidos a partir de un análisis de la literatura acerca de las características particulares de la histeria, personalidad múltiple, trastornos disociativos no relacionados con la disociación de la identidad, y pacientes con epilepsia del lóbulo temporal. En el estudio original del diseño del QED, se reportó una consistencia interna global del instrumento de 0,77, con una adecuada capacidad para discriminar entre grupos de sujetos sin patología de aquellos con un trastorno de somatización, trastorno por estrés post-traumático y pacientes con trastorno de identidad disociativo, además de mostrar una alta correlación con el DES (r=0,82).

En un estudio realizado en población estudiantil, mediante un análisis factorial, se encontraron 6 factores principales del QED: despersonalización, amnesia, conductas corporales, fantasía/ensoñaciones, trance y compañeros imaginarios (Ray *et al*., 1992). Sin embargo, existen pocos estudios en la literatura científica con el uso del QED. Incluso, algunos autores sugieren el uso de la DES sobre QED cuando el objetivo que se persiga de la evaluación sea de tipo diagnóstico.

- *Cuestionario de Disociación (DIS-Q, Dissociation Experiences Questionnaire)*

El DIS-Q es otro cuestionario autoaplicable de cribado para trastornos disociativos. Fue desarrollado en 1993 y consta de 63 preguntas, incluyendo la mayoría de las preguntas contenidas en la DES, evaluando 4 escalas principales: confusión de la identidad, pérdida de control sobre el comportamiento, pensamientos y emociones; amnesia y absorción, mediante un formato tipo de Likert de 5 puntos.

La característica principal de este instrumento es que el único instrumento desarrollado en el Oriente de Europa, y cuyo objetivo, además, de ser un instrumento de cribado de fácil aplicación, fue la de estandarizar las valoraciones de acuerdo a las particularidades culturales de la región.

El DIS-Q ha mostrado altos niveles de consistencia interna (α de Cronbach=0,96 para la escala total, y entre 0,67 y 0,93 para las subescalas) así como altas correlaciones (valides concurrente) con la puntuación de la DES (r=0,85) (Vanderlinden *et al*., 1994).

6.2.3. Ventajas y limitaciones de los métodos diagnósticos

El uso de métodos diagnósticos para establecer de forma precisa la presencia de un trastorno disociativo representa un avance para la investigación científica así como para la práctica clínica cotidiana.

El uso de entrevistas estructuradas y semiestructuradas de diagnóstico han resuelto el problema existente de la varianza en la obtención de la información, lo cual, a su vez, ha facilitado la reproductibilidad de los hallazgos científicos en poblaciones diversas, así como la integración de los síntomas de los trastornos disociativos a los sistemas de clasificación mediante árboles de decisión unificados y predeterminados.

Así, el resultado de su uso debe ser un diagnóstico clínico confiable el cual es la base, junto con el impacto del diagnóstico en la funcionalidad del individuo, para el establecimiento de un programa de tratamiento integral con beneficios directos e indirectos para los pacientes.

Desde el punto de vista de la aplicabilidad, una de las principales desventajas del uso de las entrevistas diagnósticas, en particular de las semiestructuradas, es la duración de su aplicación y el indispensable entrenamiento clínico que requiere el entrevistador. Esta limitación no debe ser generalizada a todos los ámbitos de los profesionales de la salud, ya que para fines de estudios epidemiológicos o en muestras de investigación amplias, es donde tiene su mayor impacto, debido a la cantidad de recursos especializados que se requerirían para su ejecución, incluyendo el número de profesionales especializados en la aplicación de las entrevistas y el tiempo destinado para la recolección de la muestra específica de investigación.

Es a partir de esta limitante mayor de las entrevistas que surge la necesidad de emplear instrumentos de cribado para la realización de investigaciones de este tipo, en donde los tiempos de aplicación y costos relacionados se reducen al mínimo, permitiéndole al clínico y al investigador de la salud mental abordar la experiencia

psicopatológica de los trastornos disociativos desde una perspectiva más general y de forma confiable y sistematizada.

Para el investigador y el clínico, los instrumentos de cribado no deben ser utilizados como una herramienta de confirmación diagnóstica, sino como un filtro para poder determinar la probable presencia de un trastorno disociativo en el individuo evaluado. Tras la aplicación de este instrumento, es indispensable la realización de una entrevista diagnóstica para la confirmación del diagnóstico así como una profunda evaluación por parte del clínico entrenado, el cual debe tener en mente que para muchas de las personas con trastornos disociativos no se percatan o no son conscientes de que sus experiencias de disociación difieren de lo que otras personas experimentan y que impactan de forma negativa en su bienestar y funcionalidad.

Un punto central que no debe ser olvidado por el entrevistador es el hecho de que cada paciente conserva su individualidad y esta influye directamente en la manifestación de los síntomas de los trastornos disociativos. El clínico debe ser cuidadoso y utilizar de forma ética su juicio clínico al momento de realizar la entrevista de valoración para determinar el diagnóstico de algún trastorno disociativo, así como al brindar la retroalimentación clínica al paciente, tanto aquella obtenida mediante los instrumentos de cribado, como por lo obtenido mediante la entrevista estructurada o semiestructurada y la evaluación clínica realizada. El brindar un diagnóstico de forma objetiva y confiable, sin perder el contacto profesional con el paciente, permitirá brindarle la atención integral que requiere para su bienestar y mejoría de los síntomas asociados al trastorno disociativo.

6.3. Evaluación de gravedad y sintomatología

Además de evaluar la presencia de un trastorno disociativo, es importante considerar la gravedad de los síntomas que presenta el paciente. Es posible que un trastorno disociativo no remita completamente, sin embargo, la sintomatología puede disminuir al grado de que ya no impacte de forma negativa en la calidad de vida del paciente.

El método para determinar de forma objetiva la eficacia de un tratamiento o intervención terapéutica es evaluando los cambios que puedan presentarse en la gravedad de los síntomas, para lo cual existen escalas de evaluación específicas para los trastornos disociativos.

Algunos de los instrumentos descritos en el apartado anterior pueden ser útiles para evaluar la gravedad sintomática del trastorno disociativo. Ejemplo de lo anterior son los instrumentos DES, DIS-Q y el QED. Estos 3 instrumentos, además de contar con una valoración en formato tipo Likert, están estructurados en diferentes dimensiones, cada una de las cuales cuenta con su propia calificación de acuerdo a la sumatoria de los ítems específicos que la conforman y pueden ser indicadores confiables de la gravedad del trastorno disociativo al momento de su aplicación.

No obstante, existen otros instrumentos que debido a su extensión u objetivo original

de su creación no pueden ser considerados directamente como instrumentos de cribado. Estos instrumentos, originalmente diseñados para valorar gravedad sintomática específica, posteriormente pudieron haber sido sometidos a diferentes análisis (p. ej., capacidad discriminante, obtención de puntos de corte, etc.) para entonces, además de evaluar gravedad sintomática fueran útiles en el cribado de los trastornos disociativos.

El presente apartado hace una breve descripción de los principales instrumentos diseñados para evaluar la gravedad sintomática de los trastornos disociativos, alteraciones asociadas o síntomas específicos de los trastornos.

6.3.1. Instrumentos para evaluación en adultos

- *Cuestionario de Disociación Somatoforme (SDQ-20 y SDQ-5, Somatoform Dissociation Questionnaire)*

Desarrollado en 1996 con el objetivo de evaluar manifestaciones somatomorfas de la disociación centrándose en la gravedad de estas. La versión de 20 ítems consiste en un instrumento que evalúa visión de túnel, distanciamiento visual, sensación de adormecimiento, ceguera psicógena, dificultad urinaria, insensibilidad al dolor, parálisis psicógena, pseudo-convulsiones, cambios en la percepción sonora, entre otros, los cuales se consideran indicaciones características de la disociación patológica. La calificación del instrumento es en una escala tipo Likert, cuyas puntuación total va de 20 a 100 puntos.

El SDQ-20 ha mostrado una adecuada consistencia interna, con valores alfa de 0.95 y una alta correlación con del DIS-Q (r=0.76) y la DES (r= 0.85) (Nijenhuis *et al*., 1996). Además, mostró una adecuada validez de contructo. Existe una versión del SDQ-20 en Suecia, Brasil, Alemania y República Checa. Cada una de estas versiones mostró adecuados valores clinimétricos en la población estudiada. Posteriormente, y a partir del SDQ-20, surgió el SDQ-5, que fue desarrollado solo como instrumento de cribado para trastornos disociativos. Se seleccionaron los 5 ítems del SDQ-20 que tuvieran el mayor valor discriminativo.

- *Inventario Multidimensional de la Disociación (MID, Multidimensional Inventory of Dissociation)*

El MID fue desarrollado en el 2006 como un instrumento diagnóstico de autoaplicación dirigido a evaluar diversos fenómenos disociativos. El MID consta de 218 ítems, de los cuales 50 son ítems de validez que evalúan el dominio fenomenológico de la disociación patológica y establece el diagnostico de trastornos disociativos. El inventario evalúa 14 dimensiones o facetas principales de la disociación patológica y tiene 23 subescalas

diagnósticas que, de forma simultánea, conceptualizan el dominio subjetivo/fenomenológico de la disociación patológica y los probables síntomas disociativos de un trastorno de identidad disociativo. En este sentido, al MID tiene la ventaja de cubrir un espectro más amplio de la sintomatología disociativa en contraste con otras escalas existentes.

El tiempo promedio de aplicación varía de 30 a 90 minutos. El formato de calificación de los ítems se realiza con una escala de frecuencia de presentación tipo Likert de 11 puntos ("nunca" hasta "siempre") y para la obtención de las calificaciones globales de las dimensiones se requiere adquirir un programa informático específicamente diseñado para este propósito, mediante contacto con el autor o en la página web www.isstd.org. El MID es un instrumento creado para su uso en la investigación clínica y para la evaluación diagnóstica de pacientes que reportan síntomas mixtos de disociación, estrés postraumático y de trastorno límite.

En cuanto a sus propiedades clinimétricas, el MID ha mostrado una adecuada validez convergente al ser contrastada con otros instrumentos previamente validados, así como una muy buena capacidad predictiva (0.90) para la presencia de trastornos disociativos. El instrumento ha sido probado en población clínica y no-clínica Hebrea mostrando una fuerte consistencia interna (>0.80), adecuada estabilidad temporal y validez convergente, discriminante y de constructo.

- *Inventario Multiescala de Disociación (MDI, Multiscale Dissociation Inventory)*

Este inventario fue desarrollado en el año 2002, con el objetivo de mostrar que la disociación no es un rasgo general unitario y que en realidad la disociación representa una variedad de síntomas que son fenomenológicamente diferentes entre sí y que su relación se establece a partir de un fundamento exclusivamente teórico.

El inventario está compuesto por 30 ítems que se califican en un formato tipo Likert de 5 puntos (1=nunca a 5=muy a menudo) y cuyo tiempo de aplicación varía de 5 a 10 minutos. El análisis de componentes principales de los ítems del MDI mostró la presencia de 6 subescalas: desvinculación, despersonalización, desrealización, constricción emocional, trastornos de la memoria y disociación de la identidad. Cada una de las subescalas mostró excelentes coeficientes alfa de consistencia interna (>0.80) manteniendo sus adecuadas propiedades clinimétricas en poblaciones clínicas y no-clínicas. Sus creadores reportan, a su vez, una adecuada validez convergente del MDI en relación con la DES.

Adicionalmente, se obtuvo el punto de corte del instrumento y se reportó una calificación de 15 puntos para la identificación de personas con trastorno de identidad disociativo, con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 93% (Chu, 2005). Dentro de las principales desventajas del instrumento es que no puede ser empleado de forma gratuita y que existen muy pocos estudios de su uso y propiedades psicométricas.

- *Escala de Estado de Disociación (SSD, State Scale of Dissociation)*

Aun cuando se ha descrito que con cierta frecuencia, los fenómenos disociativos son estados mentales transitorios, los instrumentos hasta ahora existentes están diseñados para medir rasgos más perdurables. La escala SSD, diseñada en el 2002, a diferencia de otros instrumentos, brinda la posibilidad de evaluar el cambio de los síntomas a lo largo del tiempo de una forma sensible y objetiva.

La escala consta de 56 ítems, que se agrupan en 7 dimensiones a evaluar: desrealización, despersonalización, confusión de la identidad, alteración de la identidad, conversión, amnesia e hiperamnesia. Es un instrumento autoaplicable, en donde cada ítem se responde en una escala de 10 puntos de intensidad (nada a mucho).

En el estudio de validación del instrumento, este mostró poseer adecuadas propiedades de validez (discriminante, de contenido, convergente y de constructo) y confiabilidad (consistencia interna). Hasta el momento, su uso en la investigación clínica ha sido limitado así como informes de estandarización en otras poblaciones.

Hasta este punto, podemos concluir que son diversas las escalas empleadas para la valoración de la gravedad del cuadro disociativo y que diversos instrumentos que evalúan la gravedad también son empleados como instrumentos de cribado para la presencia de un diagnóstico de trastorno disociativo, siendo el más empleado en la literatura científica internacional la Escala de Experiencias Disociativas (DES).

Además de estos instrumentos, existen otros instrumentos que se han diseñado con el objetivo de evaluar áreas específicas de la disociación, en particular, la despersonalización y la desrealización, instrumentos de los cuales haremos una breve descripción a continuación.

Una de las primeras escalas creada para la valoración específica de la despersonalización fue la Escala de Despersonalización de Jacobs y Bovasso (1992), compuesta por 32 ítems de autoaplicación: 12 ítems provenientes del Cuestionario de Despersonalización de Dixon, constituido por ítems de autoinforme, calificados en una escala de 10 puntos y 20 ítems, que evalúan las principales experiencias de despersonalización descritas en la literatura, su incidencia y su prevalencia.

La Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS, *The Cambridge Depersonalization Scale*) también es un instrumento autoaplicable de 28 ítems que evalúa la frecuencia y duración de los síntomas de despersonalización en los últimos 6 meses. En el estudio original de validación, esta escala mostró una adecuada validez discriminante al poder diferencias a los pacientes con un trastorno de despersonalización de aquellos con un trastorno de ansiedad y epilepsia del lóbulo temporal. Además, mostró una buena validez convergente al mostrar altas correlaciones con la subescala de despersonalización de la DES (r=0,80) y una alta confiabilidad con alfa de Cronbach de 0,89. El instrumento ha sido traducido y validado en español y alemán.

El Inventario de Despersonalización-Desrealización es un instrumento de autoaplicación de 28 ítems que fue creado para evaluar la despersonalización-desrealización en pacientes con trastornos de ansiedad, y que fue validado en una

muestra de pacientes con trastorno de pánico.

Otra escala que evalúa la despersonalización es la Escala Fewtrell de Despersonalización (FDS, *Fewtrell Depersonalisation Scale*), la cual consta de 35 ítems de autoaplicación calificado en una escala Likert de 5 puntos, dirigida a evaluar 4 áreas principales presentes en el último mes: Desrealización, despersonalización, desomatización y desafectivización. El instrumento ha mostrado altas correlaciones con la DES y sus subescalas haciéndola una escala válida para su uso.

Hasta la presente revisión, el único instrumento aplicado por el clínico con entrenamiento en los síntomas y manifestaciones de la despersonalización es la Escala de Gravedad de la Despersonalización (DSS, *Depersonalization Severity Scale*) la cual fue desarrollada para su aplicación específica en el trastorno por despersonalización y trastornos relacionados con experiencias traumáticas. El entrevistador evalúa cada ítem en una escala Likert de 4 puntos (0= no, 1= leve, 2= moderado, 3= grave) con base en la combinación de la frecuencia de presentación de la experiencia y su intensidad. Esta escala presentó una adecuada confiabilidad interevaluador, así como una fuerte validez convergente.

6.3.2. Instrumentos para evaluación en adolescentes

La evaluación de los trastornos disociativos en la adolescencia incluye una serie de retos adicionales para la clinimetría, ya que la comunicación, lenguaje, desarrollo cognitivo y emocional es diferente de los adultos.

Muchos de los instrumentos previamente mencionados en el apartado anterior han sido utilizados para valorar la disociación en la adolescencia. No obstante, el presente apartado únicamente hará referencia a aquellos instrumentos que fueron específicamente diseñados para su uso en la adolescencia o incluso en etapas anteriores (niñez).

En cuanto al uso de entrevistas estructuradas hasta el momento no existe ninguna entrevista validada dirigida específicamente a la evaluación de los trastornos disociativos en adolescentes. Sin embargo, la SCID-D ha sido utilizada de forma exitosa para establecer el diagnóstico en aquellos adolescentes que tienen la capacidad de poner atención y que tienen un funcionamiento cognitivo promedio o superior.

- *Lista de Verificación de Disociación para Niños (CDC, Child Dissociation Checklist)*

Este es un instrumento de cribado constituido por 20 ítems que deben ser contestados por los padres, maestros o cuidadores del niño/adolescente. Cada ítem describe un comportamiento específico y el cuidador lo contesta de acuerdo a la presencia de este comportamiento en el niño/adolescente en los últimos 12 meses. Se da la puntuación 2

cuando el comportamiento descrito es *muy cierto* para el niño evaluado (se presenta continuamente), 1 cuando se presenta *en ocasiones* o *a veces es cierto* y 0 cuando *no es cierto* o es *falso* (no se presenta el comportamiento) (Putnam *et al*., 1993).

Esta escala mostró una alta validez discriminante entre niños(as) control, niñas abusadas sexualmente, niños (as) con el diagnóstico clínico de trastorno disociativo no especificado y niños (as) con trastorno múltiple de la personalidad (Putnam *et al*., 1993). En estudios posteriores, la CDC tuvo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach 0,86) y mostró una adecuada validez convergente al presentar correlaciones con dos instrumentos clínicos de evaluación de la disociación (Putnam y Peterson, 1994). La CDC ha sido validada en países como Turquía, Italia y Puerto Rico y en otros estudios a nivel internacional ha mostrado ser útil como un instrumento de cribado de trastornos disociativos en niños y adolescentes.

- *Escala de Experiencias Disociativasen el Adolescente (A-DES, Adolescent Dissociative Experiences Scale)*

Es una medición diseñada específicamente para adolescentes entre 12 y 18 años de edad. Esta escala está conformada por 30 ítems de autoaplicación, los cuales están redactados para un nivel mínimo de 5 años de escolaridad. El adolescente debe contestar cada ítem en un formato tipo Likert de 11 niveles de puntuación (0=nunca a 10=siempre).

Los ítems se agrupan en 4 subescalas las cuales reflejan las principales dimensiones de la disociación: 1) amnesia disociativa (por ej., "He llevado exámenes o tareas que no recuerdo haber hecho"), 2) absorción e involucramiento imaginativo (por ej., "me involucro tanto en lo que estoy viendo en la televisión, en lo que leo o jugando video juegos que no tengo ni idea de lo que pasa a mi alrededor"), 3) influencia pasiva (p. ej., "puedo hacer algo realmente bien una vez, luego no puedo hacerlo en otra ocasión") y 4) despersonalización y desrealización (p. ej., "Tengo sentimientos muy fuertes que no parece como si fueran míos"). No obstante, algunos estudios muestran que la A-DES en realidad comprende un solo factor ya que las subescalas están altamente relacionadas.

Además de ser, al igual que la DES en adultos, la escala de mayor utilización para la valoración de la disociación en los adolescentes, la A-DES ha mostrado muy buena consistencia interna, confiabilidad *test-retest* y validez en diferentes poblaciones como Reino Unido, Francia, Turquía, Estados Unidos, Japón, República Checa, Alemania, Finlandia, Corea y Suecia.

- *Inventario Multidimensional de Disociación para Adolescentes (a-MID, Adolescent Multidimensional Inventory of Dissociation)*

Existe una versión para adolescentes del Inventario Multidimensional de Disociación, el

cual tiene algunos estudios que han informado de su adecuada validez y confiabilidad en Estados Unidos y Bélgica.

Mediante el uso de este instrumento se reporta que los síntomas de adolescentes con trastornos disociativos son muy similares a los observados en los adultos con estos padecimientos, por lo que incluso el uso del MID o el A-MID puede ser indistinto.

6.3.3. Ventajas y desventajas de las medidas de gravedad

Una de las principales ventajas de las medidas de gravedad de los trastornos disociativos es que brindan un panorama dimensional del cuadro clínico que presenta la persona que lo padece, alejando la visión categórica reduccionista asociada a la presencia o ausencia exclusiva de un diagnóstico.

El conocer la gravedad de la sintomatología de los trastornos disociativos es uno de los pilares para el establecimiento de las necesidades específicas de tratamiento que requiera el paciente, así como del impacto que estos síntomas tienen sobre su funcionamiento y calidad vida. Incluso la eficacia de los tratamiento existentes solo para estos trastornos solo puede ser determinada de forma objetiva mediante la evaluación de la gravedad y su esperada reducción post-tratamiento.

Una de las principales desventajas es que la mayoría de los instrumentos que evalúan la gravedad de los síntomas disociativos son autoaplicables.

Para los investigadores de la salud, los instrumentos autoaplicables tienen diversas ventajas. Dada la sobrecarga existente en los servicios de atención a la salud, el uso de estos instrumentos reduce los tiempos de aplicación al no requerir de un entrevistador calificado para su aplicación. Secundario a esta ventaja, es posible aplicar estos instrumentos a un mayor número de sujetos permitiendo comparar resultados entre grupos y en diferentes momentos en el tiempo. Además, también tiene ventajas para el paciente que los contesta, ya que les brinda la oportunidad de reconsiderar sus respuestas, las cuales no se verán influenciadas por las acciones propias del entrevistador.

Las principales desventajas también están en relación con el formato de autoaplicación. Dado que es el paciente el que contesta el cuestionario, es común que sus respuestas estén dirigidas a lo que el paciente considera socialmente aceptable o que, al no tener conciencia de enfermedad, el paciente le reste importancia a los síntomas evaluados mediante estos instrumentos.

En el caso particular de los adolescentes, aun cuando se ha descrito que sus síntomas pueden ser muy similares a los reportados por un adulto, no debe dejarse de lado que esta es la etapa del ciclo vital en la que se consolida la identidad de la persona, por lo que los síntomas de los trastornos disociativos pueden presentarse de forma comórbida con otras condiciones clínicas que también deben ser valoradas de forma conjunta.

Finalmente, y a manera de conclusión, el diseño y uso de instrumentos diagnósticos

y de evaluación de la gravedad sintomática en los trastornos disociativos, requiere de un análisis objetivo y supervisión continua dirigidos a los siguientes puntos:

1. Conocer los principales instrumentos existentes en la literatura científica internacional y los avances en del desarrollo de nuevos instrumentos.
2. Al elegir un instrumento diagnóstico o de evaluación de gravedad sintomática, el clínico y/o el investigador deben cuidar que el instrumento seleccionado sea el más adecuado para el cumplimiento de sus objetivos.
3. Conocer las características y formas de aplicación del instrumento para evitar sesgos y eliminar fuentes de error debido a un inadecuado entendimiento de las instrucciones o falta de entrenamiento clínico para su aplicación.
4. Para los instrumentos que requieran ser aplicados por un clínico, evitar contaminar las respuestas con juicios clínicos prematuros.
5. Para los instrumentos de autoaplicación, brindar instrucciones claras y pertinentes a los entrevistados y corroborar que hayan sido entendidas las instrucciones, haciendo hincapié en la importancia de su participación y correcto llenado del instrumento.

7

Tratamiento de los trastornos disociativos

Así como la conceptualización de la disociación, su tratamiento ha tenido también una evolución histórica. La primera generación de tratamientos para la disociación estuvo basada en el modelo psicoanalítico, en técnicas básicamente catárticas. Posteriormente, se aunaron algunas dirigidas al desarrollo de habilidades para enfrentar la reexperimentación de los eventos traumáticos relacionados con la disociación; se pensaba que, de esta manera, los pacientes podrían manejar de mejor manera el recuerdo de tales situaciones. Sin embargo, cuando surgió la crítica en torno a la posibilidad de "falsear" recuerdos de eventos traumáticos vinculados a la génesis de los trastornos disociativos (como el abuso sexual infantil), las intervenciones terapéuticas comenzaron a dirigirse más bien al tratamiento de la variedad de síntomas y discapacidades asociadas con los mismos. En este capítulo, el lector encontrará una breve descripción de estos tratamientos; ahondaremos en las intervenciones y técnicas específicas que han demostrado científicamente su utilidad, específicamente aquellas emanadas desde la perspectiva cognitivo conductual. Estas técnicas serán retomadas en el siguiente capítulo, que presenta una propuesta de protocolo específico de intervención psicológica para estos pacientes.

7.1. Tratamiento integral y basado en evidencia

De acuerdo con Chu (2011), la evolución del modelo de tratamiento actual de los trastornos disociativos puede dividirse en tres fases o generaciones de intervenciones. La primera generación (de principios a mediados de los 80) obedece a la comprensión de los clínicos acerca de la estrecha relación entre el trauma infantil y la expresión de psicopatología en la vida adulta, incluidos los trastornos postraumáticos y los disociativos. En este momento, se consideraba que el componente terapéutico principal de la intervención era la expresión de las experiencias traumáticas desde las iniciales del tratamiento; que esto ayudaría a trabajar sobre estas experiencias y a reintegrar las partes divididas del *self*. El modelo de intervención era congruente con la propuesta psicoanalítica y con informes de efectos positivos de alivio tras la catarsis de adultos con

trastorno por estrés postraumático y estrés agudo por combate.

Sin embargo, en muchos de los casos esta técnica no resultó efectiva e incluso acarreaba dificultades importantes para manejar los "recuerdos" de las experiencias traumáticas y sus consecuencias; algunos de los pacientes, lejos de ser beneficiados al verbalizar el trauma, resultaban más sintomáticos. Quedó claro entonces que los pacientes que experimentaban trauma, no solo desarrollaban síntomas de estrés postraumático y disociativos, también tenían déficits importantes en habilidades tan básicas, como el desarrollo de confianza y capacidad relacional, toleración a la frustración, control de impulsos y autoeficacia percibida; con lo que al sentirse abrumados ante los recuerdos traumáticos, muchos pacientes se aislaban y presentaban conductas muy dañinas tales como autolesiones y abuso de sustancias (Chu, 2011).

Así, de finales de los 80 a principios de los 90, la segunda generación de tratamientos para los trastornos disociativos se caracterizó por incluir fases previas a la catarsis, en donde se desarrollaban habilidades básicas de enfrentamiento, se estabilizaban los síntomas, se incrementaba la tolerancia a la frustración y se mejoraban las capacidades de relación interpersonal antes de iniciar con la reexperimentación del trauma para su ulterior elaboración y superación. Evidentemente, estos tratamientos resultaban mucho más prolongados, pues no era hasta que el paciente se encontraba preparado para, que se iniciaba el proceso catártico (Chu, 2011).

La tercera generación de tratamiento para del trastorno postraumático completo y los trastornos disociativos, de finales de los 90 a la fecha, fue producto de controversia que suscitaron los hallazgos en torno a la probable falsificación de algunos de los recuerdos traumáticos –o incluso todos–. Así, aunque los clínicos deben llevar a cabo una evaluación directa de las experiencias traumáticas claramente vinculadas a los trastornos postraumáticos y disociativos, es necesario tener especial cuidado de reducir la posibilidad de sugestión. En tanto que este tipo de pacientes son especialmente susceptibles a la sugestión (e hipnosis), la evaluación de los eventos traumáticos se ha venido sofisticando, tanto como el proceso de diagnóstico diferencial; y el tratamiento de tercera generación se orienta más bien a los síntomas y las discapacidades de cada paciente en particular (Chu, 2011). Desde esta perspectiva, la intervención tendría que ser una integral y basado en evidencia científica (o que ha producido cambios terapéuticos en estudios controlados).

7.1.1. Medicación adyuvante

La psicoterapia es la pieza angular del tratamiento de los trastornos disociativos, aunque algunos pacientes pueden tener beneficios al adicionar manejo farmacológico para determinados síntomas (por ejemplo, el insomnio, la inestabilidad afectiva y las intrusiones postraumáticas en el caso del trastorno de identidad disociativo).

En el capítulo de esta obra dedicado a la etiología de los trastornos disociativos se ha

señalado que existe cierta evidencia de asociación de determinados neurotransmisores y alteraciones enzimáticas con la aparición de síntomas disociativos y con la vulnerabilidad al trauma. Sin embargo, son pocos los estudios dedicados específicamente a la evaluación de intervenciones farmacológicas en pacientes con trastornos disociativos. Además, los estudios al respecto son controversiales en relación con la efectividad de los medicamentos. Así, por ejemplo, en el trastorno por despersonalización, los ensayos clínicos con fluoxetiva y lamotrigina demostraron que estos fármacos no tienen efectos benéficos (Sierra, Phillips, Ivin *et al*., 2003; Simeón, Guralnik, Schmeidler y Knutelska, 2004); mientras que un estudio abierto (con tan solo 14 pacientes) se documentó que la naloxoma (en un promedio de 120 mg al día) reduce los síntomas de despesonalización hasta en un 30% (Simeon, Knitelska, 2005).

En relación con los síntomas disociativos relacionados con trastornos mentales subyacentes o circunstancias vitales específicas (por ejemplo, la disociación relacionada con trastorno por estrés postraumático) existe más espacio para tratamiento farmacológico; pues estos síntomas disociativos pueden aliviarse *indirectamente* mediante medicación para el tratamiento de la depresión y la ansiedad (por ejemplo, inhibidores selectivos de recaptura de serotonina como la paroxetina, ≤60 mg al día) (Marshall, Lewis-Fernández, Blasco *et al*., 2007).

7.1.2. Psicoterapia

La psicoterapia se considera el tratamiento de primera mano de los trastornos disociativos. Se han generado guías de tratamiento específico desde diferentes perspectivas teórico prácticas de la psicología. En todos se coincide en la importancia crucial de la formación de una adecuada relación terapéutica, observando al menos los siguientes aspectos (Middleton, 2005):

1. *Nunca trabajar más duramente que el propio paciente*, pues poco o nada podrá hacerse a menos que el paciente participe activamente y esté dispuesto a tolerar el dolor que implica el crecimiento personal. Es necesario trabajar por fases de tratamiento, así como establecer metas terapéuticas realistas.
2. *Estar del lado de aquel que se está tratando*, pues un paciente con síntomas o trastornos disociativos posee, frecuentemente, una vida llena de sufrimiento por abuso o negligencia, y solo cuentan con sus propias circunstancias, talentos y oportunidades para lograr la restitución que requieren.
3. *Trabajar en la alianza terapéutica, la empatía y el establecimiento de límites claros*, pues para poder superar el abuso y negligencia requieren relacionarse con seres humanos de forma segura.
4. *Fomentar la responsabilidad personal del paciente y evitación del papel de rescatador por parte del terapeuta*, con base en la ley de las consecuencias

aplicada de manera no inquisitiva.

Uno de los programas de intervención para el trastorno de identidad disociativo, que constituye la Guía de la Sociedad Internacional para el estudio de la Disociación (*International Society for Study of Dissociation*, 2005), plantea como objetivo central del tratamiento la integración del funcionamiento, entendiendo "integración" como el trabajo conjunto de todas las formas de procesos mentales disociados. La fusión o integración final será cuando el paciente logre la experiencia subjetiva de un *"self"* unificado. Se considera que una fusión o integración estable puede lograrse después de 27 meses de tratamiento, cuando ya no existe evidencia de una identidad alterna.
Las 3 fases de este tratamiento incluyen:

1. *Seguridad, para la estabilización y reducción de síntomas*. En esta fase se hace hincapié en la alianza terapéutica, en la educación al paciente acerca de sus dificultades y del proceso; y en las conductas autodestructivas, que habrán de abordarse para garantizar, en la medida de lo posible, la seguridad del paciente. Esto último puede hacerse con base en contratos o acuerdos de seguridad con la identidad alterna del paciente, a fin de proveer de una estructura para el paciente que le permita cesar conductas no seguras, como los intentos de suicidio o de automutilación. Sin embargo, en el caso de que exista riesgo suicida, el clínico deberá insistir en métodos alternativos de tratamiento más restrictivos aunque el paciente insista en la validez de este contracto.

   En relación con la estabilización y reducción de síntomas, implica concentrarse en este objetivo y no en la exploración de los recuerdos traumáticos, orientándose al desarrollo de seguridad personal y ambiental, a la modulación de los niveles de activación psicofisiológica, al incremento de la tolerancia afectiva y del control de impulsos, al control de la sintomatología postraumática y disociativa, al diagnóstico y estabilización de los trastornos comórbidos, y a mejorar el funcionamiento cotidiano y la capacidad para establecer relaciones de mutuo apoyo. Para ello, pueden requerirse una variedad de intervenciones y estrategias psicoterapéuticas sobre dificultades relacionadas con el trauma. Generalmente, se incluyen la psicoeducación acerca del trastorno, técnicas para mejorar la comunicación interna y la consciencia de las identidades alternas, así como para hablar y contener sus síntomas.
2. *Trabajo directo y a profundidad con los recuerdos traumáticos*, lo que involucra el recuerdo, la tolerancia y la integración de los eventos pasados. El paciente y el terapeuta pueden seleccionar trabajar con los recuerdos que emergen espontáneamente en la sesión, asumiendo que este es el momento adecuado para hacerlo. Los diferentes elementos del recuerdo traumático que

van emergiendo deben explorarse en lugar de redisociarse o contenerse rápidamente. Así, con el tiempo, el material se transforma de un recuerdo traumático a lo que generalmente se denomina como memoria narrativa. El trabajo activo con los recuerdos traumáticos terminará por lograr unificar los aspectos disociados de la experiencia traumática hasta el punto en que puedan ser reconstruidos. Las visiones no realistas del paciente en el momento del trauma podrán entonces modificarse con base en la comprensión adulta de lo ocurrido. Esto permitirá también trabajar con las relaciones ambivalentes y conflictivas con las personas significativas que están incluidas en el recuerdo traumático, así como ganar sensación de control sobre la experiencia y las reacciones ante la misma.

3. *Integración de la identidad y rehabilitación* , a fin de lograr que el paciente alcance un sentido más sólido y estable acerca que quién es y cómo se relaciona con los demás y con el mundo externo. El paciente continuará fusionando las identidades alternas y mejorando su funcionamiento de manera más unificada. También requerirá revisar la historia de trauma desde esta nueva perspectiva unificada. Conforme el paciente se encuentra menos fragmentado desarrollará una mayor sensación de calma, resiliencia y paz interna; adquirirá un sentido más coherente de su historia pasada y enfrentará de forma más efectiva pos problemas del presente. El enfoque de trabajo cambia nuevamente, esta vez del pasado traumático hacia una vida mejor en el presente. Muchas de las tareas en esta última fase de tratamiento serán similares a aquellas para tratar a pacientes no traumatizados que funcionan adecuadamente, pero que experimental problemas emocionales, sociales o vocacionales. De cualquier manera, se requerirá de consejería especial acerca de cómo lidiar con los problemas de una manera no disociada, tolerando el estrés de la vida diaria, las emociones negativas y las decepciones que ocurren rutinariamente como parte de la existencia humana.

7.2. Técnicas y programas cognitivo-conductuales

Es claro que la larga historia de tratamiento para los trastornos disociativos se han basado en la noción de su relación con eventos traumáticos que impiden la integración de la experiencia como un todo unificado; y existe evidencia suficiente en relación con el despliegue de muy disfuncionales cogniciones, afectos y conductas ante la adversidad extrema. Herman (1992, pág. 33) lo describe muy bien en su texto dedicado al trauma y su recuperación:

> El trauma psicológico es una aflicción de los sin poder. En el momento del trauma, la víctima se vuelve impotente ante una abrumadora fuerza. Cuando la fuerza es de la naturaleza se

> habla de desastres. Cuando la fuerza es de otro ser humano se habla de atrocidades. Los eventos traumáticos abruman los sistemas ordinarios de cuidado que dan a la gente una sensación de control, conexión y significado… Los eventos traumáticos son extraordinarios, no porque ocurren rara vez, sino más bien porque abruman las adaptaciones humanas comunes a la vida… Enfrentan a los seres humanos con las extremidades de la impotencia y el terror, y evocan las respuestas de la catástrofe.

Así, los clínicos entrenados entienden que tienen enfrente de sí mismos a una persona que ha experimentado una fuerte sensación de impotencia, que muy probablemente ha transformado su forma de percibirse a sí mismo (en relación con sus propias capacidades para la supervivencia) y de percibir al mundo (como uno riesgoso e impredecible). Ante tal experiencia de "pérdida de poder", será especialmente importante un ambiente terapéutico seguro para el paciente. La relación terapéutica habrá de posibilitar la expresión de historias francamente dolorosas, con lo que es necesario hacer énfasis en su desarrollo y priorizar su mantenimiento a lo largo del proceso de tratamiento.

7.2.1. Técnicas para la superación del trauma

La teoría cognitivo-conductual ha redituado en programas de intervención con técnicas específicas que han resultado efectivas para reducir los síntomas asociados con el trauma, incluidos los disociativos.

Sin embargo, existen pocos tratamientos específicos para la disociación. Entre las técnicas que se han sugerido para síntomas particulares destacan, para el caso de la despersonalización: que el paciente haga contacto físico con alguien de su contexto inmediato, se concentre en una actividad como leer, conversar o ejercitarse, recordar eventos positivos o visualizar un lugar seguro (*Harvard Medical School*, 2005).

La integración cognitivo conductual ha sido propuesta con base en la idea de que el desapego de sí mismo genera ansiedad y refuerza los comportamientos dirigidos a evitar estos estados internos y los eventos que los disparan (McDonald, 2008). Así, muchas de las técnicas que han demostrado utilidad para el tratamiento de la disociación se han empleado exitosamente de tiempo atrás en el manejo de los trastornos de ansiedad. Tal es el caso del entrenamiento en respiración profunda y diferentes formas de exposición para reexperimentar eventos traumáticos modificando la reacción ante los mismos, como la imaginación guiada o la desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, EMDR) (Cohen, 2009). Estas terapias pueden complementarse con reestructuración cognitiva, que se dirige generalmente a modificar los pensamientos de autocrítica constante en torno a haber podido hacer algo para evitar y/o ser culpable de la situación traumática (Middleton, 2005) y/o a la reinterpretación de los síntomas de manera no amenazante para reducir la evitación (Hunter, Baker, Phillips, Sierra y David, 2005).

La intervención cognitivo conductual ha demostrado utilidad para el tratamiento de este trastorno disociativo (21 pacientes), específicamente para reducir la evitación, las conductas de seguridad, el monitoreo de síntomas, los síntomas disociativos y la depresión, ansiedad y disfunción general que les acompaña (Hunter, Phillips, Chander el al, 2003). Generalmente, el tratamiento es individual y a largo plazo, enfocándose primero en lograr que el paciente se sienta seguro y apoyado. La posición empática sugerida en torno a la disociación es conceptualizarle como una reacción inevitable a una situación intolerable que actualmente ya no es saludable. El terapeuta intenta ayudar al paciente a transformar las experiencias disociativas en memorias organizadas de una historia única y congruente de un solo individuo. Se motiva al paciente a revisar su historia sin terror, vergüenza o culpa de modo que las experiencias traumáticas no dominen más su vida.

Recientemente se ha sugerido que la implementación de estrategias de atención plena o *mindfulness* puede ser de utilidad en el tratamiento de la disociación, sobre todo de la peritraumática; siempre y cuando los problemas tempranos de procesamiento de información sensorial resulten en problemas de vinculación sensorial (Wing, 2008). Así, el tratamiento cognitivo conductual podría considerarse uno multicomponentes, de acuerdo con las necesidades de cada paciente en particular. El protocolo de intervención psicológica que se presenta y ejemplifica en esta obra es un ejemplo de este tipo de tratamientos.

7.2.2. Programa de tratamiento

Hunter, Phillips, Chalder, Sierra y David (2003) proponen, con base en su modelo cognitivo conductual del *trastorno por despersonalización /desrealización* –basado en modelos de conceptualización cognitivo– conductual de los trastornos de ansiedad, y expuesto ya en capítulos previos de esta obra– que la intervención se dirija primero a los factores que mantienen el trastorno, para después abordar aquellos que lo predisponen y precipitan. El programa de tratamiento que sugieren contempla las siguientes fases e intervenciones:

1. *Psicoeducación y normalización*, en donde se motiva al paciente a comprender sus síntomas y el tratamiento desde la perspectiva cognitivo-conductual. La información acerca de su problema como un trastorno conocido, de la disociación como un método para enfrentar emociones abrumadoras, y de la alta frecuencia de síntomas disociativos en la población general, tiende a generar alivio en el paciente.
2. *Llevar un diario*, para que el paciente pueda percatarse de la variabilidad vs. constancia de sus síntomas, sobre todo ante la presencia de determinadas conductas y pensamientos. Esto incrementa la sensación de control del

problema y modifica la creencia ansiogénica en un daño neurológico permanente.

3. *Reducción de la evitación*, por medio de intervenciones conductuales basadas en la exposición gradual a situaciones sociales que incrementan la ansiedad (como la socialización y los lugares públicos) y la prevención de conductas de seguridad (como mantener una misma expresión, hacer poco contacto visual y tratar de decir "lo correcto").
4. *Reducir la atención selectiva*, por medio de técnica de redireccionamiento a objetos, palabras, auto instrucciones o imágenes útiles para incrementar el contacto con el ambiente inmediato en lugar de enfocarse en los síntomas del trastorno.
5. *Modificación de creencias catastróficas*, con base en técnicas cognitivas tales como el registro de pensamientos (para identificar los pensamientos automáticos negativos específicamente relacionados con la ansiedad ante determinadas situaciones), la prueba de realidad de esos pensamientos (por medio de experimentos conductuales o con base en el análisis de episodios anteriores en los que las creencias catastróficas no se cumplieron) y entonces la generación de pensamientos más balanceados.
6. *Intervenciones fisiológicas*, como el entrenamiento en relajación diafragmática basado en la educación sobre el papel de la hiperventilación en la ansiedad y el pánico, así como higiene del dormir, ejercicio y dieta balanceada, sobre todo en pacientes que reportan que la fatiga puede disparar o empeorar los síntomas disociativos.

Este programa de tratamiento resultó efectivo en la evaluación que hicieron sus autores en el Instituto de Psiquiatría de Londres, para reducir la gravedad de los síntomas disociativos, ansiosos y depresivos, así como para aumentar el funcionamiento general de 21 pacientes con trastorno por despersonalización. Al final de la intervención, hasta el 29% de los participantes no cubrieron ya los criterios diagnósticos para el trastorno; y los beneficios logrados en todos los pacientes se conservaron en el seguimiento a 6 meses (Hunter, Baker, Phillips, Sierra, David, 2005).

Parte III
Protocolo de tratamiento psicológico

8

Fundamentación teórica y desarrollo de la intervención

Los síntomas y trastornos disociativos constituyen una compleja, desconcertante y a la vez apasionante ventana al funcionamiento mental de los seres humanos, razón por la cual se asume que una aproximación ecléctica es la mejor forma de entender e intervenir eficientemente. El protocolo descrito en este capítulo es fruto de una larga experiencia de 10 años de trabajo con niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, personas cuya historia de vida ha sido marcada por la violencia y el desamparo. La modalidad de tratamiento más eficaz se ha formulado con base en práctica clínica supervisada, investigación aplicada, intervención cognitivo conductual, experiencia docente, así como reflexión y documentación constante. El modelo de intervención está basado en la atención del síndrome de estrés postraumático complejo, así como en las formulaciones teóricas que mejoran su compresión, especialmente las del desarrollo neurobiológico e impacto de las experiencias traumáticas, teoría de la disociación estructural, sistema de memoria del sí mismo *(self)*, así como la teoría del apego. A lo largo de este capítulo, se expone la fundamentación teórica de la intervención, las técnicas esenciales y el curso terapéutico a seguir, con la franca recomendación de no olvidar que se trata de una guía de referencia que requiere de una sólida formación clínica para su adecuado uso.

8.1. Fundamentación teórica de la intervención

Los síntomas disociativos se consideran experiencias comunes a todos los seres humanos, las cuales ocurren en un continuo y a menudo en forma transitoria ante estados particulares de vulnerabilidad física y/o emocional. Se trata de respuestas defensivas extremas que en el caso de personas gravemente traumatizadas se convierten en patrones crónicos, inconscientes, automáticos e inflexibles de sobrevivencia psíquica. Las experiencias disociativas también se presentan en otros desórdenes, por ejemplo, en trastornos depresivos y de ansiedad, pero a menudo se trata de síntomas menos graves y que suelen disminuir o desaparecer cuando la afectación emocional se resuelve.

De acuerdo con Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006) la disociación, entendida como una falla crónica y amplia en la integración y flexibilidad de los procesos mentales, es el proceso clave en el origen de la reacción postraumática, de tal forma que todo trastorno asociado a trauma involucra siempre un grado de disociación; y, a su vez, los trastornos disociativos, considerados procesos crónicos, suelen tener un origen en experiencias traumáticas, es decir, en recuerdos y vivencias que no han sido integrados en una experiencia coherente y armónica del sí mismo.

Wolf (2013) compendia un conjunto de evidencias en relación al subtipo disociativo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) del DSM-5 (APA, 2013); su trabajo muestra que en el total de personas aquejadas por TEPT, entre un 12 y 32% presentan síntomas disociativos comórbidos: despersonalización, desrealización y amnesia psicógena. La proporción de personas con trastornos disociativos es aún menor, este subgrupo disociativo se caracteriza además por la mayor gravedad de sus experiencias traumáticas y en general de los síntomas derivados; esta evidencia se ha obtenido a partir de amplias muestras transculturales.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un síndrome conformado por 3 bloques de síntomas que surgen después de experimentar uno o más episodios traumáticos: reexperimentación descontrolada e involuntaria, evitación persistente de la evocación traumática y aumento de la activación o estado de alerta (APA, 2013). Si bien esta definición sintetiza la reacción psicobiológica habitual y es de alguna utilidad para la práctica clínica, en realidad simplifica la enorme complejidad del fenómeno. Por ejemplo, el espectro de síntomas se diversifica en función del tipo de experiencia traumática (gravedad, duración, frecuencia, relación con el agresor, etc.); además, la edad de exposición al trauma puede jugar un papel importante en la gravedad de sus consecuencias, pues se sabe que cuando ocurre a edades tempranas compromete el desarrollo neurobiológico y el establecimiento de un vínculo sano (Van der Kolk, Roth, Pelkovitz, Sunday y Spinazzola, 2005).

En el contexto del trauma múltiple, en edades críticas del desarrollo y más aun cuando el agresor es la principal figura de apego –encargada de la satisfacción de necesidades y del desarrollo de la identidad de la persona–, el cuadro adquiere un matiz complejo puesto que los síntomas incluyen reacciones de ansiedad, problemas crónicos de regulación de emociones, dificultades para vincularse, así como síntomas disociativos de gravedad variable. Curtois y Ford (2013) proponen los siguientes grupos sintomáticos principales para el TEPT complejo o trastorno de estrés extremo no especificado (DESNOS):

1. Alteración en la regulación de los impulsos afectivos.
2. Alteraciones de la atención, consciencia, memoria e identidad (disociación).
3. Alteraciones en la autopercepción –construcción de la autoimagen y sentido de valía a partir del trauma–.
4. Alteraciones en la percepción del perpetrador –incorporación del sistema de creencias del agresor–.

5. Alteración crónica en las relaciones interpersonales.
6. Somatización.
7. Alteraciones en el sistema de creencias –asociadas a afectividad negativa y desesperanza–.

Nuestra experiencia de trabajo terapéutico con esta población indica que el cúmulo de síntomas específicos incluye también: reacciones depresivas y ansiosas, baja autoestima, tendencia a la retraumatización y problemas relacionados con la seguridad, conducta impulsiva (autolesiones, consumo de drogas, agresividad, promiscuidad sexual, conducta suicida), problemas para vincularse (evitación de otros, excesiva dependencia, apego desorganizado), problemas de identidad, problemas académicos y/o laborales, problemas cognoscitivos, etc.

Es importante señalar que el conjunto sintomático de las reacciones postraumáticas complejas no se debe exclusivamente a experiencias infantiles, más bien se asocia a vivencias que dañan o destruyen en forma grave a sí mismo, previamente formado (o en proceso de formación) a cualquier edad: creencias, percepciones, recuerdos, ubicación espacio-temporal, integridad física, etc., y colocan en riesgo a la persona de desarrollar síntomas y trastornos disociativos (Van der Hart y Nijenhuis, 2010; Curtois y Ford, 2009). En conclusión, el clínico debe tener en mente que si bien su interés se centra en atender la disociación, a menudo deberá enfrentar perfiles sintomáticos extraordinariamente complejos que suelen ser resultado de experiencias traumáticas no integradas.

8.1.1. Teoría de la disociación estructural

De acuerdo con Nijenhuis, Van der Hart y Steele (2004), la personalidad es un sistema compuesto de varios estados psicobiológicos o subsistemas que funcionan de una manera cohesiva y coordinada. Los autores formulan una división básica de la personalidad en estos términos: 1) aquella que evita un estímulo aversivo, es decir, protege de amenazas; 2) una que promueve la aproximación a estímulos atractivos, es decir, favorece las tareas de aprendizaje y exploración. Por tanto, las dos tendencias de acción básicas son las relacionadas con la defensa y recuperación frente a distintas amenazas, así como las relacionadas a la adaptación a la vida cotidiana. La disociación asociada a trauma consiste en una falla en la cohesión e integración de estos dos subsistemas de la personalidad, cuya descoordinación se manifiesta en dos procesos coexistentes: reexperimentación incontrolada del episodio traumático, así como evitación persistente del recuerdo.

Una de las propuestas esenciales es que la disociación sigue un curso de desorganización particular, no arbitraria, que involucra la coexistencia y alternancia entre la *Parte de la Personalidad Aparentemente Normal* (PPAN) y *Parte Emocional de la Personalidad* (PPE), siendo que ambas partes presentan patrones inflexibles con al

menos una tendencia de acción desadaptativa. Así, las partes disociadas de la personalidad constituyen un todo, son conscientes de sí mismas, es decir, tienen un sentido rudimentario de sí mismo y generalmente son más complejas que un estado psicobiológico único (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006).

La PPAN se concibe como los sistemas de acción que guían actos de la vida cotidiana e incluye tareas como la exploración del ambiente (trabajo y estudio), juego (actividades recreativas o de ocio), administración de la energía (dormir, comer), conducta de apego, reproducción y sexualidad, autocuidado (consciencia de daño potencial), cuidado (especialmente de los hijos) y en general, aproximación a estímulos atractivos (gratificación). En tanto, la PPE se concibe como un conjunto de sistemas activados ante amenazas potenciales y/o ante el riesgo de la pérdida del vínculo; se compone de emociones vehementes, sobrecogedoras y desadaptativas (Van der Kolky Van der Hart, 1989), por lo que su expresión es disfuncional y suele asociarse con malestar y disfunción crecientes (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006).

De acuerdo con Nijenhuis, Van der Hart y Steele (2004), la clasificación de los tipos de disociación es la siguiente:

1. *Disociación estructural PRIMARIA*. Es la forma más simple e involucra a una PPAN y una PPE, siendo que esta última se encuentra limitada en extensión, funciones y consciencia de sí misma, se trata de una parte de la personalidad no elaborada y no autónoma para funcionar cotidianamente.
2. *Disociación estructural SECUNDARIA*. Es común en experiencias traumáticas graves y consiste en una PPAN y más de una PPE. Es resultado de una deficiencia mayor y crónica en las defensas psicobiológicas e involucra una configuración más elaborada de la PPE en cuanto a afecto, cognición, percepción y acciones motoras, que se encuentra directamente relacionada al trauma.
3. *Disociación estructural TERCIARIA*. Corresponde al trastorno de identidad disociativo, se origina a partir de las experiencias traumáticas más graves e implica que los aspectos de la vida diaria se asocian inevitablemente al trauma, de tal manera que la PPAN se ve rebasada e incapaz de fomentar una adaptación eficiente. De esta manera, se producen PPAN adicionales, las cuales coexisten con PPE múltiples; una buena proporción de las partes posee un grado fuerte de elaboración (con un nombre, edad, sexo, etc.) y emancipación (separación y autonomía de las otras partes).

Según la formulación de Cozolino (2010), los síntomas postraumáticos, incluidos los disociativos, se generan y mantienen ante una reacción constante y sistemática de evitación de ciertas experiencias internas, de tal manera que estas no pueden integrarse y retornan en forma de síntomas aparentemente inconexos, disociados, de repetición involuntaria (*flashbacks* o recuerdos retrospectivos, pesadillas, etc.). El cúmulo de experiencias que se evitan incluye: 1) acciones mentales, es decir, experiencias internas

actuales relativas a emociones, pensamientos, necesidades, etc.; 2) partes disociadas de la personalidad, 3) experiencias relacionadas con el vínculo y/o pérdida del mismo, 4) recuerdos traumáticos, y 5) experiencias de aprendizaje, cambio y riesgo saludable (Steele y Van der Hart, 2009).

Congruente con la teoría, la formulación del tratamiento consiste en un enfoque sistemático compuesto de 3 fases, entre las cuales el terapeuta habrá de moverse constantemente (Steele, Van der Harty Nijenhuis, 2005):

- Fase 1: seguridad, estabilización, reducción de síntomas, construcción de habilidades y desarrollo de la alianza de trabajo.
- Fase 2: integración de los recuerdos traumáticos.
- Fase 3: integración de la personalidad y rehabilitación

En las secciones siguientes se retoman estas ideas para la formulación de la propuesta de un tratamiento integral para la disociación.

8.2. Desarrollo del protocolo de tratamiento

El antecedente de este protocolo es la investigación de control aleatorio conducida en la Ciudad de México para determinar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual en la reducción de los síntomas de TEPT. Se conformó una muestra de 100 adolescentes, 64 mujeres y 36 hombres de entre 12 y 18 años de edad (promedio de 14,9 años), quienes eran residentes de casas hogar y presentaban TEPT. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones: 51 con tratamiento y 49 a grupo de espera. Las comparaciones entre puntuaciones promedio demostraron la efectividad de la intervención a su término y en un seguimiento a 3 meses.

La intervención diseñada se compone de 7 módulos estructurados: introducción y psicoeducación, entrenamiento en relajación, introducción a la terapia cognitiva, narrativa de trauma, desensibilización y exposición sistemática, entrenamiento en solución de problemas, consolidación y prevención de recaídas. Se trata de un modelo basado en la terapia enfocada hacia el trauma para niños y adolescentes, la cual ha demostrado eficacia con amplias muestras pediátricas. Desde entonces, la práctica clínica continua con esta población ha puesto en evidencia que el modelo constituye una base teórica y técnica útil para entender y reducir los síntomas postraumáticos y comórbidos–incluidos los disociativos, si bien, a menudo es necesario realizar adaptaciones, más aun cuando el tratamiento se dirige a menores de 12 años y/o a personas que presentan características de TEPT complejo.

Con relación a la sintomatología disociativa, concretamente la de naturaleza crónica –por ejemplo, el trastorno de identidad disociativo– la argumentación del tratamiento

parte de la idea sustentada por otros autores (Ross, 2007; Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2006) respecto a que dichos síntomas pertenecen al espectro de las reacciones postraumáticas; por tal motivo resulta conveniente tener en mente los 5 componentes esenciales del modelo terapéutico para trauma: 1) psicoeducación, 2) estrategias de enfrentamiento (relajación, identificación de pensamientosemociones, procesamiento cognitivo), 3) exposición gradual (en vivo y a través de la narrativa del trauma), 4) procesamiento cognitivo y 5) entrenamiento del adulto a cargo, en el caso de menores de edad.

El protocolo de tratamiento propuesto para trastornos disociativos se fundamenta en la experiencia de varios años de trabajo clínico con niños y adolescentes gravemente traumatizados, en la administración de los 5 componentes esenciales descritos, así como en la serie de adaptaciones formuladas en el transcurso de los años de experiencia docente y de supervisión de casos. La guía conceptual es la teoría de la disociación estructural, que permite la comprensión de las distintas modalidades de presentación de los síntomas.

9
Estructura y directrices generales

9.1. Estructura del tratamiento

El *Sistema de Memoria del Sí mismo* (SMS) (Conway, 2005) es un desarrollo teórico que aporta una visión paralela del impacto de las experiencias traumáticas y el origen de las experiencias disociativas. Dicho sistema consiste tanto en una estructura de información que es la base de conocimiento autobiográfico, como en una jerarquía de metas el sí mismo de trabajo o sí mismo actual. La propuesta teórica es que la construcción de recuerdos autobiográficos (rememoración autobiográfica) es modulada por procesos de control ejecutivo, los cuales se fundamentan en planes generados por metas actuales del sí mismo, cuya función también es inhibir los patrones endógenos de activación en la base del conocimiento, en donde su efecto usual implica la interrupción de las secuencias actuales de procesamiento.

El conocimiento autobiográfico tiene diferentes niveles de especificidad en el SMS, puesto que las estructuras base del conocimiento se organizan en tres regiones: 1) periodos vitales, 2) eventos generales, y 3) conocimiento específico del evento (CEE). Los dos primeros son de naturaleza verbal y representan conocimiento general de personas significativas, actividades, planes, metas, etc. característicos de tales periodos o eventos. En tanto, el CEE se conforma de construcciones mentales dinámicas, transitorias y vívidas de naturaleza no verbal; precisamente la imaginación tiene un componente central en este tipo de recuerdo autobiográfico, y a medida que un recuerdo tiene más componentes sensoriales, más exacto en términos autobiográficos se percibe. El CEE no está sujeto a una organización detallada pre-establecida, más bien este tipo de recuerdos se hacen conscientes en respuesta a patrones internos de activaciónelaboración, dependientes de las metas actuales del sí mismo.

En tanto, el sí mismo de trabajo implica un conjunto de procesos de control que coordinan y modulan otros sistemas. Las metas del sí mismo forman un subconjunto de procesos de control de la memoria de trabajo, la cual está organizada en una jerarquía para constreñir la cognición y, en última instancia, la conducta, permitiendo operar eficiente y adaptativamente. Se considera que existe una mutua dependencia, en donde el conocimiento autobiográfico limita la estructura de metas del sí mismo de trabajo, pero este a su vez determina qué conocimiento autobiográfico es accesible, así como la forma

en que se construyen los recuerdos. En última instancia, las metas del sí mismo determinan la accesibilidad al conocimiento almacenado en el SMS a manera de procesos de control.

Cabe mencionar que el término metas del sí mismo lleva implícito su carácter dinámico, si bien en nuestro orden de ideas también consideramos apropiado el término sistema de significados, que alude a la formulación de la teoría postracionalista que concibe que en toda acción conductualmental se actualiza la imagen del sí mismo –organización del significado personal, construida a partir de la relación mantenida con personas significativas–. De acuerdo con este autor, dicha organización no se refiere a contenidos particulares, sino más bien a un proceso ordenador unitario en el que priva la continuidad y la coherencia interna del sistema. Cabe mencionar que la experiencia de ser único en el mundo, es decir, el modo particular de organizar la experiencia, se construye a través de la relación e identificación con la figura de apego, de tal manera que en el sistema de significados se actualiza no solo la imagen del sí mismo, sino también del sí mismo en interacción con los otros.

Ahora bien, las experiencias traumáticas se consideran episodios amenazantes para las metas actuales del sí mismo (o sistema de significados actuales), de tal manera que estas no pueden ser integradas, haciendo imposible una adaptación coherente y congruente. Al no existir un sistema de metas que permita la codificación de la experiencia, ya sea que ésta no sea registrada como en el caso de la amnesia traumática; o bien si ésta es codificada, no puede ser integrada con las estructuras de conocimiento, o al menos no en forma armónica debido a la inexistencia de un sistema de significado que le otorgue sentido en términos de coherencia. En adelante, por descontado, los recuerdos traumáticos se verán fuertemente asociados con el sistema de metas previo, durante el momento del trauma. Esto los hace propensos a la activación asociada a determinadas metas; por tal motivo, a pesar de que exista un nuevo sistema de significados (estructura de metas) a menudo se encuentra empobrecido y que no puede darse cuenta de los recuerdos traumáticos del tipo CEE, vívidos y de naturaleza visual *(flashbacks* o recuerdos retrospectivos*);* estos se activan sin control ni contextualización o falta de correspondencia con el conocimiento autobiográfico abstracto.

Más aun, se crea una estructura de conocimiento específica del trauma e independiente del resto de conocimiento autobiográfico, con vínculos directos con el sí mismo. En términos de teoría de trauma, hablamos de jerarquía de metas anteriores, caducas, o bien de sistemas empobrecidos de significado, dependientes de metas o sucesos pasados, precisamente de naturaleza traumática; esta es la razón por la que una persona sobreviviente de este tipo de experiencias parece vivir permanentemente en el pasado. La posibilidad de cambio terapéutico mediada por la integración de estructuras de conocimiento se concibe a partir de la modificación de la jerarquía de metas actuales, es decir, consiguiendo metas, abandonando y/o adoptando otras. Al enriquecer el significado y modificando la manera en que se organiza la experiencia (flexibilidad con límites) se dificulta cada vez más el acceso al material traumático vívido. Esta reconstrucción de significado es una co- construcción que puede ser mediada por la

relación terapéutica.

Desde esta perspectiva, el protocolo de tratamiento formulado pone especial énfasis en la relación terapéutica, así como en la aplicación de técnicas administradas con criterio y juicio clínico. De esta manera, la justificación del tratamiento permite formular las directrices terapéuticas en términos del siguiente plan o estructura básica (cuadro 9.1):

1. *Creación de una relación de trabajo*, la cual debe ser consistente y sólida en términos de coherencia y congruencia, capaz de proporcionar la experiencia de seguridad suficiente de tal manera que se favorezcan la exploración y el aprendizaje.
2. *Psicoeducación*, como recurso persistente a lo largo de todo el tratamiento; consiste en proporcionar información detallada acerca de la naturaleza de los síntomas particulares del paciente, su significado, así como los propósitos de las diferentes intervenciones. Se busca eliminar los prejuicios, disminuir el estigma y crear confianza en el proceso.
3. *Construcción de habilidades*. Los esfuerzos del sí mismo dirigidos casi exclusivamente a las tareas de sobrevivencia y de adaptación frente al trauma generan un repertorio limitado de recursos adaptativos –de lo cual dan cuenta la gran variedad de síntomas. Dichos déficits habrán de ser cuidadosamente diagnosticados, a fin de desarrollar planes de entrenamiento correctivos.
4. *Co-construcción de significados*. El sistema de significados dependiente del trauma es explorado y enriquecido en función de metas realistas y actuales. Aquí no importa solo el contenido semántico, más bien el terapeuta debe tener claridad respecto a la naturaleza del proceso o tipo de organización de significado que caracteriza al paciente.
5. *Desensibilización de reacciones fóbicas generalizadas*. Dado que la evitación es uno de los principales mecanismos del TEPT y de la disociación, las respuestas evitativas son detectadas y eliminadas en forma sistemática. Aquí se incluye la eliminación organizada y progresiva de síntomas paralelos.

Cuadro 9.1. Estructura del tratamiento de los trastornos disociativos

Etapa	*Propósito*
1. Formación de la relación terapéutica	Crear un medio ambiente de seguridad absoluta que propicie el aprendizaje así como un modelo interno de trabajo seguro (apego)
2. Psicoeducación	Disminuir el estigma e incrementar la adherencia al tratamiento
3. Construcción de habilidades	Generar recursos adaptativos
4. Co-construcción de significados	Explorar y enriquecer el significado personal traumático

5. Desensibilización	Detectar y eliminar las respuestas evitativas y otros síntomas
6. Funcionamiento integrado	Detectar e integrar el material y procesos excluidos
7. Continuación y rehabilitación	Desarrollar recursos adicionales y preparar para la vida independiente

6. *Funcionamiento integrado*. Las partes del sí mismo que no son reconocidas y/o que funcionan en forma separada e inarmónica son reconocidas, de tal manera que se favorece la coordinación y comunicación entre las mismas.
7. *Continuación y rehabilitación*. Cuando el comportamiento del paciente es más funcional, la alianza terapéutica es sólida y han disminuido los síntomas disociativos, el trabajo continúa hacia el favorecimiento de una mayor capacidad adaptativa.

9.2. Modalidad y directrices generales

Durante el desarrollo del protocolo de tratamiento, las sesiones de intervención se implementaron dentro de las instalaciones de casas hogar e instituciones que brindan cobijo a niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, por tal motivo, se trató de población cautiva y que podía ser vigilada durante la mayor parte del día. Esta modalidad conlleva ventajas muy importantes, entre las cuales se encuentran las relativas a la seguridad, observación permanente de cambios conductuales-emocionales, control de crisis, evitación de la deserción, canalización inmediata a interconsulta médica, además de permitir tratamientos prolongados, acordes a esta propuesta de intervención.

Cada sesión tiene una duración de 50 a 60 minutos, con una frecuencia recomendada de 2 sesiones por semana, especialmente cuando se trata de pacientes en crisis y/o con síntomas graves. La duración del tratamiento para pacientes con trauma complejo y/o trastornos disociativos a menudo se prolonga por varios años (al menos 2).

El formato recomendado es el individual, especialmente por el interés centrado en el desarrollo de la relación terapéutica. Además, la modalidad individual permite:

1. Profundizar en el conocimiento del paciente, su historia sus defensas, y el significado particular de los síntomas y de su disociación;
2. Franquear las resistencias y evitación por parte del paciente, puesto que a menudo las experiencias traumáticas disociadas pueden mantenerse escindidas, incluso por varios años, y solo la persistencia, confianza, calidez y cuidado constantes pueden ayudar a que estas emerjan y sean integradas en forma armónica; y
3. Evitar la dispersión y pérdida de foco, puesto que en el grupo el terapeuta debe

atender además a los procesos de interacción.

Como en toda práctica, existen excepciones que deben ser cuidadosamente consideradas: los procesos externos con pacientes ambulatorios son posibles siempre y cuando exista la posibilidad de dar seguimiento y vigilancia; especialmente por temas de seguridad, de ser posible debe intervenir un tercero, ya sea un familiar, responsable o instancia legal que favorezca el seguimiento y resguarde la integridad del paciente.

Las sesiones estándar tienen una duración de hasta una hora, si bien cuando es importante continuar con un proceso (por ejemplo, cuando se está llevando a cabo la narrativa de trauma, que no debe interrumpirse) y ante crisis emocionales inesperadas, las sesiones pueden y deben prolongarse de acuerdo con la necesidad del paciente, especialmente porque el este no debe abandonar la sesión en franca vulnerabilidad y/o sintiendo que no fue correctamente escuchado y/o comprendido.

De la misma manera, algunas sesiones pueden ser más breves de acuerdo con la dinámica particular; y las sesiones grupales pueden ser de utilidad para algunas personas, en particular las más estables y solo con fines didácticos relacionados con la adquisición de habilidades, más no para la narrativa del trauma.

Por otra parte, el terapeuta a cargo debe estar familiarizado con la teoría y modelos neurobiológicos del trauma y la disociación, asimismo, debe tener formación como psicoterapeuta. El modelo teórico base de este protocolo es la terapia cognitivo conductual, pero ya se ha aclarado que una orientación ecléctica suele ser la más eficaz. Adicionalmente, el clínico a cargo de la intervención debe estar bajo supervisión clínica por un experto e idealmente debe limitar la cantidad de casos de trauma complejo/disociación que atiende, con un máximo de 10 pacientes por semana.

Respecto a la supervisión clínica, se recomienda el análisis del caso con un experto en trauma y disociación por cada dos sesiones, especialmente al inicio o durante la formulación del tratamiento. Las asesorías pueden espaciarse conforme la abstracción del caso y directrices del plan terapéutico individualizado sean cada vez más claros y explícitos. Por otra parte, se considera esencial la discusión grupal periódica de cada caso con un equipo interdisciplinario, el cual se conforma por los profesionales a cargo del paciente, entre los cuales a menudo se cuenta con médico general, médico psiquiatra, trabajador social, maestros, educadores, psicólogo y terapeuta a cargo.

10
Protocolo de evaluación

La evaluación de pacientes con trastornos disociativos se considera un proceso continuo, en constante construcción y redefinición. No puede ser de otra manera, puesto que a menudo se ha pasado por alto la identificación de estos problemas en tratamientos fallidos previos. Actúan en contra: 1) el desconocimiento general de estos problemas por parte de los profesionales de la salud mental y de los médicos en particular, 2) la comorbilidad y sintomatología secundaria, cuya presentación clínica favorece los diagnósticos de trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, etc. (Van Der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005); 3) la naturaleza misma del problema, en cuya esencia se encuentra la evitación disfuncional, consciente e inconsciente, lo que favorece una presentación egosintónica de los síntomas, así como falta de cooperación voluntaria e involuntaria en la recopilación de información.

Una evaluación comprensiva e integral debe preceder toda planificación del tratamiento, ésta se compone de los siguientes elementos:

1. *Entrevista clínica*. La entrevista es el instrumento diagnóstico esencial para el clínico y no puede ni debe ser sustituida de ninguna forma. Esta se considera un proceso continuo, donde al tiempo que se establece el primer contacto con el paciente, debe trabajarse en la consolidación de la relación terapéutica, así como en la recopilación de información relacionada con la historia de vida, evolución sintomática, recopilación de observaciones directas, historia de tratamientos previos (con diagnósticos específicos), historia institucional (para personas sin red familiar sólida y que viven en albergues, orfanatos, etc.), historia familiar temprana y reciente, consumo de sustancias, antecedentes delictivos, evidencia de síntomas disociativos, red de apoyo no institucional, funcionamiento por áreas (social, escolar, sexual, etc.), antecedentes heredo familiares y, en general, toda información relevante para la formulación del caso, incluidos los elementos de exageración y falseamiento de síntomas.

   Cabe destacar que la entrevista clínica debe incluir a toda persona que tenga o haya tenido contacto con el paciente, de tal manera que la información y observaciones obtenidas en forma directa se complementen y comparen con las proporcionadas por los informantes adicionales. Es muy común que la

información no coincida necesariamente, por lo que la tarea conlleva una abstracción y reconstrucción a la luz de la complejidad de la naturaleza del trastorno, es decir: desorganización narrativa autobiográfica, confusión en el sentido de identidad, lagunas mnémicas, cambios inconscientes de conducta y personalidad, síntomas de naturaleza psicótica, etc. Esto es más cierto con niños y adolescentes, en cuyo caso la información proporcionada por adultos a cargo resulta esencial.

2. *Administración de instrumentos de medición*. En todos los casos, antes de iniciar formalmente el proceso terapéutico se procede a la administración de escalas de medición estructuradas, con la finalidad de definir una línea base en términos psicométricos, corroborar diagnósticos, determinar la gravedad de los síntomas, evaluar comorbilidad, etc. Los instrumentos que se utilizan en forma rutinaria, todos en versión mexicana son los siguientes:

   - Escala de Experiencias Disociativas (DES, versiones para adultos y adolescentes).
   - Inventario Multidimensional de Disociación en Español (MID-E, versiones para adolescentes y adultos) V.6.
   - Escala Pynoos de Estrés Postraumático (Pynoos CPTS- R1).
   - Escala de Falta de Regulación Emocional (DERS-E).
   - Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).
   - Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

   En caso de niños pequeños y menores de 12 años, se administran los siguientes instrumentos:

   - Lista de Chequeo de Disociación Infantil (CDC-E).
   - Escala de Estrés Postraumático para Niños (CPSS).
   - Inventario de Depresión Infantil de Kovacks (CDI).
   - Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC).

3. *Evaluación médica*. La integración del expediente psicológico debe contar con un diagnóstico médico y uno psiquiátrico, elaborado por el especialista. La revisión física completa es esencial para la formulación del caso y a menudo se requiere de seguimiento periódico. Las observaciones médicas aportan por sí mismas información que no puede obtenerse por otras vías y que resultan esenciales para: 1) contar con una línea base del estado físico inicial, 2) certificar –incluso para fines legales– las secuelas de victimización, 3) detección de autoagresiones en forma de autolesión e intento suicida, 4) historia de consumo de sustancias y sus posibles secuelas, 5) reconstrucción

traumática, por ejemplo, relacionadas a huellas de maltrato y negligencia, agresión sexual, lesiones cerebrales, etc. cuando el paciente no las notifica, 6) detección de síntomas conversivos, es decir, disociación relacionada con síntomas corporales sin causa médica.

4. *Vigilancia y seguimiento*. En efecto, la evaluación debe considerarse un proceso continuo y realizarse en forma sistemática. La vigilancia periódica se inicia desde el primer contacto con el paciente y se realiza con las siguientes herramientas:

    - Revisión de Trauma Inicial al inicio del tratamiento.
    - Diagrama de Flujo de Evaluación-Tratamiento.

    Estas herramientas diagnósticas y de planificación permiten la vigilancia en 18 áreas críticas, las cuales se consideran imprescindible para la evaluación en distintos momentos del tratamiento: seguridad relacionada al contexto, problemas relacionados con el cuidado que aporta la figura responsable, ansiedad, depresión, dificultades con el manejo de la ira-agresión, baja autoestima, estrés postraumático, problemas de apego, problemas de identidad, problemas de relación interpersonal, tendencias suicidas, problemas de seguridad asociados a conductas de riesgo, disociación, abuso de sustancias, duelo no resuelto, disfunción sexual, autolesión y dificultades escolares.

5. *Evaluación adicional*. Además de lo anterior, debe integrarse sistemáticamente la información que proporcionan los profesionales que colaboran en la evaluación y rehabilitación del paciente, quienes conforman las áreas de trabajo social, enfermería, psicología, psicopedagogía, personal académico y demás personal que mantengan o hayan mantenido un contacto estrecho con el paciente.

11
Protocolo de intervención I

Se considera que el tratamiento de los trastornos disociativos es una de las tareas clínicas más complejas y que demanda mayor grado de conocimientos, experiencia clínica y sofisticación de habilidades personales por parte del terapeuta. Respecto a estas últimas se incluye la fluidez verbal, empatía, capacidad para comunicar calidez y aceptación, así como la habilidad para detectar lo que el paciente y el terapeuta mismo están sintiendo momento a momento. De igual forma, un terapeuta eficiente es capaz de formar alianzas con sus pacientes al adaptar sus características personales a un rango amplio de rasgos, atributos y/o presentación clínica de los síntomas de cada persona que atiende; al tiempo que involucra a la persona en el proceso de intervención y lo motiva para trabajar como un equipo hacia metas específicas y a través de determinados procedimientos.

Este conjunto de cualidades y habilidades resultan esenciales además de los conocimientos técnicos, puesto que se plantea que generan la verdadera diferencia respecto a un tratamiento exitosos y uno fallido; la capacidad del terapeuta para comunicar presencia y disposición absoluta, respeto y aceptación, resultan vitales para el proceso de rehabilitación, integración y construcción de habilidades, puesto que de esta manera se facilita la autoaceptación y la aceptación de la propia historia, requisitos esenciales para el aprendizaje y creación de significado enriquecido. Con la finalidad de conseguir este propósito, a continuación se presentan los lineamientos teórico-técnicos, útiles para la creación de una sólida alianza de trabajo, ideas que se basan esencialmente en las formulaciones de Rogers y Bolwlby.

11.1. Formación de la relación terapéutica

La organización de significado personal, es decir el autorreconocimiento –aunado a una pauta estable y flexible de percibirse a sí mismo y al mundo– se construye a través del vínculo que se mantiene con una figura de apego y solo es posible a través de la misma; por esta razón, la relación terapéutica se concibe no solo como el vehículo esencial de la rehabilitación del paciente con trastornos disociativos, sino que en sí misma es un agente de cura. El terapeuta debe ser una persona excepcionalmente hábil, de tal forma que pueda emplear sus recursos y características personales para convertirse en una figura de

apego segura, estable, coherente, congruente, protectora y organizadora, a través de la cual se guíe un proceso de re-estructuración. Efectivamente, el enfoque esencial de este protocolo centra su interés en la calidad de la relación terapéutica, así como en el potencial que ésta encierra. Los siguientes son lineamientos que el terapeuta debe tener siempre en mente al momento de asumir el tratamiento de una persona severamente traumatizada y/o con disociación crónica.

1. *Establecimiento de agenda y logística*. La primera sesión formal de intervención no es necesariamente el primer encuentro entre paciente y terapeuta, puesto que a menudo este último ha sostenido encuentros previos con fines de evaluación y entrevista. No obstante, debe atribuirse un significado especial a este encuentro, puesto que implica generar una atmósfera cálida, entusiasta, de colaboración, motivadora, esperanzadora y estratégica. Es bien sabido que el primer encuentro resulta clave para el futuro del proceso y este caso no es la excepción. El terapeuta tiene la difícil misión de establecer una alianza de trabajo con el paciente como unidad, como un todo, y al mismo tiempo con cada una de sus partes disociadas o *alters*. En muchas ocasiones el paciente no estará consciente de sus fluctuaciones de personalidad y componentes disociados, pero es tarea del clínico detectarlos sin perder de vista que atiende a una sola persona.

   Este primer encuentro resulta en realidad un proceso que se extiende por varias sesiones con propósitos diversos, entre los cuales se encuentra: proporcionar una retroalimentación de los resultados de la evaluación, así como una descripción de los principales problemas reportados por terceros, al tiempo que se explora el grado de consciencia del problema, la motivación para el cambio, así como la visión personal de las principales dificultades. A medida que se crea un ambiente seguro y de confianza, es posible detectar además patologías o síntomas adicionales, así como los detonantes de las experiencias disociativas y su significado para el paciente en particular.

   Entre las tareas más importantes al inicio del proceso se encuentran además el establecimiento de la agenda de trabajo, es decir, acordar el número de sesiones por semana, la duración de las mismas, los días de la semana en que se celebrarán los encuentros, los límites a la interacción fuera del espacio terapéutico, los límites en cuanto a respeto y formas de trato mutuo, la dinámica de las sesiones, así como la anticipación de las interrupciones naturales por vacaciones o imprevistos. Dentro de la logística deben considerarse con especial cuidado dos rubros:

   - El relativo a la confidencialidad, es decir, el compromiso por parte del terapeuta de guardar en secreto toda la información que obtenga por parte del paciente. Debe aclararse que los límites a este compromiso son

siempre situaciones de seguridad, en donde su bienestar o el de terceros se vean comprometidos, en cuyo caso el terapeuta tiene la obligación de dar parte a alguna autoridad con el propósito de prevenir lesiones y/o muerte.

- El relativo a la seguridad, si bien ya anticipada en el rubro anterior, debe darse énfasis especial a que la conducta del paciente se ha mostrado errática, poco planificada y/o francamente peligrosa, especialmente debido a que es guiada por estados internos no totalmente comprendidos y cambios de estado de ánimo que la hacen impredecible. El terapeuta debe indicar con claridad el respeto a la persona del paciente, pero al mismo tiempo la responsabilidad adquirida de velar por su bienestar y seguridad, hecho que implica la posibilidad no solo de romper las reglas de confidencialidad, sino también de intervenir activamente para prevenir y en su momento detener situaciones de riesgo, incluso actuando contra la voluntad del paciente. La recomendación es que debe planificarse con un calendario anual a mano y debe obtenerse un compromiso firmado por parte del paciente para cumplir con la agenda y compromisos mutuos.

2. *Disposición de presencia*. Es importante estructurar de inicio el proceso en cuanto a modalidad, formato, número de sesiones por semana, duración de las mismas, días de descanso, etc. No obstante, en las sesiones iniciales propiamente terapéuticas se sugiere mantener una agenda abierta, puesto que en principio las tareas más importantes involucran conocer al paciente y aprender a disfrutar del tiempo compartido, esto significa que el terapeuta debe crear un espacio físico y emocional donde ambos desean la sesión, puesto que esta debe convertirse en un espacio seguro donde el paciente se siente en resguardo y con la confianza de expresarse abiertamente.

   Debe mantenerse una disposición de presencia, de acompañamiento, involucramiento, interés, compasión, compromiso y disposición de ayuda, en donde el terapeuta debe hacer gala de su habilidad para comunicar todos estos mensajes de forma genuina, tanto en términos verbales, pero más importante aún, en términos no verbales. Esta estrategia terapéutica es congruente con las señaladas por Rogers, como aceptación incondicional y comprensión empática por parte del terapeuta, así como percepción del paciente de estas dos condiciones. Adicionalmente, otra manera en que puede concebirse esta forma de acompañamiento con fines estratégicos es el racional que guía la intervención de las prácticas narrativas. Dado que el paciente crónicamente traumatizado y disociado a menudo suscita emociones y experiencias desorganizantes en el terapeuta mismo, conviene tener siempre presente que las dificultades son causadas por el problema y no por la persona.

   Un error muy común en terapeutas no experimentados es que privilegian exclusivamente las técnicas y protocolos, cuando lo más importante, y más

aun al inicio, es comunicar presencia y comprensión empática (o esfuerzo por comprender). Lo que ocurre a menudo con este error es que nunca se progresa realmente, ni en la conceptualización del caso ni en el alivio de síntomas, por lo que la intervención suele concluir prematuramente, con la asignación de la culpa o responsabilidad del fracaso al paciente mismo, atribuyéndole resistencias, falta de cooperación y de confianza.

3. *Reestructuración verbal y no verbal*. La reestructuración cognitiva se plantea como una estrategia y un resultado deseable de la terapia cognitiva. No obstante, nuevamente se alerta sobre lo delicado de esta tarea, pues ante todo debe privilegiarse la calidad de la relación terapéutica y la permanencia del paciente en el proceso. Adicionalmente, a menudo este no es consciente de su forma de actuar ni de sus procesos mentales, por lo que en la parte inicial del proceso se debe adecuar el propio comportamiento, de tal manera que la persona se sienta cómoda, segura y comprendida. Especialmente al inicio, las interpretaciones de corte psicoanalítico están contraindicadas, en tanto que la confrontación debe mantenerse al mínimo o debe ser nula puesto que en la mayoría de los casos es contraproducente. Esto es más cierto con pacientes cuya respuesta agresiva y/o impulsiva es una forma de defensa ante lo que perciben como ambiente inseguro y/o invalidante.

   Gracias al contacto continuo, con un enfoque inicial poco directivo, el terapeuta puede familiarizarse con el sistema de creencias o estructura cognitiva de su paciente, aquí se incluye el contenido semántico, el estilo de procesamiento de la información y, más importante aún, el comportamiento dentro y fuera la sesión. Por lo tanto, tiene la tarea de hacer consciente para sí mismo esta estructura cognitiva, la cual de una u otra forma se actuará en la relación terapéutica. Esta labor no es sencilla debido a que a menudo el paciente experimenta confusión y emociones perturbadoras o vehementes. Sin embrago, cuando el terapeuta domina cada vez más la estructura cognitiva y comprende las reacciones emocionales, conductuales y viscerales de su paciente, puede estar más capacitado para (verbal y no verbalmente) poner en perspectiva y desvirtuar las cogniciones disfuncionales asociadas a respuestas emocionales dañinas: poca valía, incapacidad, culpa, daño permanente, etc.

   Un enfoque inicial no directivo o poco directivo puede incluir que el paciente decida la dinámica de la sesión, los temas a discutirse y las actividades que se realizarán. Además, esto resulta ineludible con algunos de los pacientes menos estructurados, personas cuyo comportamiento es desorganizado, cambiante, cuasi psicótico; o bien, con aquellos poco involucrados, poco interesados y/o apáticos. También aquí se incluye a los pacientes con respuestas agresivas, recelosas y desconfiadas. En estos casos, las sesiones deben conducirse con lineamientos claros y reiterados sobre el respeto, los límites claros a la seguridad dentro y fuera de la sesión, así como el cumplimiento de la logística acordada, que en realidad es una estructura:

hora y día de la sesión, confidencialidad, puntualidad, etc. Debe favorecerse en todo momento que el paciente regrese a la próxima sesión, puesto que de esta manera se fomenta que este se familiarice paulatinamente con la dinámica, estructura, personalidad y estilo del terapeuta, así como con la capacidad de este para transmitir comprensión empática.

4. *Disposición de paciencia*. El tratamiento de los trastornos disociativos en todos los casos se prolonga por varios años (*International Society for the Study of Trauma and Dissociation*, 2011). Por tanto, es recomendable no perder de vista que el problema ha tardado mucho tiempo en formarse y que es contraproducente esperar un alivio significativo rápido. Esta consciencia es protectora de varias formas:

   - Protege al proceso, puesto que a pesar de la aparente ausencia de mejora, permite que este continúe, con lo cual se favorece la continuación y maduración, especialmente de la relación terapéutica.
   - Protege al terapeuta, puesto que la aparente falta de cambios y/o mejora palpable puede conducir al desánimo, desapego, conducta cínica y duda de las propias capacidades, es decir al *burnout*.
   - Protege al paciente, puesto que de esta manera se le comunica la confianza absoluta en la posibilidad de su recuperación, es decir, cuando experimenta a su terapeuta permanentemente involucrado, comprometido, motivado y convencido de la utilidad y direccionalidad del proceso.

5. *Autoregulación emocional*. El interesante artículo de Briere, Hodges y Godbout (2010) deja claro que la disregulación emocional es clave en la génesis de las conductas evitativas disfuncionales del estrés postraumático complejo, entre las que se encuentran la disociación. Sin lugar a dudas, la mejora y/o construcción de habilidades de regulación de emociones es una de las tareas más importantes de la clínica de trastornos disociativos. No obstante, más allá de las técnicas desarrolladas para este propósito, por ejemplo, la terapia conductual dialéctica de Linehan, la habilidad del terapeuta para regular sus propias emociones es un pre-requisito indispensable.

   Se concibe a la regulación emocional como el proceso complejo que implica el monitoreo, evaluación y modificación de las reacciones emocionales con la finalidad de acceder a las propias metas. Por tanto, el terapeuta debe ser una persona extraordinariamente hábil para regular sus propias emociones en términos de: 1) identificación, comprensión y aceptación de las propias emociones, 2) buena capacidad para inhibir y/o modular la expresión conductual guiada por emociones, 3) capacidad adecuada para disminuir las respuestas viscerales intensas, y 4) habilidad para mantener la atención enfocada en la actividad actual, aun cuando se esté experimentando una

emoción de particular intensidad.

Se considera que no puede o no debería entrenarse una habilidad si esta no se domina primero en uno mismo. Las habilidades de regulación emocional del terapeuta resultan vitales puesto que a partir de estas se modelan y moldean las propias habilidades del paciente, es decir, que a través del contacto continuo, él mismo aprende a regular sus propias emociones. Este no es un proceso automático, de hecho implica una clara intención por parte del clínico respecto a:

- Identificar, reconocer, etiquetar, nombrar tanto a sus emociones, como las de su paciente, así como aquellas generadas por la dinámica de la relación. En este proceso de identificación, pueden integrarse las distintas señales de que se compone una emoción: respuestas viscerales (corporales), experiencia subjetiva, contenido cognitivo y tendencias de acción. Cabe aclarar que la identificación no necesariamente implica una verbalización que deba escucharse, más bien el proceso clave es hacer consciencia de la presencia de emociones específicas.
- Validación/aceptación de las experiencias emocionales mutuas. Es decir, consciencia de que ninguna emoción es buena o mala en sí misma, más bien se trata de experiencias que pueden informar de estados internos y externos y pueden resultar más útiles cuando se aceptan, más que cuando se niegan o rechazan, de hecho las dos últimas suelen producir perturbaciones al proceso.
- Comprensión se concibe como la habilidad para rastrear el origen de las emociones, es decir, la identificación de los elementos cognitivos u otros estados internos, así como de las circunstancias externas o ambientales (inmediatas y/o asociadas a la historia de aprendizaje) que han dado origen a la experiencia emocional.
- Inhibición/modulación de la conducta guiada por emociones, parte del concepto de que la emoción es un poderoso motivador conductual. No obstante, en el proceso terapéutico la conducta reactiva por parte del terapeuta no suele ser útil, puesto que a menudo las experiencias del paciente son disfuncionales y generan respuestas igualmente disfuncionales en el propio clínico. Por tal motivo, la implementación exitosa exige la identificación del estado emocional (de ambos participantes) que motiva determinada tendencia de acción, así como la búsqueda, identificación e implementación de conductas alternativas, constructivas en función del proceso de cambio terapéutico.

Una paciente de 13 años fue atendida debido a su historial de abuso físico, sexual y emocional por parte de sus familiares. Se

encontraba en una casa hogar debido al encarcelamiento de las personas que se hacían cargo de ella. En las sesiones, cuando con cierta insistencia se le solicitaba la realización de algunas tareas, estallaba en cólera y acusaba al terapeuta de querer abusar de ella, de menosprecio y asumía corporalmente una actitud defensiva. Fue claro que esta reacción buscaba inconsciente y persistentemente la respuesta conductual complementaria donde ella sería victimizada nuevamente. La respuesta consistente del terapeuta fue hablarle en forma tranquilizadora, conciliadora y respetuosa, solicitándole su opinión respecto a la manera de participar ambos en la sesión. El comportamiento compasivo e inclusivo del terapeuta fue una situación novedosa e incomprensible para ella, que al ser consistente pudo franquear sus defensas, permitiéndole explorar a ella misma conductas alternativas, como el involucrarse y disfrutar de la sesión, lo cual produjo cambios sintomáticos significativos.

- La capacidad para disminuir respuestas viscerales intensas asociadas a emociones implica estar consciente de que el impacto de la relación de trabajo y contacto continuo con el paciente elicita intensas reacciones de este tipo en el terapeuta. Tanto por la disposición empática, como por la presencia de contenidos cognitivos y emocionales disociados –mucho más difíciles de aprehender y entender–, resulta de importancia fundamental que el terapeuta haga conscientes sus propias reacciones viscerales, puesto que a partir de ello puede disminuir el impacto negativo en el proceso y en sí mismo, a través de técnicas tales como la relajación y estrategias metacognitivas.
- La habilidad para mantener la atención enfocada en el proceso o actividad actual a pesar de experimentar una emoción intensa, resume el cúmulo de habilidades de regulación emocional deseables en el terapeuta. Debe notarse una simetría con la técnica de la mentalización –*mindfulness*, definida como proceso y resultado: poner atención completa a la experiencia inmediata, con paciencia, discernimiento, compasión y aceptación total; al tiempo que se delinea lo que debe modificarse en términos terapéuticos, a manera de planeación estratégica, con extremo cuidado de las técnicas y momentos de implementación apropiados.

6. *Consideraciones especiales respecto a disociación*. La recomendación más importante es que a pesar de las fluctuaciones de personalidad y preferencias personales por parte del terapeuta, no debe perderse de vista que el paciente es una sola persona y no una colección de personas, por tanto, debe ser considerado en todo momento como tal. Esto significa que el terapeuta debe

tener presente al paciente como un todo, autor responsable de todas sus conductas, emociones y reacciones viscerales, aun cuando estas se muestren dispares, caóticas, incomprensibles o bien se encuentren bloqueadas de la narrativa autobiográfica consciente en un momento determinado.

El terapeuta debe formar entonces una alianza de trabajo unitaria y abogar por un intercambio, coordinación y colaboración entre las partes hacia una integración de las mismas. Esta tarea se complejiza cuando las distintas personalidades de un paciente con trastorno de identidad disociativo presentan puntos de vista encontrados, formas de reacción y de adaptación disímiles. Por tanto, la formación de alianzas parciales con cada una de las personalidades resulta vital para las tareas de negociación, solución de conflictos, seguridad y legitimización de las partes no reconocidas del *self*.

Dentro de estas tareas, la responsabilidad del terapeuta incluye no dar preferencia a ninguna personalidad sobre otras, es decir, no debe eliminarse una faceta del paciente –con identidad y nombre propio– basado en las propias preferencias e inclinaciones. Más bien se debe tener en mente que cada parte cuenta una porción de la historia pasada y comunica específicamente una forma de enfrentamiento que forma parte de un todo. Por lo cual, nuevamente debe apuntarse hacia la comprensión e integración, lo cual no excluye que ciertas características de una personalidad o alter disociado sean destacadas en un momento dado con fines estratégicos y de seguridad, pero sin fomentar una mayor autonomía y estructuración de la misma.

7. *Consciencia del propio estilo de apego*. Es bien sabido que el estilo de apego se adquiere a través del vínculo emocional estrecho que se establece con una persona significativa durante los primeros años de vida, que este es estable a lo largo del ciclo vital y que a menudo se hereda a la siguiente generación (Bowlby, 1989). Se considera muy importante que el terapeuta haga consciencia de su propio estilo de apego, que incluye su pauta de comunicación e intercambio emocional, así como sus debilidades en este rubro. Tomar consciencia de ello puede facilitar la potenciación de sus recursos personales al emplearlos en forma sistemática, mientras que evita el impacto negativo de sus deficiencias.
8. *En fase avanzada: combinar aceptación incondicional de la persona, con moldeamiento (reforzamiento, desaliento) de conductas*. Cuando el proceso se encuentra en estado avanzado, y dependiendo del nivel de estructuración del paciente y del crecimiento de la relación terapéutica, pueden integrarse paulatinamente breves y cuidadosas intervenciones verbales, siempre y cuando este las tolere. Cuando una paciente relataba una problemática actual mencionaba a menudo en forma automática: *"soy una tonta";* entonces se le hizo notar esta forma de referirse a sí misma, solicitándole explicaciones acerca de esta expresión en forma desapasionada; después de referir sus

argumentos, se le plantearon objeciones en forma breve y gentil, con evidencias palpables. De esta manera, si bien continuó por un buen tiempo refiriéndose a sí misma en esta forma, ella misma comenzó a poner en tela de juicio esta idea, hasta que con el tiempo desapareció este hábito.

9. *Proceso de supervisión clínica y/o atención terapéutica*. Se recomienda ampliamente la supervisión por un clínico experto en trauma psicológico con orientación basada en competencias. Las razones para ello son: 1) el planteamiento estratégico del proceso como un todo, 2) detección, supervisión y contención de respuestas emocionales del terapeuta a cargo del tratamiento, 3) generación y monitoreo de estrategias y herramientas adicionales, 4) detección y modificación de condiciones de riesgo inadvertidas, 5) detección de necesidades de tratamiento interdisciplinario. Además de lo anterior, la ética y responsabilidad profesional obligan a todo terapeuta a cargo del tratamiento de personas crónicamente traumatizadas a someterse a intervención psicológica individual, especialmente cuando él mismo es superviviente de episodios traumáticos. La negligencia en este rubro conlleva importantes riesgos para el terapeuta mismo, entre los que se encuentran la sobrecarga emocional, fatiga de la compasión, *burnout*, trauma vicario, depresión, etc. Los riesgos para el paciente son aún mayores al tratarse de una persona vulnerable e incluyen la conclusión prematura del proceso, agudización de síntomas, riesgos inadvertidos para su seguridad y su vida, etc.

11.2. Psicoeducación

Una de las herramientas que se emplea con reiterada frecuencia es la psicoeducación, que consiste esencialmente en proporcionar información detallada y adaptada al nivel del paciente con la finalidad de explicar la naturaleza de los síntomas, las causas posibles, los objetivos del tratamiento y vías de acción específica de las diferentes técnicas. Se trata de un recurso que ayuda al paciente a ampliar el conocimiento de sí mismo y de sus problemas, a normalizar sus síntomas, al tiempo que favorece la aceptación de la terapia al generar confianza, motivación y esperanza en la posibilidad de mejora. Es claro que no basta con la simple transmisión de información, esta debe reiterarse, debe hacerse significativa, debe hacerse vivida y ser aprehendida a nivel cognitivo, afectivo y aun corporal. Por tal motivo, además de que el terapeuta debe mostrarse experto en el dominio de la teoría de la disociación para explicar las modalidades sintomáticas, debe contar con el suficiente conocimiento del paciente y con la creatividad necesaria para sugerir ejemplos, anécdotas (reales, de libros, películas o arte en general), etc., que ayuden a poner en claro determinada información. A continuación se presentan categorías esenciales de intervención basadas en psicoeducación.

1. *Educación acerca de disociación en general*. Este rubro implica informar al paciente acerca de conceptos científicos basados en la teoría de la disociación estructural, además de conocimiento científico relevante para la mejor comprensión del cuadro sintomático. Los conceptos acerca de los cuales se proporciona educación son los siguientes:

    - *Disociación:* Se trata de una falla en el ordenamiento e integración de las partes o componentes de nuestra mente, es decir, de nuestra personalidad, memoria, consciencia, atención, sentido de realidad, etc. Por esta razón, cambia la percepción de la realidad, de nosotros mismos y por tanto, nuestra conducta y emociones. Puede ser transitoria, como cuando estamos muy asustados, dejamos de percibir lo que sucede a nuestro alrededor y por lo tanto, no lo recordamos después. O bien, puede ser crónica, cuando han ocurrido uno o más episodios traumáticos. Especialmente, la traumatización infantil repetida puede favorecer que la disociación se convierta en una forma recurrente y autónoma (inconsciente) de enfrentamiento a las situaciones dolorosas que suceden dentro (recuerdos, emociones) y fuera de la persona. La disociación crónica puede entenderse como un mecanismo extremo de supervivencia psíquica, como una manera de enfrentar situaciones muy dolorosas.
    - *Partes disociadas de la personalidad:* Se trata de componentes de la personalidad, tales como recuerdos, emociones, pensamientos, percepciones, etc. que pueden experimentarse como no pertenecientes a un sentido unitario de identidad. Por ejemplo, una adolescente muy mortificada por algunas decisiones que considera propias de cobardía, escucha en su cabeza una voz tenebrosa y grave que la insulta y acusa de debilidad y la insta a hacerse daño, pero es incapaz de reconocer a esa voz como propia.
    - *Integración:* Se trata de un proceso amplio que involucra todo nuestro trabajo terapéutico y tiene que ver con el reconocimiento, organización y coordinación de todas las partes o componentes mentales (personalidad, memoria, consciencia, atención, sentido de realidad, etc.), de tal manera que estos trabajen en forma unificada como un todo. La disociación ha favorecido que algunos de estos componentes, por ejemplo, recuerdos o percepciones (voces en tu mente) no las sientas como partes tuyas, por lo que la integración como meta de trabajo implica que estos sean reconocidos e integrados en una narrativa autobiográfica estable y coherente. Más importante aún es que tú mismo aprendas a reconocer estas partes disociadas, su origen y procedimiento de unificación. La integración aporta la capacidad para experimentar el presente sin confundirlo con el pasado, aporta también la percepción de ser únicos, de poseer una historia y de escribir nuestro propio futuro.

- *Sentido del self:* Consiste en la experiencia de ser una sola persona con un pasado, presente y futuro que se conforma con el paso del tiempo, a través de la relación con personas significativas. Implica que todas las vivencias se organizan en torno a una unidad o identidad y se estructuran en forma de una narrativa autobiográfica, es decir, la historia que podemos referir acerca de nuestra vida. El sentido del *self* es una parte de nuestra personalidad que adquiere congruencia en la medida en que somos capaces de asumir la propiedad de recuerdos, emociones, conductas, pensamientos, etc. sin importar la valencia (placenteros/displacenteros), el momento en que ocurrieron (infancia, adolescencia, edad adulta, etc.) y el contexto.
- *Alters:* La disociación crónica conduce a algunos supervivientes de episodios traumáticos a la experiencia de ser más de una persona (o *self*) en un solo cuerpo. Estas identidades o partes disociadas de una sola personalidad, pero no reconocidas como tales se llaman *alters*, o personalidades alternas.
- *Fusión:* Implica la terminación (pérdida completa) de la experiencia subjetiva de dos o más identidades de estar separadas, por lo que en adelante estas se perciben como una unidad, un solo *self*. Fusión completa significa que la experiencia subjetiva de ser más de una persona en un solo cuerpo, es decir, de ser diferentes identidades separadas, se modifica en forma permanente por la de ser una sola persona o identidad. Se trata, por tanto, de una meta deseable para quienes padecen un trastorno de personalidad múltiple o trastorno de identidad disociativo.

2. *Educación acerca de síntomas disociativos particulares*. Después de introducir los conceptos esenciales acerca de la disociación, se procede a explicar los síntomas disociativos comunes, con ejemplos comprensibles y de preferencia, retomando aquellos que presenta el paciente. Se explica que los síntomas pueden abstraerse en 3 grupos:

   - *Síntomas relacionados con la identidad:* Se refiere a la experiencia subjetiva de no autoría, involuntariedad o no propiedad acerca de nuestra mente, es decir, que a pesar de tener consciencia de ciertos recuerdos, percepciones, pensamientos o emociones, estos no se sienten como propios; por lo tanto, a menudo surge una confusión respecto a la propia identidad. En algunas personas, esta confusión las lleva a experimentarse como si fuesen más de una persona, cada una de las cuales con sus propios intereses, recuerdos, edad, nombre, sexo, etc. En algunas personas, crónicamente traumatizadas, las partes disociadas de la personalidad pueden desarrollar identidades o personalidades

relativamente distintas e independientes entre sí; no obstante, cabe aclarar que en ningún caso se trata de distintas personas en un solo cuerpo, más bien se trata de partes de una personalidad que no están funcionando cohesiva ni armónicamente.

- *Síntomas que involucran pérdida de funciones:* Se trata de experiencias de aparente pérdida de habilidades o funciones, las cuales de hecho posees, por esta razón, dichas pérdidas suelen ser transitorias. Un ejemplo de ello es que puedes olvidar por completo cómo manejar un auto, aun cuando de hecho ya sabes hacerlo. La sensación de pérdida también involucra a determinados pensamientos, recuerdos, percepciones, etc. Las formas más comunes de esta modalidad de síntomas son los siguientes:

  - *Amnesia*, es decir, una falla amplia, sistemática y recurrente en la capacidad para recordar o recuperar información relativa a tu pasado, se trata de una pérdida anormal de memoria, que puede incluir porciones significativas de periodos de vida. Además, la pérdida de memoria puede incluir información relativa al presente, como cuando olvidas por completo cómo llegaste a determinado lugar o todo lo que estuviste haciendo por la mañana.
  - *Desrealización*, que se refiere a la sensación de extrañamiento, alienación y desconocimiento de las personas y ambiente que te rodea, es decir, los percibes como si no fueran reales. Por ejemplo, tu casa o lugar de trabajo pueden parecerte poco familiares o ajenos, o bien, percibes las cosas como a través de una bruma, como estar viendo una película y no la realidad misma.
  - *Despersonalización*, que es la sensación de extrañamiento, alienación y desconocimiento relacionado con tu propia persona y cuerpo. Puede experimentarse de diferentes maneras, por ejemplo, cuando no reconoces partes de tu cuerpo como tuyas, cuando te sientes desconectado de tus emociones, es decir, no sientes que sean reales o que te pertenezcan. Otra manera en que se manifiesta la despersonalización es cuando no sientes dolor o sensación alguna tu cuerpo, cuando de hecho deberías registrarlos.

- *Síntomas que involucran intrusión o invasión:* Este tipo de síntomas implica que en un momento dado, algunas partes disociadas o fragmentadas de la personalidad se traslapan unas con otras, por este motivo, puedes experimentar recuerdos, emociones, sensaciones, deseos, conductas, etc., que te son ajenos y carecen de contexto. Dicho traslape se experimenta en forma involuntaria como una intrusión y suele interrumpir y predominar por sobre la acción o proceso que se estaba

llevando a cabo, a manera de invasión. Es muy importante que como parte del proceso de recuperación aprendas a reconocer Los ejemplos más comunes de grupo de síntomas son los siguientes:

- *Flashbacks*. Se refiere a recuerdos intensos, vívidos, sensoriales, que te hacen sentir en el presente que estás viviendo nuevamente una experiencia traumática pasada. La naturaleza de estos síntomas es extremadamente real, por lo que puedes ver, escuchar, oler, tocar, gustar en tu mente determinadas cosas del pasado, de tal manera que todo tu cuerpo, mente y conducta reaccionan como si en realidad el trauma estuviera sucediendo. Por ejemplo, una joven fue atendida debido a que siendo niña sufrió severas agresiones físicas a manos de su madre. Años después, viviendo en un albergue, mientras se encontraba en clase escolar, cuando una persona levantaba la voz, comenzaba a ver en su mente imágenes del rostro furioso de su madre y escucha la voz amenazante de esta, hecho que la hacía taparse los oídos, aterrada. Fue necesario un proceso de terapia para que los flashbacks desaparecieran por completo.
- *Dolor o malestar físico inexplicable*. Se trata de síntomas físicos que generan malestar, incomodidad y/o incapacidad, pero para los cuales el médico no encuentra explicación. Los malestares fluctúan desde un dolor de piernas que no impide la marcha, hasta la pérdida temporal de la visibilidad o la dificultad para tragar. Estos síntomas suelen ser transitorios o pueden permanecer por periodos largos de tiempo. Se considera que una parte disociada de la personalidad (relacionada a un trauma pasado) está invadiendo la experiencia consciente actual, por lo que en el momento presente no se experimenta control alguno sobre esta molestia, ni se percibe relación directa con el pasado traumático. Por ejemplo, una joven fue agredida sexualmente por vía rectal por la pareja de su madre, con abierta complicidad de esta. Años después del incidente, experimentaba dolor en la zona anal, sin molestia alguna añadida (sin dolor ni dificultad al evacuar, no asociado a recuerdos traumáticos), el cual era persistente. Ella argumentaba que la agresión había dejado lesiones permanentes, no obstante, ningún estudio médico revelo causa alguna para esta molestia.
- *Voces en la mente*. Es un síntoma común que consiste en escuchar en forma involuntaria una voz o voces no reconocidas como propias. Estas voces pueden experimentarse en formas diversas: pueden ser críticas, recriminatorias, insultantes, voces distorsionadas (como de un monstruo), pueden pertenecer a una persona mayor o a un niño, pueden estar dirigidas a uno mismo, o bien escucharse como conversación o llanto de fondo. A menudo, estas voces son altamente

perturbadoras y no se reconoce su origen, si bien, en todos los casos (excepto en las de un desorden psicótico), tienen conexión con experiencias traumáticas del pasado. Por ejemplo, cuando niña, una joven sufrió de severo maltrato emocional durante muchos años por parte de un familiar cercano. En la actualidad, cuando se siente muy deprimida, escucha una voz amenazante y grave que la insulta y la anima a quitarse la vida.

- *Síntomas disociativos adicionales*. Además de los ya descritos, existen otros síntomas de naturaleza no exclusivamente disociativa pero que pueden experimentarse concurrentemente de manera transitoria, recurrente y persistente en algunos casos. Ejemplos de algunos de ellos son el soñar despierto, el "perder" porciones de tiempo, entrar en estados de trance (en los que te observas con la mirada perdida y sin atender a lo que pasa a tu alrededor), confundir la crónica del tiempo, dificultad para concentrarte, etc. La severidad de este grupo de síntomas es variable y a menudo disminuye conforme progresa el trabajo terapéutico y/o desarrollas habilidades para el manejo de tus emociones.

3. *Educación acerca de síntomas de estrés postraumático*. Después de hacer un recuento de los síntomas disociativos particulares del paciente y ofrecer una explicación acerca de la naturaleza de los mismos, se procede a la psicoeducación relativa a los síntomas postraumáticos en general, con énfasis especial en aquellos presentes.

   - *Estrés postraumático*. A todos nos han sucedido experiencias difíciles, pero algunas personas han tenido vivencias tan impactantes que años después de que estas sucedieron, aun continúan siendo afectadas por las mismas. Ejemplos de vivencias traumáticas son: ser forzado a tener actividad sexual, ser agredido física y/o emocionalmente, haber vivido en una zona de guerra, sobrevivir a un desastre natural, testificar la muerte/asesinato de una persona, etc. Se llama estrés postraumático a la reacción que ocurre después de que experimentaste una o varias situaciones traumáticas, en donde tu mente, cuerpo y emociones "se comportan" como si el episodio traumático estuviera sucediendo o fuera a suceder nuevamente. Se asume que el trauma imprime una huella en estructuras cerebrales primitivas relacionadas con la supervivencia, por lo que las reacciones de estrés-temor son repetidas e involuntarias; dicha huella o recuerdo no ha sido correcta o completamente integrada al resto de recuerdos y vivencias almacenados en la memoria; es como si estuviera desconectado de tu forma de pensar, sentir, actuar e incluso de

tu identidad actual. En todos los casos, se requiere de atención profesional para superarlo, puesto que comúnmente no desaparece de forma espontánea. Los grupos de síntomas del estrés postraumático son los siguientes:

- *Síntomas de repetición*. Se trata de experiencias incontroladas a través de las cuales el trauma vuelve a experimentarse una y otra vez por medio de recuerdos recurrentes e intrusivos, pesadillas frecuentes (relacionadas o no al trauma) y flashbacks o recuerdos vívidos; además, comúnmente se reacciona con gran malestar ante situaciones que te recuerdan el trauma, por ejemplo, puedes revivir emociones intensas de vergüenza, temor, odio, tristeza, desesperación profunda, etc., en tanto, en tu cuerpo puedes experimentar dolor, mareo, parálisis, pérdida de sensibilidad, etc.
- *Síntomas de evitación*. La persona que ha sobrevivido a una experiencia traumática procura evitar activamente los recuerdos relacionados con el episodio y sus detalles. Esto se lleva a cabo en dos formas: 1) una interna, bloqueando (sacando de la mente) los pensamientos, imágenes, sensaciones, emociones, etc. que hagan presente el episodio en forma de recuerdo, 2) una externa, manteniéndose alejado de las circunstancias (actividades, lugares, personas, conversaciones, etc.) que promueven recuerdos del trauma. Precisamente la evitación favorece que el recuerdo traumático se mantenga aislado, desconectado del resto de la experiencia de la persona y que en el largo plazo persista el problema.
- *Alteraciones en la forma de sentir y de pensar*. Una consecuencia lógica después de experimentar un episodio negativo extremo es la modificación notoria en la manera de pensar al mundo, a uno mismo y a las demás personas. Estos cambios se hacen evidentes a través de creencias negativas persistentes e inflexibles acerca de uno mismo y los demás, por ejemplo: 'nunca podré ser feliz', 'soy responsable de que el trauma ocurriera', 'ninguna persona es digna de confianza', 'el mundo es un lugar inseguro', 'si alguien sabe lo que pasó, nunca podrá amarme', etc., De esta manera, también el estado emocional se modifica en forma negativa, no solo con dificultades para experimentar emociones positivas como amor, satisfacción, alegría, etc., sino además con experiencias recurrentes de temor, horror, enojo, culpa, vergüenza, desolación, etc. Una persona que ha sobrevivido a estas experiencias puede sentirse 'desconectada', distante y alejada del mundo y de las demás personas, además tiende a aislarse de actividades sociales y laborales.
- *Síntomas de hiper-reactividad*. Se trata de reacciones ausentes antes

del trauma, relacionadas con un estado general tanto corporal como mental de vigilancia constante. En esta se incluyen problemas para dormir, pesadillas, irritabilidad o tendencia a las explosiones de enojo, cambios de humor sin razón, estado de ánimo sensible, dificultad para concentrarse, etc."

4. *Educación acerca de las partes de la personalidad*. "Una persona que ha padecido traumatización crónica suele presentar una desorganización en los componentes de su personalidad, que es de naturaleza disociativa: es decir, partes no suficientemente comunicadas, conectadas o vinculadas entre sí, de tal manera que dichas partes experimentan necesidades, impulsos, recuerdos, emociones, etc. distintas. La 'desconexión' no es completa, por lo que las partes de la personalidad mantienen relación entre sí, aun fuera de la experiencia consciente; también algunas partes suelen dominar sobre las otras, traslaparse o dominar el funcionamiento completo de la persona. Ejemplos de ello es cuando un hombre adulto puede experimentarse completamente como un anciano y después como una niña pequeña; es como si hubiera un cambio completo en su personalidad. O bien, la misma persona puede identificarse como adulto hombre, pero sentir que lleva dentro a un adolescente muy enojado, del cual de hecho puede escuchar su voz. Es muy importante tener en mente que en ningún caso se trata de distintas personas dentro de una sola, como se ha explicado; son partes de una misma personalidad individual. De hecho, más que una personalidad en sí misma, cada parte representa una porción de la historia de vida de una persona, pero cada porción de la historia o narrativa autobiográfica no tiene sentido en la medida en que se encuentra desconectada del resto de historias; es como si un libro tuviera sueltas todas sus páginas, de tal manera que una hoja es solo un fragmento con aparente coherencia pero, al tomar otra, el sentido es distinto, si bien no dejan de contar la misma historia. Si bien en la actualidad aún se desconoce mucho sobre el tema, la ciencia asume lo siguiente acerca de las partes de la personalidad:

   - *Parte de la personalidad aparentemente normal*. La disociación crónica evidencia una división básica de la personalidad en dos funciones: una de ellas se encarga del cuidado de la propia vida, la seguridad y en general, de la adaptación a la vida diaria, esta parte se llama parte de la personalidad aparentemente normal. Entre sus funciones se encuentra mantener alejados los recuerdos de naturaleza traumática y, en general, evita tener consciencia del resto de las partes disociadas. En las personas con disociación simple, solo existe una parte aparentemente normal, pero en las personas con disociación más compleja suelen coexistir varias

partes aparentemente normales de la personalidad.

- *Parte emocional de la personalidad*. Se trata de la parte que conserva en forma vívida los recuerdos, historia y pasado traumáticos, de tal manera que la experiencia de esta se compone de emociones vehementes, es decir, intensas, dolorosas, desorganizantes e incluso peligrosas en la medida que conducen a conductas impulsivas-repetitivas carentes de contexto, es decir, no relacionadas al presente sino al pasado traumático doloroso, puesto que en la experiencia de esta parte de la personalidad, la vivencia traumática continúa re-experimentándose por completo una y otra vez. Por ejemplo, cuando una joven se entrevista a solas con su profesor en la oficina de este, la parte emocional de su personalidad puede llevarla a re-experimentar que se encuentra actualmente con su tío, quien la agredió sexualmente cuando niña. En su vivencia, puede ver y escuchar a su agresor, por lo que asumirá una conducta defensiva tal como gritar, llorar, arañarse el rostro, etc., pero sin relación con la situación actual. En la medida en que la(s) parte(s) emocional(es) de la personalidad continúa anclada al pasado traumático, esta se compone de información conflictiva que no puede integrarse a un sentido unitario y armónico de *self*, de tal manera que es escindida y no reconocida. Este desconocimiento imprime su carácter bizarro, no obstante, al asumir el hecho de que forma parte de una misma identidad, el significado de la misma puede rastrearse, puesto que a menudo la parte emocional puede manifestarse en las formas siguientes:

  - *Identificación con personas menores*. En la forma más simple puede mostrarse como una voz infantil o adolescente, en este sentido, dicha parte puede estar anclada a una experiencia traumática ocurrida en etapas anteriores y emociones asociadas a la misma: temor a la pérdida de un vínculo, desolación, desesperanza, necesidad de consuelo, angustia, horror, etc. A menudo, estas partes infantiles se encuentran necesitadas de ayuda y sostén emocional.
  - *Identificación con personas que proporcionan ayuda*. Pueden tomar la forma de personas reales del pasado que aportaron algún tipo de auxilio, pero también de personajes ficticios. Se concibe que estas partes "rescatadoras" son intentos de autoregulación con el propósito de ayudar a afrontar experiencias dolorosas, pero también son partes empáticas y conciliadoras con el resto de partes de la personalidad.
  - *Identificación con el agresor*. Es decir, partes cargadas de furia, enojo, agresión, necesidad de venganza, etc. Es posible que representen a personas reales del pasado, pero no necesariamente. Suelen ser atemorizantes, vergonzantes, flagelantes para otras partes, si bien, también se conciben como intentos de autoregulación, por lo

que en la dinámica del trauma cumplen una función muy importante: proporcionan fortaleza al limitar las expresiones de desamparo, desolación e indefensión, puesto que el enojo empodera y activa. De esta manera, si bien los métodos que emplean estas partes pueden ser inadecuados en primera instancia (por ejemplo, intimidándote o animándote a autolesionarte), para el proceso de cura resulta importante familiarizarte con las funciones que cumplen, puesto que la intención es dejar claro que no son agresores del pasado, más bien son partes que ejecutan funciones necesarias, las cuales necesitan ser integradas y coordinadas.

- *Identificación con experiencias de extrema vulnerabilidad*. Están compuestas de emociones y recuerdos que generan el rechazo y evitación de las demás partes. Vergüenza, asco, repudio pueden ser reacciones comunes que mantienen no solo la segregación de estas partes, sino la disociación misma, a través de la negación, falta de reconocimiento, evitación, etc. de estas experiencias. A menudo suelen ser partes escondidas que necesitan re-conocerse, aceptarse e integrarse en un sentido de identidad único. Es muy importante que estas partes sean compartidas en el proceso terapéutico si es que se desea lograr progresos significativos.

- *Relación entre las partes de la personalidad*. El grado de consciencia o reconocimiento entre las partes de la personalidad es variable, de tal manera que una de ellas puede desconocer por completo la existencia de otra(s), o bien, pueden reconocerse solo algunas partes pero desconocer el sentido de las mismas. Por ejemplo, cuando se encuentra a solas en su casa, una mujer escucha una voz en su cabeza que no reconoce como suya, la cual tiene un tono grave y reclama agresivamente fallos y errores pasados que no recuerda, por lo que también desconoce el significado de lo que le dice. En este sentido, se considera además que las partes de la personalidad se influencian unas a otras en diferente medida. En el ejemplo se muestra una intrusión o influencia parcial que tiene efecto en la manera en que la mujer siente, piensa y actúa en un momento determinado. Otras personas pueden tener la experiencia interna de dos o más partes interactuando, por ejemplo voces discutiendo o una acusando a otra. Es claro que tener consciencia de la intrusión de estas partes disociadas genera angustia, dolor, vergüenza y demás emociones negativas. Por esta razón, resulta muy importante, antes que estigmatizar y etiquetarte como persona, que reconozcas la procedencia de estas experiencias, puesto que en esencia manifiestan la manera en que tu mente organiza la información a partir del trauma: separando los recuerdos y bloqueando otros, pero es claro que este proceso no es

completamente efectivo. En la terapia se busca que aprendas a reconocer y aceptar estas partes, más que aislarlas, negarlas o bloquearlas, que aprendas a negociar con ellas y, aún más, estas entre sí, de tal manera que se favorezca la integración y el funcionamiento conjunto hacia el propio bienestar.

- *Predominio del control ejecutivo y conmutación*. En la actualidad, se piensa que las personas que han sido severas y crónicamente traumatizadas desde la infancia, a la par de poseer características personales de susceptibilidad, tienden a almacenar y organizar la información, no solo en forma disociada, sino también con cierto grado de elaboración y autonomía, de tal manera que las partes de la personalidad pueden poseer un sentido de individualidad, con un determinado nombre, edad, sexo, recuerdos, carácter, comportamiento, etc. Es decir, en apariencia pueden existir múltiples personalidades dentro de una sola persona; no obstante, el grado de elaboración a menudo suele ser limitado y comúnmente se restringe a un repertorio de emociones y conductas que surgen en determinado contexto tanto interno (por ejemplo, recordar a un agresor), como externo (por ejemplo, cuando una persona levanta demasiado la voz). En ocasiones, una de las partes puede tomar el control completo del comportamiento y dominar con su propio sentido de identidad, estilo de pensamiento, forma de actuar, recuerdos, etc. Al proceso de cambio en el predominio o control ejecutivo de una parte sobre las otras se le llama "conmutación" (*switching*), el cual es automático e inconsciente, por lo que no tienes forma de intervenir. Puedes notar que experimentas conmutación si tienes vivencias donde "pierdes" periodos de tiempo, es decir, te das cuenta que has realizado actividades (por ejemplo, tu tarea completa), pero sin tener recuerdo alguno de haberlo hecho. También puede ocurrirte que "despiertas" en mitad de estar haciendo algo, sin saber cómo es que llegaste ahí o por qué razón estás realizando una actividad particular. Nuevamente, la conmutación y predominio de una parte de la personalidad hace explícito un proceso defensivo automático: la disociación y/o exclusión de cierto material que no puede ser integrado en una personalidad completa, se trata de un recurso defensivo de sobrevivencia.
- *Complejidad o elaboración de las partes de la personalidad*. Se concibe como regla general lo siguiente: a) en la medida en que una parte está más presente y activa es más factible que esta se encuentre más elaborada, es decir, que sea más compleja en el sentido interno de *self*, con su propia historia, habilidades e interacciones, tanto con las demás personas, como con las otras partes; b) en la medida en que exista una mayor fragmentación o haya un mayor número de partes, estas tenderán a ser menos elaboradas, estereotipadas y sin un sentido complejo de *self*, es

decir, de identidad individual; c) a mayor cantidad o número de partes, menor será la capacidad de integración y, por tanto, se requerirá de mayor trabajo terapéutico; d) el número y sofisticación de las partes de la personalidad varía entre las personas supervivientes de trauma. Por tanto, en el perfil puede dominar una parte más elaborada, la cual puede interactuar normalmente en casi todas las situaciones cotidianas, con intrusiones de las partes menos elaboradas. No obstante, en la medida en que existan dos o más partes con mayor elaboración, como en el caso del trastorno de identidad disociativo, es factible que ocurra con mayor frecuencia la conmutación.

- *Fobia de las partes disociadas*. Las partes de la personalidad suelen tener conflictos abiertos entre sí y tienden a reaccionar con evitación mutua. Especialmente la parte de la personalidad que funciona más activamente en forma cotidiana suele mantener un bloqueo activo y automático de las partes más vulnerables, es decir, aquellas que conservan recuerdos y emociones vehementes y desorganizantes, así como de aquellas que generan vergüenza, reacciones agresivas o autolesivas. Es importante tener en mente que para el proceso terapéutico resulta vital favorecer la integración de las partes, limitando la evitación y conflicto entre las mismas, aprendiendo a negociar y a contribuir por el bienestar mutuo, sin perder de vista que el cambio en esta estructura de organización puede tomar un tiempo, energía y valor considerables.

12
Protocolo de intervención II

12.1. Co-construcción de significados

En el anterior capítulo se explicó que uno de los mecanismos que mantiene la presencia de síntomas postraumáticos y disociativos es la ausencia de un sistema de significados enriquecido, sólidamente anclado en el presente y que aporte congruencia cronológica a la propia identidad. Por este motivo, una parte esencial e ineludible del tratamiento de personas sobrevivientes de trauma en general, y de aquellas que han sufrido victimización crónica en particular, es la exposición imaginaria a la vivencia traumática, lo cual se realiza a través de la narrativa de la experiencia, revisión, análisis y discusión del contenido cognitivo, así como la co- construcción y enriquecimiento de significados en el presente. Esta técnica se considera el corazón del protocolo de atención de personas traumatizadas, de tal manera que no puede contemplarse un tratamiento adecuado cuando no se ha realizado apropiadamente.

Es importante recordar que la implementación de protocolo no sigue un orden lineal, puesto que a menudo es necesario retomar y reafirmar técnicas y aprendizajes anteriores, al tiempo que se continúa avanzando. La formulación sugerida sigue la propuesta de Curtois y Ford (2013) para el tratamiento de trauma complejo, respecto a un orden en espiral, ascendente y descendente, de acuerdo con las circunstancias y necesidades del caso. No obstante, es importante tener en mente que la técnica de narrativa del trauma no debe iniciarse a menos que el paciente se encuentre suficientemente estable, haya adquirido técnicas de regulación emocional y las practique cotidianamente, más aún, la calidad de la relación terapéutica debe ser tal, que aporte las circunstancias de seguridad y aceptación incondicionales, adecuadas para la revisión y reestructuración de la historia traumática.

Los objetivos específicos de la técnica son los siguientes:

1. Resolver síntomas de estrés postraumático a través de la exposición imaginaria al trauma.
2. Revisar y enriquecer el significado de la experiencia traumática a través de la co-construcción.
3. Situar la experiencia traumática en el contexto de una historia de vida, con un

pasado, un presente y futuro.

4. Clarificar y enriquecer el esquema cognitivo del sí mismo y el mundo.
5. Revivir y resolver experiencias de duelo ante las diversas pérdidas vitales.
6. Revisar la aparición histórica de las partes de la personalidad, entender y normalizar su función.

En esta sección se presentan los lineamientos para el desarrollo de esta técnica.

1. *Educar acerca del impacto del trauma sobre el desarrollo síntomas*. Se sigue la lógica de las intervenciones cognitivo conductuales respecto a hacer explícitas las técnicas y procedimientos, por tanto, antes de solicitar la exposición de la memoria traumática y a manera de introducción, se inicia ofreciendo información acerca del impacto de estas experiencias sobre la dinámica mental y emocional. La explicación puede brindarse en los términos siguientes:

> Me has contado algunas de las peores experiencias que te han ocurrido, aun sin entrar en detalles, entiendo que algunas de ellas fueron bastante fuertes. Ahora quiero explicarte acerca de lo que la ciencia conoce como impacto de las mismas sobre las personas. Los recuerdos de estas vivencias a menudo no se olvidan espontáneamente, al contrario, influyen de tal manera a la mente y el cuerpo que estos reaccionan como si algo negativo fuera a ocurrir en forma inminente. Muchas personas eligen no hablar ni pensar en el tema, con la intención de que el recuerdo desaparezca y con la esperanza de que no influya negativamente en sus vidas. No obstante, lo más común es que se vean abrumados por el retorno repetido e invasivo de recuerdos dolorosos, los cuales toman forma de pesadillas, imágenes mentales involuntarias, revivir el trauma como si se estuviera ahí, escuchar en la mente la voz de un agresor, etc. La ciencia ha descubierto que estos recuerdos necesitan ser procesados adecuadamente, más que intentar evitarlos, de hecho cuando los evades favoreces que permanezcan incontrolados y disociados. Una forma de procesarlos es hablar de ellos, acostumbrarte a tenerlos en mente, puesto que así puedes darte cuenta que van perdiendo paulatinamente la capacidad de abrumarte. Una parte muy importante de tu proceso de recuperación se basa en fomentar que hables en detalle sobre tus experiencias dolorosas y a ello quiero invitarte, con la garantía de que te encuentras en un lugar seguro y con una persona comprometida con tu bienestar, es importante que te des cuenta que hablar de esas experiencias puede ser incómodo, pero no dañino.

2. *Educar acerca de la fobia a los recuerdos traumáticos*. A continuación, se informa con mayor detalle sobre el concepto de evitación fóbica y se proporcionan ejemplos acerca de su naturaleza negativa, especialmente respecto a formación de síntomas. Puede ofrecerse una explicación en los términos siguientes:

> Cuando alguna situación nos inspira emociones negativas, por ejemplo temor, horror y/o desesperanza, intensos, a menudo tratamos de evadirla. No obstante, al huir

permitimos que esta siga siendo percibida por nuestra mente como una amenaza. Así, se forman las fobias, que consisten en el temor a objetos, animales o situaciones que de hecho no son dañinos. Por ejemplo, el temor a las mariposas puede llevar a una persona a huir de ellas ante la mínima aproximación, el resultado a largo plazo suele ser que el temor incremente y se extienda a situaciones aparentemente inconexas, por ejemplo, sitios campestres, ciertas películas, etc. Es decir, la evitación empodera al temor y demás emociones negativas. Más aún, favorece el surgimiento de problemas adicionales, por ejemplo, cuando una persona comienza a sufrir taquicardias ante la simple posibilidad o idea de encontrarse con una mariposa, al evitar salir caminando de casa, etc. Se considera que las personas supervivientes de trauma presentan fobia al recuerdo de sus experiencias, con lo cual se potencian tres procesos dañinos: 1) una evasión, exclusión y temor permanente a ciertos recuerdos, 2) a pesar de lo anterior, la potenciación paulatina y automática de estos recuerdos para generar malestar, 3) el sentido de identidad, significado de vida y la alegría que puede emanar de ello se ven severamente dañados, de tal manera que puede experimentarse confusión y un cúmulo de emociones negativas.

3. *Educar acerca de exposición imaginaria*. A continuación se expone el racional de la técnica de exposición imaginaria al acontecimiento traumático. Puede ofrecerse una explicación en los términos siguientes:

> De acuerdo con lo que hemos estado conversando, las fobias se superan cuando se enfrenta aquello que nos atemoriza, no a huir. En el ejemplo de la fobia a las mariposas, sabemos que estas no son peligrosas, de la misma manera en que los recuerdos dolorosos tampoco lo son ¿Qué ocurre cuando encierras a una persona fóbica en una habitación con una mariposa? Es probable que presente un temor intenso, pero ¿qué pasa si persistimos en el procedimiento por varias horas y lo repetimos durante días? Con seguridad, su temor disminuirá paulatinamente, puesto que notará que se encuentra a salvo, con el tiempo incluso sentirá indiferencia y la fobia habrá desaparecido. Un procedimiento como este es el que te sugiero realizar para superar tu fobia a los recuerdos traumáticos. A diferencia del pasado, cuando te encontrabas vulnerable, sin posibilidad de control ni ayuda, ahora estás más fortalecido, tienes poder de decisión sobre el proceso, además de que no estás solo para enfrentar el temor. Es inevitable cierto grado de malestar, pero es necesario para el éxito duradero y una franca recuperación.

4. *Educar acerca del impacto del trauma sobre el desarrollo de la narrativa autobiográfica*. Es importante explicar con mayor detalle que la desensibilización de respuestas fóbicas es solo un primer paso hacia la revisión e integración de recuerdos previamente escindidos, por lo que se retoma el concepto de disociación para explicar el racional del procedimiento:

> Recordemos que la disociación es una falla en el ordenamiento e integración de las partes o componentes de la mente, de tal manera que cuando esta ocurre, cambia la percepción tanto de la realidad como de la propia identidad, con afectación negativa en la manera de sentir y actuar. Por ello, un sobreviviente de experiencias traumáticas puede experimentar una fragmentación de su mente, con alteraciones en la manera en que percibe, procesa y almacena recuerdos. La experiencia de identidad y sentido de vida pueden verse a la luz de la metáfora de un rompecabezas, en donde además de faltar

piezas, el resto se encuentran desordenadas, por lo que el significado se extrae a partir de las pocas piezas unidas. El trauma entorpece el acomodo adecuado de los recuerdos, en el lugar correspondiente, además de que la fobia descrita favorece los vacíos. Por este motivo, es tan importante tener disponibles todos los recuerdos, se inicia reduciendo la fobia a los mismos, pero sigue un proceso de ordenamiento y acomodo, que significa la discusión, reflexión y enriquecimiento del significado, propósitos de fondo al invitarte a compartir en detalle tu historia.

5. *Educación acerca de la naturaleza vívida de la experiencia*. Es muy útil explicar el modelo de estrés postraumático acerca de dos sistemas de memoria, con énfasis en la participación de la amígdala como estructura hiperactiva, con un tipo de almacenamiento no verbal, no contextual y atemporal. Puede ofrecerse una explicación en los términos siguientes:

> Existe un tipo particular de recuerdos relacionados al trauma, los cuales se encuentran almacenados en estructuras cerebrales más primitivas. La característica de esos recuerdos es que no están guardados en forma de palabras, se trata de imágenes visuales, sonidos, sensaciones en el cuerpo, emociones, etc.; además, no están situados en un tiempo y lugar definidos. Por esta razón, en la actualidad regresan en forma de pesadillas amenazantes, o en forma de sonidos o sensaciones corporales cuando escuchas o sientes algo que se relaciona con el trauma: esos recuerdos se hacen presentes en forma automática, ante ciertas condiciones que no controlas. La tarea que ahora nos ocupa: la narración de esas experiencias apunta a que puedas procesar y acomodar esos recuerdos en un contexto cronológico, pero para ello es necesario que compartas esas experiencias en términos sensoriales, tal como recuerdas haberlas escuchado, visto, olido, etc. Es muy importante puesto que de esta manera se consigue: 1) transformar las sensaciones en palabras, que inspiran menos emociones intensas, son más manejables y permiten un acomodo contextual adecuado, en el marco de tu historia de vida; 2) al revivir las sensaciones y emociones intensas, con el tiempo disminuye paulatinamente la capacidad de estas para afectarte.

6. *Retomar el compromiso de confidencialidad*. Debe reiterarse el compromiso de confidencialidad y privacidad de toda la información del paciente y de sus experiencias traumáticas en particular. Antes de iniciar, el terapeuta debe hacer un serio ejercicio de reflexión acerca de los alcances de la información que se le va a compartir, así como de las posibles limitantes al compromiso de secrecía. Por ejemplo, es importante anticipar disposiciones de su contexto laboral, tal como la obligación de compartir detalles con otros profesionales; debe contemplarse cuando al abrir ciertos temas se compromete la situación legal de otras personas, a la institución que brinda albergue o al paciente mismo; asimismo, deben ponderarse los recursos legales, por ejemplo, cuando cierta información deja al descubierto la culpabilidad de personas en la comisión de delitos, en estos casos, se debe valorar si se cuenta con soporte para llevar a cabo la denuncia y seguimiento correspondiente, también debe considerarse si el paciente está de acuerdo con estas acciones. Cada posible

circunstancia debe anticiparse y plantearse, con la garantía de proceder siempre con la directriz del máximo beneficio; asimismo, el terapeuta debe aclarar sus obligaciones en cuanto a conducta ética de acuerdo con el código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002).

7. *Selección de episodios traumáticos específicos*. Antes de proceder a la exposición traumática, el terapeuta debe tomarse un tiempo considerable en reiterar la explicación de la técnica, procedimientos y objetivos, ofreciendo ejemplos pertinentes y comprensibles, además, debe garantizar la seguridad dentro y fuera del espacio de trabajo e idealmente conseguir la colaboración voluntaria y decidida. Una manera de mantener el procedimiento bajo control seguro es solicitar la elaboración de una lista con todos los episodios traumáticos experimentados, para después asignar números en una escala ascendente en función de su impacto negativo, de menor a mayor intensidad. Se comunica esta disposición de control para favorecer la máxima comodidad y cooperación, al tiempo que se propone la selección conjunta e inicio de la narrativa con la experiencia menos abrumadora.
8. *Educar acerca de la elaboración escrita de la narrativa del trauma*. El terapeuta debe explicar las razones por las que es importante escribir la narrativa del trauma, lo cual puede realizarse en los términos siguientes: a) es muy común que la historia traumática se encuentre fragmentada, con posibles vacíos de contenido y confusión debido al tiempo transcurrido y carga emocional asociada, por ello, es muy importante llevar un registro escrito que aporte una base con lógica situacional/cronológica, a partir de la cual añadir y/o reacomodar recuerdos adicionales conforme estos surgen; b) las experiencias disociativas y, en particular, algunas partes de la personalidad pueden conducir al desconocimiento o negación posterior de cierto material, por lo que desde el principio del trabajo es importante dejar asentada la verosimilitud de la información vertida, así como la autoría respecto a una identidad unívoca; c) una parte muy importante de la técnica consiste en la lectura repetida de la historia traumática, por lo que en este sentido cobra mayor importancia la fidelidad del contenido; d) el material escrito favorece que el terapeuta reconstruya en su mente la historia que se comparte, de tal manera que sienta las bases para una co-construcción y enriquecimiento de significados; e) por último, se garantiza que el material escrito queda resguardado en lugar seguro, con la finalidad de evitar un mal uso del mismo.
9. *Estructura de las sesiones de técnica de la narrativa del trauma*. El proceso de narrar la historia traumática para situarla en un contexto de vida consume muchas sesiones y en este sentido, se recomienda tomar todo el tiempo necesario. Cada sesión de esta técnica se inicia con un adecuado *rapport* y puesta al día de acontecimientos importantes, seguida de la valoración con juicio clínico sobre la pertinencia de continuar con la tarea narrativa de la sesión anterior. Sigue la lectura textual por parte del terapeuta o paciente del

material narrativo previo, exploración de emociones y cogniciones asociadas, así como la recolección de reflexiones y adiciones mnémicas sobre la marcha. El terapeuta registra y abstrae durante todo el proceso, los pensamientos y reacciones emocionales asociados, a la par que los cuestiona a través de una mirada crítica. Cada sesión se cierra con la lectura final de la historia escrita, desde el inicio hasta las nuevas aportaciones, así como con la formulación de conclusiones y/o reflexión pertinentes. En las secciones siguientes se explica en detalle cada procedimiento.

10. *Inicio de la narrativa del trauma*. El terapeuta debe apartar una selección de hojas blancas para escribir él mismo la historia traumática que se le va a compartir. Con personas renuentes, apáticas y menores de edad, la tarea puede presentarse en forma interesante a manera de cómic, historieta, libro, etc., con un título e ilustraciones por colocar (dibujos, recortes, fotografías), pero siempre con insistencia en la adherencia a los hechos reales. Se solicita formalmente el inicio de la narrativa con un acontecimiento pre-traumático, es decir, previo a la ocurrencia del trauma, el cual permita situarla en un contexto espacio-temporal definido, para tal efecto se proporciona asistencia por medio de preguntas: edades, nombres, parentesco, etc., de todas las personas involucradas, así como de los lugares y tiempos específicos. Se recomienda que al inicio de la narrativa abunde en material no traumático que haga referencia al origen del paciente: lugar de procedencia, origen étnico, árbol familiar, personas positivas del pasado, vínculos sólidos con familiares y amigos, etc. La intención es crear un sentido coherente de pertenencia, valía, arraigo y orgullo de ser en el mundo.

    Paulatinamente la narración debe dirigirse al inicio del cúmulo de experiencias traumáticas, pero es absolutamente recomendable iniciar de manera tenue, sin impactar ni confrontar, más bien debe motivar e interesar a continuar con el proceso, a la par que promueve un sentido de control. En adelante, es muy importante que el terapeuta favorezca las descripciones en términos sensoriales: *"¿Qué sentiste, cómo olía, qué ropas vestía, qué sentiste en tu cuerpo, hacía frío, etc.?"*.

11. *Registro de reacciones emocionales, cognitivas y corporales*. Con la finalidad de explorar el significado atribuido a los acontecimientos, durante todo el proceso debe monitorearse estrechamente el estado emocional del paciente y en particular, el impacto de ciertos contenidos. Esto se realiza con la detección de reacciones emocionales, cognitivas y corporales no conscientes, bloqueadas y/o rechazadas, por lo que se debe llevar un registro doble: aquello que el paciente comparte verbal y conscientemente, así como aquello que carece de tal registro; en términos de la teoría cognitiva, se habla de consignar pensamientos automáticos, creencias intermedias y esquemas. Tales registros paralelos a la historia, por ejemplo, abstracciones propias, cogniciones del paciente, reflexiones, observaciones del lenguaje corporal, etc. deben ser

cuidadosamente reportados en el expediente del caso.

12. *Mantener el contexto emocional adecuado*. La directriz básica consiste en nunca perder de vista que se trata de una historia importante, cuyo asunto es la vida de una persona, por lo que la escucha debe hacerse con el máximo de respeto y compromiso hacia una mejor adaptación. Además, la estabilidad del paciente es prioridad esencial, si éste se sobrecarga emocionalmente debe hacerse una pausa y decidir en conjunto si es adecuado continuar. En suma, es obligación del terapeuta crear y mantener una atmósfera emocional cálida, segura y de aceptación incondicional con miras hacia la reflexión conjunta e integración de cada fragmento de información; en este contexto, toda emoción, pensamiento, historia e interpretación de la misma tiene validez y sentido, al tiempo que se coloca en perspectiva a la luz de la experiencia presente, aportaciones y cuestionamientos del terapeuta. Esto cobra mayor relevancia conforme se hace evidente la imagen empobrecida que el paciente suele tener de sí mismo, los intensos sentimientos de culpa, vergüenza, dolor, rechazo, etc. que la historia imprime en su persona, por lo que la actitud adecuada debe comunicar aceptación incondicional a la persona del paciente, a la par que aporta una mirada compasiva y crítica a la manera limitada en que abstrae su propia historia.
13. *Cuestionamiento de cogniciones disfuncionales*. El terapeuta debe familiarizarse con el perfil cognitivo del paciente, es decir, la forma en que abstrae información y crea significado a partir de sus experiencias, asimismo debe llevar un registro de los contenidos disfuncionales, generadores de síntomas. Una forma sistemática de realizarlo es mediante la detección de distorsiones cognitivas, las cuales deben aparecer reiteradamente en el discurso antes de ser presentadas al paciente para un cuestionamiento crítico conjunto. En el expediente se consignan los pensamientos automáticos del tipo: “todo lo que pasó fue mi culpa”, “yo no debería haber accedido”, “soy una mala persona”, etc., la finalidad es detectarlos, ponerlos en perspectiva, cuestionarlos con razonamientos lógicos de acuerdo con la narrativa y buscar evidencia que los compruebe o descarte. Adicionalmente, debe anotarse en el expediente si en la narración se omiten consciente o inconscientemente periodos o temas específicos con la finalidad de determinar un posible origen disociativo.

    Una recomendación importante es no perder de vista que las cogniciones disfuncionales han tardado muchos años en formarse y están sólidamente enraizadas en la historia de vida y actividad cotidiana del paciente, por este motivo cabe esperar oposición, así como poco o nulo efecto de las alternativas planteadas por el terapeuta. Además, si bien un cuestionamiento frontal y decidido puede ser necesario en cierto momento, este puede resultar contraproducente si el paciente se siente invalidado y carente de crédito. Ante estas circunstancias, nuestra experiencia ha mostrado que el cuestionamiento

reiterado de la visión idiosincrática no suele ser la mejor alternativa, la solución es a largo plazo y sigue la propuesta de Rogers respecto a comunicar verbal y no verbalmente compasión, respeto, consideración incondicional y esfuerzo por comprender desde el marco de referencia del paciente; esto es más importante cuando se contempla que estas consideraciones son novedosas para el paciente y favorecen una manera más positiva de mirarse a sí mismo, así como mayor disposición a aceptar propuestas alternativas y crear nuevos significados.

14. *Resolver experiencias de duelo ante pérdidas vitales*. A lo largo del difícil proceso de reconstruir la historia de vida pasada, se harán evidentes un cúmulo de experiencias muy dolorosas de pérdidas irreparables, en las que se incluyen elementos objetivos, tales como la muerte de personas positivas, pérdida de la salud, pérdida de la capacidad de concebir, deformidad, etc.; además de otras pérdidas de naturaleza abstracta: de la inocencia, de los años de infancia, de la experiencia de ser amado por los padres, etc. En estos casos, algunas cogniciones (por ejemplo: "mi madre nunca me amó") suelen estar ancladas a experiencias indudablemente reales, por lo que más que conducir una discusión en términos de ideas disfuncionales, el terapeuta se adhiere a la formulación de las cinco etapas del proceso de duelo de Kübler-Ross; el racional técnico implica que a través de un acompañamiento cálido, respetuoso, comprensivo y paciente, se facilita la abreacción y disminución progresiva de las intensas emociones asociadas, al tiempo que se planifica la vida en el presente a partir de las pérdidas.

    En forma paulatina debe ayudarse a vislumbrar estas experiencias como vivencias pasadas, con énfasis en la responsabilidad actual por el propio plan de vida presente y futuro. Para tal efecto, el terapeuta debe prevenir una actitud que victimice al paciente, puesto que la disposición más útil es aquella que concibe a este con la capacidad de hacer frente a las adversidades, con la fortaleza suficiente para sostenerse constructiva y productivamente a pesar de las mismas, e incluso gracias a ellas.

15. *Repetición audiograbada de la narrativa del trauma*. El terapeuta solicita que la historia de experiencias traumáticas se lea al inicio de cada sesión, la finalidad es que esta se enriquezca cada vez con nuevos recuerdos, reflexiones y aportaciones conjuntas, a la par que cobra paulatinamente un mayor sentido cronológico, situacional y, especialmente, a través del marco de referencia de una identidad unívoca. Dado que el terapeuta tiene la tarea de escuchar, escribir y re-escribir la narración, realiza las anotaciones correspondientes y ayuda a darle un sentido integrador al conjunto de material. Este procedimiento se repite las veces necesarias hasta completar todos los detalles de las experiencias traumáticas, entonces se procede a una última lectura con miras a la aprobación conjunta de la versión definitiva. Se continúa con psicoeducación acerca de la importancia de grabar en audio la lectura

completa de la narración, en voz del paciente mismo: la intención esencial es desensibilizar aún más las respuestas emocionales /corporales frente a la propia narrativa verbal, con miras a lograr una visión integradora de la propia historia de vida, con eje es una identidad.

Para realizar esta técnica se considera que el paciente se encuentra suficientemente estable y es capaz de escuchar su historia narrada de viva voz, debe realizarse con un dispositivo tecnológico adecuado, de tal manera que de ser pertinente, también pueda escuchar su narración en casa. Después de aportar seguridad respecto a la confidencialidad de la información en este nuevo formato se indica que la lectura se realice con carga y tono emocional adecuados, más que en formato neutro; es decir, la lectura debe ser emotiva y acorde con los hechos relatados, por lo que el paciente debe concentrarse y compenetrarse con los contenidos de la narración, puesto que la intención es crear una especie de radionovela. Cuando el paciente se considere listo, se indica la lectura audiograbada del material narrativo completo, no obstante, pueden realizarse varias tentativas previas con la finalidad de explorar la estabilidad del paciente, el impacto de la técnica en cuanto a síntomas, así como la calidad de la grabación, la cual debe ser perfectamente audible y con el estándar técnico referido, es decir, el tono narrativo debe ser acorde con los hechos relatados. En adelante, las sesiones de co-construcción de significados parten de la escucha conjunta del material, así como de las reflexiones pertinentes y monitoreo constante del impacto emocional. Después de numerosas sesiones con esta dinámica y una desensibilización evidente, puede indicarse la escucha del material en casa, si bien con adherencia a las siguientes recomendaciones: nunca debe subestimarse el riesgo que representa una posible sobrecarga emocional incontrolable que amenace la seguridad del paciente, por este motivo, deben tomarse las medidas de previsión pertinentes; adicionalmente, el enfoque ideal es progresivo, por lo que antes de hacer la escucha en solitario, se puede sugerir que al inicio se invite a una persona cercana y confiable para la escucha y reflexión conjunta en casa.

16. *Reflexiones hacia el presente y el futuro*. Para este punto del trabajo el terapeuta cuenta con un cúmulo de información autobiográfica significativa, de tal manera que le es posible detectar la aparición histórica de las partes de la personalidad y comprender mejor las funciones que han cumplido y cumplen en la actualidad, de tal forma que en adelante puede conducir una discusión amplia acerca de estos tópicos; la intención es enriquecer la narrativa autobiográfica y que el paciente domine en términos verbales sus experiencias internas, sean estas emociones vehementes y/o partes más elaboradas de la personalidad.

    Hacia el final de esta parte técnica, aún pueden persistir ideas disfuncionales y una imagen limitada del sí mismo, por lo que el terapeuta ha debido recopilar cada una de las reflexiones conjuntas con miras hacia el

mejor entendimiento de la experiencia presente y la creación de una perspectiva futura. Con la intención de crear un significado enriquecido de la experiencia en devenir, se incluyen en la discusión las cogniciones alternativas, creencias culturales y religiosas, además de técnicas conductuales; por ejemplo, pensamientos del tipo: "nunca podré hacer nada bien", son puestos a prueba a través de ejercicios bien diseñados que los debiliten. En adelante, al material narrativo escrito se le añaden las nuevas reflexiones y perspectivas desde una identidad robusta, además de que esta parte del trabajo puede cerrarse con una conclusión constructiva.

Una parte del racional de esta técnica es que la tarea de contar la propia historia a otras personas y a uno mismo es un ejercicio que no termina nunca, más bien puede continuar aun después del final del proceso terapéutico; no obstante, llegado el momento resulta importante cerrar o declarar oficialmente concluida esta etapa. El terapeuta puede considerar exitoso el procedimiento de co-construcción de significados cuándo: 1) dentro de la sesión, el paciente es capaz de hablar de sus experiencias traumáticas sin sobrecarga emocional, 2) disminuye la presencia de experiencias disociativas en general, 3) los temas traumáticos se comparten –a discreción– a terceros sin temor al rechazo, 4) el cambio conductual hace evidente que se han superado ciertos temas, por ejemplo, la desaparición de la fobia a miembros del sexo opuesto en sobrevivientes de abuso sexual, 5) existe una franca disminución de todos los síntomas iniciales.

12.2. Desensibilización de reacciones fóbicas

En etapas previas del tratamiento se diseñan estrategias de enfrentamiento que apuntan a la modificación de hábitos menores de evitación, con miras al mejoramiento de las habilidades de regulación emocional. En fases avanzadas y cuando estás habilidades son más sólidas, las técnicas conductuales tienen la intención de desensibilizar respuestas emotivas/viscerales frente a ciertas situaciones externas y paralelamente, integrar información cognitiva y sensorial que es excluida de la narrativa autobiográfica. Como parte de este procedimiento, se realizan las siguientes tareas: 1) retomar la explicación del mecanismo de evitación, 2) explicación extendida del mecanismo de evitación, 3) identificar situaciones que se evitan, 4) facilitar el procedimiento de enfrentamiento, 5) conducir el enfrentamiento, y 6) encuentro con personas del pasado. En esta sección se detalla cada una de estas tareas.

1. *Retomar la explicación del mecanismo de evitación*. Se formula nuevamente la definición y explicación de la evitación como mecanismo que promueve la generación y mantenimiento de síntomas. Puede ofrecerse una explicación

similar a la sugerida anteriormente para educar acerca de la fobia a los recuerdos traumáticos (punto 2 de la sección de co-construcción de significados). También se añade la siguiente formulación:

> Un tratamiento no puede considerarse completo cuando no se han superado la mayoría o el total de huellas que ha impreso la experiencia traumática. Una forma de conocer que dichas experiencias continúan teniendo un efecto es cuando persiste la evitación de ciertas situaciones; por ejemplo, respecto a la fobia a las mariposas, una persona no puede considerarse aliviada cuando continúa evadiendo los encuentros con mariposas. De la misma manera, un tratamiento no se considera adecuado cuando se continúan evitando situaciones clave del pasado traumático, por ejemplo, cuando una persona elige no regresar al lugar donde fue agredida (sin la presencia del agresor), su decisión respetable puede verse también a la luz de un temor no superado del todo. Por estas razones, te propongo que hagamos una reflexión conjunta con la intención de detectar situaciones que continúas evitando, para en su momento, enfrentarlas y superarlas de forma segura.

2. *Explicación extendida del concepto de evitación*. En todo momento debe evitarse la estigmatización y auto-estigmatización del paciente, motivo por el cual se amplía la información con tres objetivos: 1) *normalizar* la evitación como mecanismo común de enfrentamiento en sobrevivientes de trauma en general, pero se explica que puede convertirse en inadecuada y dañina en la actualidad; 2) *diferenciar* entre evitación que aporta seguridad y aquella que es problemática, por ejemplo, evitar un barrio peligroso es algo seguro y adecuado, pero evitar a todos los adultos hombres puede ser dañino; 3) *motivar* al cambio, es decir, a contrarrestar la evitación mediante el enfrentamiento de las situaciones que se evaden, con la intención de no restringir el repertorio conductual, cognitivo y afectivo. Puede ofrecerse una explicación en estos términos:

> Todos huimos de aquello que nos asusta, es una respuesta normal para resguardarnos y mantenernos a salvo, incluso nuestro cuerpo reacciona antes de pensar en ello: se acelera el corazón, se dilatan las pupilas, nos agitamos, es decir el cuerpo se prepara para huir o luchar contra la posible amenaza. No obstante, es probable que con el tiempo aquello que tememos: a) continúe siendo peligroso, b) no sea una amenaza real, o c) que haya dejado de serlo; entonces ¿qué pasa cuando no superamos el temor a esa situación? Nuestra mente no alcanza a detectar la diferencia, es decir, sin darnos cuenta podemos exponernos a algo peligroso y/o, podemos continuar huyendo de algo que ya no representa un riesgo. Por esta razón, es muy importante detectar las situaciones que continúas evitando debido a que te recuerdan las experiencias dolorosas del pasado, la intención ahora es determinar cuáles puedes enfrentar de forma segura y cuáles debes evitar para prevenir daños adicionales. En la medida en que superes el temor a esas situaciones, disminuyes el riesgo y dejas atrás los recuerdos que te afectan.

3. *Identificar situaciones que se evitan*. Se elabora en conjunto una lista amplia

de situaciones asociadas al trauma y que en la actualidad continúan evitándose por tal motivo, para cada una se exploran las razones aducidas y se determina si se trata de evitación segura o problemática; en este punto, se discuten con amplitud las ventajas y desventajas de realizar procedimientos de enfrentamiento sistemático. Se debe ayudar a identificar situaciones de las cuales el paciente no es consciente, por ejemplo, evitar hablar sobre el tema con personas positivas, evitar el contacto con ciertos objetos, etc. A continuación, se asignan números en orden descendente de acuerdo con el grado de motivación para enfrentar cada una de las situaciones.

4. *Facilitar el procedimiento de enfrentamiento*. El racional del procedimiento de enfrentamiento –y de este protocolo en general–, implica promover y facilitar el proceso de cambio, por lo que uno de los elementos esenciales es la adquisición de habilidades para dotar al paciente de recursos disponibles. En este caso, además de educar y motivar constantemente, resulta de utilidad entrenar procedimientos tales como el paro de pensamientos, estrategias de relajación, estrategias de distracción, enfrentamiento progresivo (por ejemplo, con el acompañamiento del terapeuta u otra persona), habilidades meta-cognitivas, etc., todo ello con la finalidad de llevar a cabo en forma efectiva el enfrentamiento y desensibilización de las situaciones temidas.
5. *Conducir el enfrentamiento*. Se recomienda iniciar con el enfrentamiento de las situaciones que confrontan al paciente en menor grado y que a la par le generan mayor motivación. En adelante, el terapeuta debe diseñar cuidadosamente cada procedimiento, con indicaciones de acción claras –a manera de guión–, con recursos disponibles para contrarrestar la sobrecarga emocional y sobre todo, con la intención de generar un resultado exitoso que motive a continuar con el proceso en esta misma línea. De la misma manera, el terapeuta debe estar preparado para posibles negativas, evasión y distorsión del procedimiento; en estos casos, la mejor respuesta no es punitiva ni coercitiva, más bien, deben analizarse las resistencias, respetar los tiempos y explicar las consecuencias de continuar evitando el enfrentamiento. Pueden realizarse adaptaciones al plan original para hacerlo más accesible, puesto que la esencia de este procedimiento apunta a la realización efectiva de tareas conductuales, a fin de generar cambios palpables en los síntomas manifiestos.

   Por ejemplo, un niño de 12 años fue arrollado por un automóvil en una avenida importante. A partir de entonces, se negaba a cruzar avenidas grandes, e incluso solicitaba la presencia de su madre para cruzar calles pequeñas, puesto que lo invadía un temor intenso y flashbacks traumáticos. Antes de realizar tareas de enfrentamiento, se le instruyó para realizar ejercicios de respiración tranquilizadores, además del uso de frases mentales positivas. En un principio su madre lo acompañó, pero paulatinamente lo dejó cruzar solo las calles –de acuerdo con las instrucciones–; de esta manera, gradualmente fue capaz de cruzar avenidas grandes sin asistencia y mejoró

notablemente el perfil sintomático y confianza en sí mismo.

6. *Encuentro con personas del pasado*. Buena parte del trabajo terapéutico se basa en contrarrestar la evitación interna y en este sentido, se revisita el pasado para extraer un significado del *self* más completo y adaptativo. No obstante, en muchas ocasiones se abren cuestionamientos muy complicados y ante los cuales, el paciente muestra urgencia de respuestas; por ejemplo: *"¿Mi madre me amó alguna vez? "¿Por qué me abandonó mi madre? ¿Quién es mi padre? ¿Cómo murió mi hermano?"*, etc. Por lo que en algunos casos, como parte del proceso de enfrentamiento, puede resultar de utilidad buscar, encontrar y conducir un encuentro y entrevista con personas clave del pasado traumático. En todos los casos se debe: 1) planear cuidadosamente estos encuentros, 2) anticipar condiciones y preparar con ejercicios de *rol play*, 3) revisar las condiciones y restricciones legales, 4) garantizar las condiciones necesarias de seguridad y resultado positivo, 5) acompañar en todo momento al paciente, tanto física, como moral, emocional y legalmente, 6) después del encuentro, ayudar a extraer un significado más constructivo a la propia historia.

   Juana, una mujer de 62 años, narró su historia infantil de severo maltrato físico y emocional por parte de su madre, quien en la actualidad presentaba demencia y deterioro físico generalizado, además de que su versión no era validada por el resto de la familia (hermana, madre, sobrinos, etc.). Después de compartir su historia en terapia e intentar extraer un significado más constructivo, continuaba con esta interrogante: *"¿Por qué mi madre me maltrató a mí, pero no a mi hermana? ¿Qué hice yo para merecerlo?"*. Después de muchas sesiones con premura de respuestas de este tipo, se decidió intentar un diálogo con su madre, se preparó el encuentro con el anticipo de posibles circunstancias y *rol play*. Fueron necesarias muchas visitas a su madre, durante las cuales sus preguntas fueron respondidas exclusivamente con negativas; no obstante, en un momento de lucidez y ante la insistencia de Juana, esta persona atinó a decir con sinceridad: *"Hija, lo siento, perdóname"*. Si bien no obtuvo respuestas, esta petición aportó mucha paz y, especialmente, validó su historia como superviviente de abuso, de tal manera que permitió cerrar constructivamente el tema de la narrativa autobiográfica y planificar su futuro.

   No debe perderse de vista que cada paciente representa un reto y manifiesta necesidades distintas, por tanto, la técnica de enfrentamiento debe diseñarse de acuerdo con las características particulares del caso, además de que cada procedimiento debe encaminarse a la obtención planificada de ciertos resultados, por ejemplo, eliminación de síntomas postraumáticos y/o, enriquecimiento de la narrativa autobiográfica a partir del cambio en la percepción de los hechos del pasado y del presente, todo lo cual debe apuntar al robustecimiento de la imagen del *self*.

12.3. Funcionamiento integrado

El ejercicio de desensibilización descrito en la sección anterior implica un esfuerzo frontal para disminuir las reacciones emocionales disfuncionales ante ciertos estímulos, pero a la vez, permite la integración de información previamente excluida y, por tanto, el enriquecimiento del significado, todo lo cual actúa en contra de la disociación. Nuestra experiencia ha mostrado que cuando mejoran las habilidades de regulación emocional, de hecho mejora la capacidad para el enfrentamiento tanto externo como interno, de tal forma que después de realizar la tarea de narrar el trauma, buena parte de los síntomas disociativos desaparece espontáneamente. Por tanto, el objetivo de las técnicas descritas en esta sección es continuar con los procedimientos de enfrentamiento, pero en esta ocasión, respecto a experiencias internas.

Cabe mencionar que hacia esta etapa del proceso de cura, el terapeuta posee suficiente evidencia acerca de la trayectoria de vida del paciente, que ya no es exclusivamente traumática, de tal manera que a partir de la misma reconstruye en su propia mente el devenir del mismo hasta la actualidad, con una franca disposición hacia la abstracción mutua de esta información y comunicación de la misma en términos de coherencia y congruencia de una identidad unívoca. Por este motivo, es muy importante detectar las partes de la personalidad que aún no se reconocen completamente y/o que funcionan en forma separada e inarmónica, puesto que la intención es favorecer la coordinación y comunicación entre las mismas. En este sentido, las tareas más importantes son las siguientes: 1) psicoeducación acerca de la fobia a la experiencia interna, 2) detección de partes disociadas, 3) recursos para el enfrentamiento interno, 4) trabajo con partes disociadas de la personalidad, 5) rituales de fusión, 6) integración de la experiencia en la narrativa autobiográfica.

1. *Psicoeducación acerca de la fobia a la experiencia interna*. Uno de los pilares del tratamiento aun en etapas avanzadas sigue siendo la psicoeducación, especialmente cuando persisten experiencias disociativas, esto se realiza a partir de los siguientes temas:

    - *Evitación de experiencias internas*. Se retoma el concepto de experiencia interna y disociación, para ello puede ofrecerse una explicación en los términos siguientes: *"Las experiencias internas o acciones mentales son todo aquello que pensamos, sentimos, recordamos, planificamos, decidimos, etc., es decir, nuestra actividad interior y privada, la cual podemos comunicar o actuar mediante acciones, pero no necesariamente. Las experiencias traumáticas favorecen que evites o evadas algunas de estas experiencias, debido a que te producen temor, vergüenza, asco, horror, dolor emocional, etc. A este mecanismo se le denomina fobia a la experiencia interna (Steele, van der Hart*

&Nijenhuis, 2005) y se le asocia a diversas acciones de evitación, entre ellas la disociación; recordemos que esta última es un mecanismo consciente e inconsciente de enfrentamiento ante circunstancias dolorosas, el cual produce una falla en el ordenamiento e integración de las partes de la mente, por tanto, genera problemas secundarios, tales como el olvido de ciertos recuerdos, bloqueos de memoria, escuchar voces, experimentar partes u otras personas dentro de uno mismo, percibir cosas que no existen, etc. Efectivamente, se considera que la disociación es una forma de evitación o escape interno, de tal manera que cierta información dolorosa o incómoda se excluye de la consciencia, por este motivo, es que ciertos recuerdos se "pierden" a manera de olvidos, o bien, "regresan" pero desconectados de la consciencia actual, lo cual les imprime su carácter bizarro e incomprensible". En este punto se retoman los síntomas disociativos pre-existentes y residuales a fin de extender la explicación y hacerla comprensible.

- *Normalizar la fobia a la experiencia interna*. Uno de los principales objetivos de la psicoeducación en esta etapa es normalizar la respuesta fóbica, por esta razón, se ofrece una explicación en los términos siguientes: *"A todos nos cuesta admitir la presencia de ciertas experiencias internas, no solo para los demás, sino especialmente para nosotros mismos, esto sucede porque algunas emociones o pensamientos nos parecen inaceptables, como el hecho de sentir amor o deseo sexual por un agresor, sentir odio, desvalimiento, necesidad de ser arropado como un niño, hacer consciente y aceptar que algunos hechos del pasado ocurrieron efectivamente, etc. Esto ocurre porque partimos de premisas respecto a que ciertas experiencias son buenas o malas per se, dichas premisas pueden ser inflexibles, pero, más importante aún, no son necesariamente ciertas. Por esta razón, quiero invitarte a considerar la siguiente formulación: las experiencias internas simplemente existen, forman parte de nuestro mundo interior, pero no son una referencia acerca de nuestra naturaleza como persona buena o mala. Cuando admites, aceptas y asumes las experiencias internas incómodas/dolorosas, las enfrentas de tal forma que es posible comprender mejor quién eres como persona, qué te distingue, cómo piensas, qué es importante para ti, cuáles son tus aspiraciones, etc.; de esta manera, tu imagen se ve enriquecida, ya no empobrecida simplemente en términos de si eres bueno, malo, aceptable o valioso"*.
- *El trauma como causa de la fobia a la experiencia interna*. Se extiende la información brindada con la intención de continuar con la normalización de respuestas fóbicas, por lo que se propone una explicación en estos términos:

> Las personas que han sobrevivido a experiencias traumáticas presentan un temor intenso ante la posibilidad de repetición de estas vivencias, motivo por el cual evaden situaciones similares y especialmente, aquellas que anticipan emociones desagradables y de difícil control, en estas se incluyen las experiencias internas, tales como sentir dolor físico, sentir tristeza, angustia, desolación, etc.; la evitación fóbica implica precisamente la exclusión en la consciencia de estas sensaciones, lo cual ocurre por dos motivos: 1) el cerebro 'responde' automáticamente con una evasión no consciente, a manera de protección, 2) no se tuvo la oportunidad de aprender a modular las emociones, debido a experiencias infantiles reales de desprotección, abandono y negligencia por parte de los adultos a cargo (responsables de enseñar estas habilidades), de tal manera que en la actualidad se dificulta entender, aceptar, tolerar y modificar estas reacciones.

- *Mecanismo de enfrentamiento interno*. Se explica el mecanismo de enfrentamiento como una manera de contrarrestar la evitación interna y, por tanto, de reducir los síntomas disociativos. Puede ofrecerse una explicación en los términos siguientes:

> Hemos revisado que al evitar aquello que nos atemoriza se generan más problemas que al enfrentar, experimentamos incomodidad, si bien, al persistir en la tarea, no solo desaparece el miedo, sino que además se genera bienestar y un sentido de empoderamiento. Hasta ahora, has realizado actividades de enfrentamiento a situaciones externas –se ejemplifica con ejercicios realizados–, y también a situaciones internas, como cuando compartes conmigo tus experiencias y, especialmente, al realizar la tarea narrativa de tu historia, puesto que actualizas recuerdos y emociones dolorosos. De hecho, uno de los objetivos principales de todo el tratamiento es lograr que aprendas a mirar y aceptar tus experiencias internas sin juzgarlas y sin sentirte abrumado por ello. Con esta intención, ahora revisaremos recursos adicionales de enfrentamiento interno con la finalidad de reducir y/o eliminar las experiencias disociativas aún presentes.

2. *Detección de partes disociadas*. Es muy importante realizar un recuento exhaustivo de experiencias de evitación interna, para después conducir una discusión acerca de su posible origen y significado en términos de la narrativa autobiográfica enriquecida. El procedimiento sistemático es el siguiente:

- *Detección de partes disociadas*. Se elabora en conjunto una lista de los síntomas disociativos aun presentes, para ello es muy importante incluir: 1) las experiencias disociativas conscientes, 2) las experiencias de las cuales el paciente no es consciente, 3) las experiencias internas que aun se evitan intencionalmente, 4) los métodos de evasión empleados, 5) las partes de la personalidad más elaboradas. El requisito para realizar la actividad con eficiencia es una psicoeducación adecuada, de tal manera que genere consciencia acerca de la importancia de enfrentar, especialmente al tratarse de experiencias internas que pueden mantenerse

en secreto. Por estas razones, el terapeuta debe ser suficientemente hábil para conducirse en forma desapasionada, empática y paciente, pero a la vez, presionar cuando sea necesario, debe generar motivación para la tarea y familiarizarse con el perfil de la persona, de tal forma que le sea posible identificar las experiencias que se continúan evitando, aun antes de que le sean comunicadas.

- *Reporte de evitación*. Puede realizarse una exploración exhaustiva de síntomas mediante una nueva administración de los instrumentos de disociación iniciales (ver sección de instrumentos). Se espera que en la medida en que ha incrementado la confianza y empatía mutuas, el reporte de estas experiencias sea completo y fidedigno. Este procedimiento se completa mediante la elaboración conjunta de un *reporte de evitación*, el cual consiste en un recuento de los siguientes puntos: 1) experiencias internas que se han evitado, 2) experiencias internas que el paciente desea evitar en la actualidad, 3) creencias relacionadas, cogniciones y/o razones aducidas para esta evitación, 4) procedimientos específicos de evitación. Después de realizar este reporte, guiado durante las sesiones, puede solicitarse su elaboración como tarea para casa, con énfasis en la importancia de la reflexión y autoexploración.

3. *Recursos para el enfrentamiento interno*. Después de realizar un recuento de las experiencias internas que se evitan en la actualidad, se formulan planes de posibles acciones de enfrentamiento, en el que se incluyen tareas tan diversas como: compartir experiencias traumáticas previamente excluidas, añadir detalles abrumadores a la narrativa del trauma, compartir creencias dolorosas del tipo: "soy una persona despreciable e indigna", expresar necesidades del tipo: "me siento tan vulnerable, que necesito sentirme amado para creer que vale la pena vivir", dedicar unos minutos al día para hacer consciente ciertos recuerdos y emociones dolorosas, escuchar e intentar comprender el mensaje de una parte disociada de la personalidad, etc. Debido a las particularidades del caso y la complejidad del procedimiento, el terapeuta debe: 1) explicar el medio racional y objetivos particulares de cada tarea de enfrentamiento, 2) formular cuidadosamente las tareas hacia la desensibilización e integración de material previamente excluido, 3) debe retomar los recursos que faciliten el enfrentamiento, dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

   - *Relajación como recurso contra-fóbico*. La evitación fóbica de experiencias internas se asocia a ansiedad, por este motivo, resulta muy importante que el paciente domine las técnicas revisadas previamente respecto a: 1) identificar la presencia de ansiedad, 2) determinar el grado de intensidad, 3) estrategias para inducir relajación. De esta manera, cada

tarea de enfrentamiento debe ir precedida por la creación de un contexto físico y emocional adecuado para generar relajación, bienestar y seguridad.

- *Recursos de regulación emocional*. Además de ansiedad, la evitación interna se asocia a otras respuestas emocionales disfuncionales, las cuales a menudo constan de cadenas muy complejas que es necesario desentrañar. Por ejemplo, una paciente experimentaba mucha vergüenza por sus intensos sentimientos de ira y venganza, no obstante, cuando fue capaz de aceptarlos y hablar en detalle de ellos, se hizo evidente que estos en realidad enmascaraban un profundo y doloroso sentimiento de desvalimiento y abandono. Por tal razón, en este punto es necesario retomar las habilidades de regulación emocional, especialmente: 1) identificación de emociones, 2) distinción de respuestas emocionales, 3) aceptación y validación de experiencias internas, 4) incremento de la tolerancia al malestar.
- *Mentalización de la experiencia actual*. La tarea de reconocimiento e integración de material disociado es imposible sin la actualización de la experiencia presente, con consciencia plena y aceptación de lo que ocurre en el aquí y el ahora, tanto en el medio circundante, como en el interno, por este motivo las técnicas de mentalización son una buena opción como agente propicio para actividades de enfrentamiento interno. Con este propósito, se puede solicitar la realización de las técnicas, tal como fueron descritas en la sección correspondiente y se amplía la instrucción en los términos siguientes:

> Es momento de dirigir tu atención a lo que ocurre dentro de ti, toma nota de tus pensamientos, emociones, sensaciones del cuerpo y partes disociadas de tu persona. Es muy importante que durante todo el ejercicio, solo tomes nota de la presencia de esas experiencias sin juzgarlas de ninguna manera, es igualmente imprescindible que realices el ejercicio sin juzgarte a ti mismo por lo que descubres, recuerda que toda experiencia interna no es buena o mala, simplemente forma parte de ti y es totalmente aceptable. Si notas que te distraes, simplemente regresa a realizar el ejercicio de explorar tu interior. Hazlo con curiosidad, como cuando te dispones a conocer a alguien que te agrada, o cuando la persona que te es más querida está a punto de contarte sus secretos. Explora con curiosidad, respeto y compasión, puesto que la intención es que conozcas mejor las razones por las que piensas, sientes y actúas de determinada manera.

El terapeuta debe supervisar la realización adecuada del ejercicio, modelar y moldear el procedimiento y, de ser necesario, llevarlo a cabo en forma progresiva, especialmente cuando la experiencia resulte difícil para el paciente. Durante la práctica, se puede solicitar la verbalización de las experiencias internas conforme se van descubriendo, entonces la tarea del

terapeuta consiste simplemente en registrarlas por escrito para su discusión posterior.

4. *Trabajo con partes disociadas de la personalidad*. Durante los ejercicios de autoexploración y mentalización de la experiencia interna, pueden hacerse evidentes algunos síntomas disociativos en forma de voces y/o partes más elaboradas de la personalidad, por lo que el trabajo con este material se dirige por medio de las siguientes instrucciones:

   - *Detección de las emociones asociadas*. Se ofrece una instrucción en los términos siguientes: *"En primer lugar, es muy importante que detectes lo que la presencia de estas experiencias te hace sentir y pensar acerca de ti (tonto, infantil, demente, atemorizado, etc.), enseguida, recuerda que toda experiencia interna es aceptable y no debe ser juzgada como buena o mala. Ten presente que una de las tareas más importantes de todo el proceso es la capacidad de aceptar incondicionalmente lo que ocurre dentro de ti, con la finalidad de mejorar la comprensión de tu persona"*. Es muy importante que el terapeuta modele la pauta de aceptación y comprensión empática, al tiempo que toma notas para la discusión posterior de estas ideas.
   - *Ejercicio de reconocimiento*. Se ofrece una instrucción en los términos siguientes: *"Nuevamente, una disposición de curiosidad y aproximación acerca de estas experiencias es la mejor respuesta, es decir, el enfrentamiento, más que la negación y escape. Puedes intentar averiguar las razones por las que ocurren estas situaciones en tu interior, desde cuando está presente esa voz, lo que dice, lo que significa su existencia e incluso, puedes intentar un diálogo con ella"*.
   - *Empatía y colaboración con partes de la personalidad*. El trabajo hacia este punto consiste en favorecer que el paciente comience a hacer consciencia y acepte paulatinamente la presencia de partes en su interior, si bien, más que el simple reconocimiento, se trata de favorecer la comprensión empática, a manera de compasión interna por las experiencias sufridas. Por ejemplo, una mujer adulta se sentía muy avergonzada y molesta consigo misma por experimentar en su interior a una niña vulnerable y necesitada de amor, razón por la cual negaba su presencia en forma reiterada. A lo largo del tratamiento, y gracias a la aceptación, empatía, compasión y motivación por parte del terapeuta, esta paciente pudo hablar con amplitud acerca de esta parte de su personalidad, aceptarla, comprenderla y colaborar con ella para continuar el proceso de recuperación. El procedimiento puede realizarse sistemáticamente a través de los siguientes pasos:

- *Normalizar la presencia de partes de la personalidad*. Debe retomarse la psicoeducación respecto a disociación y partes de la personalidad, de acuerdo con la sección correspondiente de este manual (punto 8.6.2), la intención es normalizar los síntomas disociativos y favorecer la aceptación de la experiencia de fragmentación interna.
- *Comunicación y acuerdo entre partes de la personalidad*. Se instruye al paciente respecto a realizar diálogos internos con partes de su personalidad, este procedimiento puede modelarse durante las sesiones e indicarse posteriormente como tarea para casa. No obstante, es importante que los diálogos iniciales se concentren en temas relacionados al mutuo conocimiento y a esfuerzos de cooperación respecto a seguridad, colaboración con el proceso terapéutico y realización de tareas cotidianas. Las emociones y recuerdos de naturaleza traumática solo pueden compartirse en la medida que el paciente se encuentre suficientemente estable y exista una sólida cooperación y empatía entre las partes. Se ofrece una instrucción en los términos siguientes: *"A medida que haces consciencia de la presencia de una parte dentro de ti y aceptas esa experiencia, te es más sencillo conocer cómo piensa y siente esa parte, lo cual resulta esencial para el proceso terapéutico, puesto que de esta manera logras disminuir reacciones emocionales dañinas respecto a esa experiencia interna, además de hacer posible un acuerdo respecto a la mejor manera de cooperar por el bienestar mutuo. Los pasos para realizar esta tarea son, en primer lugar, escuchar con atención, respeto y curiosidad, sin temor ni rechazo a esas partes de tu personalidad. A continuación, sigue la tarea de compartir información con partes de tu interior, lo cual puedes realizar de distintas formas, por ejemplo: a) escuchar y conversar en voz baja con las voces, puesto que aun cuando en principio solo tú estés listo para hablar, puedes comunicar tu búsqueda de bienestar y esfuerzos por el bien común, b) hablar a solas frente al espejo, con la finalidad de mantener presente que se trata de una sola persona que habla consigo misma, c) comunicación por escrito hacia las partes y entre las partes. Se puede formular un plan de acuerdo con tus preferencias, si bien un punto de partida necesario es encontrar un tópico de interés común, que puede ser, por ejemplo, dejar una relación abusiva, detener las autolesiones y/o mantenerse seguro"*.

  Se deben anticipar y normalizar las dificultades para la realización del procedimiento, las cuales fluctúan desde resistencias debidas a auto-estigmatización, como a complicaciones propias de la dinámica

de la disociación, es decir, respecto a que las partes de la personalidad requieren de tiempo, confianza y aceptación suficientes para permitirse un mayor grado de comunicación. Pero más importante aún, tanto el paciente como el terapeuta deben tener presente todo el tiempo que en ningún caso existe más de una persona, por lo que el diálogo interno debe conducirse en términos de un *nosotros* encaminado hacia un *yo* o *sí mismo* único. Por ejemplo, se puede instruir al paciente a responder a una voz iracunda que grita e insulta de esta manera: *"Es importante que guardemos la calma, puesto que al controlar las emociones fuertes nos mantenemos seguros. Ayúdame a entender por qué estás enojado y trataré de ayudar a re-establecer el bienestar"*.

- *Partes no verbales de la personalidad*. Es posible que algunas partes se presenten en forma fragmentaria y se comuniquen esencialmente en forma no verbal. En estos casos, debe instruirse en la importancia de responder de la misma forma empática, paciente y compasiva, en primer lugar, comprendiendo el mensaje que envían estas partes, para después brindar la respuesta más adecuada; por ejemplo, el llanto desesperado de un niño puede comunicar un intenso sentimiento de desolación, por lo que una respuesta adecuada es de este tipo: *"Entiendo que te sientes muy solo, déjame acompañarte y ayudarte"*.

5. *Rituales de fusión*. Después de realizar un extenso trabajo de autoreconocimiento, auto-aceptación, comunicación interna y cooperación, es posible que las partes comiencen a experimentarse ya no como entidades distintas y separadas, sino cada vez más como dimensiones de una misma personalidad. En algunas ocasiones, ocurre una fusión espontánea, pero en algunos casos resulta de utilidad conducir ejercicios a manera de rituales; el procedimiento es como sigue:

- *Explicación de objetivos*. Se debe explorar la disposición del paciente y explicar la finalidad del ejercicio en estos términos: *"Cada vez es más claro que las partes de tu interior se perciben menos separadas y más bien que forman parte de una sola identidad, por lo que puede ser de utilidad realizar un ejercicio a manera de ceremonia con la intención de unirlas, pues uno de los objetivos centrales del tratamiento es, después del paso necesario de hacer consciente que posees partes internas, lograr que te percibas como una persona, con rasgos exclusivos y únicos, y no como un conjunto de entidades separadas"*. En ningún momento debe presionarse para realizar el ejercicio, puesto que lo

ideal es sugerirlo y esperar el momento en que el paciente se encuentre dispuesto.

- *Ejercicio de imaginería*. Una ceremonia o ritual de fusión implica el mutuo acuerdo entre las partes que van a unirse, con disposición a conformar una identidad exclusiva. Se explora y acuerda la imagen mental más adecuada para el ejercicio; por ejemplo, con un paciente se empleó la siguiente imagen: *dos personas caminan juntas por una playa deciden sumergirse juntas en el mar, posteriormente emerge una sola persona (el paciente mismo), la cual contiene a las dos partes en forma indisoluble*. La imaginería debe ser significativa, no confrontante y debe ser precedida por un adecuado ejercicio de relajación. Al final, se solicitan las impresiones y descripción subjetiva de la experiencia.

6. *Integración de la experiencia en la narrativa autobiográfica*. Las tareas de enfrentamiento interno de esta sección facilitan la apertura de información muy valiosa acerca de las experiencias traumáticas, así como de la manera en que el paciente les ha hecho frente. Por tal razón, un paso necesario es la ampliación de la narrativa autobiográfica, en el que se incluyen hechos históricos adicionales, detalles escindidos, aparición y funcionamiento de partes disociadas, así como el estilo y contenido cognitivo de las mismas; al respecto, en todo momento deben detectarse los pensamientos negativos y aquellos que favorecen la disociación con la finalidad de discutirlos, analizarlos, cuestionarlos y ponerlos a prueba. Finalmente, las adiciones y nuevas reflexiones se consignan por escrito en la narrativa extensa, la cual puede leerse al inicio de cada sesión y/o grabarse en audio para prescribir su escucha en casa.

12.4. Continuación y rehabilitación

El trabajo en esta etapa se enfoca en reforzar los progresos, asesorar respecto a dificultades cotidianas y favorecer en general una mayor capacidad adaptativa. Este enfoque es posible cuando se han obtenido mejoras notables en distintos rubros, tales como disminución y/o eliminación de los síntomas disociativos y de estrés postraumático, disminución de sintomatología comórbida (por ejemplo, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, autolesiones, etc.), mejora en la capacidad adaptativa (desempeño escolar/laboral, relaciones interpersonales, relaciones con el sexo opuesto, etc.), lo cual evidencia que la experiencia del *self* es más estable y sólida. Por tanto, las tareas específicas de esta etapa son las siguientes: 1) identificación y reforzamiento del cambio sintomático, 2) asesoramiento respecto a dificultades cotidianas, 3) capacitación para la vida independiente, 4) monitoreo de la relación terapéutica para la conclusión del

proceso.

1. *Identificación y reforzamiento del cambio sintomático*. El cambio positivo suele ser progresivo y a menudo repleto de retrocesos, razón por la cual puede perderse de vista con extrema facilidad. Una forma de contrarrestar este problema es mediante la revisión periódica del expediente clínico y la reflexión pertinente acerca de los progresos obtenidos. Por ejemplo, la guía de autocuidados de la Cruz Verde Internacional propone que el terapeuta busque activamente la retroalimentación por parte de terceros acerca de la efectividad del trabajo realizado, esto con la finalidad de mantenerse motivado, conectado y prevenir el *burnout*; por nuestra parte, añadimos que esto también ayuda a evidenciar los procedimientos que han producido el cambio, además de generar el mismo efecto en el paciente: mantenerlo motivado, conectado y orgulloso de sus progresos. Por tanto, durante todo el proceso, pero más aún en esta etapa, el terapeuta se esfuerza en detectar y retroalimentar al paciente acerca de los cambios obtenidos, en todos sentidos apunta a que la imagen del *self* sea más sana y positiva.
2. *Asesoramiento respecto a dificultades cotidianas*. Buena parte de las actividades del terapeuta durante esta etapa son similares a las que se realizan con pacientes sin antecedentes de trauma/disociación, pero con la ventaja que aporta la solidez de la alianza de trabajo y el tiempo de trabajo en común. A menudo la discusión y asesoramiento puede enfocarse al alivio de síntomas residuales y problemas adicionales, tales como timidez y aislamiento social, problemas de agresividad, confusión respecto a identidad/preferencia sexual, dificultades sexuales, indecisión vocacional, planeación del futuro, etc. Cuando sea necesario y pertinente, debe recurrirse a la interconsulta para el asesoramiento por profesionales expertos en la materia.
3. *Capacitación para la vida independiente*. La mayor parte de los pacientes a quienes se ha administrado el protocolo son personas que residen durante muchos años en casas hogar e instituciones asistenciales, debido a circunstancias familiares de violencia y orfandad; por tanto, con mucha frecuencia no poseen redes familiares o bien, estas son débiles o se han perdido. Las condiciones generales que se les brinda son similares a las de una familia, con la excepción de que durante su estancia, buena parte del tiempo se ocupa en la recuperación y rehabilitación de déficits, producto del rezago característico de estas historias. Por ejemplo, Caza Alianza México ofrece los siguientes programas de atención integral: consejería, actividades terapéuticas, apoyo jurídico, atención médica, atención psicológica, deporte, espiritualidad, ingreso a opción educativa, reintegración familiar y programa de vida independiente (Casa Alianza México, 2014).

   Efectivamente, cada persona que ingresa en la institución es capacitada para su reinserción social hasta el momento en que decide egresar, en tanto, su

evolución es monitoreada estrechamente por un consejero y supervisada por un coordinador. En este sentido, el programa de Vida Independiente aporta los recursos técnicos, educativos, profesionales y personales para facilitar la vida autosuficiente y significativa sin el apoyo institucional; la tarea del terapeuta implica observar estrechamente esta etapa y reforzar los intentos de independencia.

Cuando el terapeuta atiende a pacientes sin antecedentes de institucionalización, la tarea más importante de esta etapa es la creación y/o reforzamiento de una sólida red familiar, social y laboral en la que la persona pueda apoyarse en el futuro cercano, de tal manera que sea posible continuar su recuperación sin depender estrechamente del apoyo terapéutico. Para lograr este cometido, se recomienda realizar sesiones conjuntas con personas del círculo cercano al paciente, estas deben ser positivas y protectoras, además, deben ser elegidas e invitadas por él mismo.

Las sesiones conjuntas deben planearse cuidadosamente, para lo cual se explican los objetivos y se solicita la autorización del paciente. Inicialmente, debe monitorearse la dinámica actual de la relación que mantiene con estas personas, la intención es prevenir la repetición de experiencias abusivas; en este sentido, está indicada la creación de una alianza con quienes se integren al proceso, además del asesoramiento respecto a la relación cuando sea necesario. Con previo consentimiento, se les informa acerca del diagnóstico y síntomas iniciales, se explica la trayectoria del proceso, así como la evolución y logros obtenidos; adicionalmente, deben remarcarse tres aspectos: 1) las fortalezas del paciente, 2) las acciones específicas a través de las cuales pueden brindar sostén y ayuda, y 3) fomentar la comprensión empática de las dificultades y síntomas residuales, puesto que el objetivo general implica el fortalecimiento del vínculo con estas personas.

4. *Monitoreo de la relación terapéutica para la conclusión del proceso*. El final del proceso debe anticiparse y discutirse ampliamente, a fin de explorar los beneficios, temores y resistencias; en este sentido, es muy importante no perder de vista que en la vida del paciente existen historias de pérdidas y rupturas dolorosas de relaciones significativas, por lo que es esencial revisar las reacciones pasadas ante estas experiencias, con la finalidad de mejorar la comprensión mutua de la respuesta actual ante la perspectiva de separación inminente. En este sentido, la teoría propone que la necesidad de exploración (sistema exploratorio) es a la vez opuesta y complementaria a la necesidad de cercanía con la figura de apego (sistema de apego), por lo que la precondición para que el paciente pueda experimentar una separación adaptativa respecto a su terapeuta es el haber desarrollado un patrón de apego seguro. Cuando el proceso de cura ha madurado positivamente, la relación terapéutica se internaliza y llega a formar parte de la persona, lo que en la teoría del apego se denomina modelo interno de trabajo, hecho que favorece la estabilidad y

predictibilidad en la relaciones con los demás y con uno mismo; con la lógica de este argumento, se construye un sentido armónico y coherente del *self* a partir del vínculo constante y genuino con el terapeuta. Ahora bien, no debe perderse de vista que el sistema conductual de apego es complementario al sistema conductual de cuidados, por lo que se asume que el proceso es necesariamente diádico y de influencia mutua, hecho que obliga al terapeuta a la auto-observación y supervisión constante, especialmente cuando se considera la conclusión de la terapia, puesto que las características personales pueden facilitar pero también dificultar este paso.

Este protocolo sigue el argumento de Bowlby (1973, 1969) respecto al sistema de exploración, en el sentido de que el paciente puede y debe experimentar su ambiente a partir de una distancia respecto a su terapeuta, con capacidad para mantener bajo control la ansiedad y malestar que esto le provoca, lo cual depende de que este último represente una base emocional segura y favorezca este proceso, no solo alentando la separación, sino también transmitiendo aceptación emocional absoluta cuando resurja la necesidad de cercanía. Efectivamente, el terapeuta también debe estar listo para "dejar ir" al paciente, puesto que su sensibilidad y capacidad empática lo capacitan para detectar la necesidad de separación con miras a incrementar el crecimiento, en el sentido de que el paciente se experimente como un individuo con una identidad única, con la seguridad y confianza suficiente para determinar su vida y moldear su presente y futuro.

Parte IV
Caso clínico y conclusiones

13
Caso clínico

> Mi hija siempre fue dueña de una rara habilidad para maquillar sus emociones y no tardó en construirse una nueva imagen, límpida y serena, como si en vez de permanecer en una clínica psiquiátrica hubiese disfrutado de unas vacaciones en Suiza…Era como si para sobrevivir al dolor, al abandono y la vergüenza, Susan se hubiera inventado otra Susan, una Susan que a ojos de los demás no conocía el sufrimiento. J. Volpi. Memorial del engaño

Diana María fue atendida en una institución que asiste a personas en situación de vulnerabilidad de la Ciudad de México, era hija de una empleada del lugar, residía con su familia en una casa facilitada por la organización, por lo que desde su infancia y adolescencia mantuvo estrecho contacto con las autoridades y beneficiarios. El caso ejemplifica el impacto acumulado de experiencias traumáticas y la ruptura de vínculos significativos como claves en la aparición de experiencias disociativas.

13.1. Presentación del caso

Diana contaba con 18 años de edad al momento de iniciar el tratamiento, era la mayor de sus hermanos: otra joven de 15 años y a un menor de 9. La madre, de nombre Juana, solicitó la intervención psicológica después de sostener un reciente enfrentamiento violento con Ramón, padre de la paciente. Desde entonces, los progenitores se habían separado y habían iniciado una difícil disputa legal acerca de los bienes y custodia de los hijos.

La madre de Diana contaba con educación secundaria y había laborado informalmente en distintos sitios, desde hacía 8 años trabajaba de cocinera en una institución que asiste a personas en situación de vulnerabilidad. Gozaba de la confianza y apoyo por parte de las autoridades del lugar, quienes le facilitaron una casa propiedad de la organización, a fin de que pudiera habitarla con su esposo e hijos. Provenía de una familia disfuncional, con antecedentes de violencia física y verbal por parte de su padre. Contaba con dos hermanos mayores, ambos varones, casados y con hijos, uno de ellos profesional. Juana padecía alcoholismo, si bien se mantenía en abstinencia completa desde hacía 8 años y hasta la actualidad era miembro activo de un grupo de alcohólicos

anónimos.

Por su parte, el padre de Diana contaba con educación media superior inconclusa y también provenía de un medio familiar con antecedentes de violencia y disfunción, sus tres hermanos (dos mujeres y un hombre) mantenían un conflicto abierto con él, puesto que le acusaban de generar mortificaciones a su madre. En la actualidad laboraba informalmente ofreciendo masajes terapéuticos a domicilio, motivo por el cual no contaba con un ingreso fijo. Si bien no se reconocía como alcohólico, bebía ocasionalmente hasta llegar a la embriaguez, de tal forma que hacía esfuerzos por mantenerse sobrio, hecho que lograba por periodos relativamente largos, hasta que ciertas circunstancias de estrés lo llevaban a reiniciar el consumo.

Los padres de Diana se casaron siendo muy jóvenes y tenían una historia larga de problemas maritales, hacía algunos años Ramón acusó a Juana de infidelidad y hubo episodios de grave violencia física y verbal, hechos que fueron presenciados por los hijos. Si bien hubo intentos previos de separación, ambos hacían esfuerzos por llegar a acuerdos y mejorar la convivencia, de tal forma que la pareja lograba mantener periodos de paz, rotos eventualmente por conflictos y disputas abiertas, en donde prevalecían los insultos y reclamos acerca de una supuesta infidelidad, ahora de parte de Juana hacia Ramón, muchos de estos episodios terminaban en agresiones físicas mutuas.

La familia vivió los primeros 10 años de matrimonio en casa de los padres de Juana, durante este periodo Diana sufrió de maltrato emocional y físico por parte de sus abuelos y tíos maternos, de acuerdo con su dicho: *"en ese entonces mis papás se la pasaban peleando y contentándose, por lo que yo me sentía muy sola, no sabía a quién acudir, solo me sentía feliz cuando visitábamos a mi abuelita, Carmen* (abuela paterna), *pero la visitábamos en pocas ocasiones"*.

Juana nunca estuvo dispuesta a aceptar la versión de su hija respecto al maltrato, por lo que no le brindó apoyo ni crédito ante esta situación. En tanto, el padre se encontraba inmerso en los conflictos de pareja y entonces bebía en exceso, de tal manera que a pesar de la confianza que Diana le profesaba, decidió no confiarle esta experiencia.

En la primer entrevista con Juana, describió a Diana como una hija modelo, es decir, una joven estudiosa, respetuosa, amorosa con sus hermanos, deportista, educada y considerada con las personas, obediente con sus padres y autoridades. El principal motivo de preocupación fue el notorio cambio conductual y anímico que sobrevino en Diana ante el reciente incidente de violencia entre sus padres: *"Está tiste, rebelde, intolerante, no quiere realizar sus tareas escolares. Dice muchas mentiras, ella misma se crea su mundo. Se enoja con facilidad y llora por cualquier cosa. Quiere estar acostada y sin hacer nada, se encierra en su recámara y tampoco convive con sus amigos ni hermanos. Está muy angustiada por su papá, me dice: 'me preocupa mi papito, no quiero que se quede solo mi papito' y entonces llora sin parar"* (cita de la madre).

Cuando se le solicita que describa a qué se refiere cuando dice que Diana crea su mundo, explica: *"Se ilusiona con el hecho de que nosotros arreglemos nuestra situación y seamos una familia feliz, pero no se trata solo de desearlo, ella lo cree de*

verdad, está convencida. De pronto, la veo mirando a la nada, como ensoñada, le hablo y no escucha, por eso pienso que sueña despierta con el día en que todos nuestros problemas se arreglen"(cita de la madre).

En la primera entrevista con Diana, se presenta como una joven amigable, amable y simpática, incluso con disposición para agradar al terapeuta; a pesar de no haber solicitado por sí misma las sesiones, se muestra interesada y dispuesta a colaborar. Reportó entonces los siguientes síntomas:

1. Pesadillas frecuentes (todas las noches).
2. Recuerdos frecuentes e indeseables acerca del último episodio violento entre sus padres, especialmente al momento de dormir.
3. Insomnio en forma de despertares frecuentes durante la noche.
4. Alucinaciones visuales asociadas al episodio violento, en las que observa su cuerpo lleno de sangre (después que el padre la golpeara, la madre quedó tendida en el suelo, repleta de sangre, Diana la abrazó entonces para protegerla).
5. Alucinaciones auditivas, las cuales consistían en: 1) llanto lastimero, 2) gritos indescifrables y atemorizantes, 3) una voz que recrimina con mucha furia.
6. Estado de ánimo triste.
7. Confirma el cuadro descrito anteriormente por la madre respecto a apatía, ansiedad, bajo rendimiento escolar y aislamiento social.
8. Estados emocionales de ira que no entiende y no reconoce como suyos: *"no sé por qué me siento así, no ocurre nada para que me sienta así, pero entonces me da mucha rabia que no se me quita, luego me empieza a doler mucho la cabeza"* (cita de la paciente).

Diana desconocía las razones de estos síntomas, pues explica que a pesar de la reciente preocupación de su madre, en realidad padecía muchos por ellos desde hacía algunos años y sin que nadie lo notara. Cuando se le preguntó acerca del inicio de sus malestares, comenta que desde niña ha estado muy preocupada por el bienestar y seguridad de su familia, especialmente de sus hermanos, añade que comenzó a escuchar una voz furiosa en su cabeza después de que su madre fue sometida a un legrado, debido a la muerte *in útero* del último bebé (hacía 5 años). Las otras voces (llanto y discusiones) también comenzaron años atrás, si bien eran menos frecuentes.

Conforme transcurren las sesiones e incrementa la confianza mutua, añade que desconoce la experiencia descrita por su madre respecto a mirar hacia la nada y sin notar lo que ocurre a su alrededor, pero comparte que en ocasiones se encuentra haciendo cosas sin saber cómo llegó ahí, también que *"pierde"* porciones de tiempo sin saber qué ocurrió mientras tanto. Estas experiencias le molestan y preocupan pues no sabe cómo interpretarlas, teme además que se le declare mentalmente enferma, motivo por el cual no había abierto el tema con anterioridad.

Fueron necesarias varias sesiones adicionales para que se atreviera a compartir la

presencia de autolesiones en sus brazos (en forma de cortes), explica que muchos de estos episodios estaban precedidos de una intención consciente y motivados por circunstancias de estrés, malestar emocional y en general, una experiencia subjetiva de extrema vulnerabilidad. No obstante, añade que a menudo encuentra cortes para los cuales no tiene explicación, pero no le cabe duda de que se trata de lesiones autoinfringidas, puesto que estas a menudo están en lugares ocultos (tobillos y abdomen) y es claro que han sido practicadas con la misma navaja.

Un recuento de sus experiencias traumáticas evidencia exposición a las siguientes situaciones con inicio a edad temprana: violencia física y emocional entre los padres, muerte de una figura de apego significativa (abuela paterna), muerte del hermano menor (no nato), maltrato físico y emocional por parte de los abuelos y tíos maternos, negligencia emocional por parte de ambos padres y, finalmente, la disolución de la familia.

Un elemento extremadamente útil para el trabajo terapéutico fue el interés y disposición de Diana para confiar y colaborar con su terapeuta, motivo por el cual fue posible un tratamiento relativamente rápido. Sus reservas y dificultad para detectar cierta información se debían esencialmente a: 1) su temor a ser criticada, descalificada y en su momento, declarada mentalmente incapacitada para llevar una vida normal, y 2) al desconocimiento de algunos de sus síntomas, por ejemplo, la presencia de un *alter* o parte de su personalidad.

Paulatinamente, Diana reconoció la presencia de una personalidad alterna, a la que inicialmente rechazaba y desconocía debido al temor que le inspiraban las manifestaciones de la misma. Se trataba de una parte de su persona que experimentaba emociones a flor de piel: ira, desesperanza, tristeza, abandono, orfandad, desesperación, angustia, dolor; esta parte se mantenía en estrecho contacto con las vivencias traumáticas y se experimentaba en extremo vulnerable, por lo que Diana evadía conscientemente su contacto y reconocimiento, aunándose evitación automática o inconsciente en forma de experiencias disociativas.

13.2. Análisis funcional

Se realizó el siguiente análisis funcional del caso con intención de comprender mejor la dinámica del conjunto de síntomas.

A) Antecedentes

Se consideraron los siguientes grupos principales de situaciones predecesoras de respuestas sintomáticas:

1. *Antecedentes traumáticos*. El primer grupo comprende situaciones externas de primer orden y se trata de experiencias traumáticas tempranas, esencialmente relacionadas a exposición a violencia y pérdidas dolorosas de vínculos significativos.
2. *Estímulos externos relacionados al trauma*. Se trataba de situaciones externas que eran asociadas mentalmente a las vivencias traumáticas, de tal forma que propiciaban respuestas emotivas de vulnerabilidad, tristeza, ira, etc., es decir, emociones vehementes de acuerdo con la teoría de la disociación estructural. Por ejemplo, Diana era incapaz de mantener conversaciones relacionadas con la muerte y pérdida de familiares sin experimentar angustia incontrolable.
3. *Estímulos internos relacionados con experiencias de vulnerabilidad*. Comprendía a los recuerdos de naturaleza traumática, así como las respuestas emocionales que actualizaban dichas vivencias, de tal manera que Diana hacía esfuerzos intencionales por alejar dichas experiencias del procesamiento consciente, por ejemplo, en cierto momento comentó: "No he querido pensar en lo que pasó con mis abuelos, pues me regresan emociones muy dolorosas".
4. *Respuestas defensivas de tipo disociativo*. La evitación automática en forma de experiencias disociativas era captada parcialmente, por ejemplo, los flashbacks y alucinaciones visuales eran evidentes, pero la pérdida de porciones de tiempo solo se entreveía, de tal forma que este tipo de evitación generaba respuestas emocionales de ansiedad y temor que a su vez estimulaba respuestas secundarias de evitación.

B) Respuestas

1. *Cognitivas*. Buena parte de la labor del terapeuta cognitivo conductual consiste en explorar y determinar el contenido cognitivo no manifiesto, es decir, el discurso interno que solo se hace evidente a través de los síntomas y comportamiento. En este caso, las experiencias traumáticas propiciaron el origen de pensamientos disfuncionales relativamente conscientes, entre lo que se encontraban los siguientes: "nadie puede ayudarme con esto que me pasa", "mis padres ya tienen suficientes problemas, yo no debo causarles más", "si me esfuerzo en ser buena, tal vez mi padres se den cuenta de que existo", "nadie debe saber las cosas que pasaron", "como hermana mayor, me corresponde ayudar a mis hermanos," etc. Adicionalmente, Diana presentaba pensamientos típicos del perfil postraumático, por ejemplo: "algo malo va a suceder en cualquier momento", "es mejor no hablar ni pensar en aquello que me duele tanto", "mi familia está en peligro", "soy culpable por no haber ayudado a evitar que mis padres pelearan", etc. También existían pensamientos relacionados a las experiencias disociativas, por ejemplo: "creo que me estoy volviendo loca", "si alguien sabe lo que me pasa, me encerrarán en un hospital", etc.

2. *Emocionales*. Diana padecía consecuencias emotivas comunes en personas sobrevivientes de vivencias traumáticas, por ejemplo: tristeza, desesperanza, ansiedad, irritabilidad, apatía, dificultad para experimentar emociones placenteras, dificultad para regular estados emocionales negativos, etc.
3. *Conductuales*. Con base en la cognición: "mis padres ya tienen suficientes problemas, yo no debo causarles más", Diana hacía esfuerzos por mantener una apariencia equilibrada, ajustada y ecuánime, se esforzaba por agradar y complacer, por ayudar a sus padres con las tareas que estos dejaban inconclusas, por ejemplo, el cuidado de sus hermanos menores.

C) Consecuencias

Las experiencias emocionales negativas eran evitadas activamente del contenido consciente, tanto en forma intencional como automática, de tal manera que Diana pudo mantener una apariencia de normalidad y ajuste (refuerzo negativo), hecho que fue favorecido por la atención y aprobación por parte de ambos padres y autoridades de la institución (reforzamiento positivo): "Diana nunca da problemas, es una hija modelo, no sé qué haría sin ella" (cita del padre). No obstante, esta dinámica impidió el procesamiento de la memoria traumática, por lo que favoreció paralelamente el uso automático y extenso de respuestas disociativas para continuar manteniendo una apariencia de normalidad. En tanto, las autolesiones se consideraron intentos disfuncionales de regulación emocional, las cuales le permitieron mantener bajo control los contenidos asociados a vulnerabilidad a través de un mecanismo de refuerzo negativo.

13.3. Formulación clínica

Respecto a la gravedad de síntomas, la evaluación con instrumentos estandarizados arrojó los resultados siguientes:

1. Ansiedad grave.
2. Depresión en grado moderado.
3. Estrés postraumático grave.
4. Síntomas disociativos graves.

El perfil sintomático descrito por la madre coincide con un cuadro depresivo (estado de ánimo triste, apatía, aislamiento, irritabilidad, ansiedad, pérdida de interés en actividades previamente significativas, etc.), el cual suele ser comórbido en personas sobrevivientes de experiencias traumáticas. Diana también presentaba síntomas correspondientes a un cuadro de estrés postraumático, específicamente: exposición

repetida a experiencias traumáticas (criterio A); síntomas intrusivos de repetición, tales como flashbacks, pesadillas y recuerdos relacionados (criterio B); evitación persistente de estímulos asociados al trauma (criterio C), alteraciones significativas en la cognición y el afecto, lo cual se reflejaba en el cuadro depresivo descrito (criterio D); y finalmente, incremento del estado de alerta, con síntomas tales como hipervigilancia, insomnio, dificultades para concentrarse y estado de ánimo ansioso (criterio E).

Con estos datos, se considera que el diagnóstico de base de acuerdo con el DSM-V (APA, 2013) es: trastorno de estrés postraumático con presencia de síntomas disociativos. Cabe aclarar que no se consideró que Diana padecía un trastorno de identidad disociativo, puesto que a pesar de que en apariencia coexistían dos estados de personalidad (criterio A), uno aparentemente normal y otro disociado –en estrecho contacto con las experiencias traumáticas–, este último se encontraba menos estructurado, además de que no existían cambios constantes en el sentido de agencia, pero sí de irrupciones de esta parte emocional de la personalidad en forma de flashbacks, pérdida de periodos de tiempo, amnesia respecto a hechos cotidianos, estados de trance, etc. (criterio B).

De esta manera, se consideró que el diagnóstico adicional más probable era: otro trastorno disociativo especificado, con presencia de trance disociativo (pérdida completa del estado de consciencia respecto al ambiente circundante, manifiesta en la ausencia de respuestas a la estimulación), con características del síndrome crónico y recurrente de síntomas disociativos mixtos, que incluye: *Alteraciones en la identidad, asociadas con discontinuidades menos acentuadas en el sentido del self y agencia* (APA, 2013).

13.4. Objetivos y plan de tratamiento

Se consideró a Diana como una persona superviviente de abuso y experiencias traumáticas, quien gracias a una predisposición para evadir automáticamente –mediante disociación– los estímulos internos y externos que la vulneraban, pudo mantener una apariencia de normalidad superficial y pasar desapercibida durante mucho tiempo. Por tal motivo, se consideró incluirla en un plan de tratamiento diseñado para personas con trastorno de estrés postraumático complejo, con dos sesiones a la semana durante al menos un año. Los objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Construir la relación terapéutica y fomentar una sólida alianza de trabajo.
2. Establecer lineamientos de seguridad para crear estabilidad.

    - Interconsulta psiquiátrica.
    - Entrevistas con los padres.
    - Planes para limitar la conducta autodestructiva.

3. Enseñar estrategias de regulación emocional.

   - Estrategias cognitivas.
   - Identificación y modificación de emociones.

4. Realizar la exposición en la imaginación de las experiencias traumáticas.

   - Narración e integración de los recuerdos traumáticos.

5. Trabajo con los síntomas disociativos.

   - Exploración e integración de la parte emocional de la personalidad.
   - Enriquecimiento de la narrativa autobiográfica.

6. Continuación con miras a mejorar la adaptación.

   - Entrenamiento en asertividad.

Respecto al plan específico, se ha aclarado que la estructura del tratamiento sigue un orden en espiral, ascendente y descendente, con traslape de contenidos y objetivos conforme a las necesidades y presentación de síntomas, además de incluir adaptaciones y modificaciones de acuerdo con cada circunstancia. La duración del trabajo para lograr cada objetivo también se adecuó de acuerdo con cada mejora obtenida.

13.5. Sesiones de tratamiento

Las primeras sesiones de tratamiento se dedicaron por completo a generar una atmósfera de confianza, apoyo y respeto absolutos con miras a obtener la colaboración y experiencia de esfuerzo común. Asimismo, se exploraron los síntomas prevalentes en cuanto a origen histórico, gravedad y riesgo potencial a la seguridad, se reunió toda la información disponible a través de la entrevista con los padres, autoridades escolares y de la institución donde habitaba la familia. Finalmente, se formuló el diagnóstico y plan de tratamiento, el cual fue transmitido tanto a Diana como a su familia, el cual incluyó una evaluación psiquiátrica, luego de la cual se indicó antidepresivo y ansiolítico durante un año, no obstante, la mejora sintomática fue progresiva.

Una intervención importante en la parte inicial del proceso fueron la serie de entrevistas que se realizaron con ambos padres, la intención fue explicar la naturaleza traumática de los síntomas y la importancia de generar un ambiente familiar de seguridad, de tal manera que se llegó a acuerdos respecto a limitar la violencia en casa. Se ofreció el espacio terapéutico en sesiones paralelas con la finalidad de lograr acuerdos y en su

momento, concluir el matrimonio en los mejores términos.

Se encontró en Diana a una joven colaboradora, sorprendida y halagada por la atención exclusiva que se le brindaba a través de la intervención. Mencionó que se sentía escuchada y comprendida como nunca hasta la muerte de su abuela paterna. En principio, se limitó la apertura de material de naturaleza traumática y se centró la atención en la dinámica de las autolesiones, para lo cual se procedió con psicoeducación y formulación de planes alternativos para eliminar esta conducta. Se dedicaron muchas sesiones a informar acerca de la naturaleza de sus síntomas, entonces, a medida que sintió confianza, compartió sus experiencias disociativas y se educó al respecto, tanto a sus padres como a Diana, la intención fue limitar el estigma y fomentar la adherencia al tratamiento al incrementar la confianza en su recuperación.

Las sesiones siguientes se dedicaron a capacitar en habilidades de regulación emocional, se explicó el modelo cognitivo y se solicitó como tarea para casa la elaboración de un calendario con registro de pensamientos y emociones. Se enseñaron técnicas de relajación y se prescribió la realización de actividad física. Durante este tiempo, las sesiones se condujeron en forma semiestructurada, dado que la intención era familiarizarse cada vez más con el estilo cognitivo (contenido, forma de estructurar la información, inteligencia, distorsiones cognitivas, etc.), para intervenir en el momento en que pudiera sentirse menos juzgada/criticada. Sus experiencias disociativas comenzaron a hacerse cada vez más evidentes, no obstante, Diana no tenía pleno conocimiento de las mismas.

En este punto del tratamiento, se encontraba suficientemente estable como para proponer el inicio de la narrativa de sus experiencias traumáticas. Decidió comenzar con la narración del último episodio violento entre sus padres, el cual describió con mucha tristeza y ansiedad, entonces se hizo notorio en su discurso el papel que había asumido a partir de estos episodios violentos: *"Mis papás solo se preocupaban de sus cosas, se dedicaban a pelear, entonces yo decidí ser guía de mis hermanos y de mí misma, pienso que he ayudado a criarlos y cuidarlos, pero hacer esas funciones me ha lastimado"* (cita de paciente). Paulatinamente, se permitió reconocer el enojo, frustración e ira que le inspiraba la situación familiar: *"Estoy furiosa. ¿Cómo es posible que mis padres permitieran tanto dolor y sufrimiento innecesario a tres niños?"* (cita de paciente). Se validó esta exposición de enojo con empatía y calidez, si bien, se apuntó al enriquecimiento gradual del significado.

Se solicitó la grabación en audio de su historia narrada y el registro escrito, entonces, procedió a compartir sus experiencias tempranas de abuso y pérdidas. Fue necesaria una sólida confianza en la relación terapéutica para que Diana fuera capaz de expresarse en esta forma: *"Este último hermano fue como un ángel, lo esperaba con mucha ilusión, pensé que traería paz, le dediqué una canción llamada rayo de luz y esperanza, por eso fue tan doloroso saber que había muerto"* (cita de paciente). Buena parte del trabajo durante estas sesiones se dedicó al acompañamiento cálido y empático mientras la paciente exponía material mnémico de esta naturaleza.

Conforme fue compartiendo sus vivencias traumáticas, se le preguntó por qué no

pareció afectada en su momento y comentó lo siguiente: *"Para sobreponerme a esto que viví, Diana tuvo que volverse un adulto, para cuidar de sí misma y de dos niños, ella es quien enfrenta las responsabilidades y problemas, pero María es como un bebé a quien cuido. No quiero que la toquen, no quiero que sufra, Diana es su escudo y defensa, María ha sufrido mucho, mucho… A María le aterra que mi madre regrese al alcoholismo, le duele decir que perdí a mi hermano, le duele decir que perdí a mi abuelita, le duele decir que mamá engañó a mi papá, le duele decir que mi papá tuvo la respuesta y no la usó"*(cita de paciente). Al explorar acerca del momento en que se había producido esta división en su persona argumentó: *"No sé en qué momento exacto me dividí, me impacta que mi mente se haya tenido que dividir"* (cita de paciente).

La narración autobiográfica se completó paulatinamente, a la par que era escuchada al inicio de cada sesión, de tal manera que fueron surgiendo reflexiones de este tipo: "quiero dejar de tomar responsabilidades que no son mías, "dejé de pensar en lo que podía pasar", "mis hermanos son responsabilidad de mis padres, me quiero relajar". Comenzó a hacer cambios a partir de estas observaciones: "mis padres discutieron el fin de semana enfrente de los niños, pero esta vez no intervine, permití que ellos arreglaran solos sus diferencias". De hecho, en lo sucesivo decidió que su trabajo de recuperación incluía los siguientes cambios conductuales principales: 1) limitar su intervención respecto a los conflictos de los padres, 2) limitar sus funciones como madre sustituta.

Hacia la parte avanzada del proceso, reflexionó acerca de las dos partes de su personalidad: *"He intentado fusionar a Diana y a María, han empezado a reconciliarse. La clave ha sido intentar complacer a Diana y escuchar a ambas por el bien mutuo. Quiero cuidar de mis hermanos, pero también de mí, hacía mucho que no lo hacía"* (cita de paciente). La última parte del proceso se dedicó a modificar la relación con sus padres y hermanos hacia una dinámica donde privara la asertividad y respeto mutuo.

13.6. Resultados de la intervención

El tratamiento tuvo una duración de poco más de 18 meses, gracias al mismo, Diana mejoró sustancialmente respecto a sus síntomas iniciales, si bien, buena parte de la evolución fue paulatina y progresiva. Hacia el final del proceso, reportó mejora de su estado ansioso y depresivo, se eliminaron los síntomas de estrés postraumático y en general, se sentía: *"más relajada, más contenta, más descansada y feliz"* (cita de paciente). Tenía buen patrón de sueño, desaparecieron todos los síntomas disociativos, flashbacks, pesadillas y episodios de autolesiones. La dosis de medicación se disminuyó gradualmente y fue suspendida por completo al cumplirse un año de iniciar su consumo, sin presentar recaídas ni retrocesos.

Cabe aclarar que continuaron problemas eventuales en casa, por ejemplo: *"Hubo un pleito a gritos entre mis padres, pero en esta ocasión me comporté como hija y no*

como madre. Mis hermanos estaban dormidos, por lo que no tuve que cuidarlos. Lloré, me sentí triste e iracunda. No entiendo por qué nos hacen sentir mal" (cita de paciente). La mejora en sus habilidades de regulación emocional la capacitaron para aceptar sus emociones y realizar un seguimiento externo e interno de la situación, de tal manera que guió su comportamiento con base en planes de cambio hacia la mejora de la dinámica personal.

Finalmente, Diana continuó siendo una buena estudiante, si bien, su comportamiento era menos pasivo y complaciente, por lo que fue necesario explicar a sus padres el motivo de este cambio. Hacia el final del proceso comentó: *"Me siento muy ligera. ¿Por qué?, porque traía un escudo para proteger a mi familia y a María, pero era muy pesado. Ese escudo estaba hecho de preocupaciones y temores, pero he decidió dejarlo"*(cita de paciente).

Conclusiones y tendencias futuras

Es claro que aún falta mucho por comprender acerca de la etiología y tratamiento de los trastornos disociativos. Comenzaron a codificarse en la clasificación de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana hasta su tercera edición (DSM-III) en 1980. Sin embargo, actualmente se dispone de evidencia suficiente en torno a su relación con experiencias traumáticas. Así, aunque se admite que la disociación normal o negación puede facilitar la supervivencia al trauma, y que puede existir una predisposición y/o factores biológicos relacionados con la vulnerabilidad a la disociación patológica, de acuerdo con Middleton (2005), las oportunidades para la traumatización y explotación con altas probabilidades de esta consecuencia psicológica negativa ocurren cuando: i) las acciones son parte de las actividades colectivas de grupos legitimizados (por ejemplo, las actividades de escuadras del ejército involucradas en el exterminio de alguna etnia o con el interrogatorio de prisioneros), ii) las agencias del orden civil están ausentes o sobrepasadas (por ejemplo, en los saqueos y violaciones tras el inicio de una guerra), iii) las víctimas potenciales no tienen acceso a una jerarquía funcional de personas que pueden y usen su poder para intervenir eficazmente (por ejemplo, ante abusos o negligencia en el hogar, orfanatos, y otras instituciones encargadas del cuidado de infantes), y iv) las acciones se llevan a cabo como parte de un plan que permite a los principales perpetradores evitar su captura o la retribución a la víctima (por ejemplo, ante ataques de terroristas depredadores sexuales o asesinos). Y es que entonces el abuso y la explotación son implacables y persistentes, y derriban las creencias básicas de un mundo seguro y confiable en el que es posible habitar.

Sin duda, la disminución de tales atrocidades puede evitar una gran cantidad de sufrimiento; y cuando desafortunadamente estas ocurran en la vida de un individuo, los esfuerzos deberán dirigirse a procurarle una intervención temprana, integral y de demostrada utilidad clínica. Estos tratamientos habrán de tomar en cuenta la extensión y gravedad del trauma experimentado y basarse en la comprensión de la disociación como una defensa ante el intenso malestar que le procede. En este sentido, la disociación refleja la necesidad de no saber y no sentir aquello que podía sobrepasar al individuo. Así, para resolverlo, habrá de procurarse un ambiente y una relación terapéutica de seguridad, la resignificación de tales experiencias para comprender que se ha sido el depositario de una barbarie que pudo haber ocurrido a cualquiera (en lugar de verse a sí mismo como el responsable o causante de la misma), el desarrollo de habilidades para el manejo de emociones negativas y la modificación de cogniciones disfuncionales relacionadas.

Como puede observarse, las intervenciones terapéuticas actuales incluyen una variedad de técnicas afectivas, cognitivas y conductuales producto de la comprensión del fenómeno que se ha alcanzado desde diferentes perspectivas teóricas y modelos, incluyendo la teoría del apego, las teorías del aprendizaje y cognitivas, así como los modelos de trauma y de duelo. En este texto se propone un protocolo de tratamiento integral que toma en cuenta todos los avances conceptuales y terapéuticos generados hasta la fecha para atender a pacientes traumatizados que han desarrollado síntomas y trastornos disociativos. Se puede constatar la destreza que requiere el profesional de salud mental que habrá de implementarlo, lo que sugiere la necesidad de esfuerzos sistemáticos para la capacitación de terapeutas que atienden a víctimas y/o pacientes con síntomas o trastornos disociativos. Esta debe ser parte de la inversión en salud mental y desarrollo social de todos los países. Se constituye en una obligación mínima en tanto se dan pasos para eliminar el abuso y la negligencia en todas sus formas.

Referencias bibliográficas

Allman, J., Hakeem, A., Erwin, J., Nimchinsky, E., Hof,. P. (2001). The Anterior Cingulate Cortex. The Evolution of an Interface between Emotion and Cognition. *Annals New York Academy of Sciences*, 935, 107-17.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed. texto rev.) DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

— (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bakermans-Kranenburg, M.J., van Ijzendoorn, M., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: a review and meta- analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26:191–216.

Barach, P.M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation*, 4:117–123.

Becker-Blease, K.A., Deater-Deckard, K., Eley T., Freyd, L.L., Stevenson, J. & Plomin R. (2004). A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:522-532.

Blizard, R.A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4:27-50.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

— (1973). *Attachment and loss: vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Bremner, J., Krystal, J.H., Putnam, F.W., Southwick, S.M., Marmar, C., Charney, D.S., & Mazure, C.M. (1998). Measurement of dissociative states with the clinician- administered dissociative states scale (CADSS). *Journal of Trauma and Stress*, 11:125-136.

Briere, J., Hodges, M., Godbout, N. (2010). Traumatic Stress, Affect Dysregulation, and Dysfunctional Avoidance: A Structural Equation Model. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 767-774.

Bru, M., Santamaría, M., Coronas, R. & Cobo J. (2009). Dissociative disorder and traumatic events. A study of spanish population. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37:200-204.

Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Childhood Development*, 69:1107-1128.

Chu, J.A. (2005). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults –International Society for Study of Dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6:69-149.

Cleaves, D.H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120:42-59.

Cloitre, M., Cohen, L. R., Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of Childhood Abuse. Psychotherapy for the Interrupted Life*. New York: The Guilfod Press.

Cohen, A. (2009). Treatment of dissociation with EMDR. When war interrupts the process. The integration of EMDR with e-mail therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3:50-56.

Conway, M. A. (2005). Memory and the Self. *Journal of Memory and Language*, 53: 594-628.

Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the social brain*. New York: Norton & Company Inc.

Curtois, C. A., Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma. A Sequenced Relationship Based-Approach*. New York: The Guilford Press.

Del Barrio, V., Moreno-Rosset, C., López-Martínez, R. (1999). El Children's Depression Inventory (CDI); (Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10, 393-416.

D'Souza, D.C., Singh, N., Elander, J., Carbuto, M., Pittman, B., Udo de Haes, J., Sjogren, M., Peeters, P.,

Ranganathan, M., & Schipper, J. (2012). Glycine transporter inhibitor attenuates the psychotomimetic effects of ketamine in healthy males: preliminary evidence. *Neuropsychopharmacology*, 37:1036-1046.

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163: 623-629.

Friedl, M.C. & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157:1012-1013.

Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. & Emrich, H. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189:249-257.

Harvard Medical School. (2005). Falling apart: dissociation and its disorders. How can psychotherapy heal divided minds? *Harvard Mental Health Letter*, 21:1-4.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery. The aftermath of violence, from domestic abuse to political violence*. New York: Basic Books.

Holmes, E.A., Brown, R.J., & Mansell, W. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25:1-23.

Horen, S.A, Leichner, P.P. & Lawson, J.S. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatients population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40:185-191.

Hunter, E.C.M., Baker, D., Phillips, M.L., Sierra, M. & David, A.S. (2005). Cognitive-behaviour therapy for depersonalization disorder: an open study. *Behavioural Research and Therapy*, 43:1121-1130.

Hunter, E.C.M., Phillips, M.L., Chander, T., Sierra, M., & David, A.S. (2003). Depersonalization disorder: a cognitive-behavioural conceptualization. *Behavioural Research and Therapy*, 41:1451-1467.

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

International Society for Study of Dissociation. (2005). [Chu, J.A., Loewenstein, R., Dell, P.F., Barach, P.M., Somer, E., Kluft, R.P., Gelinas, D.J., Van der Hart, O., Dalenberg, C.J., Nijenhuis, E.R.S., Browman, E.S., Boon, S., Goodwin, J., Jacobson, M., Ross, C.A., Sar, V., Fine, C.G., Frankel, A.S., Coons, P.M., Courtois, C.A., Gold, S.N., & Howell, E.]. Guidelines for treating Dissociative Identity Disorder in adults. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(4):1-56.

Iwata, B., Dorsey, M.F., Suifer, K.J., Bauman, K.E., & Richman, G.S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 227:197-209.

Jacobs J.R., & Bovasso G.B. (1992). Toward the clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive dysfunctions. *Journal of Personality Assessment*, 59:352-365.

Knudsen, H., Draijer, N., Haslerud, J., Boe, T. & Boon, S. (1995). Prevalence of dissociative disorders in a Norwegian general psychiatric department. En: O Hart, S. Boon y N. Draijer. *Proceedings of the Fifth Annual Spring Conference of the International Society for the Study of Dissociation* (pp. 596-601). Amsterdam: International Society for the Study of Dissociation.

Lane, R.D., Reiman, E. M., Axelrod, B., Yun, L.S., Holmes, A., Schwartz, G. E. (1998). Neural Correlates of Levels of Emotional Awareness: Evidence of an Interaction between Emotion and Attention in the Anterior Cingulate Cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10, 525-535.

Lane, R.D., & Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.

Lanius, R. A, Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167, 640–647.

Lanktree, C.B., Briere, J., Godbout, N., Hodges, M., Chen, K., Trimm, L., Adams, B., Maida, C.A., & Freed, W. (2012). Treating multi-traumatized, socially-marginalized children: Results of a naturalistic treatment outcome study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*, 300-320.

Latz, T., Kramer, S.I. & Hughes. D.L. (1995). Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *American Journal of Psychiatry*, 152:1343-1348.

Levitt, J., Sansone, R., & Cohn, L. (2004). *Self Harm Behavior and Eating Disorders. Dynamics, Assessment and Treatment*. New York: Brunner-Routledge.

Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: the contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inq*, 19:757-783.

Lussier, R., Steiner, J., Grey, A. & Hansen, C. (1997). Prevalence of dissociative disorders in an acute care day hospital population. *Psychiatric Services*, 48:244-246.

Lynn, S.J., Rhue, J.W., & Green, J.P. (1988). Multiple personality and fantasy proneness: Is there an association or dissociation? *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5:138-142.

Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K. & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39:387-394.

Main, M., & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior: phenotypic resemblance to dissociative states. En: L.K. Michelson, W.J. Ray (eds.). *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. New York: Plenum, pp 107-138.

Marín, T. M., Robles, G. R., González-Forteza, C., Andrade-Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521-526.

Marshall, R.D., Lewis-Fernández, R., Blasco, C. *et al*., (2007). A controlled trial of paroxetine for chorinic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depression and Anxiety*, 24:77-84.

Middleton, W. (2005). Owning the past, claiming the present: perspectives on the treatment of dissociative patients. *Dissociative Disorders*, 13:40-49.

Mula, M., Pini, S., Calugi, S., Preve, M., Masini, M., Giovannini, I., Conversano, C., Rucci, P., & Cassano, G.B. (2008). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Depersonalization-Derealization Spectrum (SCI-DER). *Neuropsychiatriv Disorders Treatment*, 4:977-86.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ20). *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184: 688-694.

Nijenhuis, E.R.S. (2014). *Proposals and evidence for the ICD-11 classification of Dissociative Disorders*. Trabajo presentado en el Congreso Mundial de Psiquiatría (World Congress of Psychiatry), Madrid, España.

Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., & Weinfield, N.S. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Developmental Psychopathology*, 9:855-879.

Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, 17:731-742.

Putnam, F.W. (1993). *Dissociative phenomena*. In: Spiegel D (ed). Dissociative disorders. A clinical review. Lutherville: Sidran. p: 1-16.

Ray, W.J., June, K., Turaj, K., & Lundy, R. (1992). Dissociative experiences in a college age population: A factor analytic study of two dissociation scales. *Personality and Individual Differences*, 13: 417-424.

Reinders, S. (2008). Cross-examining dissociative identity disorder: neuroimaging and etiology on trial. *Neurocase*, 14:44-53.

Robles, R., Garibay, S. & Páez, F. (2006). Evaluación de trastornos disociativas en población psiquiátrica mexicana: Prevalencia, comorbilidad y características psicométricas de la Escala de Experiencias Disociativas. *Salud Mental*, 29:38-43.

Robles, G. R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211- 218.

Rocca, V., Hart, J., Kimbrell, T. & Freeman, T. (2006). Cognitive function and dissociative disorder status among veteran subjects with chronic posttraumatic stress disorder: a preliminary study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18:226-230.

Ross, C.A. (1991). Epidemiology of multiple personality and dissociation. Psychiatric Clinics of North America. *American Journal of Psychiatry*, 14, 503-517.

— (1996). *History, phenomenology, and epidemiology of dissociative disorders*. En: Michelson LK, Ray WJ (eds). Handbook of dissociation. New York: Plenum. p: 3-24.

— (2007). *The trauma model: A solution to the problem of comorbidity in psychiatry* (2nd edition). Texas, U.S.A: Manitou Communications.

Ross, C.A., Heber, S., Norton, G.R., Anderson, D., Anderson, G., Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A Structured Interview. *Dissociation*, 2:169-189.

Ross, C.A., Duffy, C.M., & Ellason, J.W. (2002). Prevalence, reliability and validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3:7-17.

Saxe, G., Chawla, N. & Van der Kolk, B. (2002). Self-destructive behavior in patients with disocciative disorders. *Suicide Life-Treat Behavior*, 32:313-320.

Saxe, G., Van der Lolk, B., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G. & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 150:1037-1042.

Sierra, M., Phillips, M.L., Ivin, G., *et al*., (2003). A placebo-controlled cross-over trial of lamotrigine in despersonalization disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 17:103-105.

Simeon, D. (2004). Depersonalisation disorder. A contemporary overview. CNS Drugs, 18:343-354.

Simeon, D., Guralnik, O., Knutelska, M., & Schmeidler, J. (2002). Personality factors associated with dissociation: temperament, defenses, and cognitive schemata. *American Journal of Psychiatry*, 159(3):489-491.

— (2004). Fluoxetine therapy in despesonalisation disorder: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185:31-36.

Simeon, D., & Knutelska, M. (2005). An open trial of naltresona in the treatment of depersonalization disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25:267-270.

Somer, E., Dell, P.F. (2005). Development of the Hebrew-Multidimensional Inventory of Dissociation (H-MID): a valid and reliable measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6:31-53.

Spanos, N.P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin, 116*,143-165.

Steele, K., & Van der Hart, O. (2009). Treating Dissociation. En Curtois, C., Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress. An Evidence-Based Guide*. New York: The Guilford Press.

Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2:79-116.

— (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 11-53.

Steinberg, M. (1994). *The Structured Clinical Interview for DSM- IV Dissociative Disorders –revised (SCID-D). Second edition*. Washington: American Psychiatric Press.

— (1994). *Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV® Dissociative Disorders (SCID-D)*. American Psychiatric Pub.

— (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: the SCID-D-R. *Bulletin of Menninger Clinic*, 64:146-163.

Tutkun, H., Sar, V., Yargic, L., Ozpulat, T., Yanik, M. & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155:800-805.

Valent, P. (1995). *Survival Strategies: A Framework for Understanding secondary stress and coming in helpers*. En: Charles R. Figley (Ed). Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized. Taylor & Francis Group Editorial. London. PP: 21-50.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 76-92.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton & Company Inc.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38:906–914.

Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelkovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399.

Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.

Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. Pennsylvania: Brunner/Mazel Publishers.

Vanderlinden, J., Varga, K., Peuskens, J. & Pieters, G. (1995). Dissociative symptoms in a population sample of Hulgary. *Dissociation*, 8:205-208.

Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., & Vertommen, H. The Dissociation Questionnaire (DIS-Q):

development, reliability and validity of a new self-reporting Dissociation Questionnaire. (1994). *Acta Psychiatrica Belgium*, 94:53-54.

Van Ijzendoorn, M.H., Zuckerman B.S., Lieberman A.F., Fox N.A. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2002). Disorganized attachment and the dysregulation of negative emotions. En: B.S. Zuckerman, A.F. Lieberman, N.A. Fox (eds.). *Emotional Regulation and Developmental Health: Infancy and Early Childhood*. New Brunswick, NJ: Johnson & Johnson Pediatric Institute, pp 159-180.

Van Ijzendoorn, M.H., & Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment: universal and contextual dimensions. En: J. Cassidy, P.R. Shaver. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford, pp 713-734.

Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Developmental Psychopathology*, 11:225-249.

Wing, L. (2008). A cognitive model of peritraumatic dissociation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81:297-307.

World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1991.

Índice

Portada 4
Página de derechos de autor 5
Índice 6
Relación de autores 10
Parte I: ¿Qué y para qué es la disociación? 11
1. Disociación normal y patológica 12
1.1. Evolución histórica del concepto de disociación 12
1.2. Concepción actual de la disociación 13
2. Clasificación de los trastornos disociativos 16
2.1. Criterios diagnósticos del DSM-5 16
2.1.1. Comparación con el DSM-IV 18
2.2. Pautas diagnósticas de la CIE-10 19
2.2.1. Rumbo a la CIE-11 21
2.3. Características esenciales de los trastornos disociativos 22
3. Características clínicas de los trastornos disociativos 25
3.1. Aspectos conductuales 25
3.2. Aspectos cognitivos 26
3.3. Aspectos emocionales y fisiológicos 27
3.4. Análisis funcional 28
Parte II: ¿Cuántos, por qué y cómo ayudar? 33
4. Epidemiología y curso de los trastornos disociativos 34
4.1. Prevalencia de trastornos disociativos 34
4.1.1. Prevalencia en población general 34
4.1.2. Prevalencia en población clínica 35
4.1.3. Variables psicosociales relacionadas 36
4.2. Curso de los trastornos disociativos 36
4.2.1. Comorbilidad física y mental 37
4.2.2. Diagnóstico diferencial 38
5. Etiología de los trastornos disociativos 39
5.1. Factores biológicos 39
5.2. Factores psicosociales 41
5.2.1. Experiencias traumáticas 41

5.2.2. Apego y disociación 42
5.3. Modelo cognitivo conductual 45
6. Evaluación de la disociación 47
6.1. Confiabilidad y validez: conceptos básicos para la evaluación 47
6.1.1. Confiabilidad 47
6.1.2. Validez 49
6.2. Evaluación de criterios diagnósticos 50
6.2.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas 51
6.2.2. Instrumentos de cribado y autoaplicación 53
6.2.3. Ventajas y limitaciones de los métodos diagnósticos 56
6.3. Evaluación de gravedad y sintomatología 57
6.3.1. Instrumentos para evaluación en adultos 58
6.3.2. Instrumentos para evaluación en adolescentes 61
6.3.3. Ventajas y desventajas de las medidas de gravedad 63
7. Tratamiento de los trastornos disociativos 65
7.1. Tratamiento integral y basado en evidencia 65
7.1.1. Medicación adyuvante 66
7.1.2. Psicoterapia 67
7.2. Técnicas y programas cognitivo-conductuales 69
7.2.1. Técnicas para la superación del trauma 70
7.2.2. Programa de tratamiento 71
Parte III: Protocolo de tratamiento psicológico 73
8. Fundamentación teórica y desarrollo de la intervención 74
8.1. Fundamentación teórica de la intervención 74
8.1.1. Teoría de la disociación estructural 76
8.2. Desarrollo del protocolo de tratamiento 78
9. Estructura y directrices generales 80
9.1 Estructura del tratamiento 80
9.2 Modalidad y directrices generales 83
10. Protocolo de evaluación 85
11. Protocolo de intervención I 88
11.1. Formación de la relación terapéutica 88
11.2. Psicoeducación 96
12. Protocolo de intervención II 108
12.1. Co-construcción de significados 108

12.2. Desensibilización de reacciones fóbicas 117
12.3. Funcionamiento integrado 121
12.4. Continuación y rehabilitación 129
Parte IV: Caso clínico y conclusiones 133
13. Caso clínico 134
13.1. Presentación del caso 134
13.2. Análisis funcional 137
13.3. Formulación clínica 139
13.4. Objetivos y plan de tratamiento 140
13.5. Sesiones de tratamiento 141
13.6. Resultados de la intervención 143
Conclusiones y tendencias futuras 145
Referencias bibliográficas 147