

DISOCIACIÓN Y TRAUMA

Anabel Gonzalez Vazquez.

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña..

anabelgonzalezv@yahoo.es

RESUMEN

La disociación es un fenómeno postraumático. Muchos profesionales no afirmarían de modo tan rotundo esta relación. En el presente artículo se revisarán las razones para la actual confusión en el campo de los trastornos disociativos, y para la discrepancia respecto al tema central de este texto. En este trabajo nos posicionamos de modo claro respecto a la vinculación entre disociación y trauma, y argumentaremos esta afirmación desde perspectivas teóricas, empíricas, etológicas, neurofisiológicas y aportando ejemplos de la práctica clínica.

Palabras clave: trastornos disociativos, acontecimientos traumáticos, disociación, trauma psíquico, es, estrés postraumático.

ABSTRACT

Dissociation is a traumatic phenomenon. Many professionals wouldn't affirm so strongly this relation between trauma and dissociation. In this article we review the reasons for the current confusion in the field of dissociative disorders, and for the discrepancy with the central topic of this text. In this paper we positioned clearly on the link between dissociation and trauma, and this assertion will be argued from theoretical, empirical, ethological, neurophysiological perspectives and providing examples from clinical practice.

Key-words: dissociative disorders, traumatic events, dissociation

¿DE QUÉ DISOCIACIÓN ESTAMOS HABLANDO?

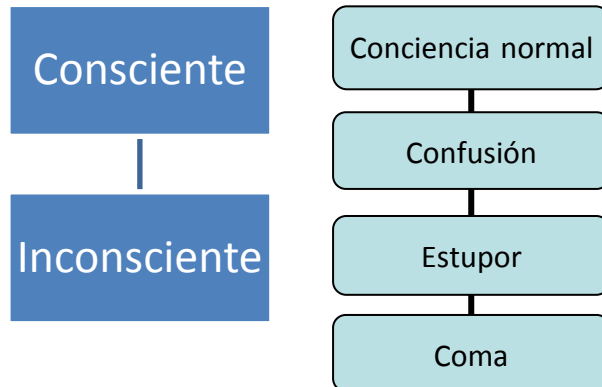
Esta pregunta no es ni mucho menos una obviedad. Por tratarse de un término de uso común en psicología podemos dar por sentado que compartimos el mismo concepto. Pero existe una gran confusión en este campo, y esta confusión abarca distintos aspectos:

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

2. Existen términos como el de “conversión” que se mantienen en el DSM-IV como una herencia de la tradición psicoanalítica, pero no encajan en una clasificación ateórica que no está basada en el modelo psicoanalítico.
3. Las clasificaciones internacionales se basan en la descripción clínica de síntomas y no en el mecanismo etiopatogénico. Por ello hay trastornos conectados por su etiopatogenia como el Trastorno por Estrés Postraumático, los Trastornos Disociativos y Conversivos y los Trastornos por Somatización, que están clasificados en distintos capítulos (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008). Esto no facilita a los profesionales una comprensión global de los fenómenos psíquicos.
4. La dualidad mente-cuerpo propia del pensamiento médico-científico occidental ha llevado a separar trastornos muy ligados como los Trastornos Somatomorfos, Conversivos y Disociativos, en base únicamente de que la sintomatología se exprese a través del cuerpo o de funciones psíquicas.
5. Algunos autores hablan de la disociación como un fenómeno normal, estableciendo un continuum que va desde la disociación cotidiana y adaptativa hasta el otro extremo, donde estaría el TID (trastorno de identidad disociativo). Otros consideran la disociación como un mecanismo patológico (Putnam, 1989).
6. El concepto de disociación que estamos acostumbrados a manejar implica una disminución o estrechamiento de la conciencia. En esta concepción nos encajan bien síntomas como el estupor disociativo o la despersonalización. Sin embargo la psicopatología del TID antes llamado trastorno de personalidad múltiple, se corresponde no con una disminución del nivel de conciencia, sino con una fragmentación de la misma. En el primer caso (estupor disociativo), estamos ante una concepción horizontal de los distintos estados de conciencia: de menor a mayor o viceversa. En el segundo caso (TID) se trata de una concepción vertical de la disociación: hay una escisión o separación entre distintos estados de conciencia, que no tienen por qué estar a distinto nivel (Fairbairn, 1952; Klein, 1946).
7. También es controvertido si algunos conceptos incluidos en las escalas de evaluación como la absorción (perderse o ensimismarse en los propios pensamientos, una película, etc.) son o no fenómenos disociativos.

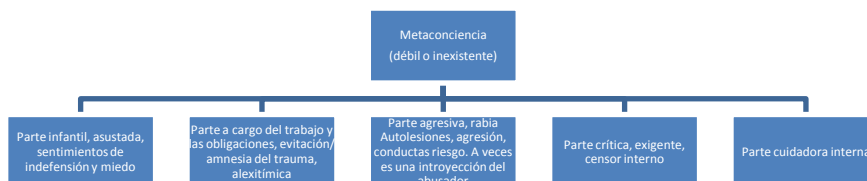
Veamos en esquemas lo que comentábamos acerca de la disociación horizontal y vertical. Encajan en el concepto de disociación horizontal tanto los conceptos de consciente/inconsciente como la conceptualización neurológica de los “niveles de conciencia”. Estas son las acepciones dominantes en nuestro país.

DISOCIACIÓN HORIZONTAL



En cambio, la concepción vertical de la disociación implica una fragmentación entre distintos estados de conciencia, no necesariamente graduables en función de un nivel (Fairbairn, 1952). En el esquema siguiente veremos un ejemplo de las partes que habitualmente encontramos en el trastorno de identidad disociativo.

DISOCIACIÓN VERTICAL: EL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO



En este artículo entendemos los trastornos disociativos desde las siguientes consideraciones:

1. Los trastornos disociativos serían el extremo patológico de un continuum que va desde fenómenos cotidianos y universales como la absorción a la disociación patológica. En este extremo nos encontraremos con síntomas que serán diferentes cuantitativamente (el trance podría considerarse el extremo de la absorción) o cualitativamente (estados mentales disociados) respecto de las experiencias disociativas presentes en la población general. El principal criterio para ubicar un caso dentro de los “trastornos disociativos” será el carácter desadaptativo de los síntomas y la repercusión funcional.
2. Las respuestas disociativas se generan como *defensas ante el trauma*, aunque con el tiempo se convertirán en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo. Creemos que se trata de reacciones automáticas y no de mecanismos de defensa en el sentido psicoanalítico, es decir carentes de componente intencional. En las siguientes secciones desarrollaremos más este punto.
3. La disociación, la escisión, puede ocurrir en distintos aspectos del yo. Puede producirse una desconexión entre el yo y el entorno que se refleja en los síntomas de desrealización y despersonalización. Puede producirse una inconsistencia entre conducta, percepción y expresión verbal: una persona dice una cosa pero hace conductualmente otra distinta, o cree que algo no le afecta pero muestra con su reacción que no es así. Estos conceptos nos resultan más familiares, ya que enlazan en parte con los conceptos de consciente/inconsciente (disociación “horizontal”), que todos manejamos independientemente de que tengamos o no una orientación psicoanalítica.

En cambio la coexistencia de sistemas mentales separados, la disociación entendida como *fragmentación*, es un mapa conceptual que nos es menos familiar. Muchos de los estudios sobre disociación parten básicamente de este modelo. A nuestro juicio refleja mejor el mecanismo que subyace a los trastornos disociativos, y por ello insistiremos más en él en este artículo.

LA DISOCIACIÓN ES UN FENÓMENO POSTRAUMÁTICO.

Los síntomas disociativos están incluidos en la descripción clínica del Trastorno por Estrés Postraumático tanto en la DSM-IV como en la CIE-10. Y aunque los trastornos disociativos no estén clasificados cerca del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), muchos autores los consideran los dos extremos de lo que ha dado en llamarse el “Espectro Postraumático” en el que también estarían incluidos los Trastornos de Personalidad Límite. Estos cuadros de base traumática compartirían según algunos autores un mecanismo psicobiológico común que es disociativo (Brewin, 2003; Chu, 1998; Nijenhuis y Van der Hart, 1999; Spiegel, Hunt y Dondershine, 1988; Van der Kolk y Van der Hart, 1991). Numerosos estudios avalan que los Trastornos Disociativos y en especial el TID, son el resultado de traumas psicológicos graves y repetidos, que se inician generalmente en la infancia (Braun, 1990; Chu, 1991; Bernstein y Putnam, 1986; Coons y Milstein, 1990; Ross, 1991; Saxe, 1993; Van der Kolk y Kadish, 1987). Existen otros autores, sin embargo, que consideran la disociación como uno entre muchos grupos de síntomas del TEPT, que desempeña un papel menor en los trastornos relacionados con el trauma, con la excepción hecha del trastorno de identidad disociativo (TID APA, 1994) (p. ej., Brett, 1996).

Trauma y disociación están conectados, pero esta conexión no es directa ni exclusiva. El trauma ocurrido en la infancia se ha asociado con patologías muy diversas: depresión, ansiedad, baja

autoestima, dificultades en el funcionamiento social, conductas autodestructivas, trastornos de personalidad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, somatización, etc. (Chu, 1998). Además, en las personas con diagnóstico de Trastorno de Identidad Disociativo la incidencia de abuso sexual es del 85-90% pero no olvidemos que en muestras clínicas la prevalencia de abuso sexual en mujeres es también muy alta: 44-77% (Tilman, Nash y Lerner, 1994).

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

Aún teniendo en cuenta estas consideraciones, cuando evaluamos un paciente con un trastorno disociativo, y en particular trastorno de identidad disociativo (su forma más grave) en nuestra consulta, es altamente probable (aunque no obligatorio) que nos encontremos con experiencias de maltrato y abuso sexual en la infancia. Y la frecuencia en la que esto ocurre es mayor en el TID que en otros diagnósticos psiquiátricos.

¿POR QUÉ NO SUELEN ESTAR CONECTADOS DISOCIACIÓN Y TRAUMA EN NUESTRO ENFOQUE DE LOS CASOS?

NO SE ESTÁN DETECTANDO UN PORCENTAJE IMPORTANTE DE TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Los trastornos disociativos en nuestro país están claramente infradiagnosticados. Esto contrasta con los estudios de prevalencia que señalan una incidencia muy elevada en países tan distantes culturalmente como Estados Unidos, los países nórdicos, Turquía o China (Gonzalez, 2004, 2007). Aunque existe la idea que los trastornos disociativos, en especial el Trastorno de Identidad Disociativo (antes Personalidad Múltiple) es un diagnóstico ligado a la psiquiatría americana, los estudios epidemiológicos nos muestran una realidad bien distinta.

Diversos trabajos muestran una prevalencia de Trastorno de Identidad Disociativo (TID) entre distintas poblaciones de pacientes psiquiátricos de entre el 4 y el 18% (Kluft y Foote, 1999). Van der Hart (1993) hace una revisión de diversos estudios y afirma que en la mayor parte de los países europeos la actitud profesional más extendida es decir que “el trastorno de personalidad múltiple no existe aquí”. Sin embargo, esta actitud está cambiando, aunque a velocidad muy diferente en unos y otros países, siendo los Países Bajos y Suiza donde más se están diagnosticando y tratando los trastornos disociativos, donde se observa una actitud más favorable de los clínicos y se están llevando a cabo más investigaciones.

En las investigaciones que se han realizado fuera de Estados Unidos y Canadá, los resultados son bastante concordantes con los encontrados en Norteamérica. Por ejemplo, Kluft (2003) cita 3 estudios europeos realizados en los Países Bajos y Turquía que muestran porcentajes entre el 4,7 y el 5% de Trastorno de Identidad Disociativo (TID) entre pacientes psiquiátricos ingresados. Sar, Akyuz y Dogan (2007) encuentran una prevalencia de TID del 1,1% y de trastorno disociativo no especificado del 8,3% en mujeres en un estudio sobre población general en Turquía. Se han descrito casos en países como China (Xiao, 2006), donde no es de esperar ninguna potenciación del diagnóstico por parte de los profesionales. Sar (2006) revisa estudios turcos, holandeses, alemanes, finlandeses y suizos, concluyendo que estudios independientes de distintos países demuestran claramente que los trastornos

disociativos constituyen un problema de salud mental frecuente no solo en muestras clínicas, sino también en población general. La falta de secciones sobre trastorno disociativo en los instrumentos de cribado psiquiátrico general empleados habitualmente han dado lugar a la omisión de estos trastornos en los estudios epidemiológicos a gran escala. No hay ningún resultado que apoye que el TID es un fenómeno restringido a determinadas zonas geográficas, o que sea más frecuente en países donde el diagnóstico es más popular o hay una predisposición más favorable de los clínicos a aceptarlo. Aunque están por hacerse estudios empíricos en muchos países, los resultados de los que disponemos hasta la fecha, no apoyan que exista una diferencia significativa entre unos países y otros.

En resumen, si no estamos detectando gran cantidad de casos de trastorno disociativo, y en particular de TID, nuestra percepción sobre la conexión de estos cuadros y el trauma es imposible que sea adecuada.

NO SE ESTÁ DANDO ADECUADA RELEVANCIA O NO SE ESTÁN DETECTANDO LOS ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

También con respecto a la historia de trauma, existe una clara infradetección. O aún cuando se detecten se toman en cuenta únicamente como parte de la historia clínica, pero no como elementos activos de la terapia. En general la terapia cognitivo-conductual, que podemos considerar predominante entre los profesionales, tiende por principio a centrarse en el aquí y ahora más que en los orígenes, la historia de trauma o la historia infantil. En buena medida esto puede entenderse como una reacción contra las teorías psicodinámicas, pero como todas las reacciones extremas, nos lleva a perder el punto de equilibrio en el que se alcanza en nuestra opinión una visión más completa de los fenómenos.

Además cuando los pacientes nos comentan una historia de abuso o maltrato en la infancia, algunos clínicos ponen en cuestión las informaciones de los pacientes, sobre todo en lo que respecta al abuso sexual. Esto probablemente sucede por influencia de las ideas freudianas (las de la segunda etapa), que atribuían estas informaciones a “fantasías edípicas” de las pacientes. Breuer y Freud inicialmente (1893) consideran que “la escisión de la conciencia... está presente a un nivel rudimentario en toda historia y la tendencia de estos a disociarse, con la emergencia de estados anormales de conciencia, es el fenómeno básico de estas neurosis”. Sin embargo, Freud abandona en 1897 la visión de que el trauma o el abuso sexual en la infancia temprana era lo que provocaba la disociación grave en las pacientes histéricas. En su lugar, desarrolla la teoría de la neurosis en la cual un trauma interno en la forma de deseos infantiles y fantasías, en especial el Complejo de Edipo, juega un papel dominante en la estructura de la mente. Describe el concepto de represión, como el modo en que los pacientes neuróticos apartan activamente el material conflictivo fuera de la conciencia, pudiendo volver en forma de sueños, síntomas o símbolos. Pese a este cambio, Freud continúa manteniendo el concepto de escisión en trabajos posteriores (véase estas referencias en Halberstadt-Freud, 1996).

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

Otro factor influyente es que son temas especialmente duros, que en algunos profesionales pueden generar cierto rechazo emocional. Sin embargo, cuando se recurre a fuentes de confirmación externas, en la mayor parte de los casos estas informaciones son veraces (Herman y Schatzow, 1987).

También es frecuente que un paciente con un trastorno disociativo o un trastorno postraumático complejo niegue cualquier tipo de antecedente traumático. O que lo refiera en un momento dado y lo niegue en otro. Para los clínicos con años de experiencia, no será seguramente excepcional la situación de que un paciente que lleve años en terapia nos comente después de mucho tiempo un abuso sexual previo. El trauma puede existir y no ser evidente en la exploración inicial. Hay un índice elevado de amnesias y también una actitud de ocultación consciente, sobre todo en los casos de abusos sexuales. Esto se asocia a sentimientos de vergüenza o a la “consigna de secreto” que rodeó muchas veces a los hechos cuando sucedieron.

UN MECANISMO DE RESPUESTA ANTE EL TRAUMA.

La disociación es una forma de defenderse de la experiencia traumática (Levine, 1997; Scaer, 2001), que con el tiempo se constituye en una forma de manejar cualquier tipo de estrés. Como respuesta frente a un evento traumático extremo es eficaz a nivel emocional: el individuo se desconecta de una emoción de otro modo intolerable.

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

Ante una amenaza los animales pueden reaccionar de tres modos: mediante la lucha, la huida o la congelación. Las dos primeras son respuestas *proactivas* (Levine, 1997): el individuo “hace algo”. Pero cuando no hay posibilidad de reaccionar, cuando la situación es lo que se ha definido como un shock inescapable, es cuando se produce la reacción de congelación (Scaer, 2001). En los seres humanos, la respuesta disociativa al trauma sería el equivalente de esta respuesta de congelación en animales.

La diferencia es que el animal deja que el organismo se encargue de resolver la situación. La energía bloqueada en la respuesta de congelación, la memoria procedimental almacenada, se descarga en cuanto la amenaza desaparece. Es típico en animales ver movimientos de sacudida, espasmódicos, cuando desaparece la respuesta de congelación. La actitud posterior es de total normalidad. En cambio, cuando esta descarga se limita de algún modo (por ejemplo, impidiendo al animal moverse en ese preciso momento) aunque luego se le libere, la conducta del animal ya no será normal, mostrando inquietud y evitación. En humanos y sobre todo en sociedades occidentales, la liberación de esta energía bloqueada en el trauma se impide de modo sistemático. Un ejemplo de ello es la expresión cultural del duelo en las sociedades modernas

LA NEUROBIOLOGÍA DEL TRAUMA Y LA DISOCIACIÓN

El efecto del trauma en el individuo no puede entenderse como algo desprendido de lo corporal (Levine, 1997; Scaer, 2001). Para entender la repercusión del trauma psíquico en el organismo es necesario tener en cuenta dos aspectos fundamentales:

LOS DISTINTOS TIPOS DE MEMORIA:

- a. Una memoria explícita o declarativa, mediada por el hipocampo derecho y el cortex orbitofrontal: es la narrativa que da sentido a una experiencia. Es por ejemplo lo que relatamos sobre un suceso pasado, la forma en la que (nos) contamos la experiencia. No todos los eventos serán procesados a este nivel.
- b. Una memoria implícita, que almacena datos emocionales, sensoriales y somáticos. Cualquier información de los órganos de los sentidos, sensaciones cenestésicas o dolor (excepto las olfativas que van directamente a la amígdala) pasan por un filtro talámico, que la reconduce a diversas zonas del cortex en función del nivel de excitación. Al mismo tiempo el tálamo envía una información similar a la amígdala, que en función del nivel de excitación, otorgará a la información un valor emocional, en función del cual se hará el procesamiento declarativo (a). Si el nivel de excitación es muy elevado, este procesamiento puede bloquearse.

El tipo más primitivo de memoria implícita es la *memoria procedimental*. En esta se almacenará el patrón de movimiento defensivo en el momento del trauma (Scaer, 2001).

Un trauma puede provocar trastornos mucho antes de que exista memoria declarativa, en fases preverbales del desarrollo infantil. Aquí sólo encontraríamos rastros somáticos y quizás emocionales, pero no un recuerdo verbal de la situación traumática. Por ejemplo: una niña de un año, que no ha desarrollado aún lenguaje verbal, se hace un corte con una puerta automática. Durante años después reacciona con miedo ante una puerta similar, se aparta de ella y no deja que nadie se acerque. Desde esta perspectiva podríamos decir que tiene una memoria emocional y conductual, aunque carece de una memoria narrativa de la experiencia inicial con la puerta.

En traumas posteriores también encontramos recuerdos emocionales y somáticos, que pueden estar completamente disociados de los aspectos cognitivos. Por ejemplo, una paciente responde a la pregunta de si ha sufrido abusos sexuales en la infancia presentando una intensa sensación física de náuseas y diciendo: *“yo no recuerdo que hubiera pasado, pero siento como si hubiera pasado”*. Otro ejemplo es el aparente distanciamiento afectivo de muchas víctimas de trauma, que relatan los hechos traumáticos sin aparente repercusión emocional (*belle indiférence*).

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

Como señalábamos, la respuesta de congelación se produciría cuando las respuestas de lucha o huida son imposibles. Scaer (2001) señala que esa respuesta que no pudo realizarse o concluirse, almacenada en la memoria procedimental y no descargada, intentará posteriormente reactivarse conformando la base de los síntomas disociativos. En los seres humanos, la respuesta disociativa al

trauma sería el equivalente de esta respuesta de congelación en animales. Fisiológicamente se corresponderá con un elevado tono parasimpático y al tiempo residuos adicionales del estado anterior de excitación simpática.

En animales perseguidos por depredadores puede verse muy gráficamente esta respuesta. Cuando la presa siente que no hay posibilidad de huida, incluso antes de ser alcanzada, se desploma en un estado de inconsciencia. Esto puede corresponder a un mecanismo de supervivencia (aparentando estar muerto puede engañar al depredador y huir) o representar el efecto externo de una alta descarga de opioides (analgesia frente al dolor inminente). Si el animal finalmente no muere, sale del estado de congelación siempre con una reacción previa de agitación. Esto según Scaer (2001) corresponde a la descarga de la memoria procedimental. Si, como hemos dicho, no se permite al animal esta descarga, por ejemplo manteniéndolo inmovilizado cuando sale del estado de congelación, desarrollará conductas anómalas.

Las respuestas disociativas ocurren ante situaciones amenazantes que el individuo vive con impotencia y con un sentimiento de indefensión. Scaer opina que el hecho de que en la especie humana y sobre todo en la cultura occidental no pueda producirse la descarga de la memoria procedimental (cualquier reacción de agitación será inmediatamente contenida o sedada) sería para este autor generadora de psicopatología. Un ejemplo es la contención cada vez mayor de las reacciones de duelo en las sociedades occidentales.

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

LA TEORÍA DE LA DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL

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

Las partes disociadas se manifiestan en forma de síntomas disociativos, negativos y positivos. Los síntomas negativos (ausencia de algo que debería estar presente) pueden ser somatomorfos como la anestesia o psicomorfos como la amnesia. Los síntomas positivos (aparición de) también pueden ser

somatomorfos como las pseudocrisis convulsivas o psicomorfos como las alucinaciones auditivas o los flashbacks.

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

En base a estos planteamientos, los autores señalan varios niveles de disociación:

DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL PRIMARIA

Se corresponde con la reacción de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático. El patrón básico de respuesta puede describirse como una alternancia entre la personalidad emocional (PE) fijada al trauma y a los sistemas de acción defensivos y la personalidad aparentemente normal (PAN) que lleva adelante la vida (sistemas de acción de la vida diaria). La normalidad es, sin embargo, solamente una apariencia por cuanto esta parte de la personalidad evita, física y mentalmente, todos los indicios que se relacionan con el trauma, incluido su mundo intrapsíquico, lo que da lugar a que éste “viva la vida en la superficie de la conciencia” (Appelfeld, 1994, p. 18). En otras palabras, la persona puede estar aparentemente bien, pero no permite que emerge nada conectado con la experiencia traumática. Esto produce cambios en la conducta y el estado interno de la persona, aún en los momentos en que no está reviviendo el trauma: puede estar desimplicado afectivamente, en hiperalerta, etc.

DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL SECUNDARIA

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

La disociación estructural secundaria puede caracterizar trastornos relacionados con el trauma más complejos y crónicos, como son el TEPT complejo (Una categoría propuesta para su inclusión en la

futura DSM-V, para la que se ha propuesto la denominación DESNOS: trastornos de estrés extremo no especificados), los trastornos de personalidad relacionados con el trauma (Golynkina & Ryle, 1999) y muchos casos de trastornos disociativos no especificados.

DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL TERCIARIA

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

DEL TRAUMA AL SÍNTOMA DISOCIATIVO.

Los síntomas disociativos se agrupan en tres grandes bloques: amnesia, desrealización/despersonalización y confusión/alteración de identidad (Steinberg, 2002). Puede entenderse cómo cada uno de estos aspectos se genera en la experiencia traumática:

AMNESIA

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

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

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

Veamos esto en un ejemplo clínico: Una paciente refiere en su estado habitual (la personalidad aparentemente normal o PAN, tal como la define la teoría de la disociación estructural) una infancia maravillosa, sin conflictos ni problemas. Periódicamente experimenta cambios a estados de agitación y hostilidad graves, en los cuales hace numerosas referencias a abusos sexuales repetidos por parte del

padre. Cuando se le pregunta por estos comentarios al volver al estado habitual (PAN) los niega, no recuerda haberlos dicho y reinterpreta su significado.

DESREALIZACIÓN/DESPERSONALIZACIÓN

La desrealización puede responder a una supresión de las funciones superiores de la conciencia. La realidad no se percibe en conjunto, sino sólo como elementos aislados.

La percepción es distinta y se vive con extrañeza. Con frecuencia en la respuesta al trauma agudo, los componentes emocionales de la experiencia no se perciben, probablemente como defensa frente a un grado de activación emocional intolerable para el individuo.

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

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

FRAGMENTACIÓN DE LA CONCIENCIA: CONFUSIÓN Y ALTERACIÓN DE IDENTIDAD.

Los sentimientos opuestos de querer al único padre que uno tiene y odiarlo por el maltrato infringido no pueden coexistir en la mente de un niño. Por ello alterna entre un estado mental y otro sin que pueda desarrollar una mentaconciencia que abarque a ambos. Para poder amar a un padre maltratador en sus momentos “buenos” (una vinculación imprescindible en el desarrollo) el niño aparta de su mente los recuerdos del abuso. Estos recuerdos del maltrato sólo los tiene presentes cuando vuelve a ser abusado, se activan los sistemas defensivos, y siente un odio terrible hacia ese adulto. Sobre esta alternancia entre estados opuestos, empiezan a construirse las barreras amnésicas que remarcarán la separación entre esos estados del yo. En algunos casos fragmentarán gravemente la mente del niño y luego del adulto generándose un Trastorno de Identidad Disociativo.

En ocasiones estas identidades disociadas toman la forma de figuras que realmente formaron parte de la historia del paciente, representando introyecciones (Watkins y Watkins, 1977). En este caso cuando este estado de conciencia se activa, adoptará conductas propias de esa figura, e interactuará con la personalidad principal de un modo similar a como sucedía en la realidad. Si esta introyección corresponde al abusador, acabará constituyendo una parte persecutoria en el sistema. A veces el paciente llega a estar realmente convencido de que esa parte de su mente es realmente el abusador.

Estas partes pueden generarse como protectoras, librando a la personalidad principal de emociones y recuerdos intolerables y convertirse con el tiempo en persecutorias. El paciente describe sintomáticamente esto como fenómenos de influencia (siente que una parte de él o algo ajeno a él le impone pensamientos, sentimientos o acciones), alucinaciones (con más frecuencia aunque no exclusivamente intrapsíquicas) o pensamientos obsesivos.

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

Los fenómenos de alteración de identidad son mucho más complejos y exceden las posibilidades de este artículo. Puede encontrarse una descripción más detallada en Gonzalez (2007).

NO SOLO TRAUMA: APEGO Y DISOCIACIÓN.

El trauma por sí solo no es un factor suficiente para explicar por qué un individuo acaba desarrollando un trastorno disociativo. Algunas personas sufren situaciones de maltrato grave saliendo adelante sin presentar problemas importantes. Uno de los principales factores de esa resiliencia es el haber tenido al menos una figura de apego seguro.

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

Diversos autores han relacionado el patrón de apego tipo D (desorganizado/desorientado) con los trastornos disociativos (Main y Hesse, 1992; Liotti, 1992). Los padres de estos niños muestran a su vez una alta frecuencia de historia propia de trauma y de problemas psicológicos, lo que les impide atender a las necesidades de sus hijos, actuando como si esperaran que sus hijos fuesen los que les calmasen su propio malestar (Bowly, 1985). Barach (1991) señala que aparte del abuso y el maltrato, el fallo de los padres en responder a las necesidades del niño influye profundamente en el desarrollo de la psicopatología disociativa. Esto incluiría el fallo de los padres en proteger al niño del abuso y la tendencia de los padres a disociarse o desconectarse de algún modo de la implicación emocional con el niño

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

Si estos niños no están expuestos a un maltrato o abuso adicional, probablemente estarán predispuestos a presentar síntomas disociativos pero probablemente no desarrollarán un trastorno disociativo y quizás no consulten en dispositivos psiquiátricos. Pero cuando se añade un trauma grave, tenemos la base para el desarrollo futuro de un Trastorno de Identidad Disociativo. Para mantener un apego con estos padres inconsistentes el niño deberá a veces idealizarlos y en ese modo establecer algo parecido a un apego seguro. Otras veces tendrá que identificarse con el agresor para sentirse fuerte y escapar de su autoimagen de debilidad y vulnerabilidad. La disociación entendida como defensa, puede servirle para mantener estas imágenes de las figuras de apego y la del yo fuerte, absolutamente incompatibles, separadas. La introyección de las figuras abusivas puede ser el germen de estados disociados en el trastorno de Identidad Disociativo (Blizard, 1997).

CONCLUSIONES

La disociación es una respuesta al trauma. Los trastornos disociativos, en particular el Trastorno de Identidad disociativo constituyen el extremo de lo que se ha denominado “Espectro Postraumático”. El abordaje de los Trastornos Disociativos, teniendo en cuenta los distintos aspectos a los que hemos hecho referencia en este artículo, implicará el trabajo con el trauma. Pero ello no implica que debamos empezar el tratamiento por el trauma en si, sino que deberemos dedicar un tiempo a establecer una relación terapéutica adecuada (tarea de gran complejidad debido a los problemas de apego temprano en estos pacientes) y a fortalecer y estabilizar al paciente (Gonzalez, 2007, 2008; Chefetz, 2008; Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Allport, GW. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Appelfeld, A. (1994). *Beyond despair*. New York. Fromm International.
- Barach, P. M. (1991). *Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder*. Dissociation. Vol IV. Nº3. Sept.
- Bernstein y Putnam (1986). *Development, reliability and validity of a dissociation scale*. Journal of Nervous and Mental Disease, 174: 727-735
- Blizard, RA. (1997). *The origins of Dissociative Identity Disorder from an Object Relations and Attachment Theory Perspective*. Dissociation, Vol2, nº4. Dec.
- Bowly, J. (1985). *Violence in the family as a function of the attachment system*. Am. J. Psychoanalysis, 44: 9-27.

- Braun, BG. (1990). *Dissociative Disorders as sequelae to incest*. En *Incest-Related syndromes of Adult Psychopathology*. Ed. Kluft. APP.
- Brett, E.A. (1996). *The classification of posttraumatic stress disorder*. En Van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 117–128). New York: Guilford.
- Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?*. New Haven, Yale University Press.
- Chu, J. (1991). *The repetition compulsion revisited: reliving dissociated trauma*. *Psychotherapy*, 28: 327-332.
- Chu, J. (1998). *Dissociative Symptomatology in Adult Patients with histories of Childhood Physical and Sexual Abuse*. En *Trauma, memory and dissociation*. Ed. Por Bremner, J y Marmar, C. APP.
- Chu, J. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York. Wiley and Sons.
- Chu, J. A. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York, Wiley.
- Coons, P y Milstein, V. (1990). *Self-mutilation associated with dissociative disorders*. *Dissociation*, 3 (2): 81-87.
- Fairbairn, W. D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge.
- Ford, J. (1999). *Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes?* *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 3-12.
- Golynkina, K y Ryle, A. (1999). *The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder*. *Br. J. Med. Psychology*, 72: 429-445.
- Gonzalez, A. (2004). *Diagnóstico de los Trastornos Disociativos*. En *Interpsiquis* (www.psiquiatria.com).
- Gonzalez, A. (2007). *Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento*. Ed lulu.com.
- Gonzalez, A. (2008). *Tratamiento de los Trastornos Disociativos*. En *Interpsiquis 2008* (www.psiquiatria.com).
- Halberstadt-Freud, H. (1996). *Studies on hysteria: one hundred years on: a century of psychoanalysis*, 77.
- Herman, J. (1992). *Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 5: 377-392.
- Herman, JL y Schatzow, E. (1987). *Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma*. *Psychoanalytic Psychology* 4:1-14.
- Janet, P. (1907). *The mayor symptoms of Hysteria*. McMillan. London & New York.
- Klein, M. (1946). *Notes on some schizoid mechanisms*. *Writings of Melanie Klein, Vol 3*. London: Hogarth: 1-24.

- Kluft, R y Foote, B (1999). *Dissociative identity disorder: recent developments*. American Journal Of Psychotherapy, 0002-9564, 1999 Summer, Vol. 53, Fascículo 3
- Kluft, R (2003). *Current Issues in Dissociative Identity Disorder*. Bridging Eastern and Western Psychiatry vol. I num. 1, 2003
- Levine, P. (1997). *Waking the tiger*. Berkeley CA. North Atlantic. Edición española: *Curando el Trauma*. Ed. Urano.
- Liotti, G. (1992). *Disorganized/Disoriented Attachment in the etiology of Dissociative Disorders*. Dissociation, Vol V, nº1. Dec.
- Main, M y Hesse, E. (1992). *Attacamento disorganizzato/disorientato nell infanzia e staff mentali dissociati nei genitori*. En Attacamento e psicoanalisi pp 86-140. Bari: Laterza (citado en Liotti 1992).
- Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (1999). *Somatiform dissociative phenomena: A Janetian perspective*. En J.M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp.89–127). New York: Basic Books.
- Pelcovitz, D; van der Kolk, B; Roth, S; Mandel, F; Kaplan, S y Resick, P. (1997). *Development of a criteria set and a structured interview for the disorders of extreme stress (SIDES)*. J Traumatic Stress, 10: 3-16.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis & Treatment of Multiple Personality Disorder*. Guilford Press, London
- Ross, C (1991). *Epidemiology of Multiple Personality Disorder and Dissociation*. Psychiatric Clinics of North America, 14(3): 503-517.
- Ross, C; Anderson, G, Fleisher, WP y cols (1991). *The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients*. Am. J. Psychiatry 148: 1717-1720.
- Roth, S; Newman, E; Pelcovitz, D; Van der Kolk, B y Mandel, F.S. (1997). *Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder*. J Traumatic Stress, 10: 539-556.
- Sar, V. (2006). *El ámbito de los trastornos disociativos: una perspectiva internacional*. Psychiatr Clin N Am 29, 227-244. Publicado en castellano como parte del libro "Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente". 2007. Ed. Masson
- Sar, V; Akyuz, G y Dogan, O (2007). *Prevalence of dissociative disorders among women in the general population*. Psychiatry Res. Jan 15, 149 (1-3): 169-176.
- Saxe, GN; Chinman, G; Berkowitz, R y cols. *Somatization in patients with dissociative disorders*. Am J. Psychiatry 151:1329-1334.
- Saxe, GN; Van del Kolk, BA; Berkovitz, R y cols (1993). *Dissociative disorders in psychiatric inpatients*. Am. J. Psychiatry 150: 1037-1042.
- Scaer, R. C. (2001). *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease*. The Haworth Medical Press. New York. London

- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H.E. (1988). *Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301–205.
- Steinberg, M. (2002). *¿Quién soy yo realmente?. La disociación, un trastorno tan frecuente como la ansiedad y la depresión*. Ed. Javier Vergara. (descatalogado). Versión inglesa: "The Strange in the Mirror".
- Tilman, JG; Nash, MR y Lerner, PM. (1994). *Does Trauma cause Dissociative Pathology?*. En *Dissociation, Clinical and Theoretical Perspectives*. Ed. Lynn y Rhue. The Guilford Press.
- Van der Hart, O. (1993). *Múltiple Personality Disorder in Europe*. *Dissociation* vol 6, nº23: 102-115
- Van der Hart, O; Nijenhuis, E, Steele, K. (2003). *Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder*. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.
- Van der Hart, O; Nijenhuis, E, Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.
- Van der Kolk, B y Kadish, W. (1987). *Amnesia, dissociation and the return of the repressed*. En *Psychological Trauma*. Ed. Por Van der Kolk. APP.
- Van der Kolk, B.A., & Van der Hart, O. (1991). *The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma*. *American Imago*, 48, 425–454.
- Van der Kolk, B; Roth, S; Pelcovitz, D; Sunday, S y Spinazzola, J. (2005). *Disorders of Extreme Stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma*. *J Traumatic Stress* 18: 389-399.
- Watkins, J. y Watkins, H. (1997) *Ego States: Theory and Therapy*. Norton Ed. New York.
- Xiao, Z.; Yan, H.; Wang, Z.; Zou, Z.; Xu, Y.; Chen, J.; Zhang, H.; Ross, C.; y Keyes, B. (2006). *Trauma and dissociation in China*. *Am. Journal of Psychiatry*. Aug 163 (8): 1388-1391.

BIBLIOGRAFÍA EN CASTELLANO

www.trastornosdisociativos.com

Página en castellano donde pueden encontrarse información, pruebas psicométricas y una lista de discusión para profesionales. En la sección de cursos pueden verse actividades formativas en torno a estos temas.

Anabel Gonzalez Vazquez (2007): "Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento". En Lulu.com

Onno Van der Hart, Ellert Nijenhuis y Kathy Steele. (2008). "El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica". Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer.

Richard Chefetz, ED (2006): "Trastornos Disociativos: Una ventana abierta a la psicobiología de la mente". *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*, Vol 29 nº1. Ed. Masson