

# **Disociación: Una característica principal del TEPT complejo insuficientemente reconocida**

**Onno van der Hart,<sup>1,4</sup> Ellert R.S. Nijenhuis,<sup>2</sup> and Kathy Steele<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Department of Clinical Psychology, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands.

<sup>2</sup>Cats-Polm Institute, Zeist, The Netherlands, and Mental Health Care, Assen, The Netherlands.

<sup>3</sup>Metropolitan Psychotherapy Associates, Atlanta, Georgia.

<sup>4</sup>To whom correspondence should be addressed at Department of Clinical Psychology, Utrecht University, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht, The Netherlands; e-mail: o.vanderhart@fss.uu.nl.

Translation in Spanish of Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.

Translators: Drs. Luis Gonzalez Perz and Olaf Holm Cox.

## **Resumen**

Existen al menos dos razones por las cuales no se ha reconocido suficientemente el papel que la disociación desempeña en el TEPT: la idea de que la disociación constituye un aspecto periférico, y no central del TEPT y la confusión que existe en torno a la naturaleza de la disociación. Este artículo conceptual, al postular que la traumatización conlleva esencialmente un cierto grado de división o disociación de los sistemas psicobiológicos que constituyen la personalidad del sujeto, aborda ambos aspectos. 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 persisten fijadas a las experiencias traumáticas y a las acciones defensivas. Las partes disociadas se manifiestan en forma de síntomas disociativos, negativos y positivos, que deben ser diferenciados de las alteraciones de la conciencia. El TEPT complejo implica un grado más complejo de disociación estructural que el TEPT simple.

**PALABRAS CLAVE:** TEPT complejo, DESNOS (Trastornos por estrés extremo no especificados de otra manera; disociación estructural; personalidad)

## **Disociación: Una característica principal del TEPT complejo no suficientemente reconocida**

La alternancia y coexistencia que se produce entre la reexperimentación de los sucesos traumatizantes y la evitación de los recuerdos del trauma y la coexistencia de éstas son características patognomónicas del trastorno por estrés post traumático (PTSD; APA, 1994). Teniendo en cuenta las concepciones originales existentes en el siglo 19 (p. ej., Janet, 1889; cf. Van der Hart & Dorahy, en imprenta), existen algunos autores que consideran este patrón bifásico como una manifestación de la disociación estructural o división de la personalidad relacionada con el trauma. En este artículo presentaremos lo que algunos creen que es la perspectiva teórica más elocuente: Todos los trastornos relacionados con traumas (es decir, trastorno por estrés agudo [TEA], TEPT, TEPT complejo y trastornos disociativos) comparten **una patología psicobiológica central común que es disociativa** (p. ej., Brewin, 2003; Chu, 1998 Nijenhuis & Van der Hart, 1999 a; Spiegel, Hunt & Dondershine, 1988; Van der Kolk & Van der Hart, 1984). Existen otros autores, sin embargo, que consideran la disociación como uno entre muchos grupos de síntomas del TEPT, que desempeña un papel menor del TEPT y trastornos similares, con la excepción hecha del trastorno disociativo de la identidad (TID APA, 1994) (p. ej., Brett, 1996).

Diversos autores han propuesto, sobre la base de la investigación y la experiencia clínica, una categoría diagnóstica específica denominada **TEPT complejo (Herman, 1992)** o trastorno por estrés no especificado de otra manera (DESNOS en sus siglas inglesas), para aquellos pacientes que sufrían de una gama de complejos de síntomas persistentes, más complicados que los que aparecen en el TEPT. Algunos de estos grupos de síntomas están incluidos en el DSM-IV dentro de las características descriptivas y de los trastornos mentales asociados al TEPT (APA, 1994) y se asocian comúnmente con agentes estresantes interpersonales que actúan de manera prolongada. Estas constelaciones sintomáticas conllevan cambios duraderos en la personalidad, que se caracterizan por una amplia gama de **alteraciones en la regulación de la afectividad y de los impulsos, en la percepción de sí mismo, en la percepción del agresor, en las relaciones, en los sistemas de significado y en las somatizaciones (Herman, 1992;**

Pelcovitz y cols.1997; Roth y cols., 1997; Van der Kolk y cols., 1996; Van der Kolk y cols., esta edición).

1. Alteraciones en la regulación afectiva
2. Alteraciones en la regulación de impulsos
3. Alteraciones en la autopercepción
4. En la percepción del agresor
5. Somatizaciones
6. En las relaciones interpersonales
7. En los sistemas de valores personales

Resulta difícil determinar si la “disociación” corresponde a una característica central del TEPT complejo y de otros trastornos relacionados con traumas ya que no existe un acuerdo común sobre qué es lo que constituye este constructo. El uso que se da actualmente a este término resulta altamente confuso (cf. Marshall, Spitzer & Liebowitz, 1999). Así, por ej., algunos síntomas intrusivos del TEPT son aludidos en términos de **“episodios de flashbacks disociativos” (APA, 1994, P. 428) mientras que en el TEA, los mismos episodios de flashback no son descritos como disociativos. En el diagnóstico del TEPT no se consideran como disociación los síntomas de evitación o de embotamiento, aunque en el TEA estos mismos síntomas sí son etiquetados como disociativos (APA, 1994, P. 432).** En la bibliografía sobre trauma en general se ha debatido si la disociación constituye una medida o bien, se trata de una entidad taxonómica como también qué síntomas deben ser incluidos dentro de la categoría de disociación. Introducimos, así, una teoría que, en relación con la disociación y con los trastornos relacionados con los traumas en general y, de manera más específica, con el TEPT complejo, está relacionada con los procesos y manifestaciones de la disociación que recomienda una manera de esclarecer este problema conceptual.

Como parte de esta teoría definiremos el concepto de “personalidad”; describiremos la inducción de la disociación estructural que se produce en la personalidad durante los experiencias traumatizantes; ilustraremos las características de aquellas partes de la personalidad que están disociadas en cierto grado entre sí, que están fijadas a conductas desadaptativas y a formas de percepción duraderas y que tienden hacia la evitación o la

reexperimentación; describiremos los niveles de complejidad de esta disociación estructural y comentaremos el alcance que tienen los síntomas disociativos que se originan de la disociación estructural distinguiéndolos, a la vez, de lo que consideramos fenómenos relacionados aunque no-disociativos. Analizaremos, por último, algunos grupos sintomáticos de la categoría diagnóstica TEPT complejo/DESNOS en función de la disociación estructural de la personalidad producida, proponiendo que todos ellos implican potencialmente, disociación.

## **1 Disociación estructural de la personalidad relacionada con el trauma**

En el ámbito del trauma, consideramos junto con muchos otros autores, que éste representa una respuesta subjetiva del individuo no haciendo, por tanto, alusión a la calidad del propio evento. Consideraremos, así, *solamente* aquellos casos que han desarrollado, al menos, síntomas importantes de trastornos relacionados con el trauma a lo largo de sus vidas. En los adultos, la traumatización implica una pérdida de la estructura de la personalidad previa al trauma, e interfiere con el desarrollo de una estructura de personalidad unidad y coherente en los niños. La traumatización consiste, en otras palabras, en un cierto grado de división de la personalidad. Allport (1961) define la personalidad de la siguiente manera: “La organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofisiológicos que determinan sus conductas y pensamientos característicos”. Sobre la base de la psicología evolutiva, la etología, la teoría de los vínculos afectivos, la neurociencia afectiva y cognitiva, hemos propuesto que estos sistemas psicofisiológicos de la personalidad constituyen el fundamento de la disociación estructural de la personalidad relacionada con el trauma.

### **1.A Sistemas de acción y personalidad**

La conducta humana se rige en un grado importante por los **sistemas psicobiológicos desarrollados en la evolución (p. ej., Panksepp, 1998; Toates, 1986)**. Estos sistemas psicobiológicos innatos estructuran en gran medida la personalidad y regulan las funciones principales en términos de atención, emoción, (neuro) fisiología, sobre todo, en términos de la conducta (Davis, Panksepp, & Normansell, 2003;

Panksepp, 1998). El propósito de éstos es el de dirigir las acciones adaptativas mentales y conductuales a través de un amplio abanico de situaciones vitales, razón por la cual los denominamos *sistemas de acción*.

Los sistemas de acción se van adquiriendo en el transcurso del desarrollo y precisan de la maduración y de experiencias suficientemente buenas que permitan alcanzar el máximo de su funcionamiento. En la traumatización en fases precoces, los sistemas de acción pueden evolucionar hacia una organización disfuncional que puede persistir, incluso, cuando mejora la calidad de vida (p. ej., Marvin & Britner, 1999). Tales organizaciones desadaptativas quedan ejemplificadas en la existencia de diversos vínculos afectivos inseguros dentro del sistema de acción del vínculo afectivo (p. ej., Ainsworth, Velar, Waters & Wall, 1978). Los patrones desadaptativos de acción impiden que los diferentes sistemas de acción se coordinen e integren, quedando éstos sin una organización equilibrada (cf. Marvin, & Britner, 1999) y, por tanto, vulnerables para la disociación.

Algunos sistemas de acción actúan como mediadores de actividades mentales y conductuales relacionadas con la vida cotidiana, como son la *exploración del entorno (incluidos trabajo y estudio), juegos, manejo de la energía (dormir y comer), apego, sociabilidad, reproducción y cuidados (especialmente criar hijos)* (p. ej., Cassidy, 1999; Panksepp, 1998). Otros sistemas de acción están orientados hacia las acciones defensivas en respuesta a la amenaza de la integridad física (por otra persona), al rechazo social y a la pérdida de vínculos afectivos. **Este sistema de acción defensivo, compartido por el hombre con muchas especies de animales, está compuesto por diversos subsistemas: hipervigilancia, congelación, huida, lucha, sumisión total (Fanselow & Lesker, 1998; Misslin, 2003), junto con algunas formas de sumisión social (Gilbert, 2000).** La supervivencia al ataque se sigue de la *recuperación*, que se caracteriza por el descanso y aislamiento, cuidado de las heridas y el retorno gradual a las actividades diarias. En condiciones ideales, tanto la integración como la diferenciación se desarrollan entre los sistemas de acción y entre las tendencias de acción existentes dentro de cada sistema de acción. En el caso de la disociación estructural de la personalidad relacionada con el trauma, sin embargo, la coordinación y cohesión de los sistemas de acción parecen estar desorganizadas de forma tal que las acciones del sujeto superviviente no se adaptan bien a las circunstancias imperantes.

## 1.B Sistemas de acción y traumatización

**Las actividades de la vida normal son generalmente incompatibles con aquellas de la defensa inmediata; lo mismo vale en sentido contrario. Los sistemas de acción de la vida diaria tienden así a estar inhibidos durante la amenaza (p. ej., Cassidy, 1999).** Para crear una personalidad cohesionada, que incluya un sentido continuo de la propia identidad debe, sin embargo, existir además, alguna integración entre la defensa y los demás sistemas de acción. La capacidad individual que tiene cada sujeto de integrar todos estos sistemas y, consiguientemente, de regular tanto los afectos como los impulsos, dependen de unas buenas relaciones parentales y de vínculos afectivos seguros (Schore, 2003).

La hipótesis que planteamos consiste en que los sistemas de acción defensivos y de la vida cotidiana serán los que, en un contexto de estrés extremo que reduce la capacidad integradora, fallarán primero y de manera más rápida. **El fracaso integrador se manifiesta básicamente en las alternaciones prototípicas que se producen entre el funcionamiento en la vida diaria que se acompañan de evitación / embotamiento (sistema de acción de la vida diaria) y la reexperimentación (sistema de acción de defensa).** Planteamos igualmente la hipótesis de que los **supervivientes** pueden desarrollar **fobias a la reexperimentación si no logran integrar aquellos recuerdos intrusos e intensos relacionados con el trauma. Esta fobia mantiene en marcha la disociación que existe entre los sistemas de acción de la vida diaria y los de defensa.**

Los malos tratos y abandono crónico en la infancia comprometen la capacidad integradora y el desarrollo de vínculos afectivos seguros. Cuando las personas que representan las figuras de los vínculos afectivos primarios son la fuente de amenaza en la vida diaria, los sistemas de acción no sólo están desregulados si no que, además, pueden competir y desorganizarse entre sí. El **dilema insoluble** de una figura cuidadora amenazante conduce a menudo al desarrollo de un **vínculo afectivo desorganizado/desorientado** en los niños (Main & Morgan, 1996) **que se relaciona estrechamente con la disociación** (P. ej., Carlson, 1998; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson & Egeland, 1997). Desde nuestra perspectiva, puede que el vínculo afectivo desorganizado no esté realmente desorganizado, ni desorientado, sino que parece ser

que implica la activación concurrente o sucesiva del sistema de acción del vínculo afectivo y del sistema de acción de defensa (Marvin & Britner, 1999).

### **1.C Disociación estructural**

Hemos propuesto, sobre la base del análisis teórico, de las observaciones clínicas y de hallazgos de investigación (p. ej., Kluft & Fine, 1993; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Putnam, 1997; Reinders y col., 2003, presentado; Steinberg, 1995) como también de la bibliografía del siglo XIX y de inicios del siglo XX existente relacionada con la disociación que la traumatización implica esencialmente una **cierta división disociativa de la personalidad que probablemente se desarrolle a lo largo de los sistemas de acción innatos de la vida diaria y de la defensa –es lo que se ha denominado *disociación estructural de la personalidad* (p. ej., Nijenhuis y col., 2002; Van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004)**. La disociación de la personalidad se desarrolla cuando se expone a niños o a adultos a sucesos potencialmente traumatizantes y cuando la capacidad integradora que tienen éstos es insuficiente como para integrare) plenamente estas experiencias dentro de los límites de una personalidad relativamente coherente.

La disociación como división de la personalidad aparece reflejada en la definición original que hace Janet (1907) de la histeria entendida como **“una forma de depresión mental [es decir, capacidad integradora reducida] que se caracteriza por una retracción del campo de la conciencia y por una tendencia hacia la disociación y emancipación del sistema de ideas y funciones que constituyen la personalidad) (p. 332). Janet (1889) observó que estos “sistemas de ideas y funciones” disociativos implicaban conductas, cogniciones, afectos, aspectos sensoriomotores y recuerdos particulares y que experimentaban su propio sentido, aunque rudimentario, del yo. Nosotros sugerimos que estos “sistemas de ideas y funciones implican de manera característica la existencia de sistemas o subsistemas de acción disociados como parte constituyente de la personalidad.**

Los (sub)sistemas conforman en gran medida la personalidad y, por ende, también el sentido del yo. **Cada uno de los sistemas de acción “modifica el**

**procesamiento sensorial, perceptual y cognitivo e inicia muchos cambios fisiológicos que están sincronizados de manera natural con las tendencias conductuales surgidas [propias de tales sistemas]” (Panksepp, 1998, p. 49). Con el tiempo, si los componentes de los sistemas de acción no están unidos y coordinados adecuadamente, cada uno de ellos puede desarrollarse hacia formas más o menos separadas y habituadas de percepción y funcionamiento, es decir, partes disociadas de la personalidad.** Estas partes disociadas traen consigo, cuando menos, un sentido muy rudimentario del yo: “Yo siento, yo pienso, yo veo, yo corro”, aunque clínicamente es más probable que presenten complejos sintomáticos antes que “identidades disociativas” bien definidas. La disociación estructural de la personalidad implica que dos o más partes disociativas están en cierto grado disociadas *entre sí*, como lo pretende la definición original de disociación. El grado de disociación puede cambiar de vez en cuando y puede, en algunos pacientes más que en otros, implicar a divisiones menos desarrolladas, aunque resulta ilógico concluir de que una parte pueda estar disociada de la otra sin que lo inverso no sea igualmente válido. Sin embargo, el hecho de que los pacientes no estén re-experimentando constantemente los sucesos traumatizantes y que algunos de ellos no presenten síntomas durante un cierto tiempo después acaecido el suceso traumatizante, por ej., TEPT diferido (APA, 1994), **indica que las partes disociadas pueden permanecer en un estado de latencia, como lo confirman las observaciones clínicas.**

### **1.C.1 Niveles de disociación estructural**

Para propósitos de claridad metodológica y diagnóstico, distinguiremos tres niveles prototípicos de la disociación estructural, aunque en la realidad clínica parece ser que sucede a lo largo de un continuum. El primer nivel comienza con la división más básica entre las dos categorías de sistemas de acción, de la vida diaria y de la defensa. Los prototipos subsiguientes implican una disociación creciente dentro de cada una de estas categorías, afectando inicialmente a los subsistemas de defensa y, por último, la disociación más grave implica adicionalmente divisiones dentro de los sistemas de vida diaria.



Cuando hablamos de partes de la personalidad fijadas a la defensa y a la reexperimentación del trauma queremos significar que estas partes contienen **recuerdos traumáticos**. Tales recuerdos o RT deben ser diferenciados de la memoria autobiográfica narrativa o MAN, en cuanto que se trata de experiencias primariamente somatosensoriales, emocionalmente intensas, alucinatorias, fragmentarias e involuntarias (p. ej., Brewin, 2003; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Brewin les ha dado el nombre de **recuerdos accesibles situacionalmente (RAS)**, a los cuales no se puede acceder de manera intencionada, sino que son desencadenados más bien por **estímulos reactivantes**. Los recuerdos traumáticos RT o RAS difieren sustancialmente de los simples estados de ánimo o de los recuerdos cargados de afectividad e implican un estado diferente del yo de lo que correspondería a la memoria autobiográfica narrativa o MAN. Al igual que sucede con todos los recuerdos, los RAS existen dentro de la personalidad del individuo aunque, previo a la integración, pueden estar **secuestrados en una parte disociada**.

#### **a) Disociación estructural primaria**

El patrón básico de la respuesta del estrés post-traumático puede ser descrito como una alternación entre una parte disociada única de la personalidad mediada por sistemas de acción de la vida diaria y una segunda parte (bastante limitada y rudimentaria) mediada por la defensa. Cuando la parte disociada principal de los sujetos traumatizados es desvinculada del trauma y mediada por sistemas de acción de la vida diaria, el sujeto puede dar la impresión de estar bastante tranquilo y de ser capaz de llevar una vida (relativamente) normal. 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). **Las partes fijadas a sistemas de acción de defensas tienden a imponerse o a hacerse dominantes cuando el sujeto se ve enfrentado a señales de una amenaza importante.**

Parafraseando una metáfora hecha por Myers (1940) que describía las alternaciones inducidas por el trauma que se producían en los soldados que combatieron

en la I Guerra Mundial, hablamos de *Parte Aparentemente Normal de la personalidad* (PAN) para referirnos al funcionamiento de la persona traumatizada mediado en gran proporción por sistemas de acción de la vida diaria. De igual forma, hablamos de la *Parte Emocional de la personalidad*, (PE) adoptada de una descripción hecha por Myers en la que se habla de cómo las emociones vehementes se hacen dominantes cuando se reexperimenta el trauma. La PE está mediada en gran proporción por sistemas de acción de defensa y por modos particulares de vínculos afectivos que reducen la sensación de amenaza. La PAN y la PE se alternan entre sí o se activan paralelamente. Comparten generalmente un abanico de características y pueden interactuar entre sí. Las formas no complicadas de los trastornos relacionados con el trauma como son el **TEA**, **TEPT simple**, **la amnesia disociativa simple** y **los trastornos disociativos somatomorfos** es probable que se caractericen por una **disociación estructural primaria**.

#### **b) Disociación estructural secundaria**

La disociación de la personalidad más allá de una única PAN y PE puede extenderse a divisiones adicionales **entre dos o más subsistemas defensivos**. Esta división adicional de la PE la interpretamos conceptualmente como una **disociación estructural secundaria**. Los pacientes con TEPT complejo tienen a menudo diversas PE fijadas en el llanto de apego (la parte triste, desprovista de, 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 PAN compleja única influida por los sistemas de acción de la vida diaria. Como ya se ha indicado anteriormente, los sistemas de acción de la vida diaria pueden, sin embargo, estar también organizadas de forma mal adaptada contribuyendo, así, a la persistencia de los problemas caracterológicos y a problemas en la vida diaria. La disociación estructural secundaria puede caracterizar trastornos relacionados con el trauma más complejos y crónicos, como son el TEPT complejo / DESNOS en inglés, **los trastornos de personalidad relacionados con el trauma (Golyunkina & Ryle, 1999)** y **muchos casos de trastornos disociativos no especificados de otra manera o DDNOS en inglés**.

### c) **Disociación estructural terciaria**

La división adicional de la PAN y elaboración de la PE es denominada ***disociación estructural terciaria, que caracteriza al TID***. Esto sucede cuando la capacidad de integración que tiene el sujeto es tan baja que no puede desarrollar o mantener una PAN única. **Así, por ej., puede existir una parte disociada que es sexual (reproducción), una parte que es madre, (cuidadora), y una parte que va al trabajo (exploración). La PE asimila las nuevas experiencias y se hace más elaborada cuando aspectos inevitables de la vida diaria se convierten en estímulos condicionados que reactivan los recuerdos traumáticos (Janet, 1889; Nijenhuis & Van der Hart, 1999a)**. Si bien algunas, aunque no todas, las partes disociadas que aparecen en el TID poseen un sentido de la independencia más fuerte, nosotros hemos propuesto que, conceptualmente, no son éstas diferentes de aquellas partes halladas en trastornos relacionados con el trauma menos complejos que se presentan en forma de complejos sintomáticos.

En conclusión, es razonable plantear la hipótesis de que la disociación relacionada con el trauma implica esencialmente la existencia de dos partes divididas, aunque no totalmente separadas o no relacionadas entre sí –cada una de ellas teniendo su propio sentido del yo, está basada en sistemas de acción y tiene relaciones dinámicas con otras partes. En los trastornos por trauma simples, las PE son de manera característica bastante rudimentarias, no activas en la vida diaria, limitándose a la reexperimentación traumática, mientras que las PAN son bastante complejas, con un funcionamiento multifacético. En trastornos por traumas más complejos, las PEP pueden ser más elaboradas y autónomas de manera creciente, mientras que las PAN pueden ser más numerosas y limitadas a funciones que están dentro de determinados sistemas de acción de la vida diaria.

## **2. Disociación estructural y Alteraciones de la conciencia**

El concepto de disociación debe estar claramente definido para analizar la naturaleza disociativa de cualquier trastorno, en este caso, el TEPT complejo. La

disociación estructural relacionada con el trauma debe ser diferenciada de fenómenos más ubicuos que a menudo reciben la denominación de disociación, aunque es probable que en estos casos, los procesos subyacentes sean diferentes. A lo largo de las últimas décadas, el sentido original del término disociación se ha visto ampliado por la adición de otros fenómenos que no se consideran característicamente como fenómenos disociativos. Dentro de éstos se incluyen alteraciones de la conciencia tales como los estados absortos, soñar despierto, implicación imaginaria, sentido alterado del tiempo, conducta similar al estado de trance e “hipnosis de carretera” (p. ej., Bernstein & Putnam, 1986). Aunque la reducción y estrechamiento de la conciencia acompaña a menudo a la disociación estructural (Nijenhuis y cols. 1996; Van der Linden y cols. 1993), estas alteraciones incluyen una amplia gama de experiencias y síntomas que están omnipresentes en las poblaciones, tanto normal como enferma (p. ej., Carlson, 1994) y no siempre son indicativas de la existencia de partes disociativas de la personalidad. Sin embargo, la disociación estructural –**existencia de dos o más partes de la personalidad, integradas de manera insuficiente**- parece ser que es altamente específica de las poblaciones traumatizadas. Así parece ser que la disociación estructural y las alteraciones de la conciencia constituirían fenómenos conceptualmente diferentes aunque relacionados, posición que se ve apoyada por algunos hallazgos de investigación (p. ej., Waller, Putnman & Carlson, 1996)

**La diferenciación de los diferentes procesos subyacentes de un mismo fenómeno, p. ej., amnesia, puede resultar difícil.** Es, sin embargo, esencial hacerlo por cuanto los enfoques de tratamiento son diferentes (Allen, Console & Lewis, 1999, Butler y cols. 1996). **Resulta poco productivo, por ej., ayudar a un paciente a recordar el tiempo perdido en la infancia cuando éste nunca ha memorizado los sucesos, aunque sí es esencial esclarecer la amnesia que se relaciona con partes disociadas de la personalidad a través de la integración.**

### ***2.1 Síntomas de la disociación estructural***

Para comprender la naturaleza disociativa del TEPT complejo, es importante comprender la relación que existe entre los síntomas disociativos y la disociación estructural subyacente de la personalidad. En el pasado se ha reconocido la existencia de síntomas disociativos positivos y negativos, aunque parece ser que este hecho se ha

perdido recientemente (cf. Nijenhuis & Van der Hart, 1996; Van der Hart, Van Dijke, Van Son & Steele, 2000). Las investigaciones realizadas muestran, sin embargo, que son mucho más los fenómenos que deben ser considerados como disociativos que los que aparecen indicados en el DSM-IV (p. Ej., Dell, 1988).

1. Síntomas disociativos positivos o de la PE
2. Síntomas disociativos negativos o de la PAN

\* Lo llamado positivo se refiere a fenómenos de intrusión en general y lo negativo a pérdidas de funciones como puede ser la amnesia. (La PE también puede tener síntomas negativos como es el caso de la anestesia corporal).

**Los síntomas disociativos negativos del TEPT y del TEPT complejo 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. Sin embargo, la PE que aparece bajo amenaza presenta, además, síntomas negativos como es la anestesia corporal. Muchos de los síntomas referidos en la bibliografía como síntomas disociativos (negativos) (p. Ej., hipnosis de autopista) son, en realidad, alteraciones de la conciencia. Algunos autores contemporáneos han observado la existencia de síntomas disociativos positivos (p. Ej., Butler y cols., 1996; Nijenhuis & Van der Hart, 1999 a, b; Van der Hart y cols., 2000) aunque la mayoría no lo ha hecho (p. Ej., Harvey & Bryant, 1999; Marshall y cols., 1999).

1. Síntomas disociativos positivos se relacionan con la PE, pero la PE también puede tener síntomas disociativos negativos como la anestesia corporal
2. Síntomas disociativos negativos se relacionan con la PAN, en general con pérdida de funciones

Los síntomas disociativos se manifiestan en forma de fenómenos psicológicos, es decir, **síntomas disociativos psicomorfos**, o como fenómenos corporales o **síntomas disociativos somatomorfos** (Nijenhuis y col., 1996). A lo largo de la década pasada se

ha ido produciendo un reconocimiento creciente de la disociación somatomorfa, que se ha visto corroborado por la evidencia, tanto empírica como clínica (Bowman, 1998; Butter y cols., 1996; Kihlstrom, 1992; Nijenhuis, 1999; Van der Hart y cols., 2000).

- ❖ Síntomas disociativos como fenómenos psicológicos o síntomas disociativos psicomorfos
- ❖ Síntomas disociativos como fenómenos corporales o síntomas disociativos somatomorfos

Los **síntomas disociativos psicomorfos positivos** incluyen los **recuerdos traumáticos y pesadillas que tienen componentes afectivos, cognitivos y somatosensoriales**. Muchos autores parecen no reconocer que la disociación constituye una característica nuclear de los recuerdos traumáticos (p. Ej., Harvey & Boyant, 1999), aunque otros sí lo hacen (p. Ej., Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Algunos de los síntomas descritos por Kurt Schneider de primer orden de la esquizofrenia tales como las **alucinaciones, especialmente escuchar voces con comentarios o discusiones internas e inserción y robo de ideas**, son comunes en los pacientes con trastornos disociativos (p. ej., Dell, 2002) y se considera comúnmente que se trata de fenómenos que están relacionados con la actividad de las partes disociadas. La experiencia clínica indica que éstos son también frecuentes en otros trastornos relacionados con traumas, incluido el TEPT complejo.

Dentro de los **síntomas disociativos psicomorfos negativos** están la pérdida de memoria (amnesia); pérdida de los afectos (embotamiento); pérdida de la función crítica (una acción cognitiva) que da origen a la sugestionabilidad y a una dificultad para considerar detalladamente las cosas; pérdida de necesidades, deseos y fantasías; junto con pérdida de habilidades previas. Estas pérdidas estarían disponibles potencialmente en otra parte de la personalidad.

Los **síntomas disociativos somatomorfos positivos** incluyen intrusiones de aspectos sensorio-motores de las re-experimentaciones traumáticas, como son el dolor, las conductas incontroladas como los tic, distorsiones sensoriales (Janet, 1907; Butler y col., 1996; Nijenhuis & Van del Hart, 1996, Van de Hart y cols., 2000) y las pseudoconvulsiones (Bowman, 1998). **Algunos de los criterios de K. Schneider de la**

**esquizofrenia corresponden a síntomas de disociación somatomorfa**, como son la pasividad somática y las sensaciones físicas “hechas”, impulsos y acciones como son, por ej., experimentar la urgencia física de conducir un coche contra un puente, cortarse y no ser capaz de parar.

**Los síntomas disociativos somatomorfos negativos** implican pérdidas manifiestas de las funciones sensoriales, perceptivas o motoras, p. ej., anestesia disociativa y pérdida sensorial y parálisis disociativa.

### **3. Disociación y las dimensiones propuestas del TEPT complejo**

**Los estudios longitudinales proporcionan evidencia que vincula los malos tratos en los niños con los síntomas disociativos, tanto peritraumáticos como actuales (Lyons-Ruth & Jacobovitz, 1999; Macfie, Cichetti & Toth, 2001; Ogawa y cols., 1997).** Muchos de los sujetos sometidos a malos tratos graves incluidos en estos estudios se caracterizaban por presentar patrones sintomáticos compatibles con TEPT complejo. Los estudios retrospectivos realizados sugieren que el TEPT complejo está relacionado con la traumatización interpersonal precoz y con síntomas disociativos (Ford, 1999; Ford Kid, 1998; McLean & Gallop, 2003; Pelcovitz y cols., 1997; Roth y cols, 1997; Van der Kolk y cols., 1996) y que el comienzo del trauma a una edad precoz es un predictor de la gravedad de los síntomas disociativos y de los síntomas del estrés postraumático (por ej., Chu, Frey, Garizel & Matthews, 1999; Boon & Draijer, 1993; Nijenhuis, 1999). En el TEPT complejo se ha informado de diferentes grados de síntomas “disociativos” y de TEPT (p. ej., Ford, 1999; Van der Kolk y cols. 1996). En estos estudios, sin embargo, **no se ha evaluado el espectro completo de síntomas disociativos y, en cierto grado, pueden haberse confundido alteraciones de la conciencia con síntomas de disociación estructural.**

Nosotros planteamos la hipótesis de que muchos de los rasgos distintivos del TEPT complejo corresponden a manifestaciones de disociación estructural o están en estrecha relación con ellas. Como ya se ha observado anteriormente, la disociación estructural puede manifestarse en forma de **alteraciones perdurables que se producen entre los sistemas de acción de la vida diaria (evitación/embotamiento) y los sistemas de defensa (reexperimentación).** Los síntomas que aparecen en el TEPT complejo son, en general, notoriamente más complicados que lo que lo es en el TEPT

simple. Si es correcto sostener que la disociación estructural implica una falta de integración entre los sistemas de acción que, se han desarrollado, además, hacia patrones desadaptativos, podríamos, entonces, plantear la hipótesis de que los grupos sintomáticos de TEPT complejo/DESNOS están cada uno de ellos relacionados más bien con sistemas de acción disociados y mal adaptados que constituyendo grupos sintomáticos independientes.

### **Sistemas de acción disociados y mal adaptados**

- 1. Alteraciones en la regulación afectiva e impulsos**
  - 2. Alteraciones en la percepción de si mismo**
  - 3. Somatizaciones**
  - 4. En las relaciones interpersonales**
  - 5. En los sistemas de valores personales**
  - 6. Alteraciones en la atención y conciencia**
- 

#### ***3.1 Alteraciones en la atención y en la conciencia***

Este grupo sintomático incluye un síntoma disociativo psicomorfo negativo, es decir, **la amnesia**, como también una segunda categoría, **los episodios disociativos pasajeros**. La categoría bastante poco clara de los **episodios disociativos pasajeros** parecen hacer referencia a la reactivación, parcial o total, de una o más PEs. Solamente uno de los puntos de este grupo sintomático evalúa directamente la disociación estructural, es decir, “sentir como que hay dos personas viviendo dentro de mí que me controlan la conducta en diferentes momentos”. Aunque este punto alude a la posibilidad de que existan partes “disociadas” de la personalidad, ello implica la existencia de una experiencia subjetiva de aquellas partes que tienen un sentido del yo fuertemente desarrollado y elaborado, lo cual puede no ser aplicable al TEPT complejo. Algunos de los otros puntos (alteraciones en la atención) parece ser que corresponden a alteraciones en los niveles y campo de la conciencia, las que hemos diferenciado de la disociación. Sin embargo, tanto los lapsus recurrentes como las alteraciones de la atención y la conciencia son disociativos en cuanto que implican alternaciones entre las partes disociadas.



### 3.2 Somatización

La mayoría de los puntos de este grupo sintomático, puestos en una lista en la tabla 2 del SIDES (Van der Kolk) pertenecen a la disociación somatomorfa (Nijenhuis, 1999). De esta forma, algunas partes disociadas pueden estar en buen contacto con el cuerpo, o también pueden experimentar un síntoma disociativo somatomorfo positivo, como es, por Ej. , el dolor. Así, por Ej., una paciente con un TEPT complejo se quejaba de un dolor vaginal punzante, intermitente, crónico. Se excluyeron las posibles causas orgánicas. En el transcurso de la terapia surgió una PE que contenía estas sensaciones que estaban relacionadas con vejaciones dolorosas sufridas por la paciente cuando era niña. El dolor desapareció de manera inmediata y permanente una vez que el recuerdo traumático fue integrado con las diversas partes disociadas. Éstos y otros hallazgos clínicos hacen pensar en la importancia que tiene el identificar y trabajar con las partes disociativas.

La disociación somatomorfa es más característica de la traumatización que lo que es la categoría general de la somatización (Nijenhuis, 1999) y es así probable que aparezca en el TEPT complejo. La puntuación que aparece en pacientes con TEPT complejo en relación con la somatización se correlaciona fuertemente con las alteraciones en la atención y en la conciencia (Van der Kolk y cols., 1996), indicando la posible existencia de un denominador común de disociación en ambos conjuntos de síntomas.

### 3.3 Trastornos en la regulación de los afectos y los impulsos

La disociación estructural implica la existencia de una modulación insuficiente de las emociones y la conducta debido a que la falta de integración entre los sistemas de acción impide que las funciones reguladoras adaptativas estabilicen la afectividad y las acciones. Muchas partes tienen, además, **ventanas limitadas de tolerancia psicofisiológica al stress (Nijenhuis y cols., 2002)**. Ambos factores explican el fenómeno clínico de desregulación de los afectos e impulsos tan característica del TEPT complejo (Van der Kolk y cols., 1996). Tanto las “emociones vehementes” disociadas (Janet, 1889; Van der Kolk & Van der Hart, 1989) como las acciones de las PEs no

están integradas con una PAN. Ello excluye que las PAN puedan potencialmente desempeñar acciones regulatorias. Las alternaciones de la afectividad no modulada, como es el pánico o la ira, y las acciones impulsivas que se relacionan con ella pueden a menudo ser debidas a intrusiones o a cambios entre partes disociadas en las que cada una de ellas tiene afectos disregulados. **Los cambios en el estado de ánimo y la desregulación de la afectividad son extremadamente comunes en los trastornos disociativos (Cf. Cardaña & Spiegel, 1996; Chu, 1998) como lo son en el TEPT complejo, y son a menudo considerados como “signos blandos” de la disociación.** Existen diversas formas de desregulación de los afectos o los impulsos que representan a síntomas disociativos de intrusión en cuanto a que estos síntomas están relacionados con reacciones de las PEs, como, por Ej., **irrupciones de llanto, reacciones de ira, conductas auto-lesivas, conducta sexual impulsiva (Cf. Ford, 1999).** La desregulación de los afectos puede involucrar también síntomas disociativos psicomorfos negativos de PE como, por Ej., la pérdida súbita de las emociones que puede producirse conjuntamente con la sumisión total frente a indicios de amenaza real o percibida, o la depresión. De esta forma, las alternaciones entre las partes disociativas y las intrusiones profundas pueden incluir cambios súbitos, no controlados de los afectos.

### **3.4 Alteraciones en la percepción de sí mismo**

Las partes disociativas pueden desarrollar su propio sentido del yo, independientemente de lo rudimentario o elaborado que pueda ser éste. Las alternaciones que se producen entre estas partes se acompañan por ello habitualmente de cambios bastante inconfundibles en la propia percepción. Algunas partes disociadas tienen una opinión excesivamente negativa de sí mismas, percibiéndose a sí mismas como despreciables, sucias, sin valor y culposas mientras que otras se perciben a sí mismas de forma bastante diferente (como por Ej., grandes seductores, capaces de ejercer su influencia sobre cualquiera). Una mujer con un cuadro de TEPT complejo tenía una parte que consideraba que ella estaba exenta del cumplimiento de las reglas sociales mientras que otra parte era extremadamente crítica consigo misma y avergonzada de romper la menor de las reglas, lo que la conducía a sentir un odio creciente por sí misma, tener conflictos internos y llevar a cabo acciones impulsivas.

### 3.5 Alteraciones en las relaciones con los otros

Los problemas relacionales pueden ser el resultado de alternaciones entre los sistemas de vínculos afectivos desadaptados (inseguros) y un sistema de defensa inflexible. Como fue comentado anteriormente, este apego-D manifiesto puede ser entendido como una alternación organizada entre el vínculo afectivo y los sistemas de acción de defensa, es decir, entre la PAN y la PE. El paciente puede tener fobias y tener un deseo desesperado de tener un vínculo afectivo. Como consecuencia de alguna traición sufrida en un vínculo afectivo, toda forma de vínculo afectivo puede servir como estímulo reactivador de PE, dando lugar a una reconstrucción traumática en la que el paciente vuelve a experimentar el trauma relacional evocando PEs.

### 3.6 Alteraciones en los sistemas de valores

Las partes disociadas de la personalidad pueden tener visiones del mundo y sistemas de creencias bastante diferentes. **Las PAN tienen a menudo, aunque no siempre, una visión del mundo relativamente equilibrada que se alterna con otros sistemas de creencias que están fijadas al trauma.** Así, algunas PEs pueden estar desesperadas, creyendo que el mundo es un lugar totalmente negativo, peligroso, mientras que otras partes tienen una perspectiva ilusoriamente optimista (p.ej., “Cuando no me siento mal, no necesito ir a terapia) o una más realista. De esta forma, una paciente, por su PAN funcional, era capaz de desempeñar su papel de mediadora en el trabajo con bastante eficacia, con una perspectiva bastante equilibrada de las relaciones humanas. Sin embargo, en las relaciones personales, la paciente estaba dominada por las PEs que eran iracundas, vengativas y paranoides. Ella era consciente de la existencia de las dos perspectivas diferentes, aunque era incapaz de cambiar la parte negativa o las conductas negativas que las acompañaban. Una vez que la PE que se sentía traicionada por los malos tratos familiares fue abordada en la terapia, se fue reduciendo la visión negativa del mundo y las conductas negativas y, una vez que la PE se unió a la PAN, formando una unidad, pudo la paciente desarrollar un sistema de creencias más equilibrado y coherente.

#### **4 Investigación de la disociación estructural**

La teoría de la disociación estructural constituye una conceptualización cuidadosa y minuciosa que permite plantear hipótesis de por qué, en los diversos estudios, las mediciones psicobiológicas de los sujetos traumatizados parecen ser alternantes o contradictorias, de una manera que es susceptible de ser sometida a pruebas o de ser refutada. La teoría de la representación dual de Brewin (2003) está estrechamente relacionada con nuestra visión, al igual que lo está la teoría polivagal de Porges (2001). De acuerdo con nuestro mejor entender, sin embargo, ninguna de las dos ha logrado hasta ahora vincular su visión a todo el espectro de los trastornos relacionados con el trauma. Es razonable postular que, para una amplia gama de trastornos relacionados con el trauma, existe un rasgo distintivo común, susceptible de ser sometido a pruebas empíricas. Algunas de las hipótesis susceptibles de ser sometidas a prueba son: (1) los sujetos traumatizados responden a los recordatorios traumáticos con diferentes reacciones psicobiológicas, particularmente diferentes patrones de síntomas disociativos positivos y negativos. (2) a lo largo del tiempo presentan patrones de reacción psicobiológicos alternantes y (3) las reacciones que los supervivientes tienen frente a señales relacionadas con el trauma dependen del tipo de la parte disociativa (PAN/PE) que sea la dominante en el transcurso de la medición. Algunos hallazgos de investigación recientes son consecuentes con estas hipótesis o van en su apoyo.

##### ***Hipótesis # 1.***

Nuestra teoría sostiene que la reactividad neurofisiológica y subjetiva puede variar según sea la parte disociativa que predomine en el funcionamiento del sujeto traumatizado durante el proceso de medición. Consecuente con lo anterior, la reactividad neural y fisiológica se correlaciona con el grado con que se reexperimenta el trauma al ser expuesto a recordatorios del trauma (p.ej., Lanius y col., 2002; Mason y cols., 2001; Osuch y cols., 2001). Así, por ej., los supervivientes que presentan reacciones “disociativas”- es decir, síntomas disociativos negativos- frente a elementos recordatorios del trauma presentaban una reactividad neural muy diferente a la presentada por los supervivientes que estaban emocionalmente comprometidos,- es decir, que presentaban síntomas disociativos positivos (Lanius y cols., 2002) Los síntomas disociativos negativos caracterizan en gran medida a las PANP y a la PEP en

sumisión total, mientras que los síntomas disociativos positivos son ejemplo de PEP emocionalmente abrumadas

Algunos, aunque no todos los supervivientes, experimentan incrementos en la frecuencia cardíaca frente a elementos recordatorios del trauma (p. ej., Griffin, Resick & Mechanic, 1997; Osuch y cols., 2001). Este hallazgo es consecuente con la hipótesis de que, en el transcurso de la medición, algunos supervivientes funcionaban de acuerdo con su PANP o con su PEP sumisa, mientras que los otros lo hacían con su PEP hiperactivada.

### ***Hipótesis #2***

Coherente con las observaciones clínicas realizadas en otros pacientes gravemente traumatizados, en ex-combatientes de la guerra de Vietnam con TEPT se han descrito casos en los que parecía ser que pasaban por “fases de descompensación” (Wang, Wilson y Mason, 1996) las cuales pueden ser entendidas como alternaciones entre las PANs y las PEs.

Estas fases describen una amplia gama de funcionamientos que van desde los síntomas nucleares adaptativos del TEPT hasta los síntomas nucleares totalmente disfuncionales de este trastorno, como también de una diversidad de otras dimensiones del funcionamiento clínico como son la regulación de la afectividad, las defensas, los estados del ego [es decir, que implica a PANP y a PEP], interacciones con el entorno, capacidad para la autolesión/suicidio y capacidad para el establecimiento de vínculos afectivos e “insight” (p. 237).

Además, cuando los sujetos con TEPT están emocionalmente ocupados con los recuerdos traumáticos, éstos presentan niveles de cortisol elevados, niveles que se reducen cuando se trata de sujetos que no están involucrados emocionalmente (Mason y cols., 2002). Expresado en nuestros términos, el compromiso emocional caracteriza a las PEP que se ven hiperactivadas como consecuencia de la exposición a elementos recordatorios del trauma, mientras que la retirada emocional caracteriza a las PANP y a aquellas PEP fijadas a la sumisión total.

### ***Hipótesis # 3.***

Los niños traumatizados, cuando se sienten amenazados, pueden alternar incrementos en la frecuencia cardíaca con los síntomas disociativos positivos con caídas en la frecuencia cardíaca en presencia de síntomas disociativos negativos (Perry, 1999).

De manera parecida, existen hallazgos preliminares que indican que pacientes con TDI y con TEPT complejo pueden presentar una reactividad subjetiva, conductual y fisiológica diferente frente a indicios percibidos de amenaza que se manifiestan como PANPs y como diferentes tipos de PEs (huída, congelación frente a sumisión total) (Nijenhuis, 2003).

En la audición de guiones de recuerdos de traumas, las PANP y PEP que aparecen en pacientes con TDI pueden implicar cada una de ellas a diferentes redes neurales (Reinders y col., 2003, informe presentado). Las PEP que presentaban reacciones de huída o de congelación frente a indicios relacionados con episodios traumáticos mostraban una mayor activación cortical de la amígdala, ínsula, núcleo caudado y someto-sensorial que las PANP, en las cuales se producía una mayor activación de las regiones prefrontal, parietal y occipital. Las PEP han demostrado tener frecuencias cardíacas y presión arterial más elevadas junto con una menor variabilidad en el ritmo cardíaco, y una reactividad subjetiva emocional y sensorio-motora significativamente mayor que la que mostraban tener las PANPs. Los hallazgos sugieren que las PEP toman parte en las reacciones sensorio-motoras y emocionales y que la PANP inhibe al cerebro emocional y está despersonalizada. Las diferencias existentes en la activación prefrontal medial derecha sugieren, además, que las PEP y las PANP comprometen a sentidos diferentes de la propia identidad. Sin embargo, se ha observado que cuando los participantes escuchan guiones de recuerdos emocionalmente *neutros*, no presentan una reactividad psicobiológica diferente, lo cual indica que la separación entre las partes no es absoluta. Por último, las partes disociadas de las PANP y las PEP que aparecen en los pacientes con TDI presentan EEG con diferentes grados de coherencia (Ciorciari, 2003).

Hasta la fecha, las pruebas directas de la teoría de la disociación estructural se han limitado al TDI. Las futuras pruebas deberán incluir otros trastornos relacionados con el trauma, señaladamente el TEPT complejo.

## **5 Comentarios**

Hemos propuesto que los sujetos traumatizados se caracterizan por una disociación estructural de la personalidad que implica una dominación alternante e interacción limitada entre las partes disociadas dedicadas a la vida diaria y a la evitación

de los recuerdos traumáticos (PAN) y las partes dedicadas a la defensa en respuesta a la amenaza que están, además, fijadas a las experiencias traumáticas (PE). Hemos descrito tres niveles prototípicos de esta disociación estructural que más naturalmente siguen un recorrido a lo largo de un continuum. La disociación estructural implica que trastornos tales como el TEPT complejo/DESNOS, el trastorno bipolar relacionado con traumas, los trastornos disociativos no especificados en otro lugar (DDNOS) y el TDI constituyen formas más complejas de TEPT (p. ej., Spiegel, 1984), aunque bien es cierto que, durante algunos períodos de tiempo, los pacientes con este tipo de trastornos pueden no reunir todos los criterios diagnósticos de TEPT (Ford, 1999).

La idea de la disociación estructural como base común del espectro de trastornos relacionados con el trauma puede que sea aceptada con cierta reticencia por aquellos a quienes preocupa que la teoría proponga cosificar excesivamente a partes de la personalidad. Este malestar puede ser mitigado si se comprende que existen diversos niveles de complejidad en la disociación estructural; que las partes disociadas de la personalidad pueden variar ampliamente en complejidad y autonomía y que no constituyen entidades cosificadas absolutamente separadas sino que están basadas, más bien, en (sub)-sistemas de acción psicobiológicos; y que la disociación estructural puede ser sometida a estudios empíricos. Hay quienes arguyen que los trastornos relacionados con traumas pueden ser entendidos con mayor parsimonia si se les analiza en función de los síntomas presentados. Este enfoque descriptivo, sin embargo, no permite explicar qué es lo que **organiza** a las características distintivas psicobiológicas alternantes y crónicamente desadaptadas que presenta el paciente, cómo están relacionados entre sí los diferentes trastornos relacionados con el trauma y cómo pueden ser tratados estos trastornos.

El análisis que hemos realizado de los diversos grupos sintomáticos del TEPT complejo indica que la disociación estructural de la personalidad se manifiesta de forma generalizada en este trastorno. La comprensión de la disociación estructural sirve como método para la investigación, evaluación y tratamiento del TEPT complejo. Las investigaciones futuras deberán incluir estudios de la sensibilidad, especificidad y valor predictivo que tienen los síntomas disociativos negativos y positivos del TEPT complejo. Junto con la **Entrevista Estructurada para el DESNOS (SIDES, Pelcovitz y cols., 1997)**, la **Escala Taxonómica de las Experiencias Disociativas (DES-T; Waller y cols., 1996)**, el **Inventario Multidimensional de la Disociación (MID; Dell, 2002)** y el **Cuestionario de Disociación Somatoforme (SDDQ-20; Nijenhuis,**

1999/2004; Nijenhuis y cols., 1996) pueden ayudar a realizar una evaluación más completa y específica de los síntomas disociativos que aparecen en el TEPT complejo. Además, para evaluar el grado en que las características distintivas principales del TEPT complejo implican una disociación estructural, será necesario adaptar tanto las definiciones de medición de la disociación como los instrumentos empleados en su medición. Por último, para probar la hipótesis de que el TEPT complejo implica una disociación estructural secundaria y, más generalmente, la teoría de la disociación estructural, será necesario desarrollar un instrumento que permita evaluar los niveles de disociación estructural. La observación sistemática de los cambios que se producen entre las PANP y las PEP permitiría demostrar la manera en que las alteraciones de la afectividad, el control de los impulsos, el sentido del yo, las relaciones interpersonales y los sistemas de significado podrían relacionarse con las partes disociadas de la personalidad.

El tratamiento del TEPT complejo y de otros trastornos relacionados con el trauma deberá estar enfocado hacia la gradual integración de las partes disociadas, entre las que se incluyen sus contenidos mentales (por ej., recuerdos traumáticos) y los sistemas de acción a ella asociados, dentro de los límites de una personalidad coherente y cohesiva. Este trabajo debe comenzar con el refuerzo de la capacidad de la PANP para funcionar en la vida diaria, hecho que comúnmente implica superar el temor y la evitación recíproca que se produce entre las diferentes partes disociadas y las fobias de vínculo afectivo, separación, pérdida, recuerdos traumáticos y cambio que se asocian con ellas (Nijenhuis y col., 2002; Nijenhuis&Van der Hart, 1999<sup>a</sup>; Steel, Van der Hart, & Nijenhuis, 2001, en imprenta; Van der Hart y col., 1993).

### **Reconocimientos:**

Los autores desean agradecer a Julian Ford, Ph.D por sus útiles comentarios hechos a un borrador previo de este artículo. Igualmente estamos en deuda con Christine Courtois por la orientación editorial prestada en las versiones previas de este artículo.



## References

- Ainsworth, M.D.S., Velar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J.G., Console, D.A., & Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160–171.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Appelfeld, A. (1994). *Beyond despair*. New York: Fromm International.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Bowman, E.S. (1998). Pseudoseizures. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 649–657.
- Brett, E.A. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder. In B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 117–128). New York: Guilford.
- Brewin, C. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- Butler, L.D., Duran, R.E.F., Jasiukaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experiences: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl.), 42–63.
- Cardeña, E., & Spiegel, D. (1996). Diagnostic issues, criteria, and comorbidity of dissociative disorders. In L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 227–250). New York: Plenum.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1107–1128.
- Carlson, E.B. (1994). Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experiences Scale. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body* (pp. 41–58). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3–20). New York: Guilford.
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex post-traumatic and dissociative disorders*. New York: Wiley.
- Chu, J.A., Frey, L.M., Ganzel, B.L., & Matthews, J.A. (1999). *Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration*. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749–755.
- Ciorciari, J. (2003, September). The electrophysiological processes associated with dissociative identity disorder. Paper presented at the International Conference on Trauma, Attachment, and Dissociation, Melbourne, Australia.
- Davis, K.L., Panksepp, J., & Normansell, L. (2003). The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications. *Neuro-Psychoanalysis*, 5, 57–69.
- Dell, P.F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 10–15.
- Fanselow, M.S., & Lester, L.S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior. In R.C. Bolles & M.D. Beecher (Eds.), *Evolution and learning* (pp. 185–212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ford, J.D. (1999). Disorder of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 3–12.
- Ford, J.D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743–761.
- Gilbert, P. (2000). Varieties of submissive behavior as forms of social defense: Their evolution and role in depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 3–45). London: Erlbaum.
- Golynkina, K., & Ryle, A. (1999). The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 429–445.
- Griffin, M.G., Resick, P.A., & Mechanic, M.B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1081–1088.
- Harvey, A.G., & Bryant, R.A. (1999). Dissociative symptoms in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 673–680.
- Herman, J.L. (1992). *Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–392.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique [Psychological automation]*. Paris: F'elix Alcan.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York: Macmillan.
- Kihlstrom, J.F. (1992). Dissociation and conversion disorders. In D.J. Stein & J.E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 247–270). San Diego: Academic Press.
- Kluft, R.P., & Fine, C.G. (Eds.). (1993). *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lanius, R.A., Williamson, P.C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M.A., Neufeld, R.W., et al. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: A functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry*, 52, 305–311.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 291–317). New York: Guilford.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobovitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520–554). New York: Guilford.
- Macfie, J., Cichetti, D., & Toth, S.L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233–254.
- Main, M., & Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states. In L.K. Michelson & W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 107–138). New York: Plenum.
- Marshall, R.D., Spitzer, R., & Liebowitz, M.R. (1999). Review and critique of the DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677–1685.
- Marvin, R.S., & Britner, P.A. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 44–67). New York: Guilford.
- Mason, J.W., Wang, S., Yehuda, R., Riney, S., Charney, D.S., & Southwick, S.M. (2001). Psychogenic lowering of urinary cortisol levels linked to increased emotional numbing and a shame-depressive syndrome in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic*

- Medicine, 63, 387–401.
- McLean, L.M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2, 369–371.
- Misslin, R. (2003). The defense system of fear: Behavior and neurocircuitry. *Neurophysiologie Clinique*, 33, 55–66.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914–18*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E.R.S. (2003, November). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation. Paper presented at the 19th Annual Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies, Chicago, IL.
- Nijenhuis, E.R.S. (2004). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: Norton. (Original work published 1999).
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688–694.
- Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (1999a). Forgetting and reexperiencing trauma: From anesthesia to pain. In J.M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 39–65). New York: Basic Books.
- Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (1999b). Somatoform dissociative phenomena: A Janetian perspective. In J.M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 89–127). New York: Basic Books.
- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H.D. Haenen, J.A. den Boer, & P. Wilner (Eds.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 1079–1098). New York: Wiley.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: A longitudinal study of dissociative symptomatology in a normative sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855–879.
- Osuch, E.A., Benson, B., Geraci, M., Podell, D., Herscovitch, P., McCann, U.D., et al. (2001). Regional cerebral blood flow correlated with flashback intensity in patients with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50, 246–253.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., Roth, S.H., Mandel, F.S., Kaplan, S.J., & Resick, P.A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3–16.
- Perry, B.D. (1999). The memories of states: How the brain stores and retrieves traumatic experience. In J.M. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 9–39). New York: Basic Books.
- Porges, S.W. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123–146.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Paans, A.M.J., Korf, J., Willemsen, A.T.M., & Den Boer, J.A. (2003). One brain, two selves. *NeuroImage*, 20, 2119–2125.
- Reinders, A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A.M.J., et al. (2005). Psychobiological characteristics of DID: Neural, physiologic, and subjective findings from a symptom provocation study. Manuscript submitted for publication.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., & 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. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–556.
- Schore, A.N. (2003). *Affect regulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 102–110.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H.E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301–205.
- 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(4), 79–116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11–53.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Toates, F.M. (1986). *Motivational systems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Van der Hart, O., & Dorahy, M. (in press). Dissociation: History of a concept. In P. F. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-IV and beyond*.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., 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 Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memory: Synthesis, realization, integration. *Dissociation*, 6, 162–180.
- Van der Hart, O., Van Dijke, A., Van Son, M., & Steele, K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 33–66.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., & Herman, J. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(Suppl.), 83–93.
- Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of 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.
- 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.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187–193.
- Waller, N.G., Putnam, F.W., & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300–321.
- Wang, S., Wilson, J.P., & Mason, J.W. (1996). Stages of decompensation in combat-related posttraumatic stress disorder: A new conceptual model. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 31, 237–253.