

MANUAL MÉDICO
PARA EL PERSONAL CUBANO DE LA SALUD
SOBRE TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Autora: Dra. Marlene E. Hunter
MD, FCFP(C)
Canadá

DEDICATORIA:

Este libro está dedicado a mis colegas cubanos, con admiración y afecto. Les agradezco a todos por el privilegio de haber trabajado con ustedes durante tantos años. He aprendido mucho de vuestro coraje y convicciones. Esta es una pequeña muestra de mi respeto y aprecio.

Marlene E. Hunter, MD, FCFP(C)

BREVES DATOS BIOGRÁFICOS DE LA DRA. MARLENE HUNTER:

La Dra. Marlene Hunter se graduó en 1966, en la Facultad de Medicina de la *University of British Columbia* (Universidad de la Columbia Británica), Canadá. Después de su internado en Vancouver, trabajó durante tres años y medio en un pequeño hospital rural, en Kenya Central, África. A su regreso a la Columbia Británica, comenzó a ejercer como médico de familia en el West Vancouver.

En el año 1977, las circunstancias la llevaron a trabajar con su primer paciente diagnosticado con trastornos de disociación. A partir de entonces, su trabajo se desarrolló en dos subespecialidades, tanto en la de los trastornos disociativos como en la de hipnosis clínica.

Es titulada y miembro del Colegio de Medicina Familiar de Canadá, ejerció como Profesora Auxiliar de Clínica en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de la Columbia Británica. Ha sido presidenta del Colegio de Medicina Familiar de la Columbia Británica, de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica, de la Sociedad Canadiense de Hipnosis Clínica (División Columbia Británica) y de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación.

CRÉDITOS:

Trabajo de edición en español: Dra. Adrienne Hunter

**Traductores: Luis Ríos Valdés
Lic. Madeleine Monte González
Dra. Adrienne Hunter**

Revisión especializada de la obra: Dr. Ernesto Marzoa Silva

**Colaboradores: Dra. Carmen Cuevas Díaz
Ing. Eduardo Hernández Dulzaides**

Índice

Contenidos	Páginas
Dedicatoria	2
Breves datos biográficos de la Dra. Marlene Hunter	2
Créditos de edición y traducción	2
Índice	3
SECCIONES	4
Sección 1: ¿Qué es la disociación? ¿Qué son los trastornos disociativos?	4
Sección 2: ¿Cuáles son sus formas comunes de manifestación?	7
Sección 3: ¿Cómo se diagnostica?	9
Sección 4: La teoría del vínculo afectivo	11
Sección 5: El origen de los estados de ego. El estrés y el cerebro	15
Sección 6: Enfoques terapéuticos usuales	19
Sección 7: Cómo organizar un plan terapéutico	24
Sección 8: El proceso terapéutico	31
Sección 9: Los peligros y las dificultades del proceso terapéutico	36
Sección 10: Precauciones para terapeutas y familiares	40
Sección 11: Consideraciones sobre la familia de origen	44
Sección 12: Sabotaje y saboteadores — internos y externos	47
Sección 13: Co-morbilidad	51
Sección 14: Trastorno de estrés postraumático	54
Sección 15: Recomendaciones especiales para médicos de atención primaria y otros trabajadores de la salud	58
Sección 16: Recomendaciones especiales para maestros	61
Sección 17: Cuándo pedir ayuda	63
Sección 18: Cómo identificar una buena evolución	66
Sección 19: ¿Resolución o Integración?	68
Sección 20: Después de la resolución, ¿entonces, qué hacer? Importancia del seguimiento.	71
BIBLIOGRAFÍA	73
APÉNDICES	74
Descripciones del DSM	75
Cuestionarios diagnósticos	80

SECCIÓN 1

¿QUÉ ES LA DISOCIACIÓN?

Las experiencias disociativas son muy comunes y perfectamente naturales. Por ejemplo: soñar despierto, dejar atrás inadvertidamente el lugar por donde había que doblar en la carretera, pasarse de la parada en que había que bajar del autobús, estar inmerso en los propios pensamientos, dejarse arrastrar por la música, y muchas otras situaciones similares.

En otras palabras, cuando nos aislamos en nuestra imaginación estamos en un ligero estado de disociación.

A veces, absortos en una gran preocupación o inmersos en una situación muy estresante, podemos perder completamente la conciencia de dónde realmente estamos, y el mundo a nuestro alrededor desaparece por un momento. Esta es una medida de protección que nos permite alejarnos de una situación difícil o de un trauma para reorientarnos y decidir qué hacer.

Este mecanismo funciona bien. Generalmente, no le prestamos mucha atención. Sin embargo, cuando la situación resulta extremadamente tensionante o traumática, y se prolonga o se hace crónica, aparece un nuevo tipo de proceso disociativo que se convierte en un problema en vez de en una solución. De esto último no siempre nos damos cuenta.

Se solía creer que el proceso disociativo era un espectro que iba de las formas más comunes a las menos comunes en una escala que llegaba hasta las formas más perjudiciales. Sobre esto se ha cambiado de opinión. Ahora se piensa que cuando se llega al punto en que el grado de disociación cambia y comienza a tomar dominio de la situación existe una "disociación patológica". Esto no implica que el proceso disociativo sea en sí patológico, sino que hace a la persona extremadamente vulnerable a cualquier clase de trauma -emocional, físico, sexual o una combinación de cualesquiera de ellos- lo cual puede conducir a una patología psicológica o somática.

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS?

Los "Trastornos Disociativos" aparecen en un espectro de situaciones en las que el fenómeno disociativo se ha hecho disfuncional en vez de funcional. En el extremo de este espectro aparece lo que ahora es conocido como Trastorno de identidad disociativo (TID), que antes se llamaba "Trastorno de Personalidad Múltiple". Este término nunca resultó adecuado, pues, en primer lugar, resultaba extravagante y melodramático, invocando una imagen de pequeños personajes moviéndose caóticamente en el cerebro de una persona. Además, no era verdad. Las personas que padecen TID no tienen una personalidad múltiple. Lo que tienen es una estructura de personalidad compartimentada, muchas veces al extremo de que un "compartimiento" desconoce la existencia de otros "compartimentos". [Estos "compartimentos" se nombran actualmente estados de ego. En el pasado se les llamaba alters (alternos).]

Podemos imaginarnos el caos que resultaría de tal situación. Confiamos en poder saber lo que hemos hecho o dicho, o cómo nos hemos comportado o expresado. Si una persona lo desconociera, se le acusaría de mentiroso o de tratar deliberadamente de simular, engañar, o hasta de fingirse enfermo en el caso de acudir a un médico pidiendo ayuda y después evidenciarse que no hay síntomas o malestar. En esta situación, cualquiera se preguntaría si se está volviendo loco.

La mayoría de las personas con trastornos disociativos no han llegado a ese extremo, pero el fenómeno puede ser lo suficientemente intrusivo para que la vida y el trabajo diario se les haga todavía más tensionante y problemático. Imaginémonos no poder recordar si cierta tarea se terminó; la sensación de no haber hecho nada importante; que se nos acerquen personas que nos hablen como si nos conocieran bien y que no tengamos la menor idea de quienes son.

Cuando tales situaciones son parte de la vida diaria, la invaden, la interfieren y la afectan y no existe la compartimentalización anteriormente descrita como Trastorno de identidad disociativo (TID), la condición se conoce como Trastorno Disociativo No Especificado, o TDNE. En general el TDNE se diagnostica siempre que no haya un bloqueo significativo de la memoria (conocido como barrera amnésica) entre los estados de ego.

Definiciones del Trastorno Disociativo en los manuales de diagnóstico DSM y ICD

Los manuales profesionales de diagnóstico tienen definiciones específicas para los trastornos disociativos, y estas definiciones están en constante revisión.

El DSM es el *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric and Mental Disorders* (Manual de diagnóstico y estadísticas sobre trastornos psiquiátricos y mentales) y se usa ampliamente en Canadá y los Estados Unidos con fines diagnósticos para clasificar el estado del paciente.

El "Trastorno de Personalidad Múltiple" fue descrito como entidad diagnóstica por primera vez en el DSM-III (1983), fue enmendado y precisado en el DSM-III-R, y luego reformulado como Trastorno de identidad disociativo en el DSM-IV, y está siendo nuevamente revisado para el próximo DSM-V, que está ahora en preparación.

En el DSM-IV el Trastorno de identidad disociativo se define como:

- A. La presencia de dos o más identidades o estados de personalidad bien definidos (cada uno con su propio patrón estable que percibe, se relaciona y piensa sobre el entorno y en sí mismo).
- B. Por lo menos dos de esas identidades o estados de personalidad recurrentemente toman control de la conducta de la persona.
- C. La incapacidad de recordar información personal importante en tal medida que no puede ser explicada por el fenómeno de olvido común.
- D. La perturbación no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo la inconciencia o conducta caótica durante la intoxicación alcohólica) o a una condición clínica general (por ejemplo ataques parciales complejos).

Nota: En los niños, no se considera síntoma la existencia de compañeros de juego imaginarios u otros juegos de fantasía.

El Trastorno Disociativo No Especificado se define en el DSM-IV como una categoría de trastorno "en la cual el rasgo predominante es un síntoma disociativo (es decir, una interrupción de la función usualmente integrada del estado conciente, memoria o identidad o percepción del entorno) que no se encuentra dentro de los parámetros de cualquier trastorno disociativo específico. Los cuatro ejemplos más comunes son:

- A. Los cuadros clínicos similares al del Trastorno de identidad disociativo que no reúnen en su totalidad los parámetros de ese trastorno. Los ejemplos incluyen manifestaciones en las cuales (a) hay dos o más estados de personalidad definidos o (b) no existe amnesia que abarque información personal importante.
- B. La desrealización sin estar acompañada por despersonalización en los adultos.
- C. Los estados de disociación que ocurren en individuos que han estado sometidos a períodos de persuasión coercitiva intensa (por ejemplo el lavado de cerebro, el remodelado del pensamiento o el adoctrinamiento durante el cautiverio).
- D. La pérdida de la conciencia, el estupor o el coma no atribuibles a un estado clínico general.

(Los textos completos de los criterios del DSM se pueden encontrar en el Apéndice.)

SECCIÓN 2

¿CUÁLES SON SUS FORMAS COMUNES DE MANIFESTACIÓN?

Desde el punto de vista del médico de familia, el indicador más frecuente es el paciente que tiene una **hoja clínica "repleta"** -- el que viene a la clínica con un problema tras otro, ninguno de los cuales parece resolverse, y que, cuando se le resuelve, regresa enseguida con uno nuevo.

Los médicos tienden a impacientarse con este tipo de paciente, el paciente percibe la impaciencia del médico y entonces aumenta sus quejas en lugar de reducirlas. A menudo estos casos se confunden con un trastorno de conversión.

La disfunción familiar es otro indicador. Por ejemplo, si aparece el uso excesivo del alcohol o el maltrato doméstico (incluyendo maltrato de palabra), la posibilidad de que haya uno o más miembros de la familia con sintomatología disociativa es mayor. (Nótese que esto es sólo una *posibilidad*.) Los problemas en la escuela entran en este mismo rango de posibilidades, particularmente si el niño ha sido buen estudiante con anterioridad. Él o ella puede estar reflejando problemas familiares.

Los resultados de análisis de laboratorio inconsistentes o inesperados pueden frecuentemente aparecer con pacientes disociados. Si las pruebas tiroideas han sido siempre normales, pero ahora no lo son, o si el EEG inesperadamente muestra un foco epileptiforme sin antecedente, o la tensión arterial sube o baja a niveles no usuales para el paciente, u otros indicadores metabólicos se hacen inesperadamente anormales, entonces una de las *posibilidades* (de nuevo, señalo que es sólo una *posibilidad*) es que se trate de un trastorno disociativo.

El pánico o los ataques de ansiedad aparecen frecuentemente con la disociación. Se trata, usualmente, de un tipo de ansiedad "flotante". Los ataques de pánico pueden ser súbitos, inesperados y sin causa aparente.

La depresión sin causa aparente, sin antecedentes familiares o a una edad poco usual, puede ser otro indicador, ya que casi todos los pacientes con disociación tienen por lo menos un estado de ego depresivo. De la misma forma, la ira inexplicable o descontrolada, al punto de rabiar, puede hacer su aparición.

La respuesta inusual o inconsistente a los medicamentos es otro indicador. Los pacientes disociativos pueden a veces tolerar enormes dosis sin efectos dañinos aparentes o, por el contrario, reaccionar a una dosis normal como excesiva o, en otros casos, responder positivamente a pequeñas dosis de hasta la cuarta parte de la normal.

Las tentativas de suicidio frecuentes, casi todas fallidas, constituyen también un indicador. Con frecuencia son correctamente clasificadas como "un grito de auxilio".

Los casos más corrientes, sin embargo, presentan **dificultades emocionales o psicológicas, las cuales también parecen raras o inapropiadas**: fallas de memoria; inesperadas explosiones de angustia; manifestaciones en conflicto como, por ejemplo, estar cariñoso y tierno y de pronto molesto e indiferente, lo que resulta difícil de comprender para un niño (¿por qué mami me grita y me dice que me vaya y enseguida me llama y me pide un beso?); respuesta sexual confusa, difícil de comprender para la pareja (¿por qué mi pareja se muestra sensual y provocador y al instante me dice que no lo toque?). Otra situación confusa es el argumento ilógico defendido con fuerza

pero sin que tenga mucho sentido, como si distintas personas estuvieran hablando de cosas totalmente diferentes.

Todas éstas y muchas otras dificultades se presentan, y en mayor grado y con más complicadas variantes, que en las presentaciones más frecuentes enumeradas al principio de la sección.

Los trastornos del apetito (anorexia o bulimia) son otras manifestaciones. La anorexia es más fácil de detectar, porque el paciente comienza a bajar evidentemente de peso. Además, el paciente lo niega y a veces no admite que está adelgazando. Solía pensarse que la anorexia era un padecimiento femenino, pero un significativo número de pacientes pertenece al sexo masculino. Obviamente, hay que descartar toda causa física en estos casos. Estos trastornos generalmente aparecen aproximadamente en la pubertad o en edades cercanas a ella.

Un área que sólo ha recibido especial atención en los últimos cinco años, es **la disociación somatoforme**, en la que el paciente manifiesta síntomas en su físico en lugar de su psiquis. Este aspecto de los trastornos disociativos ha sido muy profundamente investigado, especialmente en los Países Bajos. (Ref: Nijenhuis), y esta es, naturalmente, base para la consideración especial de pacientes de "historia clínica repleta", y especialmente importante para el médico de familia.

Algunos pacientes se presentan con lo que parece ser un **trastorno bipolar**. Este es sólo un cambio de estado de ego, de uno muy feliz ---quizás un compartimento de la niñez--- a otro compartimento muy deprimido. Una cuidadosa observación descifrá la diferencia.

Trastorno de identidad disociativo

De los fenómenos anteriores, los que más probablemente indican un Trastorno de identidad disociativo (TID) bien avanzado son:

- Depresión
- Trastorno Bipolar Aparente
- Tentativas de suicidio frecuentes
- Respuesta errática a los medicamentos
- Respuesta emocional rara o inapropiada
- Informes de laboratorio inconsistentes

Esto no quiere decir que los otros criterios mencionados no aparezcan también, es más, usualmente aparecen, pero son los anteriores los que hacen que el terapeuta considere un diagnóstico más cercano al extremo del espectro.

Trastorno disociativo no especificado

Los factores más comúnmente asociados al TDNE son:

- El paciente con una "historia clínica repleta"
- Trastornos del apetito
- Ataques de pánico o ansiedad
- Disociación somatoforme (una extensión del concepto de paciente con historia clínica repleta)
- Disfunción familiar

No obstante, estas son solamente pautas; de hecho, todos estos síntomas pueden aparecer, en cualquier combinación y en cualquier tipo de trastorno disociativo.

(Ver la Sección 6 para más información para los médicos de la familia.)

SECCIÓN 3

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Existen varias herramientas excelentes de diagnóstico. Las primeras y más importantes, sin embargo, son una exhaustiva hoja clínica y una minuciosa observación. Estas deben incluir las actividades cotidianas del paciente, si las realiza bien o si tiene dificultades. Incluir todas las cuestiones relevantes sobre la salud física de la persona en el pasado y el presente, cualquier examen que sea pertinente, tales como la función tiroidea. Debe incluir la pregunta: "¿Cuénteme como fue su niñez?", lo que constituye una invitación para que el paciente describa su seguridad física y emocional en la infancia, sus relaciones con los padres, de los padres entre sí y la interacción con los hermanos.

¿Qué buscar en la historia clínica?

Disfunción familiar. Uno de los primeros síntomas de un problema disociativo es una manifestación de disfunción familiar. Esto puede suceder cuando, por ejemplo, un miembro de la familia súbitamente empieza a beber, o pierde su empleo, o surge un conflicto marital donde no la había antes.

Trauma. Cualquier historia de trauma, ya sea por violencia familiar, violación sexual, guerra, un serio accidente u otro trauma severo persistente constituye una señal de peligro y debe investigarse. Puede ser algo sucedido años antes, que se ha echado a un lado o descartado como de poca importancia. *El trauma emocional* es el más frecuentemente ignorado o subestimado.

Dificultades en el trabajo o en la escuela. A veces, las primeras indicaciones aparecen con un problema inesperado o sin explicación en el trabajo o en la escuela: falta de atención; olvidos o equivocaciones que no concuerdan con el comportamiento usual de la persona. Estos son factores que deben explorarse detenidamente y precisar en qué momento y cómo comenzaron. (Ver la Sección 6 para mayor información para los maestros.)

Insomnio. El insomnio en alguien que no lo ha sufrido en el pasado, particularmente si va acompañado de pesadillas, puede ser una indicación temprana de un problema disociativo.

"Tiempo extraviado". Si se comienza a sospechar la presencia de un problema disociativo, se le puede decir al paciente: "Le voy a hacer una pregunta extraña: ¿Alguna vez usted ha tenido dificultad en recordar cómo transcurrió su tiempo?". Por ejemplo, una persona puede recordar haber salido del trabajo para ir a su casa y la próxima cosa que recuerda es estar sentado a la mesa de la cocina sin recordar qué pudo haber sucedido en el intervalo. El paciente casi siempre responderá que "Sí", sin alterarse y hasta mostrar alivio, aprovechando la oportunidad para comenzar a hablar de este extraño fenómeno. Si **no** lo padece, simplemente responderá que "No", o preguntará: "¿Qué quiere usted decir?".

Dolor de cabeza. Es importante preguntar si se padecen dolores de cabeza, y especialmente si parecen ser de más de un tipo. Existe un fenómeno llamado "dolor de cabeza de la disociación", que aparentemente resulta muy agudo y con frecuencia se diagnostica erróneamente como migraña. Las razones fisiológicas de este dolor de cabeza no se conocen bien, pero se sabe que no es un dolor vascular y que no está acompañado por otros síntomas de migraña como fotofobia, aura náusea, etc.

Flash-backs. (Visiones retrospectivas) y/o recuerdos súbitos de traumas pasados: Los flashbacks y los recuerdos son cosas distintas. El flash-back catapulta a la persona *de nuevo a una situación en el pasado*, como volver a estar en la guerra, o al momento de un ataque o asalto. Todas las sensaciones se repiten: escenas, olores, sonidos.

Los recuerdos, por otra parte, son diferentes. En ellos la persona sabe claramente que está en el presente y reconoce que está simplemente recordando -- aunque el recuerdo sea terrible. Los recuerdos no tienen la falta de continuidad en el tiempo que tienen los flash-backs, y desde esa perspectiva son menos intrusivos.

(Ver Sección 5 para más información sobre el Trastorno de Estrés Postraumático)

No reconocer a personas que nos saludan. Los pacientes describirán situaciones en las que alguien los detiene para saludarlos como si fuera un viejo amigo, pero no lo reconocen.

No recordar algo que uno dijo o hizo en el pasado. Que alguien le mencione algo que él o ella dijo o hizo en el pasado, pero no lo recuerda. Esto le resulta sumamente incómodo, y es posible que sea la razón que le induzca a consultar a un médico.

Un tono de voz claramente diferente o una expresión facial bien distinta o un estilo de vestuario de inusual en el paciente pueden considerarse señales de peligro. Todas esas manifestaciones y especialmente el cambio en el tono voz son indicios típicos de disociación.

Los incidentes mencionados deben investigarse con detenimiento. Las preguntas obvias (¿dónde?, ¿cómo?, ¿por qué?, ¿de qué modo?) deben hacerse en un tono de apoyo y simpatía, y las respuestas --que pudieran ser confusas o incomprensibles-- deben ser escuchadas sin ningún enjuiciamiento.

En esta etapa ya el terapeuta estará considerando que el paciente puede ser disociado en cierta medida. Hay varios cuestionarios excelentes para el diagnóstico que son específicos para los trastornos disociativos. Los hay para adultos, para adolescentes y para niños.

(Esos cuestionarios pueden encontrarse íntegramente en el Apéndice.)

Todos los aspectos anteriores se analizan y se llega a un diagnóstico preliminar. Llegar a un diagnóstico definitivo requerirá mucha más interacción con el paciente.

TID

Fenómenos más complejos, como "extraviar el tiempo" con frecuencia, visiones retrospectivas (flash-backs), notable cambio en la voz y una historia específica de trauma (cualquier tipo de trauma), especialmente si ocurrió en la infancia, nos hará sospechar que es un problema típico o atípico del TID.

TDNE

Aunque nunca existe una línea de diagnóstico clara entre los distintos tipos de disociación, los fenómenos descritos anteriormente, tales como dificultades en el trabajo e insomnio, probablemente indican una forma menos severa (pero no menos difícil de tratar) de trastornos disociativos.

SECCIÓN 4

TEORÍA DEL VÍNCULO AFECTIVO

Una de las teorías más interesantes y útiles sobre el origen de los trastornos disociativos es la “Teoría del Vínculo Afectivo”.

Esta teoría fue formulada por primera vez por John Bowlby en Inglaterra en los años 50 del siglo XX. Él identificó que los niños muy pequeños se vinculan a su cuidador primario, generalmente la madre, en uno de tres patrones diferentes.

Al principio se pensó que esta teoría era muy interesante, pero después la mayoría de las personas la olvidaron. No fue hasta cerca de veinte años después que una mujer en los Estados Unidos, Mary Ainsworth, resucitó el concepto y decidió profundizar en él. Posteriormente, otras dos mujeres, Judith Salomón y Mary Main, contribuyeron con sus ideas que incluían adicionar un cuarto patrón.

Para llevar a cabo su estudio, las investigadoras diseñaron lo que llamaron la “Situación Extraña”. Ellas habían estado estudiando parejas de madres y sus bebés durante varios años y entonces propusieron que muchas de estas parejas participaran en el siguiente proyecto:

La “Situación Extraña”

1. La madre y el niño entran en una habitación agradable. Las madres están bien informadas sobre el estudio que se realiza. Los bebés están todos entre los 12 y 14 meses de edad. Hay juguetes para los niños, asientos cómodos, libros y revistas para los adultos.
2. El niño comienza a jugar con los juguetes, la madre se sienta tranquilamente a leer o a jugar con el niño. Una extraña entra en la habitación, se sienta y comienza a leer sin interactuar con la madre o el niño.
Primera observación: ¿Qué hace el niño cuando entra la extraña?
3. El niño regresa al juego. La madre se levanta y deja la habitación.
Segunda observación: ¿Qué hace el niño cuando la madre sale de la habitación?
4. La madre regresa a la habitación.
Tercera observación: ¿Qué hace el niño cuando la madre regresa?
5. La extraña sale de la habitación.
Cuarta observación: ¿Qué hace el niño cuando la extraña sale de la habitación?

Figura 1.

La "Situación Extraña"

Antecedentes
<p>John Bowlby (en los años 50 del siglo XX) Formuló la teoría del vínculo afectivo</p> <p>Mary Ainsworth (en los años 70 del siglo XX) Desarrolló el procedimiento de la "Situación Extraña". Reconoció tres tipos distintos de comportamiento descritos por Bowlby</p> <p>Mary Main y Judith Salomón (en los años 90 del siglo XX) Añadieron el patrón de comportamiento</p>
Patrón de la "situación extraña"
<ul style="list-style-type: none"> • La madre y el niño en la habitación • Niño de 12-24 meses de edad • Juguetes con qué jugar • Niño empieza a explorar • La extraña entra, se sienta, lee <p>1ra.Observación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La madre sale de la habitación <p>2da Observación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La madre regresa a la habitación <p>3ra. Observación</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La extraña sale de la habitación <p>4ta. Observación</p>

Interpretación de las observaciones

Primera observación: ¿Qué hace el niño cuando entra la extraña?

Generalmente, cuando la extraña entra a la habitación, el niño inmediatamente mira a su madre. Si la madre se ve tranquila, el niño interpreta esto como una señal de que todo está en orden y retorna a su juego.

Segunda observación: ¿Qué hace el niño cuando la madre sale de la habitación?

Generalmente al salir la madre, el niño siente ansiedad, corre tras la madre y a veces golpea la puerta cerrada. En ocasiones, el niño se acerca a la extraña o parece creer que nada ha sucedido.

Tercera observación: ¿Qué hace el niño cuando la madre regresa?

Lo más frecuente es que el niño corre hacia la madre, quizás llorando, ella lo carga y lo abraza, con lo que el niño se tranquiliza rápidamente. Una vez que la madre se sienta, el niño vuelve a jugar con sus juguetes — quizás observándola por el rabllo del ojo para asegurarse de que sigue ahí. Esto es lo que se conoce como **vínculo afectivo seguro**. Este niño ha aprendido que, aunque se produzca una situación extraña, la madre finalmente regresará y todo volverá a la normalidad. Por lo tanto, pensará que explorar el mundo no es peligroso. Es el inicio de aprender a confiar.

Algunos niños, sin embargo, no responden positivamente al ser cargados por la madre, resultan difíciles de tranquilizar, se apartan, o corren hacia la madre y entonces cambian de idea, o hasta se dirigen a la extraña. Esto se conoce como **vínculo afectivo ambivalente**. El niño no se siente seguro de que pueda confiar en el mundo, ni aún en su madre.

Otros niños ignoran a la madre, o se dirigen a la extraña. Esto se conoce como **vínculo afectivo de evitación**. Este niño trata de esquivar el dilema, simulando que nada ha pasado. Piensa que, evitando la situación extraña, ésta pudiera desaparecer por sí sola. Conclusión: La vida no le ofrece una seguridad confiable, y su exploración pudiera ser riesgosa.

Hay niños que se comportan de forma muy desorganizada; pueden tirar sus juguetes en todas direcciones, golpean las paredes, tratan de golpear a la madre, corren en círculos, etc. Esto se conoce como **vínculo afectivo desorganizado**, y generalmente indica que este niño está en riesgo de tener problemas futuros en su vida. Para él, explorar no es seguro, su madre no es confiable y confiar es peligroso.

Cuarta Observación: ¿Qué hace el niño cuando sale la extraña?

La mayoría de los niños dan una ojeada, quizás miran a la madre para ver lo que está haciendo, y entonces vuelven a su juego. Cualquier otra reacción es inusual y sugiere el problema de la confianza en la madre.

Después de observar y categorizar estos fenómenos, se hizo una pregunta a las madres:
"¿Cómo fue su niñez?"

No debe sorprendernos que las madres de los niños con vínculo afectivo seguro pudieron dar una versión coherente de su propia niñez, con evidente respeto a la importancia de la relación padres-hijos. Por otra parte, las madres de niños ambivalentes se manifestaron como ambivalentes ellas mismas, las de los niños con vínculo afectivo de evitación no querían hablar de su propia niñez, y las de los niños desorganizados fueron también muy desorganizadas al describir sus primeros años.

La inferencia es evidente. No podemos enseñar a nuestros hijos lo que nunca aprendimos cuando éramos niños.

Figura 2. Tipos de vínculos afectivos

<p>1. Vínculo afectivo seguro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia madre-niño en la alimentación. • Consistente, constante, confiable (55-65% de los niños entran en esta categoría, según su situación social: familia, escuela, amistades, etc.)
<p>2. Vínculo afectivo esquivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uno de los padres indiferente • Distancia emocional, no confiable (20-30% de los niños entran en esta categoría, según su situación social)
<p>3. Vínculo afectivo ambivalente/resistente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un padre no responde • Preocupado, puede parecer enojado. • Puede transmitir su propio estado mental en el niño. (5-15% de los niños entran en esta categoría, según su situación social)
<p>4. Vínculo afectivo desorganizado o desorientado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un padre puede mostrar miedo, desorientación o comportamiento amedrentador. (Por regla general, este tipo de vínculo afectivo puede ser visto en hasta el 20% de los niños, pero en niños maltratados este tipo de vínculo afectivo puede llegar al 80%).

Por otra parte, el adulto responsable, o sea el encargado de la atención del niño, pudiera ser el padre, el abuelo, la abuela u otro adulto en la vida del niño. Lo que es crucial es que exista algún adulto con quien el niño se sienta seguro, y a quien pueda acudir cuando las cosas le salgan mal.

¿Podrían los vínculos afectivos menos favorables comprometer para siempre la vida de esta persona durante su desarrollo y madurez? De ninguna manera. Estamos simplemente valorando factores de riesgo, y el vínculo no totalmente seguro en la niñez es uno de ellos. No obstante, los niños con vínculos inseguros son más vulnerables a las vicisitudes de la vida, y sus respuestas emocionales tienden a ser más fácilmente afectadas. Por lo tanto, cuando en la historia vital de un niño aparece un trauma –emocional, físico o sexual--, la posibilidad de que más adelante desarrolle un trastorno disociativo aumenta considerablemente.

Figura 3. Índice del vínculo afectivo con el adulto

<p>1. Seguro/Autónomo (Niño seguro) Cuando describe la situación del vínculo afectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discurso coherente • Aprecia su vínculo con el niño • Es objetivo al relatar su propia historia
<p>2. Indiferente (Niño esquivo) Cuando describe la situación del vínculo afectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No coherente • Desestima experiencias y relaciones referentes al vínculo afectivo
<p>3. Preocupado (Niño que se resiste/ Niño ambivalente) Cuando describe la situación del vínculo afectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No coherente • Preocupado por las experiencias y relaciones de vínculo afectivo pasadas y presentes
<p>4. No resueltos/desorganizados (Niño desorganizado/ Niño desorientado) Cuando describe la situación del vínculo afectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notables lapsos en el razonamiento usual o en el curso de la conversación.

SECCIÓN 5

ORIGEN DE LOS "ESTADOS DE EGO"

En el campo de la disociación, una de las definiciones más frecuentemente usadas es la de los "estados de ego". Puede parecer jerga o argot profesional, pero los estados de ego no tienen nada de raro. Todos los tenemos. Casi todos estaríamos de acuerdo en que somos ligeramente distintos en nuestro semblante, conducta y forma de hablar etc., cuando estamos en el trabajo y cuando estamos en casa; diferentes como cónyuges a como somos en el papel de padres; diferentes como amigos y como compañeros de trabajo. Estos son nuestros estados de ego. Cada uno es la expresión normal de las distintas fases de nuestra personalidad en cada situación, y traemos a cada una de ellas la experiencia y los conocimientos correspondientes. Normalmente, todos nuestros estados de ego se reconocen mutuamente, o sea, que no hay ninguna barrera amnésica entre ellos.

Pero, ¿cómo y cuándo los estados de ego comienzan a desarrollarse? La respuesta es: desde el nacimiento.

Recién llegados al mundo, tenemos sólo cinco estados de ego: dos durante el sueño, dos en estado de vigilia y uno cuando lloramos. Todos ellos se diferencian claramente en su actividad muscular, ritmo de respiración, movimientos oculares y grado de atención. (Ver diagrama)

Figura 4. Cinco estados originales

(Desde el nacimiento hasta los tres meses)

Dos estados del sueño (I y II)	I Reacción alerta (*)	II REM
	Respiración: 36 Regular Duración: 19 ½ min. ± 1 min.	Respiración: 48 Irregular Duración: 35 min ± 15 min.
Dos estados de vigilia (III y IV)	III Quieto	IV Activo
	Tranquilo Ojos abiertos, Escaneando	Activo No escanea
Un estado de llanto (V)	A los 6 meses , se han desarrollado más estados de llanto, por ejemplo, por la separación, por la ira, y por otras emociones.	

(*) Hasta los tres meses, hay dos estados de sueño; en cuanto a la reacción alerta, el niño reacciona con algún tipo de movimiento, sin despertarse, ante cualquier sensación física, como por ejemplo, tocarlo suavemente.

Al cabo de varios meses, estos cinco estados comienzan a fundirse y a desarrollarse de nuevo. Por ejemplo, aparecen diferentes formas de llanto: uno que indica incomodidad y otro que indica ira o frustración. Toda madre reconoce cada uno por la forma en que el bebé llora. Con el tiempo, otros muchos estados van apareciendo que expresan, en su mayoría, respuestas emocionales. Estos estados le dan color y sentido a nuestras vidas, y expresan lo que pensamos de nosotros mismos.

El proceso de vínculo afectivo parece formularse en el giro singulado anterior

A los 6 años – los Estados III y IV se han fusionado y desarrollado al Estado VI + emociones.

Figura 5. Relaciones de los vínculos afectivos y la formación de una identidad cohesionada

Una relación cohesionada y la unidad de conciencia no se obtienen automáticamente Son logros que se desarrollan
A los <u>12 meses</u> , el niño ha desarrollado estados emocionales separados
A los <u>18-24 meses</u> , uno comienza a ver la mezcla de estados emocionales y el desarrollo de capacidades megacognoscitivas
Estas capacidades dependen del desarrollo y maduración de la corteza orbito frontal y de otras prefrontales de interés para la megacognición
El desarrollo de la corteza orbito frontal está directamente relacionada con la calidad del vínculo afectivo

Vemos entonces que el vínculo afectivo tiene una función vital en la formación de una identidad cohesionada; en consecuencia, un vínculo débil es parte significativa de la fórmula para la creación de una identidad disociada. Si analizamos la formación de los estados de ego, apreciamos que, de la misma manera en que se desarrollan estos estados, se desarrolla la potencialidad del trastorno disociativo.

Hay cuatro dimensiones comunes de trastornos de vínculos afectivos.

1. **Dificultad en regular la respuesta emocional a situaciones.** En lugar de reconocer en el niño algún desajuste en su actitud o respuesta, el padre u otro adulto lo ignora. En consecuencia, el niño no aprende a percibir la diferencia entre una situación que requiere un tipo de respuesta emocional y otra que es completamente diferente.
2. **Problemas con el control de los impulsos.** El niño que no aprende a dar respuestas emocionales adecuadas tendrá igualmente dificultades para comprender que una reacción impulsiva le traerá problemas. Habitualmente esto implica una satisfacción inmediata a la vez que una falta de comprensión que puede no ser ni apropiada ni viable.
3. **Somatización y trastornos biológicos.** Para muchas personas que tienen un grado extremo disociativo, los efectos se expresan a través de síntomas tanto físicos como psicológicos o emocionales.

4. **Alteraciones en la propia representación.** Esta es realmente la esencia del inicio de los trastornos disociativos. Esta es la parte y el todo en la formación y presencia continuada de varios estados de ego, que desde entonces dan a los otros estados, en vez de una imagen apropiada y coherente, una imagen alterada de la persona.

Todas estas irregularidades se desarrollan en la medida en que el niño crece y son una respuesta directa al medio familiar en el cual el niño o niña aprende cómo enfrentar su mundo.

Figura 6. Trastornos de desarrollo, de vínculo afectivo, y de disociación

Las cuatro dimensiones comunes en los trastornos de vínculo afectivo son.
• Perturbaciones en la regulación del afecto
• Problemas con el control de los impulsos
• Somatización y deficiente regulación biológica
• Perturbaciones en la auto-representación

El medio para desarrollar los trastornos disociativos es la **familia** en la que no ha habido la enseñanza de la **Tolerancia del Afecto** o de la **Regulación del Afecto** (por ejemplo, no decirle al niño, "Estás molesto, ¿qué te pasa?")

El estrés y el cerebro

Al igual que es importante el desarrollo de una personalidad saludable, lo es también el desarrollo de una comprensión de cómo el estrés afecta el cerebro.

Ante todo, situaciones de estrés extremas y prolongadas pueden interferir dramáticamente con la función del cerebro. Esto ocurre si los circuitos neuronales son interrumpidos significativamente y la usual comunicación entre el hemisferio experimental derecho del cerebro y el cognoscitivo izquierdo se vuelven dispares.

La vieja respuesta "lucha o huida", que hemos conocido desde hace mucho, tiene un precursor actual: paralización. Si observamos la respuesta de cualquier animal ante una situación desconocida, comprobamos lo anterior. Primeramente, el animal se paraliza, toda actividad se detiene mientras evalúa la situación, entonces lucha o huye.

Pero ¿qué ocurre cuándo se trata de un niño, o de cualquier persona vulnerable que ha sufrido un trauma y que ambas reacciones, escapa o pelea, son imposibles?. Entonces, usualmente la respuesta es alguna forma de respuesta disociada en el orden emocional, que separa a uno mismo (al afectado) de la situación.

Figura 7. El estrés y el cerebro

- El estrés extremo "apaga" el cerebro pensante especialmente las áreas del lenguaje en el hemisferio izquierdo.
- Esto pone en "corto circuito" el sistema cognoscitivo, dejando solamente las reacciones autónomas de respuesta al estrés.

Estrés	Mecanismo de defensa
Paralización	Disociar
Huida	Proyección, Desplazamiento, Negación, Racionalización, Distorsión, etc.
Lucha	

- Emociones fuertes, generadas en el **hemisferio derecho** no pueden ser procesadas en el **izquierdo**. (No hay lenguaje.)
- El estrés (crónico, severo) inhibe el flujo de la información **dentro** del cerebro y entre el cerebro y el cuerpo.

Además, mientras más estresantes (tensionantes) sean las situaciones traumáticas, más significativa es la respuesta. Si alguien vive en una situación traumática –trauma físico, emocional o psicológico- entonces la respuesta se hace más y más estresante en la medida que el tiempo pasa. Tal medio es precursor de una disociación e inestabilidad emocional.

Por otra parte, si el medio es seguro y positivo, entonces el niño aprende a regular sus emociones, controlar sus impulsos y tener actitudes psicológicamente saludables, y respuestas adecuadas al estrés resultante.

Figura 8. Sensibilización: desarrollo dependiente del uso

- El cerebro está diseñado para ajustar su química y sus circuitos eléctricos a las demandas del ambiente.
- La experiencia determina cuáles circuitos de neuronas se activan y se articulan.
- Los circuitos que son activados repetidamente (positiva o negativamente) son fortalecidos y estabilizados, y pueden ser activados cada vez con menos estímulo (positivo o negativo).
- Las partes del cerebro maduran a diferentes edades y etapas de la vida de la persona: la forma en que trabajan en conjunto depende de las experiencias a las cuales el niño ha sido expuesto (positivas o negativas).

SECCIÓN 6

LOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS USUALES

Terapia del Estado de Ego

Uno de los métodos más útiles para el tratamiento de los trastornos disociativos se conoce como **Acceso al Estado de Ego**. Este enfoque fue elaborado por John y Helen Watkins en los Estados Unidos, en 1970. Basándose en la suposición de que las distintas partes de la estructura de la personalidad tienen tareas específicas, y de que éstas, generalmente, tienen algún componente emocional, el ambiente terapéutico proporciona la oportunidad de dirigirse a cada una de estas partes individualmente y comprender su función, así como el papel que desempeñan en el desenvolvimiento de la vida del individuo.

Aunque al principio, los distintos estados son reacios a mostrarse, a medida que el proceso terapéutico avanza, poco a poco van aceptando la idea de hablar directamente con el terapeuta.

Es importante comprender lo que estas entidades realmente son. Aunque el paciente frecuentemente las percibe como entes individuales dentro de su cuerpo, en realidad son simplemente compartimentos de la estructura de su personalidad. Phillips y Frederick (1995) los han descrito como "unidades de energía", lo cual resulta una definición admirablemente adecuada.

Los Watkins han descrito, en numerosos libros, artículos y talleres, la utilidad de este concepto, el cual permite acceso a un amplio rango de emociones, sensaciones, conocimientos y conductas que de otra forma resultan difíciles de colocar en un patrón o marco. Este enfoque permite a los estados de ego tener un verdadero intercambio con el terapeuta. Durante el tratamiento, se estimula a cada estado a contar sus propias experiencias dentro del sistema, y se le reconoce su participación.

Para el médico de familia, la aceptación respetuosa de los varios estados de ego es sumamente importante, ya que alguno de ellos, por ejemplo, pudiera ofrecer las razones por las que el paciente siente dolores, sufre de náusea o algún otro tipo de molestia física. No resulta muy difícil comenzar a identificar estos estados de ego. Podrán tener pequeñas diferencias en el hablar, el vestir o la manera de sentarse o pararse que no sean inmediatamente evidentes para el no iniciado, pero sí reconocibles por el ojo del médico que conoce bien a su paciente. Generalmente, después de un período de ensayo y error, los estados se disponen a expresarse abiertamente. Después de crear un ambiente de confianza, no es nada incorrecto hablar con uno de ellos específicamente y preguntarle, por ejemplo: "María, ¿podrías ayudarme a comprender por qué Marta tiene estos dolores de cabeza?"

Los estados de ego pueden ser masculinos, femeninos o neutros, viejos o jóvenes, verbales o no-verbales. Pueden, inclusive, no ser humanos. Esto se puede comprender mejor en el contexto: quizás el niño tuvo que imaginar ser un extraño con la suficiente fortaleza para enfrentarse al trauma (algún personaje de "La guerra de las galaxias", por ejemplo). O un niño muy pequeño pudiera buscar apoyo en su oso de juguete, o su animal favorito, y asumir sus características para tranquilizarse.

Hipnosis clínica

La disociación es, por definición, un estado de conciencia alterado. No es difícil comprender, por lo tanto, que los estados hipnóticos -que son también estados alterados de conciencia- puedan resultar muy útiles. Sin embargo, es necesaria la siguiente advertencia: a veces, el estado hipnótico puede ser tan rememorativo de la reacción al trauma que altere al paciente. En ese caso, las técnicas formales de hipnosis pueden resultar de poca ayuda. Sin embargo, como tales pacientes entran y salen constantemente de estados de conciencia alterados, cuando cambian de un estado de ego a otro, el terapeuta tiene que observar y él o ella reconocerá cuando esto está ocurriendo. En ese caso, es fácil utilizar métodos informales de hipnosis, como preguntar, “¿recuerda qué pasó cuando ...?” y después utilizar el consecuente estado de conciencia alterado para hacer sugerencias hipnóticas, tales como, “... Usted ahora puede sentirse mejor.”

Las técnicas hipnóticas pueden utilizarse para enseñar habilidades de enfrentamiento, fortalecer la autoestima (algo muy importante), mejorar patrones de sueño, aliviar el dolor, y para otros propósitos específicos. Pero NO se deben emplear para evocar recuerdos. En próximos capítulos trataremos de estos factores con más amplitud.

Psicoterapia

Una buena psicoterapia es la piedra fundamental para el tratamiento de pacientes disociativos. De hecho, la terapia del estado de ego y las técnicas hipnóticas siempre deben utilizarse en la psicoterapia de orientación.

El objetivo general de la terapia es ayudar a los pacientes a construirse una narración consistente y convincente de su vida y al hacerlo, llegar a comprender cómo y por qué llegaron al estado que los llevó a necesitar tratamiento. Esto pudiera conducir (y sucede con frecuencia) a la recuperación de recuerdos de hechos pasados que han permanecido escondidos, a veces durante años. No es función del terapeuta interpretar o verificar la veracidad de estos recuerdos, sino ayudar al paciente a lograr construir su propia verdad. Los recuerdos emocionales almacenados por mucho tiempo en el sistema límbico del lado derecho del cerebro serán gradualmente procesados por el hipocampo para ser codificados en la zona del lenguaje y la lógica del lado izquierdo del cerebro. En secciones subsiguientes se ofrecerá más información sobre la recuperación de la memoria.

Todos estos enfoques pueden utilizarse en cualquier grado de disociación.

El modelo CASC (en inglés BASK)

Este enfoque, desarrollado por primera vez por el Dr. Bennet Braun, en Chicago, es una fórmula para integrar fragmentos y facetas de la memoria y formar un todo coherente. Las iniciales se refieren a los cuatro componentes de la memoria: **C**onducta, **A**fecto (emoción), **S**ensación (es decir conciencia sensorial tal como sentir dolor o sentir frío) y **C**onocimiento. (En inglés: **B**ehavior, **A**ffect, **S**ensation, **K**nowledge.)

Es frecuente, en las personas altamente disociadas, que los componentes de un recuerdo en particular se guarden dentro de varios estados de ego. Por tanto durante las sesiones de terapia se trabaja para convencer a esos estados de ego de que entreguen su parte de la experiencia total. Esto suena fácil, y en cierto modo lo es, pero esto significa que cada estado de ego tiene

que estar lo suficientemente preparado para hacer esta tarea, que a veces se percibe como una expectativa inalcanzable.

En ocasiones, acometer esta tarea dentro del marco de la hipnosis puede facilitar las cosas. Ahora bien, el paciente debe sentirse cómodo con la hipnosis para poder participar enteramente.

También es importante que el paciente desee comprender el recuerdo más completamente. Tal vez parte del recuerdo ya haya salido a la superficie, pero parece incompleto. Uno se pregunta entonces, ¿Cuál es el componente que falta? Es acaso, cómo la persona se sintió emocionalmente, o lo que él o ella estaba haciendo, o si hubo alguna sensación física, o un conocimiento general de la situación; si alguno de estos componentes está difuso o falta de la situación, entonces uno tiene que buscar la manera de recolectar la información que falta.

Al mismo tiempo, es importante que tanto el paciente como el terapeuta comprendan la diferencia entre la memoria implícita y la memoria explícita. La **memoria implícita** está presente cuando nacemos. Es una memoria de la experiencia, la memoria de lo que experimentamos en ese momento, no los hechos de la cuestión, sino la experiencia de la situación. Nuestra experiencia es lo que percibimos que está pasando, no necesariamente lo que está pasando. Contiene todos los aspectos de la experiencia, a saber: la conducta, la percepción, la complejidad emocional y la conciencia somatosensorial.

Para codificar, o sea para almacenar, en la memoria implícita no se requiere la atención focalizada: no es necesario que estemos prestando atención al suceso o a la situación. Las experiencias de vínculo afectivo son experienciales, y por eso están codificadas y reforzadas profundamente dentro del cerebro.

La **memoria explícita**, por otra parte, se desarrolla mediante la atención consciente. Es semántica y autobiográfica, es nuestro conocimiento de lo que nos ha ocurrido. Uno debe prestar atención a la experiencia para almacenar este tipo de memoria, es decir, se requiere atención focalizada y la situación se procesa mediante el hipocampo para ser almacenada en las zonas del lenguaje y de la lógica del lado izquierdo del cerebro. Así los sucesos seleccionados, a los que hemos prestado atención, se convierten en parte de la memoria permanente, un proceso conocido como consolidación cortical. Es una **memoria narrativa**

Figura 9.

La Memoria

<p style="text-align: center;">Memoria implícita</p> <ul style="list-style-type: none">• Presente en el nacimiento• Memoria de conducta, perceptual, emocional y somato-sensorial• No se requiere atención focalizada para la codificación• Las experiencias producto de los vínculos son codificadas y fortalecidas en lo profundo del cerebro
<p style="text-align: center;">Memoria explícita</p> <ul style="list-style-type: none">• Se desarrolla mediante la atención consciente semántica,• Autobiográfica• Se requiere atención focalizada para la codificación• Se requiere procesamiento por el hipocampo para codificar• Hechos seleccionados devienen parte de la memoria permanente (consolidación cortical)• Memoria narrativa

Cómo dismantelar las barreras amnésicas

Para poder descubrir lo más posible sobre un recuerdo en particular, es necesario buscar la forma de borrar las barreras amnésicas entre unos estados de ego y otros. Esto se llama “dismantelar las barreras amnésicas”. Un modo común de hacerlo es, una vez que los estados de ego ya se hayan identificado y estén en disposición de comunicarse, sencillamente preguntar: ¿Quién (es decir, cuál de los estados de ego) puede decirnos más sobre este asunto?

Ya para entonces debe haber una comunicación razonablemente buena entre el terapeuta y la mayoría de los estados de ego de su paciente. Casi siempre uno u otro estado de ego se presentará y dirá: “Yo sé cómo se sentía”, o describirá alguna otra parte del CASC, y al momento el recuerdo aparecerá completo.

Ahora el paciente y el terapeuta se enfrentarán a la necesidad de poner ese recuerdo en perspectiva, primero la perspectiva de la persona en el momento en que se produjo (probablemente en la infancia), y después en la perspectiva del presente, o sea, ahora cuando el paciente, como adulto que es, comprende mucho más sobre la situación en que él o ella estuvo entonces.

Contratos

Los contratos con el paciente, o aún entre los estados de ego, pueden resultar muy útiles. Uno de los más usados es el contrato para no infligirse auto daño, incluido el suicidio. Como mencionamos anteriormente, los contratos casi siempre se cumplen. Uno puede hacer contratos para que el paciente termine una determinada tarea (“tarea para la casa”), o para permitirle mayor acceso al terapeuta a un estado de ego, o para practicar alguna nueva habilidad.

Los contratos tienen que ser muy específicos, incluir el tiempo que tendrán de vigencia y cada detalle de la tarea. No es suficiente decir: “Manténgase seguro hasta que nos volvamos a encontrar”, porque el paciente tal vez se encuentre inesperadamente con el terapeuta en algún lugar, como por ejemplo el mercado, y considerar que llegó al final de las obligaciones contractuales.

Adaptaciones útiles de la hipnosis

Las técnicas hipnóticas son extremadamente útiles para la autoconfianza general, para practicar una nueva habilidad, para aliviar el insomnio, para establecer técnicas de arraigamiento o para ensayar una situación difícil, por ejemplo, asistir a una entrevista para obtener un empleo, prepararse para una intervención quirúrgica o para dar a luz.

La hipnosis es un marco útil dentro del cual procesar una reacción, para suministrar un lugar seguro donde estar mientras la reacción esté ocurriendo. Sin embargo, es sumamente importante que el terapeuta no haga preguntas tales como: “¿Qué está pasando?” o “¿Quién está ahí?”, etc. Tales preguntas interrumpen el flujo de la experiencia del paciente. En vez de eso, el terapeuta deberá producir ligeros sonidos de estímulo: “Anjá”, “Ahh”, “Si, estoy aquí”, “Si, me quedaré contigo” y otras frases similares. Deseamos que los pacientes se sientan seguros y que sepan que no los abandonaremos mientras atraviesan esos recuerdos difíciles.

También es importante estar seguro de que la experiencia se ha procesado completamente antes de que la hipnosis termine. Si la reacción no ha concluido, use alguna técnica simple como, “Apriete el botón de pausa”, para mantener seguro el trabajo inconcluso hasta que pueda reanudarse.

Mezcla

Otra forma útil de utilizar el estado de hipnosis es en el proceso de enseñar al paciente la técnica de mezcla. La mezcla es una unión temporal de dos o más estados de ego, generalmente con un fin específico. Puede usarse, por ejemplo, cuando un estado de ego sabe cómo hacer algo y se lo puede enseñar a hacer a otro estado de ego también.

Es como si los estados de ego estuvieran tomados de las manos, pasándose información del uno al otro. El aspecto crucial de la mezcla es que es temporal, y los estados de ego pueden por lo tanto, revertir la mezcla cuando deseen hacerlo.

En la consulta del terapeuta, los pacientes, durante la hipnosis, practican tanto hacer la mezcla como revertirla varias veces, hasta que tengan confianza en que podrán hacerlo por sí solos. Entonces pueden continuar practicando en sus casas.

Todos estos enfoques pueden utilizarse con cualquier grado de disociación.

SECCIÓN 7

CÓMO ORGANIZAR UN PLAN TERAPÉUTICO

El concepto de "etapas"

Cuando se trata de diagnósticos complejos es conveniente, por lo general, concebir el plan terapéutico estructurado en una serie de etapas. Debemos tener en cuenta que estas etapas no aparecen siempre en el mismo orden y pueden, además, superponerse o entrelazarse. Lo que viene a continuación, por lo tanto, es un patrón general que no constituye en ningún sentido una fórmula absoluta.

Trastorno de identidad disociativo (TID)

Primera etapa: Seguridad y contención:

Ante todo, es necesario ayudar a nuestros pacientes a mantenerse seguros, dentro y fuera de nuestras consultas, en camino hacia éstas y después de salir de las mismas. También incluye seguridad para enfrentar acontecimientos, tales como, perder el empleo.

Para confirmar que se trata de un trastorno disociativo, hay que hacer una historia clínica cuidadosa y realizar las pruebas de evaluación y de diagnóstico pertinentes. Estos pasos son aplicables a todas las partes del espectro disociativo y también a muchos problemas emocionales y psicológicos que no son específicamente disociativos, pero que tienen muchas características en común.

Al estudiar la historia clínica del paciente, pueden detectarse algunos indicios potencialmente peligrosos, como cambios rápidos de un estado de ego a otro con poco control evidente; la existencia mantenida de situaciones de maltrato, traumáticas o que sean peligrosas para el paciente (tales como la permanencia en el mismo trabajo donde el maltrato o el trauma ocurrió, o un cuadro de familia altamente disfuncional, o la convivencia con un o una cónyuge, padre, madre o hermano abusador); múltiples remisiones para llegar a la consulta; un estado de ego altamente depresivo o evidencia de tendencias suicidas: tentativas anteriores de suicidio u otros indicios de inclinación a hacerse daño.

Estas preocupaciones deben explorarse abierta y específicamente con el paciente para observar su preocupación, o lo que es más difícil, su falta de ella. Una forma de acercamiento a este problema es hacer que el paciente escriba su propio **Plan de Seguridad y Protección**, que sea muy explícito con respecto a aspectos que parecen requerir especial atención. Si el paciente es reacio a hacerlo (y algunos lo son), entonces las razones para ese rechazo deben convertirse en temas del discurso terapéutico.

Los estados de ego infantiles en un adulto son peligros potenciales inminentes. Para lidiar con ellos es conveniente designar, dentro del sistema de estados de ego, un cuidador para estas partes jóvenes del conjunto de la personalidad. Igualmente, cualesquiera de los estados de ego cuya función sea ocuparse del dolor pueden inadvertidamente verse envueltos en situaciones de peligro, porque esas sensaciones físicas son "normales" para esos estados de ego.

Más frecuente que el peligro físico es el factor emocional que con asiduidad agobia al paciente. En los trastornos de estrés postraumático, por ejemplo, las visiones retrospectivas súbitas se adueñan de todas las respuestas emocionales y sensoriales del paciente, que queda a merced de estos fenómenos. No hay tiempo para prepararse cuando este fenómeno ya está sucediendo. Es necesario, por lo tanto, prepararse de antemano porque de alguna manera hay que tratar de detener estas reacciones involuntarias y a menudo horribles.

Esto no es siempre fácil, ya que su súbita aparición es totalmente inesperada y no le da oportunidad al paciente para prepararse.

Orientación en la realidad (tiempo, espacio, y persona). Enseñar al paciente a orientarse en la realidad y enseñarle técnicas de reorientación es una buena manera de comenzar: "Mira a tu alrededor. ¿Dónde estás?. ¿Dentro o fuera?. Mira a la ventana (o a los árboles, o a la calle). Mírame a mí. Tú me conoces. ¿Quién soy yo?. Pon tus pies en el suelo (o en la tierra). ¿Qué tienes debajo de los pies?. Siente tus manos sobre los brazos del asiento." Ordenes sencillas como éstas empiezan a retrotraer al paciente al presente. Los pacientes pueden aprender a hacer esto por sí solos, especialmente si existe cooperación entre los estados de ego. Volveremos sobre este tema más adelante.

Contraseña. Frecuentemente se utiliza una contraseña para "ubicarse en la realidad". Puede establecerse como una sugerencia post-hipnótica. Es importante que sea el paciente y no el terapeuta quien escoja la palabra y cualquiera que ésta sea es aceptable. Las prácticas en el uso de la contraseña pueden hacerse en la consulta, aunque no necesariamente, durante una situación hipnótica.

Cantar. Cantando en voz alta, el paciente mismo puede a veces interrumpir una visión retrospectiva o evitar verse abrumado por la emoción.

Crear un recipiente para la emoción. Esto se logra con el uso de imágenes mentales, y la hipnosis es, frecuentemente, el ambiente adecuado para introducir el concepto del recipiente. Naturalmente, no importa cual sea el recipiente o su aspecto. Lo importante es que sea aceptable para el paciente. El paciente, entonces, introduce inmediatamente la emoción en el recipiente, o la envuelve (imaginariamente) con un material apropiado como, por ejemplo, una lámina de plástico acolchado, o un pedazo de tela.

A pesar de su naturaleza tan bizarra, este recurso funciona generalmente muy bien. La persona comienza a sentir que tiene algún control sobre este huracán emocional, y se reduce su temor a cualquier forma de reacción o respuesta emotiva. Al percibir el paciente que ahora tiene más control, lo alcanza en realidad y por lo tanto, está más seguro.

Con respecto a detalles, como el camino hacia la consulta y el regreso de la misma, debe haber un acuerdo dentro del sistema de estados de ego para que un estado infantil no se apodere de la conducción del automóvil o mientras el paciente monta una bicicleta o se sube a un autobús; que la aparición de cualquier otro ego no le haga salir disparado de la consulta antes de terminar la sesión y haber logrado un grado de seguridad hasta donde sea posible.

Tales problemas de seguridad continuarán presentándose bien entrados en la segunda etapa de la terapia, y deben afrontarse cuando aparezcan.

Segunda etapa: Trabajar con el trauma

Esta etapa del proceso puede comenzar después de varios meses de terapia o aún antes, pero generalmente se produce al segundo año. Esta parte del proceso terapéutico tiene muchos aspectos.

Aprender a conocerse. Durante las primeras semanas o meses, nos vamos enterando de la historia (hasta donde el paciente la conoce o la recuerda), y sus distintos estados de ego nos van conociendo a nosotros, en la mayoría de los casos sin que podamos todavía identificarlos. Uno o dos de los estados de ego más obvios pudieran presentarse más temprano, pero la mayoría se mantiene observándonos detrás del telón.

En esta segunda etapa empezamos nosotros a conocerlos y, por ese camino, ellos también comienzan a conocerse entre sí. Pudiera haber ya algún conocimiento mutuo interno entre ellos, pero en un paciente altamente disociado esto puede variar mucho: A puede conocer a C y a B, pero B pudiera sólo conocer a A, y C pudiera no conocer a ninguno de los dos. Esto parece confuso, y en realidad lo es. Sucede debido a las paredes existentes entre ellos, conocidas como "**barreras amnésicas**". Estas barreras sirven de protección, por la creencia de que algunos de los estados de ego son demasiado frágiles para recordar el abuso, o el dolor, o las actividades de algunos de los otros estados de ego (por ejemplo las actividades del que es sexualmente promiscuo). Ustedes habrán notado que nos estamos refiriendo a los estados de ego como si fueran diferentes personas. Hacemos esto porque así es como los pacientes los perciben y, por lo tanto, respetamos esa percepción. Si no lo hacemos así, se dificulta o se hace imposible lograr el rapport con el paciente.

Las técnicas para "desmantelar las barreras amnésicas" serán tratadas en capítulos subsiguientes.

Llegar a conocer a estos estados de ego no es tan difícil como parece. Lo más importante es el tratamiento respetuoso. A medida que nos van conociendo, ellos empiezan a darse a conocer, especialmente si simplemente les pedimos, respetuosamente, que se presenten y se identifiquen. Sin embargo, esto puede llegar a tomar muchos meses, y a veces años, antes de que lleguemos a conocer todo el sistema (y ellos aprendan a conocerlo por sí mismos también).

En general, los estados de ego están asociados a situaciones emotivas, como hemos dicho anteriormente. También se relacionan con una experiencia física o sensorial, como el dolor. A medida que los vamos conociendo mejor y ellos se van manifestando, todos (paciente y terapeuta) van conociendo los vericuetos del mundo interior del paciente. Otras técnicas para lograr este supremo objetivo serán tratadas más adelante.

Enseñar la colaboración y la co-conciencia de los estados de ego. Esto ocupará la mayor parte de la segunda etapa. Los estados de ego están acostumbrados a actuar con independencia la mayor parte del tiempo, cada uno en el papel que tiene asignado. No están acostumbrados a trabajar en equipo --todo lo contrario-- y les resulta chocante cuando empiezan a verse entre sí. Existe entre ellos un cierto grado de rivalidad como entre hermanos.

Hacer un mapa del sistema. Es conveniente hacer algún tipo de representación visual de la organización de los mundos interiores de nuestros pacientes disociados. Algunas representaciones se parecerán al organigrama de una empresa bastante grande; otras a un mapa de relieve; otras tendrán la forma de un árbol genealógico. Usualmente requerirán actualizaciones frecuentes, especialmente durante los primeros meses de esta etapa.

Recuperación de recuerdos. Este es, sin dudas, el más controvertido de los recursos psicoterapéuticos utilizados en el tratamiento de trastornos disociativos. La controversia ha surgido mayormente debido a que, en el pasado, algunos terapeutas bien intencionados trataron de forzar la recuperación de recuerdos y la hipnosis se consideraba el ambiente ideal para lograr la reaparición de estos recuerdos. En realidad ambos conceptos pueden despistar y provocaron la denuncia de "recuerdos falsos" que ha prevalecido en muchas áreas, especialmente en los Estados Unidos. Los recuerdos aparecerán en la conciencia cuando llegue el momento apropiado, y con frecuencia la hipnosis no es el marco ideal donde conseguirlo con comodidad. El apoyo de una alianza terapeuta-paciente es requisito indispensable. Más adelante mencionaremos adaptaciones útiles de la hipnosis para este fin.

También hemos aprendido mucho respecto de la memoria en los últimos diez años, gracias a investigaciones muy sofisticadas y elegantes hechas en Europa, los Estados Unidos y Turquía. Específicamente, sabemos que la memoria es infinitamente maleable y que nunca recordamos algo exactamente como ocurrió, pues el recuerdo de un hecho queda debajo de experiencias subsiguientes y sucesivas y, por lo tanto, cualquier recuerdo puede ser cercano a lo que pasó, similar a lo que pasó o completamente distinto a lo que realmente sucedió. Esto no es intencional en el paciente, es decir, no nos está mintiendo, sino que está describiendo lo que en ese momento recuerda y cree que es verdad.

Lo importante de la recuperación de recuerdos es lograr que el paciente comience a crearse un relato cohesionado, trasladando el enfoque del lado derecho al izquierdo de su cerebro, disminuyendo su impacto emocional y aumentando su comprensión del hecho.

Lograr confianza. Si, por una parte, la recuperación de recuerdos es lo más controvertido, ganarse la confianza de los estados de ego del paciente es lo más difícil para el terapeuta. Nuestros pacientes traumatizados han aprendido una lección bien dolorosa: confiar es peligroso; confiar en los adultos es especialmente peligroso; y confiar en adultos que se supone te aman y les importas tú es lo más peligroso de todo, porque esos son los que te lastiman.

Etapas tercera: Aprender las habilidades necesarias para vivir en esta nueva situación

Co-conciencia. Esta situación, tan común y familiar para nosotros, resulta temible para quien no lo haya experimentado antes. Generalmente ocurre durante una secuencia de hechos: "ver" a uno de los otros estados de ego; actuar en tándem con él; saber lo que el otro estado está haciendo o diciendo; y, finalmente, estar consciente del proceso mental del otro estado. En las personas no disociadas los estados de ego son siempre co-conscientes. Todos se conocen entre sí. No hay ningún cisma de conciencia entre la parte que va a la oficina y la parte que es un buen amigo. Hay sutiles diferencias en su comportamiento o actitud, pero no hay una brecha de conocimiento. Todo esto debe aprenderlo el paciente con una nueva conciencia.

La mejor forma de acometer el estado de co-conciencia es, posiblemente, ensayarlo en la consulta del médico o terapeuta, donde el paciente está más seguro y el terapeuta está a mano para asegurar que todo salga bien.

Cambios en la percepción. Los colores pudieran ser más brillantes, el sonido más intenso, existir un mayor grado de conciencia, sensibilidad o delicadeza sensorial (no siempre bienvenida). Aunque esto parece positivo, puede ser muy perturbador para quien no haya estado expuesto anteriormente a una carga sensorial de forma tan definitiva.

Nuevos enfoques de la solución de problemas. Debido a que ciertos estados de ego están acostumbrados a resolver problemas desde una sola perspectiva, les resulta difícil acostumbrarse a recibir señales y sugerencias de otros estados de ego que están igualmente convencidos de que su manera es la mejor. Todo el concepto de esfuerzo en cooperación les es ajeno y tienen que aprenderlo. Una forma de conseguirlo es utilizar la **técnica de unión**, en la cual un estado de ego se une temporalmente a otro, utilizando frecuentemente un cuadro hipnótico para facilitar la unión temporal. El hecho de que es temporal es el eje de la cuestión. Esta combinación puede ser muy útil cuando, por ejemplo, un estado sabe hacer algo que el otro no sabe. El primero le enseña al segundo cómo hacerlo, no importa lo que sea. Esta unión puede fácilmente explorarse en el ambiente protegido de la consulta, y más tarde en la casa, cuando ya se tenga cierta práctica. Por supuesto, cuando la co-conciencia es completa, la unión resulta fácil de lograr, y puede llegar, si el paciente está dispuesto, a una unión permanente. Esta, a su vez, conduce a aprender cómo vivir en un estado diferente de conciencia y experiencia.

Trastorno disociativo no especificado (TDNE)

El proceso terapéutico con los casos de diagnóstico menos complejos, generalmente resulta tan largo, o más, que el del TID (Trastorno de identidad disociativo). Pero el plan terapéutico se enfoca por lo general más hacia la identificación de áreas de distorsión cognoscitiva, a tratar la deficiente comprobación de la realidad, a los factores que desatan ataques de pánico, a las habilidades de lidiar con problemas, etc., que hacia la necesidad de buscar y comunicarse con estados de ego que estaban, o todavía están, escondidos detrás de grandes barreras amnésicas. La hipnosis puede resultar entonces más aceptable para el paciente, y menos reminiscente de un viejo trauma que con la persona que sufre del TID y, por lo tanto, puede ser el tratamiento a seleccionar. De todos modos, el enfoque terapéutico de las aproximaciones a los estados de ego es muy útil, al igual que lo es la buena psicoterapia básica.

El vínculo afectivo (la pertenencia), la memoria, el estrés y el cerebro

Para aclarar esto un poco más debe decirse que alcanzar lo que se conoce como “unidad de conciencia” no se logra de la nada. Es un complejo proceso de desarrollo que evoluciona a partir de los cinco estados originales. Ya a la edad de un año, los niños han desarrollado varios estados emocionales, y a la edad de dos años estos estados tempranos se han mezclado y creado nuevos estados que son emocionalmente expresivos, es decir, hay un estado de ira, un estado de tristeza, un estado de excitación, al igual que estados de actividad y estados de reposo y quietud.

Paralelamente a la formación de estos estados, el niño desarrolla la habilidad de pensar en formas más complejas, tales como la forma de lidiar con situaciones nuevas, los procesos de pensamiento que permiten la acumulación de hechos y muchas otras capacidades intelectuales. Por supuesto, estas capacidades aparecen en una etapa muy inmadura, pero ya están presentes aproximadamente a la edad de 24 meses.

La zona del cerebro en la que tiene lugar la mayor parte de esta actividad es la corteza orbito frontal, y el desarrollo de esta parte del cerebro se relaciona directamente con la calidad del proceso de vínculo.

Si nos fijamos en el desarrollo de los procesos disociativos, encontramos que hay cuatro dimensiones comunes, que se encuentran virtualmente en todos los grados de disociación en mayor o menor grado. Estas cuatro dimensiones son: **primero**, disturbios en la regulación afectiva –una incapacidad de controlar la respuesta emotiva--; **segundo**, problemas con el control de los

impulsos --una incapacidad de detenerse a pensar antes de hacer o decir algo que puede ser inapropiado--: **tercero**, somatización y desregulación --la respuesta al estrés emocional se expresa en síntomas somáticos--; **cuarto**, hay perturbaciones de la auto-representación --es como si la persona no supiera en realidad cómo es o quién es--.

En las familias donde hay un vínculo seguro, el niño aprende la regulación emocional por la forma en que se opera en la familia. Por ejemplo, la madre puede decirle al niño: "Parece que estás bravo. ¿Qué te pasa?. ¿Te puedo ayudar?" De esta forma, el niño recibe la explicación de su reacción emocional y al propio tiempo se educa sobre cómo responder a ella, todo hecho de una forma cálida y formativa.

El medio para desarrollar los trastornos disociativos es la **familia** en la que no ha habido la enseñanza de la Tolerancia del Afecto o de la Regulación del Afecto (por ejemplo, no decirle al niño, "¿Estás molesto? ¿Qué te pasa?")

La Memoria

Reitero que hay dos tipos de memoria: implícita y explícita. Hay también subgrupos dentro de esos dos tipos, tales como memoria a corto plazo y memoria a largo plazo en las zonas de memoria explícita del cerebro, y de memoria traumática en las zonas de memoria implícita del cerebro.

La **memoria implícita** está presente desde el nacimiento. (Algunas personas creen que está presente desde antes del nacimiento). Comprende los recuerdos conductuales, perceptuales, emocionales y somatosensoriales. No se requiere atención focal para que estos recuerdos se fijen en el cerebro, es decir, uno no tiene que estar prestando atención para que estos recuerdos se almacenen en el cerebro. La memoria implícita se fija en el lado derecho del cerebro; es una memoria de **la experiencia**.

La **memoria explícita** se desarrolla mediante **la actividad consciente**. Sabemos lo que está pasando y le prestamos atención. Requiere atención, es decir, atención focal para que se almacene en el cerebro, y el almacenamiento depende del funcionamiento del hipocampo. Si el recuerdo se refuerza de alguna forma, mediante varias exposiciones al evento o alguna otra conexión, entonces puede llegar a formar parte de la memoria permanente en la parte del lenguaje y de la lógica del cerebro, generalmente en el lado izquierdo. Es la **memoria narrativa**; la podemos verbalizar, es decir expresar en palabras.

Los recuerdos en el lado derecho, almacenados en el sistema límbico, no se expresan mediante palabras sino en reacciones emocionales. Cuando los recuerdos traumáticos se verbalizan se involucra el hipocampo en el proceso y gradualmente se disminuye la intensidad emocional del recuerdo. Esta es la fundamentación en que se basa el estimular a las víctimas de trauma a hablar de sus experiencias no solamente una vez, sino muchas veces (es decir, crear la narración) hasta que la intensidad de la emoción se atenúe.

El estrés y el cerebro: la sensibilización

La sensibilización de la función del cerebro requiere el uso de la función del cerebro. Los circuitos neuronales se crean al responder a las exigencias del entorno, es decir, a lo que sucede en el mundo del niño. La repetición de experiencias activa esos circuitos, los fortalece y los estabiliza. Desgraciadamente el fortalecimiento ocurre tanto con las experiencias positivas como con las

negativas. Los circuitos se pueden activar más y más fácilmente mientras más se sometan a la experiencia.

Naturalmente, las distintas partes del cerebro maduran en diferentes edades. Cómo esas partes trabajan en conjunto depende en gran medida de las experiencias en la vida del niño y, por lo tanto, también de las experiencias en la vida del adulto resultante.

El sistema cognoscitivo madura mucho más tarde que las partes experienciales y conductuales del cerebro. El estrés excesivo puede de hecho “cerrar” el cerebro pensante, especialmente las zonas del lenguaje en el hemisferio izquierdo. Esto pone al sistema cognoscitivo en corto circuito y la persona se queda con solamente las reacciones autonómicas de respuesta al estrés.

Es fácil comprender entonces por qué las experiencias tempranas en el niño, especialmente aquellas que tienen que ver con el proceso de vínculo familiar, pueden afectar al niño durante toda su vida para bien o para mal.

SECCIÓN 8

EL PROCESO TERAPÉUTICO

Como en el amor verdadero, la terapia nunca funciona sin dificultades. ¿Cuáles son los principales obstáculos?

Expectativas del terapeuta

Como terapeuta todos quisiéramos que el tratamiento tropezara con un mínimo de interrupciones y dificultades, para beneficio, tanto del paciente como de nosotros mismos. Lamentablemente, esto puede llevarnos a expectativas irreales que subviertan todo el proceso. No podemos predecir lo que va a suceder, o cómo va a suceder, porque la psicoterapia está ella misma, por definición, en proceso y evolucionando.

El Dr. Richard Kluft, psiquiatra estadounidense y una de las internacionalmente conocidas autoridades en trastornos disociativos, se refiere frecuentemente a las **Dimensiones del Movimiento Terapéutico**, es decir, las cualidades específicas del progreso de la terapia, lo cual indica hasta que punto el paciente va bien o mal. (Dissociation, Vol. VII, 1, marzo 1994). Estas dimensiones son: (Ver figura 10)

Figura 10. Dimensiones del movimiento terapéutico

- Doce Dimensiones**

 - Alianza terapéutica
 - Integración
 - Capacidad para adaptarse a un cambio
 - Manejo del estrés en la vida.
 - Responsabilidad de los alternos para auto controlarse.
 - Freno a ponerse en peligro
 - Calidad de relaciones interpersonales
 - Necesidad de medicamentos
 - Necesidad de hospitalización
 - Resolución de los fenómenos de la transferencia
 - Menos necesidad de contactos entre sesiones
 - Sensación de bienestar personal mejorada

1. **Alianza Terapéutica.** La calidad de la relación profesional entre el terapeuta y su paciente es el factor más importante para la evaluación del adelanto en el tratamiento. Necesita atención y reevaluación constantes. Nos inclinamos a pensar que todo va bien cuando no aparecen dificultades. Esto, sin embargo, no siempre refleja la realidad. Puede significar, por ejemplo, que el paciente "se ha encerrado" porque teme ofendernos o molestarnos, o que nosotros pudiéramos rechazarlo porque no queremos ocuparnos más de él. Partes de la estructura de su personalidad pudieran no querer darle acceso al terapeuta a otros estados de ego, y esto puede impedir una satisfactoria alianza terapéutica.

2. **Integración.** El concepto de integración, o sea, la reunificación de la estructura de la personalidad, es considerada por los terapeutas como la meta fundamental de la terapia. Sin embargo, como he dicho anteriormente, otros (como yo) difieren en este punto. He encontrado que a algunos pacientes les asusta mucho la idea de la "integración" porque creen que se convertirán en una especie de viscosidad amorfa, o que uno quiere deshacerse de todos los estados de ego que no nos gustan (los estados de ego difíciles, gruñones o enojados) y mantener aquellos que nos gustan. Personalmente, encuentro más útil el término "resolución". La **resolución** significa que cada estado de ego conozca a los demás, que no queden secretos entre ellos, que no haya más sabotaje interno y/o autodaño y que todas las decisiones las tomen los adultos del sistema. En fin, es como una mancomunidad en cooperación o una junta directiva. Por alguna razón, este concepto no produce la misma reacción negativa que parece provocar el de la "integración".

Es importante recordar que, en momentos negativos o difíciles, nuevos estados de ego pueden formarse para lidiar con nuevas situaciones tales como la alianza con el terapeuta: un estado de ego de "niña buena" que hace todo lo que el terapeuta le pide. Debemos estar muy atentos a esta posibilidad y muy firmes al tratarla. No resulta difícil disolver un estado de ego nuevo como éste en su etapa inicial, agradeciéndole que haya venido, explicándole que ha ayudado y diciéndole que ahora puede regresar por donde vino. (Nota: esto no se puede hacer con estados de ego que han existido por largo tiempo y ya constituyen parte integral del sistema).

3. **Capacidad para el cambio adaptativo.** La destreza del paciente para aprender nuevas estrategias de adaptación al adquirir habilidades de manejo y solución de problemas es sumamente importante. Constituye un indicio de que la percepción que tiene de sí mismo cambia: de percibirse como un ser inútil o incompetente a percibirse como un ser creativo o valioso. Sin embargo, debido a que las estrategias que el paciente usa en la vida están tan íntimamente relacionadas con sus estados de ego, el cambio de percepción no resulta de fácil comprensión para el paciente. Y comprende aún menos la necesidad de cooperar con este cambio, porque por muchos años han sido los diferentes estados de ego los que han manejado individualmente los diferentes asuntos.

4. **Manejo de factores estresantes.** El estrés nos afecta a todos, pero muchos sobrevivientes de trauma encuentran que lidiar con factores estresantes es muy difícil, aún aquellos que otras personas considerarían mínimos. Sin embargo, no importa lo que otros piensen al respecto. Si el paciente tiene dificultades con sucesos relacionados con el estrés, es importante establecer orientaciones y criterios que permitan manejar situaciones estresantes. Por otra parte, las estrategias para lidiar con estas situaciones están muy ligadas a los estados de ego, y podrían resultar menos útiles de lo que quisiéramos.

5. **La responsabilidad de los "alternos" en la autogestión.** El término "alterno" se refiere a partes estructurales de la personalidad que están compartimentadas en conductas y manifestaciones distinguibles. Actualmente, el término "estado de ego" se utiliza con más frecuencia que el término alterno. A medida que la terapia avanza, una de las indicaciones de

progreso es la capacidad de los distintos estados de ego para asumir la responsabilidad de administrar su propia casa dentro del sistema y, entonces, con el tiempo, cooperar con los demás estados para beneficio del sistema en general. A veces, el llegar a un acuerdo o contrato puede ser útil para ayudar a los estados de ego a mantenerse firmes en la autogestión sin utilizar apoyaturas contraproducentes, tales como el abuso de sustancias.

6. Control sobre la auto-agresión. Esto a menudo tiene que ver con el control de los impulsos y con el mantenerse emocional y físicamente seguro. Uno de los factores de complicación en este aspecto de la terapia es la creencia de algunos estados de ego de que otros estados de ego necesitan protegerse de ellos mismos. Esto se refiere particularmente a la idea de proteger al "anfitrión", o sea, a la parte que usualmente se presenta al terapeuta, o a la persona pública del paciente. Esto conduce al sabotaje dentro del sistema, que puede tomar la forma de auto-agresión (cortarse, etc.). Debemos recordar que ésta es una forma inversa de protección, por ejemplo: "si se corta, lo pondrán en un hospital y se sentirá seguro allí hasta que se le pase el estrés", o "le está contando demasiado al terapeuta, y éste pudiera lastimarlo, como le ha pasado en otras ocasiones al tratar de contarle a otras personas lo que le pasaba."

7. La calidad de las relaciones inter-personales. Para muchos (si no para la mayoría) de los sobrevivientes de traumas que han devenido disociados, las relaciones personales se han hecho virtualmente imposibles por mucho tiempo. Aún los casados la pasan muy mal, y muchos matrimonios se rompen bajo el estrés. Mucho tiene que ver con la necesidad de confianza que es necesaria en las relaciones serias, y la incapacidad de quien ha sufrido abuso de confiar en ninguna persona, aún en quienes aman. Una mejoría en la calidad de estas relaciones indica que la terapia está comenzando a abrir nuevas posibilidades (no importa lo vago y temible que parezcan) para una vida más exitosa y agradable.

8. Necesidad de medicamentos. En general, la mayor parte de los pacientes disociados evolucionan bien sin medicamentos. Es más, muchos, si no la mayoría, reaccionan mejor sin medicamentos por la forma idiosincrásica en que éstos son metabolizados en el paciente disociado. Sin embargo, hay momentos en que hacen falta. Cuando su necesidad disminuye, y la persona lo está pasando bien sin los mismos, el pronóstico general mejora.

9. Necesidad de atención hospitalaria. En la misma forma en que disminuye la necesidad de medicamentos, también se reduce la necesidad de hospitalización. (Ver el epígrafe 6).

10. Solución de fenómenos en la transferencia. La transferencia y la contra-transferencia están casi siempre presentes en la psicoterapia. El paciente transfiere al terapeuta un estado emocional o una reacción que ha sido parte de una relación en su vida, y a su vez el terapeuta tiene una contra-reacción a la transferencia. El terapeuta tiene que manejar su propia contra-transferencia mientras, al mismo tiempo, ayuda al paciente a manejar la suya. Una discusión abierta es la única forma de resolver estas situaciones, y resulta exitosa en casi todos los casos. Esto es difícil para el paciente, porque, como en otras situaciones, teme ser rechazado si habla con franqueza de sus emociones.

11. Contactos entre sesiones. Si el paciente solicita o no contactos entre una sesión programada y la siguiente indica su capacidad para atenderse a sí mismo hasta el momento de la próxima cita. Por supuesto, hay momentos en que el contacto entre sesiones puede ser apropiado y hasta indispensable. Es importante dejar claros los límites de esta posibilidad, y hacerlo temprano en la terapia. Es necesario dar orientaciones claras en este sentido respecto de las horas y frecuencia de llamadas telefónicas, número de visitas por semana, renovación de recetas, etc. No podemos esperar que el paciente las sepa intuitivamente, ya que no son parte de sus

experiencias en la vida. En las primeras sesiones de la terapia puede ser necesario explicar al paciente más de una vez la importancia de respetar limitaciones y barreras adecuadas.

12. **Bienestar subjetivo.** A medida que la terapia avanza, uno busca señales de mejoramiento en el bienestar del paciente. Se sienten mejor, duermen mejor, comen mejor; se hacen más sociables; sienten menos ansiedad o desesperación; se reducen los síntomas fisiológicos o comienzan a desaparecer. A menudo esto le parece al paciente demasiado bueno para ser verdad y no se atreve a creer que va a continuar. Tranquilizar al paciente en este sentido es muy importante, aclarándole al mismo tiempo que el tratamiento continúa, y que es probable que aparezcan otros desafíos en el camino. Por el momento, sin embargo, debe disfrutar de la mejoría y esperar indicios todavía mejores en el futuro. Esto puede ser una maniobra de equilibrio difícil, ya que se trata de tranquilizar al mismo tiempo que de advertir en contra de un optimismo prematuro o falso. Recuérdese que los pacientes frecuentemente se sienten ansiosos o mal justamente antes, durante o después de las sesiones de terapia.

Una técnica útil es mantener al día un registro donde estas doce dimensiones se revisen a intervalos regulares, de manera que el patrón de los cambios se haga claramente visible.

Expectativas del paciente

Es normal en cualquier paciente esperar una cura milagrosa. También lo quisiéramos nosotros, pero esto casi nunca sucede. En los estadios terapéuticos más estables, los pacientes se desalientan y se preguntan por qué no mejoran más rápidamente, aún cuando estén adelantando excelentemente. Es natural que el terapeuta reconozca la mejoría mucho antes que el paciente, y a veces le puede resultar difícil convencer de ello al paciente. Podemos tratar de tranquilizarlo diciéndole: "Yo lo veo más claro que usted porque yo estoy fuera de su situación y la veo más objetivamente. (En realidad, esto pocas veces convence al paciente, pero hace que el terapeuta se sienta mejor.)"

Confianza

La mayor dificultad que sufre una persona traumatizada es probablemente su incapacidad para confiar. No importa dónde o cómo el trauma se produjo, y esta situación es tanto más verdadera cuando se trata de un trauma crónico, ya sea en su hogar, en la guerra, una violación o cualquier otra experiencia devastadora. Como hemos dicho antes, estas víctimas han aprendido que es peligroso confiar, y que confiar en aquellos que se supone los quieren y los protegen, es lo más peligroso.

Por consiguiente, la falta de confianza aparece una y otra vez. Cuando el terapeuta cree que ya el problema ha sido resuelto, resurge una, otra, y otra vez más.

La única forma de vencer en estos episodios es enfrentarse al problema con delicadeza pero con firmeza. "¿Cree usted que tenemos aquí entonces un problema de confianza?" Esto le da al paciente la oportunidad de expresar sus preocupaciones, y al terapeuta de responder de forma abierta, invitando a una nueva discusión y tranquilización. La tranquilización repetida, sin embargo, no tranquiliza. Una técnica mejor es invitar a uno de los **Protectores del Sistema** a observar al terapeuta cuidadosamente y a manifestar si encuentra que algo no está bien, no se está haciendo adecuadamente o es peligroso para el paciente. Parte de la complicación es que el paciente quiere desesperadamente confiar, pero no sabe cómo. Además, el paciente puede temer

que el terapeuta lo abandone si admite falta de confianza y, por lo tanto, no la admite. En estos casos, trabajar en colaboración con el estado de ego **Protector** a veces ayuda.

Escapar hacia el bienestar

De vez en cuando el paciente aparece a su cita en la consulta radiante de felicidad anunciando que se siente mucho, mucho mejor, es más, que se siente curado. A nuestras preguntas, orgulloso nos describe fenómenos normales, tales como co-consciencia, recuerdos situados en un lugar seguro, sin ataques de pánico, duerme bien, se siente estupendamente bien, etc. ¡Se siente dueño del mundo y todo su sufrimiento y su trauma han desaparecido! Ojala pudiera ser tan fácil...

Esta situación ya fue tratada en una página anterior. Una de las tareas más difíciles en estos casos es la necesidad de advertir al paciente que mañana o pasado mañana pudieran sufrir una recaída. Si esto sucede, se sentirán doblemente descorazonados y pensarán que la terapia es una pérdida total de tiempo, esfuerzo y dinero.

Acceso al terapeuta

Muchos pacientes piensan que el terapeuta debe y tiene que estar disponible a cualquier hora del día o de la noche, cuando sufran una crisis y se molestan cuando no resulta así. Esta disponibilidad, sin embargo, tiene límites y fronteras, y es necesario que se sepa qué momento es el apropiado para tener acceso al terapeuta.

En general, hay que tener en cuenta que la mayoría de los pacientes disociados han sufrido la invasión de sus fronteras personales una y otra vez, y por esa razón no tienen idea de qué pueden esperar y qué no. Esta es una de las cosas que se les debe enseñar, y la mejor forma de hacerlo es con el ejemplo. Si permitimos que se violen nuestras propias fronteras, si recibimos llamadas telefónicas a cualquier hora, o hacemos largas visitas a domicilio, o permitimos que una consulta se prolongue mucho más de lo apropiado, especialmente si hay otros pacientes esperando, no los estaremos ayudando a comprender qué son las fronteras personales.

A menudo esta frontera es muy estrecha. Naturalmente debemos ser accesibles cuando se trata de una verdadera crisis, que pudiera poner en peligro sus vidas. Nuestra tarea es ayudar al paciente a darse cuenta de su propia capacidad para manejar la mayor parte de sus crisis y poder esperar hasta el día siguiente, cuando se pueda contactar al terapeuta en su consulta.

Las amenazas de suicidio son de considerar en estos casos. Puede ser difícil diferenciar entre una amenaza que resulta de la necesidad que él cree tener de recibir atención, (y esto no lo decimos en ninguna forma despreciativa, porque se trata de una necesidad real), y una amenaza que en realidad pudiera cumplirse.

Una técnica que generalmente funciona es hacer un "contrato de seguridad": la firma de un contrato formal, escrito, en el cual el paciente se compromete a protegerse por un período determinado de tiempo. Este plazo pudiera ser, por ejemplo, hasta la próxima visita en la semana siguiente o cualquiera otra fecha que parezca razonable. Los pacientes rara vez rompen este tipo de contrato. Es muy importante para ellos que se les crea, lo cual hace que no mientan. Si se comprometen a protegerse, lo cumplirán. Es posible, también, hacer este tipo de contrato telefónicamente, especialmente si el plazo acordado le parece aceptable al paciente ("...hasta cuando nos veamos mañana a las diez de la mañana").

SECCIÓN 9

PELIGROS, DIFICULTADES Y FRACASOS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

Como en cualquier tarea terapéutica, hay peligros para los cuales debemos estar sobre aviso. En este capítulo presentaremos algunas de las dificultades principales que vamos a encontrar durante el desarrollo de la terapia.

Transferencia y contratransferencia

La transferencia y la contratransferencia son muy comunes en el trabajo con pacientes disociados, lo cual ya mencionamos brevemente en la sección sobre el desarrollo de la terapia.

La **transferencia** aparece cuando el paciente asocia, muchas veces subconscientemente, algún parecido entre las características del terapeuta y uno de los abusadores. Quizás su voz o alguno de sus gestos le recuerda a su padre o a su madre; tal vez su peinado, una palabra, la forma de caminar o su postura, lo conectan (frecuentemente a nivel subliminal) con otra palabra o forma de caminar relacionados a un incidente penoso o una situación pasada o experiencia traumática.

Cuando esto sucede, el paciente comienza a asociar al terapeuta con el abusador. La simpatía empieza a debilitarse y puede llegar a desaparecer totalmente, y aflora el antagonismo o la ira. Esa interferencia puede comenzar a perjudicar la alianza terapeuta-paciente y desviar el tratamiento. Esta asociación puede no estar clara para el paciente, quien siente que su relación con el terapeuta se debilita y se pregunta por qué. Entonces la irritación, la molestia y hasta la ira pueden surgir y a menudo surgen.

Por otra parte, el paciente puede darse cuenta de la conexión y decírselo al terapeuta. Puede existir un deseo explícito o implícito de que el terapeuta cambie su comportamiento para satisfacción del paciente y eliminar así la influencia que interfiere. Esta posibilidad puede no ser del agrado del terapeuta.

La **contratransferencia** es la reacción del terapeuta a esta situación y puede incluir un desagrado hacia el paciente debido a ese atrevimiento. Puede haber disgusto y pueden alzarse las voces. El riesgo es que el desarrollo de la terapia se vea afectado.

En estas situaciones la solución está clara: el terapeuta debe darse cuenta de su propia reacción y reconocer la transferencia por lo que realmente es --una interferencia potencial en el proceso terapéutico-- y manejarla profesionalmente y con compasión. No es culpa del paciente que la transferencia exista. Es obligación del terapeuta reconocerla, traerla a la superficie y trabajar con el paciente para neutralizarla. No es tan difícil como parece. Una discusión clara puede ser lo único que haga falta. Alguna medida de seguridad, una contraseña que el paciente pudiera repetir silenciosamente, o unos minutos de pausa pueden ser muy útiles en estos casos.

Fronteras y límites

Estos temas también fueron tratados en la Sección 8 bajo el subtítulo "Acceso al terapeuta".

Fronteras y límites se refieren a la invasión de la vida y circunstancias de una persona de forma desventajosa para quien la sufre. Lo más importante a tener en cuenta es que el paciente

probablemente tiene una larga historia de este tipo de violación de sus propias fronteras personales, y no tiene modo de identificar las fronteras y límites por lo que son, o sea, esas pequeñas cercas o vallas de respeto que deben existir para delimitar el territorio privado de cada uno en sus relaciones con otra persona.

Los límites usualmente se refieren a situaciones específicas, a menudo relativas a la organización del tiempo: el número de llamadas en horas no laborables; el tiempo que debe pasar antes de que una receta o prescripción deba renovarse; la duración de una sesión terapéutica salvo en circunstancias excepcionales, etc.

El terapeuta debe plantear muy claramente estos límites desde la primera sesión. Estos deben establecerse como reglas de juego. Deben ser planteados y definidos claramente, dándole oportunidad al paciente para hacer preguntas y ofrecer alternativas para aquéllas que él o ella considere inaceptables, injustas o demasiado restrictivas

Las fronteras son menos precisas que los límites, pero no menos importantes; todo el contrario, aún más importantes. A menudo incluyen la necesidad que siente el paciente de tener al terapeuta permanentemente a su alcance, incluyendo noches, fines de semana y días de fiesta. La discusión probablemente incluya el tema de qué constituye una "crisis", y un acuerdo relativo al comportamiento a seguir en una situación de crisis

No es raro que el paciente quiera traerle pequeños regalos al terapeuta para expresar su aprecio. Pudieran ser pasteles, flores o dulces que el terapeuta haya mencionado casualmente alguna vez. Si el terapeuta los rehusara o vacilara en recibirlos el paciente se sentirá rechazado y se encerrará todavía más en sí mismo.

Terapeuta y paciente deben tener una clara discusión sobre estos temas. Muchos terapeutas aceptan muy bien estos pequeños regalos, pero a otros les resulta incómodo. Lo más importante es que el paciente no tenga la sensación de haber hecho algo malo, sino que sólo es un mal entendido de las reglas.

Existen también diferencias culturales que deben ser reconocidas. Lo que es apropiado en una cultura pudiera no serlo en otra.

Un aspecto importante de tener claras estas fronteras es la oportunidad que le ofrecen al paciente de descubrir sus propias fuerzas. Si, por ejemplo, el paciente reconoce que el domingo a las seis de la mañana no es adecuado telefonar al terapeuta a no ser por algo realmente crucial, y es capaz de poner su situación "en espera" por unas horas, o hasta el lunes, lidiando mientras tanto él solo con el problema, entonces podrá sentirse orgulloso de su logro.

Todo esto implica que tanto el paciente como el terapeuta deben trabajar de conjunto en la forma de manejar las situaciones difíciles y las medidas de seguridad. Debemos recordar siempre que, para que el paciente respete las fronteras, nuestro trabajo es enseñarle esas fronteras y darle ejemplos concretos. Es posible, por ejemplo, que al paciente, durante toda la vida, otros miembros de la casa le hayan abierto la puerta de su habitación sin ninguna ceremonia o respeto a su privacidad. Ahora hay una oportunidad de enseñarle el respeto a nuestra privacidad y asegurarle al mismo tiempo que nosotros respetaremos la suya.

Los pacientes disociados son frecuentemente acusados de ser "manipuladores". Por supuesto que lo son, ya que es la única forma que han aprendido para manejar el mundo. Pero esta "manipulación" se debe a que no comprenden o no respetan las fronteras, lo cual nunca han aprendido a hacer. Una parte significativa de la sesión terapéutica es la enseñanza, y los temas

de fronteras y límites son lecciones a impartir si el paciente ha de reconocer la importancia de sus propias fronteras y a respetar las de los demás.

Confianza

Anteriormente hemos mencionado la incapacidad para confiar. Efectivamente, de la misma forma en que ésta siempre aparece en el intercambio que se desarrolla durante la terapia, suele asomarse en casi toda discusión de fenómenos disociativos.

La falta de confianza, como hemos dicho, no debe sorprendernos. Es más, lo sorprendente sería que el paciente mostrara una confianza implícita en el terapeuta y en el propio proceso durante el tratamiento. El trauma infligido con premeditación implica que la confianza ha sido ignorada, desacreditada y/o burlada. Por lo tanto, no es razonable esperar que alguien con un trastorno de origen traumático muestre confianza, y mucho menos en un adulto con autoridad. Debemos recordar que el subconsciente es muy protector y reacciona a la más mínima señal durante todas las interacciones, terapéuticas o no. Sucede lo mismo con los estados de ego protectores. La más mínima señal es suficiente para levantar las barreras. Este paciente es una persona que ha tenido que estar atenta a tales señales durante la mayor parte de su vida y es una verdadera experta en detectarlas y, por supuesto, muchas veces las sobre-interpreta. "Más vale precaver que tener que lamentar", dice el refrán.

Sin embargo, los fracasos pueden suceder cuando: (a) la posibilidad de falta de confianza existe en la mente del terapeuta, o (b) la contratransferencia del terapeuta interfiere con la alianza terapéutica.

Otra posibilidad, que no es realmente rara, es que el paciente desarrolle un nuevo estado de ego que puede tener y, de hecho, tiene confianza en el terapeuta. Aunque parezca una buena solución, esto simplemente refuerza la idea de que continuar disociando es la forma de resolver los problemas. Esto es contraproducente cuando estamos haciendo un esfuerzo especial para convencer al paciente de que disociar nuevos estados de ego no es la forma de resolver todos los problemas.

Se requiere paciencia de ambas partes (aunque no es fácil de encontrarla en alguien cuyas expectativas se han frustrado desde la infancia). Una discusión amplia y franca es vital en estos casos. El superviviente de un trauma también desconfía de esta clase de discusión; el antecedente es que esa franqueza históricamente le ha traído más castigo.

Este es un terreno en el que la terapia cognoscitiva --el desmantelamiento de conclusiones erróneas y su sustitución por nuevas capacidades para la reconstrucción cognoscitiva-- puede ser muy útil.

Ingenuidad del terapeuta

Los fracasos más desalentadores son frecuentemente aquellos causados por la ingenuidad del terapeuta.

Como consejeros, todos los terapeutas esperan poder hacer lo mejor para ayudar a sus pacientes. Están llenos de buenas intenciones. Han estudiado mucho y creen sinceramente que pueden ayudar. Todo esto es verdad, pero también es verdad que la psicoterapia en un paciente **disociado**, o uno que sufre de algún otro trastorno de origen traumático (trastorno postraumático,

amnesia disociativa o fuga psicógena, trastorno de personalidad limítrofe (*borderline personality*), u otro) es desafiante y a menudo desalentador, de manera que los terapeutas deben estar preparados para manejar ese desaliento. Mientras más nuevo sea uno en este campo, más difícil le será sobrellevar las vicisitudes de las interacciones paciente-terapeuta.

Para la estabilidad emocional del paciente y del propio terapeuta, es imprescindible tener la supervisión de colegas más experimentados y mantener con ellos frecuentes intercambios. A la larga, los pacientes casi siempre son espléndidos en el perdón de las fallas de sus terapeutas, siempre que sus buenas intenciones estén claras. Todos aprendemos la mayor parte de lo que sabemos de nuestros pacientes, pero esto no nos excusa de no buscar ayuda cuando nos metemos en "camisas de once varas" y no reconocer lo que está pasando. Con el tiempo, a medida que acumulamos experiencia, podemos detectar trampas potenciales más fácil y rápidamente, así como desarrollar técnicas útiles para evadirlas.

Subestimar estados de ego malévolos o sabotadores

Lo que sigue es realmente una ampliación de lo comentado anteriormente sobre el terapeuta ingenuo. Resulta fácil subestimar la rabia profunda y cruel que algunos de nuestros pacientes sienten en su corazón, cruel porque ha nacido de la crueldad. Los terapeutas pueden ciertamente saber cómo y por qué existe esta crueldad, pero frecuentemente tienen la creencia de que no es tan terrible como parece.

Desafortunadamente, muchas veces en realidad es tan terrible como parece, o peor. Además, la rabia puede aparecer disfrazada, y manifestarse, por ejemplo, como coquetería, seducción, o fantasía, y hasta como un súbito escape al bienestar que se torna agresivo cuando es evidente que el terapeuta ha sido engañado y ha respondido subestimando burdamente el daño que pudo generar, o generó en el paciente. El daño también pudiera ser para el propio terapeuta en forma de humillación, más que de daño físico, o la ruina de años de arduo trabajo. Más a menudo, amenaza con borrar todo vestigio de la alianza terapéutica lograda hasta ese momento. Si había problemas de confianza, habrá ahora una alta cerca de alambre de púas.

Los estados de ego malévolos lo son por la siguiente razón: con esa persona se han cometido injusticias increíbles. Como terapeutas lo comprendemos, pero tenemos que ayudar a nuestro paciente a manejar el sabotaje, el odio y la furia. Esta es una de las áreas en la que la consulta con colegas experimentados es imprescindible.

Para el Trastorno de identidad disociativo (TID): los peligros, dificultades y fracasos se concentran en la transferencia, la contratransferencia, las fronteras y los límites, la confianza y la ingenuidad del terapeuta.

Para el Trastorno disociativo no especificado (TDNE): los peligros, dificultades y fracasos se concentran en la confianza y en los temas de personalidad limítrofe (*borderline personality*) como, por ejemplo, la "manipulación".

SECCIÓN 10

PRECAUCIONES PARA TERAPEUTAS Y FAMILIARES

Esta sección es una continuación lógica de la sección anterior sobre los peligros y las dificultades del proceso terapéutico, porque uno de los mayores peligros es no protegernos y no proteger a nuestras familias.

El trabajo con pacientes altamente disociados es una tarea difícil y agotadora, tanto física como emocionalmente. Si permitimos que el agotamiento se establezca, va a ser muy difícil vencerlo. Esta posibilidad es una de las principales razones por las que se deben establecer y mantener buenos límites y fronteras.

Aún más, sentirse cansado no es el único problema (¡aunque ciertamente es un problema!) pero existe la posibilidad de tomar malas decisiones, o de no pensar con claridad debido a la fatiga o el agotamiento.

Es, por lo tanto, muy importante que los terapeutas establezcan fronteras y límites para ellos mismos. Estos pueden incluir mejor administración de las horas de consulta, involucrar a colegas en la cobertura de fines de semana o de emergencias, y delinear con precisión el tiempo a dedicar a su familia y ser estrictos en su observancia.

Traumatismo secundario

Debido al carácter confidencial de los asuntos, vale la pena coordinar con otro profesional cuando sea necesaria una sesión de descarga de información. El traumatismo secundario es una posibilidad muy real. Puede incluso introducir una especie de respuesta disociada en el terapeuta. Al igual que en muchas otras situaciones, las personas fuera del conflicto ven las cosas más claras que aquellas que están dentro. Alejarse de la terapia por un tiempo puede ser recomendable.

El traumatismo indirecto requiere tanta atención como el traumatismo primario. Un terapeuta emocionalmente involucrado, a punto de su propia respuesta de estrés postraumático, no va a ser de ninguna ayuda para el paciente.

Co-terapeutas

Tener un co-terapeuta, aunque sea a tiempo parcial, es frecuentemente una solución satisfactoria. Es más, puede ser un buen ejemplo de que “dos cabezas piensan mejor que una” cuando se trata de técnicas terapéuticas innovadoras. Si cada uno de los co-terapeutas tiene su propia intervención preferida, tanto mejor. Esto no va a confundir al paciente cuando se le expliquen las ventajas.

Los pacientes necesitan estar bien preparados para la introducción de un co-terapeuta. Recuerde que tal situación puede llevar el tema de la confianza a su límite. Desde la perspectiva del paciente ya ha sido un gran esfuerzo llegar a tener confianza en un terapeuta; la imposición de otro terapeuta no va a ser recibida con alegría. Eso no significa que no vaya a funcionar; por lo general, funciona extremadamente bien. Pero es esencial una buena preparación.

La co-terapia no significa “un tipo bueno y un tipo malo”. Por el contrario, ambos terapeutas deben estar trabajando por el bienestar del paciente y esto debe ser evidente; sin embargo, una de las mejores cosas de un co-terapeuta es que uno puede tener una perspectiva ligeramente diferente a la del otro y/o una forma ligeramente diferente de presentar algo. Estas posibilidades son altamente ventajosas para el paciente y de apoyo para el terapeuta.

Tener un co-terapeuta en el cual puedan confiar tanto el terapeuta como el paciente, da también la oportunidad de escuchar posibles errores en la interpretación, o intervenciones incorrectas. Por ejemplo, si el paciente se ve claramente descontento o no responde bien a alguna intervención o técnica terapéutica, el co-terapeuta por lo general es capaz de percibir la situación de modo diferente y hacer sugerencias útiles. Los co-terapeutas necesitan tiempo, con regularidad y frecuencia, para conferenciar entre si sin la presencia del paciente; y todos los terapeutas deben ser receptivos al escuchar una idea o perspectiva diferente.

Superación y actualización

Todos los terapeutas necesitan tener la oportunidad de cursos de actualización, tanto para mantenerse al día como para tener apoyo de sus homólogos. Tener la posibilidad de narrar historias de desdichas a otros profesionales, y a su vez escuchar las de ellos, es muy estimulante. Compartir de tal modo no implica necesariamente pedir respuestas o soluciones a los demás, sino simplemente ventilar sentimientos de frustración con alguien que en realidad los comprenda, o compartir un éxito con un colega y disfrutar de un elogio.

El espectro de los trastornos de traumas, como ahora se llaman (trastornos disociativos y trastornos de estrés postraumático, trastornos de despersonalización, temores o ansiedades recurrentes como resultado de traumas anteriores, etc.), cambia rápidamente en la medida en que más y mejores investigaciones y publicaciones están disponibles. El conocimiento que tenemos actualmente, basado en nuevos estudios neurofisiológicos, explica muchas cosas que hace una década parecían contradictorias, intangibles o aparentemente imposibles de comprender.

Desgraciadamente, los cursos de superación y actualización no siempre son fáciles de encontrar. Por lo tanto, los terapeutas deben apoyarse en la correspondencia y en los grupos de apoyo mutuo, en los cuales un tema diferente pero específico pueda ser discutido en cada reunión.

Descanso y relajamiento

Es de gran importancia tener con regularidad tiempo libre, siempre que sea posible. Es realmente importante. He aquí otra ventaja de tener un co-terapeuta que ya conozca al (a los) paciente(s) y pueda hacerse cargo de la terapia y continuarla sin que se produzcan baches. El paciente conoce al terapeuta y se garantiza la continuidad.

El tiempo libre significa, más que no ir a la consulta, utilizar el tiempo para dejar salir tensiones, disfrutar de tiempo con la familia y fortalecerse emocional y físicamente.

Estar quemado (*Burn-out*)

La frase “estar quemado” ha llegado a significar tener un nivel de estrés tal que interfiera con la ejecución de los deberes y las obligaciones profesionales, y debe reconocerse y tratarse como tal.

El reconocimiento generalmente proviene de otras personas y no del que lo padece. Los colegas y los miembros de la familia son, por lo general, los primeros en darse cuenta de que hay un problema creciente; también, el personal de la consulta, aún los propios pacientes, pueden percibir la paulatina incapacidad que le impide hacer el trabajo. Es triste pero cierto que lo que podamos reconocer en otros, seamos deliberadamente renuentes a reconocerlo en nosotros mismos.

Mal humor, impaciencia, sentirse torpe en la mañana, no desear salir de la cama y mucho menos ir a trabajar, irritación y altercados familiares, son señales de alarma.

Cuando los síntomas anteriores comienzan a degenerar en depresión, ansiedad, pérdida del apetito, dependencia del alcohol, insomnio, u otros trastornos psicológicos, entonces debe decirse al terapeuta con claridad y énfasis que necesita una licencia médica y que requiere ayuda profesional. Con frecuencia la situación --muy clara para el observador-- será rechazada con fuerza por el terapeuta que la esté padeciendo. Una confrontación en el equipo, de forma delicada, directa y muy objetiva, puede ser el mejor enfoque.

Una vez que se haya proporcionado la intervención psicológica y el tiempo de recuperación, es sabio tener una opinión de fuera sobre la programación adecuada para regresar al trabajo.

Recomendaciones para la familia de los pacientes

El núcleo familiar donde reside el paciente también tendrá que lidiar con elementos causantes de gran estrés. Todas las recomendaciones anteriores se aplican también a ellos. Sin embargo, aquí hay otro factor que complica las cosas: el paciente es un miembro de la familia –esposo o esposa, hijo o hija– y no es realista esperar una respuesta no personalizada. Las emociones se disparan y el péndulo va de la esperanza a la desesperación, de expresiones de amor y comprensión a expresiones de impaciencia o ira, de una lúgubre decisión de capear el temporal a una sensación de futilidad. Es un camino con obstáculos. Frecuentemente hace crisis cuando el paciente (miembro de la familia) ha estado en terapia por un año. El sentimiento de “¿Por qué no ha mejorado?, ¿Qué es lo que anda mal?”, se mantiene en las mentes de aquellos que sintiendo afecto; no pueden comprender al miembro de la familia que es disociado.

Tener sesiones con la familia, con una frecuencia razonable, con o sin la presencia del paciente según sea el consentimiento mutuo, es algo que ayuda. Tales sesiones no son para discutir el progreso del paciente; son más bien para discutir los factores estresantes de los miembros de la familia. El proceso terapéutico es entre el paciente y el terapeuta, y es absolutamente confidencial, tanto para la familia como lo sería para un extraño que pidiera información.

A veces, las habilidades de un buen terapeuta familiar o matrimonial ayudan a reparar o a fortalecer una relación, del mismo modo en que tales intervenciones son útiles cuando los miembros de la familia no son disociados pero hay cuestiones intrusivas que tratar. Es una tentación culpar a la disociación como causa de todos los problemas. Esto no es necesariamente así y utilizarla como el chivo expiatorio es injusto y poco realista. Más aún, el paciente con frecuencia lo percibe como un ejemplo más de que es una mala persona.

Los niños en las familias donde uno de los padres es disociado requieren atención especial.

Los niños son increíblemente intuitivos y sabrán desde muy temprana edad que, por ejemplo, hay diferentes “Mamis”: la que se sienta en el suelo a jugar con ellos; la que se muestra iracunda con ellos; la que habla sola con frecuencia; la que es cariñosa con Papi; y la que no lo es, etc. También se dan cuenta, cuando son un poquito mayores y van a la escuela, que su mamá tiene algo diferente a las mamás de los otros niños. Por lo general, el niño acepta esto; después de todo es lo único que él ha conocido, y lo toma bastante bien.

Sin embargo, en la misma medida en que el matrimonio frecuentemente se ve afectado de modo negativo según la terapia avanza, el niño encuentra la situación extraña; el hecho de que las cosas sean más difíciles cuando la madre está en terapia a como eran antes, puede parecer extraño; pero el hecho es que lo conocido se ha vuelto desconocido y esto atemoriza.

Los niños necesitan tener alguien con quien hablar, que les pueda explicar de manera sencilla qué es lo que está pasando y que les ofrezca la confianza de que Mami se va a poner bien. (No estamos tratando de ignorar el hecho de que puede ser el padre quien sea disociativo, pero resulta incómodo en este texto estar escribiendo “madre o padre” todo el tiempo).

Los hijos de padres disociados corren un mayor riesgo de ser ellos también disociativos que los hijos de padres no disociados. Básicamente esto es probablemente porque la conducta del (de los) padre(s) disociado(s) es muy confusa y, por lo tanto, emocionalmente traumática para el niño. También el padre afectado puede abusar física o sexualmente del niño, lo que frecuentemente es la raíz de los trastornos disociativos. Por eso, es muy importante estar muy al tanto de la salud psicológica de los miembros jóvenes de la familia y chequearlos con regularidad sin molestarlos. Si el terapeuta llega a preocuparse, hay varios buenos cuestionarios para el diagnóstico que pueden indicar si hay algo de qué preocuparse o no. (Ver Sección 3). Esto nos lleva a la próxima sección.

SECCIÓN 11

CONSIDERACIONES SOBRE LA FAMILIA DE ORIGEN

La escuela para el entrenamiento de los trastornos disociativos es la familia. (Vea las Secciones 4 y 5).

¿Debe involucrarse a la familia de origen en la terapia?

La familia de origen está involucrada en la terapia quiéralo o no. El asunto es: ¿en qué forma y en qué medida debe ocurrir esto?, ¿Beneficia o interfiere en la terapia?

Historia

La historia de lo que ocurrió en la familia de origen comienza a verse claramente en la medida que el terapeuta escucha –y observa-- cuidadosamente mientras el paciente describe su situación actual. Preguntas tales como: ¿Cuándo cree Ud. que comenzaron estos problemas?, ¿Cuánto tiempo hace que está teniendo estas experiencias?, y ¿Dígame cómo fue su infancia?, alertarán al terapeuta sobre posibles problemas en el trasfondo familiar.

Estimular gentilmente y asegurar que es seguro hablar de estas cosas, generalmente tranquiliza la mente del paciente; pero es importante recordar que cuando ha habido trauma, invariablemente ha habido secretos también. No era seguro hablar de ello durante la infancia, entonces ¿por qué ha de serlo ahora? Los secretos de familia ocupan un lugar muy específico en nuestra mente subconsciente, mucho más que en la mente consciente, y hay inevitablemente protección subconsciente interna en acción. Los terapeutas experimentados saben que la historia cambiará y cambiará de nuevo según avance la terapia y los acontecimientos del pasado comienzan a aclararse y a caer en su lugar.

Participación de la familia de origen

Si la familia cercana conoce que su hijo o hija (o hermana o hermano) está en terapia, no es poco común que algún(os) miembro(s) de la familia piensen que tienen el derecho de participar y saber qué es lo que está pasando. De hecho, si el paciente es adulto, es enteramente la decisión del paciente si desea o no informar a los miembros de la familia.

No es una prerrogativa del terapeuta decirle nada a nadie sin la autorización específica del paciente. (Esto también incluye discutir el caso con el núcleo familiar --padre, madre, hijo, hija-- como mencionamos anteriormente). Debido a que con frecuencia han sido precisamente circunstancias dentro de la familia de origen las que han contribuido sustancialmente a la disociación, las discusiones del caso entre ellos y el terapeuta no son una opción.

Puede ocurrir, sin embargo, que el paciente desee hablar de aspectos de su vida temprana con los padres, y pida ayuda al terapeuta. En ese caso, es por supuesto adecuado que el terapeuta discuta, total y abiertamente con el paciente, los pros y los contras de tal situación. Pero, ¿qué

hacer cuando el paciente le pide al terapeuta que esté presente?. Es muy arriesgado para todas las partes: para el terapeuta que va a ser visto como un traidor por ambas partes, para los padres que frecuentemente no van a entender a qué se debe tanto alboroto y van a estar molestos hasta el punto de acusar al terapeuta de haber creado la situación; y para el paciente que va a sentir una combinación de ira, deslealtad a los padres, deslealtad al terapeuta, desesperación y/o depresión y sentimiento de culpa.

Tal vez la mejor solución sea que los padres y/o hermanos discutan la situación con un terapeuta independiente, que les pueda aconsejar como proceder.

Acusaciones

Las acusaciones pueden provenir de la familia de origen, como explicamos antes, contra el paciente por inventarlo todo o por mentir flagrantemente, o contra el terapeuta por crear el problema para beneficio propio o por cualquier otra causa. Más común, sin embargo, es la situación en que el paciente –en algún momento a mitad del proceso terapéutico– decide que quiere enfrentar y acusar a los padres o hermanos. Es frecuentemente un deseo de justicia, pero puede encubrir un deseo de venganza.

Aunque esto a veces se considera útil –una limpieza emocional– raras veces funciona así. Puede ser útil más adelante, cuando el paciente esté mucho más seguro de su propia autoconfianza. Ocurre con frecuencia que cuando se pospone el momento de la acusación hasta que el paciente esté mucho más estable emocionalmente, la necesidad de hacerlo disminuye bastante. Y como muchas veces han dicho varios terapeutas sabios y conocedores, la mejor “venganza” es ponerse bien. Durante esas largas horas de terapia, si todo evoluciona del mejor modo posible, aparecerán otras habilidades para lidiar con los problemas; y puede ser que el paciente, una vez bien, comprenda que el perpetrador no estaba bien y puede que todavía no esté bien. Darse cuenta de esto no exonera al perpetrador de sus actos. Solamente pone las acciones (y al perpetrador) en una perspectiva diferente.

Si el paciente continúa estando bajo la influencia del (de los) perpetrador(es) las dificultades de la terapia se hacen más agudas y pueden interferir, de forma muy perjudicial, con el progreso. De ocurrir eso, tal vez sea sabio desviarse un poco en la ruta de la terapia y trabajar en el fortalecimiento de las técnicas de autoconfianza. Después de todo el paciente se encuentra en un dilema emocional, atrapado entre amar y honrar a los miembros de la familia y al propio tiempo, saber en un nivel de conciencia profundo que lo que ocurrió estaba mal. Lo más importante es apoyar y alimentar los propios recursos emocionales del paciente.

Negación

Es muy común que los miembros de la familia de origen nieguen haber hecho daño, o que alguna situación traumática o de abuso ocurriera en la familia. Esto es de hecho acusar al paciente de mentir, y aumenta la tensión emocional significativamente.

Uno debe recordar que el propio perpetrador puede bien haber sido, o ser todavía, disociativo y realmente no recordar los incidentes que el paciente está describiendo. Proseguir es un caso perdido, y es una de las razones por las que las acusaciones son más bien una interferencia que un beneficio. Explicarle esto al paciente puede ayudar a mitigar la ira y la sensación que siente de estar abandonado y traicionado.

Abuelos

Es necesario recordar que los abuelos también son parte de la familia de origen, y son frecuentemente muy importantes para la estabilidad de la familia. Determinar la participación o no de los abuelos en las situaciones traumáticas originales puede ser un tema por si mismo. Hay ocasiones en que un abuelo ha sido el perpetrador; ¿cuál es entonces la situación respecto de la relación de ese abuelo con los hijos del paciente?. ¿Y cuál es la situación de los padres del paciente que son los abuelos de los hijos del paciente?

Los parámetros de cada familia son diferentes y las respuestas a esas preguntas pueden darse solo sobre una base individual. Pero hay que dar respuestas, para evitar abusos transgeneracionales. Puede ser que monitorear las visitas de los abuelos sea importante. Sin embargo, uno siempre desea evitar crear más complicaciones de las que ya existen.

Evidencia de traumatismo criminal

La evidencia de intención criminal, victimización y traumatismo (es decir, abuso sexual o físico deliberado y crónico) lleva a niveles superiores la posibilidad de casos en los tribunales o a cuestiones legales.

De haber evidencia de intención criminal, es aconsejable que el terapeuta busque asesoría legal en asuntos tales como historias clínicas, grabación de las sesiones de terapia, acusaciones, etc. Como cada país y cada jurisdicción tiene sus propias leyes y pueden ser diferentes de un lugar a otro, no vamos a profundizar más en este tema, pero debe considerarse dentro del contexto de la situación en particular.

Sumario

Esta sección ha tratado los aspectos relacionados con la familia de origen, que pueden interferir en la terapia de forma importante. Al considerar todos los factores, es importante discutir y explorar el cómo y el por qué del abuso, si los perpetradores en realidad hicieron lo que el paciente cree que hicieron, y la posibilidad de que esos perpetradores puedan ser disociados y, por lo tanto, creer en realidad que no actuaron como se les acusa de haberlo hecho.

La cuestión del perdón frecuentemente surge. Las personas tienen diferentes definiciones del perdón, por eso es tan importante determinar qué significa para el paciente (puede ser diferente de lo que signifique para el terapeuta) y qué entraña en cuanto a lo que se refiere a la reconciliación.

Con frecuencia, la solución más práctica y, en última instancia más cómoda, es desarrollar en el paciente una claridad y aceptación del pasado, al tiempo que haga lo que tiene que hacer para que esa sea una conclusión emocionalmente compatible.

Virtualmente todos los comentarios en esta sección se aplican por igual al TID y al TDNE.

SECCIÓN 12

SABOTAJE Y SABOTEADORES INTERNOS Y EXTERNOS

Saboteadores internos

Lo primero a recordar respecto de los saboteadores es lo mismo que debemos recordar en cuanto a los estados de ego: cada uno de ellos, a su manera, ha venido a intervenir y sigue interviniendo con el propósito de ayudar.

Desgraciadamente, resulta a veces difícil percibir esa "ayuda", porque parece justamente lo contrario; pero podemos ilustrarlo con una anécdota.

Una paciente con quien se habían cometido maltratos severos siempre recordaba que parte del maltrato involucraba el uso de serpientes. Eso la hacía sentir que tenía serpientes recorriéndole el cuerpo. Podemos imaginarnos lo angustiante de esa sensación. Pasado mucho tiempo, el terapeuta logró establecer contacto personal con el estado de ego cuya tarea era ocuparse de las serpientes. Después de trabajar muchas semanas con este estado de ego, el terapeuta le preguntó al estado Cuidador de Serpientes si la paciente ya podía ser liberada de esa sensación y el Cuidador de Serpientes estuvo de acuerdo.

Todo marchó muy bien a partir de ese momento y se lograron adelantos importantes durante los meses siguientes. Un día, sin embargo, la paciente apareció en la consulta pálida y angustiada. "¿Qué pasó?" le preguntó el terapeuta. "¡Han vuelto las serpientes!", respondió la paciente.

El terapeuta pidió entonces hablar directamente con el Cuidador de Serpientes y le dijo: "Por favor, ayúdeme a comprender por qué ha sucedido esto." Y cuando el Cuidador de Serpientes se manifestó dijo: "Porque estaba hablando mucho, naturalmente,"

Cuando la paciente era muy niña, se empeñaba en explicar a otras personas lo que le pasaba, pero nadie la creía y como resultado recibía más castigo. Los que abusaban de ella la castigaban por decirlo y las otras personas la castigaban por mentirosa. Por lo tanto, el Cuidador trataba de proteger a la paciente de un castigo que el terapeuta le pudiera infligir por hablar mucho. En esta forma, extraña y torcida, todo adquirió sentido.

Otro saboteador interno puede ser uno de los estados de ego que están furiosos. El razonamiento es muy parecido al anterior. En este caso, la mera injusticia del maltrato, que es la causa de su furia (lo cual es correcto), afecta de tal modo al estado furioso que ante cualquier indicio de injusticia adicional, que pudiera incluir una mala interpretación del llanto de la paciente al contar los maltratos que ha sufrido, el estado de ego furioso levanta un alto muro de protección.

Estos muros pudieran consistir en convocar a los estados de ego infantiles, los cuales no pueden describir la situación, o a cualquier otro estado de ego no verbal, o a utilizar alguna estratagema para bloquear la percepción del paciente de lo que realmente está pasando, y de la intención de las acciones, afirmaciones o solicitudes del terapeuta, y/o la necesidad del trabajo cognoscitivo.

Frecuentemente, el sabotaje no es intencional. Por ejemplo, una paciente cuyo estado de ego anfitrión (el que ella usualmente presenta al mundo) puede estar tan temeroso de perder su último

retazo de identidad que cree tener todavía, que se niega a reconocer a ninguno de sus estados de ego interiores. Nadie, ni el terapeuta ni ninguno de sus estados de ego interiores, pueden forzar a este paciente a aceptar un reconocimiento consciente de su mundo interior. El terapeuta, en este caso, tendrá que moverse en cámara lenta (muy, muy despacio), hasta lograr que la paciente le permita un ligero atisbo a las diferentes partes de la estructura de su personalidad, lo cual pudiera tomar meses o quizás años. Uno espera que, a la larga, él o la paciente llegue a cansarse a tal grado de la situación que decida finalmente tomar alguna medida, usualmente sugiriéndole al terapeuta su disposición a continuar, aunque a pasos muy cortos.

Estrategias terapéuticas

Si el paciente es TID:

1. Identifique el problema. ¿Se trata realmente de un caso de sabotaje interno o sólo una comprensión incompleta por parte del paciente de cómo una cierta estrategia pudiera resultarle beneficiosa? En otras palabras, sea explícito en los por qué y para qué.
2. Involucre a otros estados de ego. Esta es posiblemente la estrategia más efectiva en la mayoría de los casos de estancamiento. Pone el sistema a trabajar en conjunto, lo cual es una ventaja.
3. Sea especialmente respetuoso con el saboteador identificado, pidiéndole que explique detalladamente la razón del sabotaje. Tranquilícelo explicándole que usted reconoce que ese sabotaje tiene una intención protectora.
4. Una técnica que usualmente da resultado es invitar al saboteador a observarlo a usted cuidadosamente y a que le llame la atención si considera peligrosa, irrespetuosa o difícil de comprender cualquier cosa que usted esté haciendo, para entonces discutirla.
5. Quizás el saboteador tenga sus propias ideas respecto a cómo manejar mejor la situación. Tenga presente que aunque la solución propuesta le pueda parecer extraña, es posible que funcione con el paciente en cuestión.

Si el paciente es TDNE:

1. Los pacientes TDNE acostumbran tener también estados de ego bien identificados, sólo que sus barreras amnésicas son menos densas. Por lo tanto, cualquiera de las estrategias mencionadas más arriba pudiera funcionar bien con este tipo de paciente.
2. De igual forma que hay frecuente coincidencia en los síntomas de personalidades fronterizas en pacientes TDNE, pudiera haber también, desde el punto de vista del terapeuta, un considerable factor de manipulación.

Recuerde que esta es la vía por la que el paciente ha aprendido a manejar el mundo y a usar ese conocimiento constructivamente. Invitar a un paciente a ofrecer su propia solución puede ser lo mejor al final y el camino más fácil hacia el éxito. Lo que pudiera parecerle imposible al terapeuta puede resultarle fácil al paciente cuando él mismo lo propone.

Saboteadores externos

Cuando la posibilidad de un saboteador interno se haya descartado, quedan los posibles saboteadores externos, que pueden ser muchos, pero usualmente aparecen (uno o más) entre los siguientes:

-La familia de origen. Este es más probable si el paciente todavía vive en la casa de sus maltratadores. Esto puede parecer grotesco, pero sucede con frecuencia.

-El núcleo familiar actual. Esto supone un matrimonio, una pareja no casada o alguna forma de vida en común donde exista una relación emocional de importancia.

-Alguien con quien hubo una relación anterior y que está todavía emocionalmente ligado al paciente (o que desea seguirlo estando).

-Amigos con buenas intenciones.

-Otros miembros de un grupo de apoyo, también con las mejores intenciones.

-Alguien que se considera buen consejero, pero le faltan conocimientos o experiencia o no conoce el caso suficientemente bien para intervenir de forma útil o terapéutica.

Gran parte de la intervención o interferencia de un saboteador externo viene de la necesidad de controlar al paciente, controlar el proceso o controlar al terapeuta. Lidar con este saboteador, por lo tanto, puede resultar muy difícil. El proyecto y la necesidad provienen del saboteador, no del paciente. Esto debe discutirse abiertamente aunque con mucho cuidado.

Cualquier conflicto de propuestas debe también considerarse con mucho cuidado. Esto es especialmente importante si el saboteador procede de la familia de origen o de alguna relación previa. Generalmente, lo más sabio es evitar la confrontación. Discuta el asunto en forma neutral pero firme con el paciente y continúe el trabajo que ha venido haciendo con él. Si fuera necesario, elabore una estrategia aceptable para ambos con el objetivo de que haya un mínimo de interferencia en el proceso terapéutico.

Si el saboteador es un amigo o un miembro del núcleo familiar, aclare la situación con el paciente e indague si éste se sentiría bien en algún tipo de reunión paciente-terapeuta-influencia externa. Suponiendo que el intruso interfiere con la terapia y altera al paciente y constituye otra forma de presión, es necesario entonces encontrar una solución aceptable para todos.

Si el saboteador es miembro de un grupo de apoyo, existe entonces la posibilidad de una discusión dentro del grupo, pudiendo tratarse como, por ejemplo, el tema de la semana, sin relacionarlo con el paciente y haciendo de ello una actividad educativa, en lugar de un problema.

Si el paciente es TID

Los pacientes de TID necesitan mucho apoyo en situaciones como ésta, especialmente si el saboteador es de la familia de origen. Cualquier intento de bloquear la interferencia es percibido y trasladado al paciente por esta persona como una indicación de que el terapeuta no tiene en cuenta los intereses del paciente. (Esta es una forma muy suave de expresarlo, pues, en realidad resulta en muchos casos muy peligroso para el paciente y algunas veces también para el terapeuta). La proposición del saboteador es casi siempre terminar inmediatamente el tratamiento. Hay que pensar en el dilema que esto representa para el paciente. Esta es la esencia del control: "Tu no puedes pensar por ti mismo. Nosotros tenemos que pensar por ti."

Este es un momento ideal para enseñar o reforzar la técnica de autoconfianza, invitando a todos los estados de ego a participar. La negociación puede ser un factor importante en estos casos, lo cual puede significar negociar con el saboteador interno o externo, con otros estados de ego, y aún el terapeuta con el paciente. Parte de esta negociación pudiera incluir una **mezcla** temporal de estados de ego, para darle mayor fuerza. El fenómeno de mezcla se describe más ampliamente en otra parte de este manual.

Si el paciente es TDNE

Generalmente, se puede trabajar con enfoques cognoscitivos o cognoscitivos conductuales en los pacientes TDNE. Puede ser importante enfatizar que el terapeuta y el paciente ya han trabajado algún tiempo para llegar a un entendimiento sobre cuáles son las fronteras y los límites, y que en estos casos los del pacientes están siendo invadidos. Frecuentemente, cuando el paciente TDNE ya se ha alejado de su familia de origen, la cuestión se simplifica.

Una mejor relación se puede alcanzar invitando al paciente a realizar un papel importante en la toma de la decisión respecto de qué táctica se va a adoptar contra el sabotaje, si la discusión, el distanciamiento, el enfrentamiento, u otra cualquiera. Las primeras dos tienen mejores posibilidades de éxito.

Insisto: refuerce las técnicas de autoconfianza.

El sabotaje aparece por algún tiempo en virtualmente toda relación terapéutica. Si Ud. tiene relativamente poca experiencia en este trabajo, es importante que lo reconozca y que acepte este hecho, también que Ud. se proteja a sí mismo y al paciente, consultando a un colega más experimentado. Es posible que esta situación cree una cierta incomodidad, por evidenciar vulnerabilidades no identificadas, cuyo origen está todavía latente en la experiencia del terapeuta. Esto sólo quiere decir que Ud. necesita algún auto-reforzamiento, pero no que Ud. no pueda continuar su trabajo. Casi todos los terapeutas tropiezan con estas situaciones alguna vez en su vida profesional.

La consulta con el colega más experimentado podría incluir al paciente también. En estos casos, el terapeuta más experimentado conduce la sesión mientras el consultante observa, escucha y aprende, quizás añadiendo detalles importantes de vez en cuando, durante la consulta. Naturalmente, el paciente debe aprobar esta idea antes de que se coordine la consulta.

Trabajar abiertamente con el sabotaje, casi siempre fortalece al final la terapia. Esto produce el mismo efecto que, después de haber apretado los dientes y enfrentado todas las dificultades en una faceta de la vida, terminamos más fortalecidos y estables por haber enfrentado y vencido el desafío. Así sucede también con el proceso terapéutico. Identifique el problema, planifique la estrategia y haga lo que haya que hacer para llevar la situación de nuevo a un equilibrio. Entonces podrá dar un suspiro de alivio por haber vencido el obstáculo más inmediato, para entonces poder seguir adelante.

SECCIÓN 13

COMORBILIDAD

La comorbilidad es un problema muy común en pacientes que tienen algún trastorno disociativo. Es raro no encontrar algún problema emocional o psicológico en cualquier individuo que haya sufrido traumas. Algunas de las situaciones de comorbilidad más comunes serán tratadas más adelante en esta Sección. Estas situaciones rara vez son problemas de tipo Eje I en la clasificación del DSM-IV, sino que casi siempre son problemas de tipo Eje II o Eje III.

Depresión

El problema secundario que más frecuentemente se presenta en estos casos es la depresión, lo cual no es difícil de comprender. ¿Quién no estaría deprimido después de haber sufrido tanto maltrato y trauma en su vida? Esta es una complicación seria en pacientes disociados.

La depresión generalmente se circunscribe a uno o dos estados de ego. Es más, es usual que haya un estado de ego cuya misión sea lidiar con la depresión de todo el sistema. Esto parece extraño, pero resulta bueno, pues los otros estados de ego pueden entonces funcionar sin contaminarse. Esto identifica el estado disociado: una personalidad compartimentada en la cual cada parte tiene un trabajo que hacer y puede hacerlo para beneficio del sistema en su conjunto.

Las ideas suicidas son comunes. Frecuentemente son un grito de auxilio, pero a veces el riesgo de que la persona se inflija daños severos, al extremo de quitarse la vida, es muy real. En estos casos los medicamentos son indispensables y la hospitalización es una posibilidad real. Los pacientes disociados no suelen evolucionar bien en los hospitales, por la forma en que los mismos administran el tiempo del paciente.

Los medicamentos más efectivos son los que están aprobados también para trastornos postraumáticos, específicamente, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ISRS). De éstos, la paroxetina (*Paxil*) es generalmente bien tolerada y efectiva, con muy pocos efectos secundarios. Aunque es preferible evitar medicamentos, siempre que sea posible, una depresión severa puede debilitar la energía en todo el sistema de la personalidad y poner en peligro la terapia.

Posiblemente habrá también indignación en los estados de ego que no están deprimidos y amenazarán con esconder el medicamento o evitar, de alguna forma, que sea utilizado. Para evitar esta situación, el paciente debe ser informado de que aquellas partes que no necesitan la medicina no tienen que tomarla, pero que aquéllas que la necesitan pueden utilizarla para adelantar en su terapia. Aunque parezca raro, esto funciona.

Abuso de sustancias

El abuso de drogas y del alcohol son también frecuentes acompañantes del paciente disociado. Puede ser más común en los pacientes que tienen un trastorno significativo de estrés postraumático, por ejemplo, aquéllos que hayan estado en operaciones militares. El tipo de sustancia que tomen es, en parte, una característica cultural. En la América del Norte (los Estados Unidos y Canadá) se usan la droga y el alcohol, muchas veces simultáneamente. En otras partes se utiliza el alcohol con mucha más frecuencia que, por ejemplo, la marihuana o la cocaína.

Es imperativo entonces someter al paciente a un programa de rehabilitación específico para la sustancia en cuestión, ya que el problema no desaparecerá por sí mismo. Como en los casos de depresión clínica, a menudo son uno o dos estados de ego los particularmente propensos a este problema.

También es común que solamente uno o dos estados de ego se permitan el uso del alcohol, pero no lo suficiente para afectar significativamente a todo el sistema. En estos casos la rehabilitación podría posponerse hasta más adelante en el proceso terapéutico. Es más, el problema pudiera desaparecer durante la terapia, cuando el paciente cese de sentir la necesidad de consumirlo, ya que esta situación no es la misma a la que nos referimos en el párrafo anterior.

Trastornos de personalidad limítrofe

El trastorno de personalidad limítrofe (TPL) es concomitante en alrededor del 60% de los pacientes disociados, aunque no sucede al revés en la misma proporción. No resulta difícil comprender por qué esto es así, pues ambas condiciones tienen el mismo origen, usualmente una infancia extremadamente disfuncional. (Es importante señalar que lo que puede haber sido altamente disfuncional para un niño, pudiera no haberlo sido para otro, aún dentro de la misma familia.)

No obstante, el Trastorno de Personalidad Limítrofe (TPL) representa siempre un obstáculo adicional para el proceso terapéutico. Como en las dos situaciones de comorbilidad ya mencionadas, el TPL pudiera estar limitado a uno o dos estados de ego. Por suerte o por desgracia, según sea nuestra opinión o punto de vista, estos estados de ego se encuentran entre los más accesibles para la discusión e interacción. Por lo tanto, la frustración es la fuerza dominante cuando un caso de personalidad limítrofe aparece en la consulta.

El terapeuta pudiera interpretar esto como un sabotaje, pero quizás no sea así. ¿Cómo sobrevivió el niño cuando la situación se le hizo difícil? Probablemente sobrevivió por la manipulación, el secreto o la ofuscación. Estas son, por lo tanto, las mismas herramientas que el paciente adulto sigue utilizando cuando la cosa se le pone difícil y así trata de proteger todos los estados de ego infantiles que tiene dentro de sí.

El TPL es en sí mismo mucho más difícil de tratar que los trastornos disociativos. Lamentablemente, es frecuente que al paciente se le deje con un "sólo trastorno único de personalidad" en vez de la antigua e incorrecta denominación de personalidad múltiple después de resuelta o integrada la estructura de su personalidad. Los pacientes con un trastorno fronterizo significativo de personalidad, por lo general, reaccionan menos positivamente a la terapia que otros pacientes que no tengan un componente fronterizo significativo. Estos pacientes pueden continuar requiriendo tratamiento por muchos años, después de haber sido resueltos los síntomas de disociación.

No hay medicamentos con efecto notable reconocido para el TPL. Con frecuencia se recetan medicamentos ansiolíticos pero pocas veces resultan de utilidad. Una excepción pudiera ser en los casos de estallidos emocionales fuera de control (*acting out*), aún para el propio paciente. Desafortunadamente, el paciente casi seguro pedirá medicinas, lo cual pondrá al terapeuta en una situación difícil. En estos casos, una consulta con otro terapeuta pudiera resultar una buena opción.

Trastorno Obsesivo/Compulsivo

Hay una sorprendente incidencia de trastorno obsesivo/compulsivo en personas que sufren de disociación. Parece ser una especie de compensación o la necesidad de un meticuloso orden en la vida de una persona que ha sido, no por culpa suya, emocionalmente caótica.

El terapeuta debe estar atento a indicios de un proceso de pensamiento obsesivo. Es fácil que estos síntomas pasen inadvertidos por su similitud a muchas de las idiosincrasias de algunos estados de ego. Lo mismo sucede con los indicios de compulsión, si tenemos en cuenta también que éstos pueden parecerse al comportamiento de algunos estados de ego.

Estas son situaciones en las que el terapeuta puede pedirle ayuda al resto del sistema. Por lo general, existe al menos una parte de la estructura de la personalidad que puede ofrecer y ofrecerá sugerencias o consejos en cuanto a cómo comenzar a corregir, poco a poco, este problema. Es posible que un miembro o elemento dentro de dicha estructura pueda comunicarse con el estado de ego obsesivo o compulsivo y lograr que reconozca el problema potencial que existe. Quizás, con un poquito de persuasión externa e interna, pudiera lograrse que se aceptara una **mezcla** como forma de comenzar.

Si el problema se torna a tal grado serio que interfiere con todo el sistema, entonces el uso de medicamentos podría ser una solución. Sin embargo, como hemos dicho antes, los medicamentos en pacientes disociados se metabolizan, en la mayoría de los casos, en forma poco usual, de modo que un producto que generalmente ayuda a casi todo el mundo puede no producir ningún efecto en este tipo de paciente. Es mejor, de ser posible, obtener ayuda interna.

Trastorno de Déficit de Atención o Hiperactividad (TDA/HPA)

El TDA/HPA es otro problema que parece relacionado, de alguna forma, con la disociación patológica. Se ha investigado profundamente en el origen de los trastornos de déficit de atención y estos parecen tener, en mucho casos, un trasfondo de disfunción familiar. No se nota una incidencia notable de maltrato físico o sexual, sino más bien una deficiencia de apoyo emocional en la temprana infancia.

Sin embargo, esta opinión es todavía muy controvertida y firmemente rechazada por algunos investigadores.

El Ritalin, una droga seleccionada por muchos médicos para el tratamiento del TDA/HPA, puede producir un efecto paradójico en el paciente disociado, por lo que su efecto debe ser observado muy cuidadosamente en cada paciente. Una parte importante del problema es que la disociación frecuentemente pasa inadvertida en los niños, atribuyéndosele la idiosincrasia de la conducta del niño, a la edad.

La Terapia de Conducta o la Técnica Cognitiva Conductual tienen mejores posibilidades de éxito y son menos riesgosas, siempre que el paciente tenga la edad suficiente para beneficiarse de estos enfoques.

Esta sección se ha referido a los diagnósticos más comunes que aparecen junto a distintos trastornos disociativos. Sin embargo, la comorbilidad no se limita sólo a éstas, así que una vigilante actitud del terapeuta es siempre importante.

Las descripciones del DSM-IV de estos trastornos aparecen en el Apéndice.

SECCIÓN 14

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Definición

El Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) aparece cuando hay o ha habido un trauma emocional, sexual o físico crónico, que el paciente siente como una amenaza para su propia vida o resulta emocionalmente devastador para su propia persona o para otra persona.

Características

Hay ciertos síntomas bien conocidos que aparecen en virtualmente todos los casos de TEPT.

1. **Hipervigilancia.** Esta es una manifestación del subconsciente, el cual necesita mantenerse alerta a todo peligro potencial, mientras el consciente usualmente busca la situación tranquila y positiva. Es necesario recordar que el lenguaje del subconsciente se compone de imágenes; por lo tanto, le resulta casi imposible producir una imagen "negativa"; por ejemplo, evitar frases como: "No piensen en un canguro. ¿Nadie está pensando en un canguro, verdad?". El subconsciente rechaza la palabra "no" y otros marcadores verbales negativos mientras que la mente consciente los puede utilizar en busca de lo positivo.

2. **Desconfianza.** La persona traumatizada ha aprendido que confiar es peligroso. Si el trauma ocurrió en la niñez habrá aprendido también que confiar en las personas mayores es especialmente peligroso, y más peligroso aún confiar en aquellas personas que se supone le quieren y se ocupan de ella, porque son éstas las que más la pueden herir.

No poder confiar hace casi imposible mantener relaciones humanas, y esta es una de las características más devastadoras del TEPT.

3. **Sobreexcitación.** La persona que padece de TEPT se altera exageradamente por lo que otros consideran un inconveniente de poca importancia. Esto la altera todavía más y le hace creer que nadie le entiende —lo cual es verdad.

4. **Retrospecciones (flashbacks).** Las retrospecciones son momentos en que la persona se catapulta hacia una situación traumática. Ella no está recordando, sino viviendo nuevamente la experiencia, como si estuviera allí de nuevo. Todos los elementos sensoriales reaparecen: visiones, sonidos, olores y sensaciones corporales.

Las retrospecciones llegan de no se sabe dónde y son aterrorizadoras; frecuentemente la víctima no tiene idea de qué fue lo que disparó el fenómeno. Por lo tanto, todos los estímulos resultan sospechosos y esto exacerba la hipervigilancia.

5. **Trastornos del sueño y/o insomnio.** Los trastornos del sueño son muy comunes y muy intrusivos. Las retrospecciones a menudo ocurren por la noche y pueden ser causa de pesadillas.

Los medicamentos para dormir son frecuentemente inútiles y pueden resultar dañinos. La persona pudiera resolver esto mejor aprendiendo algunas técnicas hipnóticas o meditativas.

Neurofisiología

La neurofisiología del TEPT se centra en el sistema límbico y el hipocampo: la parte del cerebro que procesa las emociones para convertirlas en narraciones y las codifica en la memoria consciente. Los estudios de las imágenes cerebrales en veteranos de Viet Nam y otros grupos de sobrevivientes de traumas (generalmente veteranos de conflictos, incluyendo Cuidadores de la Paz), han mostrado hipocampos más pequeños que los de la población normal.

La bioquímica de las sustancias neurológicas —neurotransmisores, enzimas y hormonas— también aparece modificada, y estos cambios han durado años, lo cual ha hecho crecer la suposición de que cuando la bioquímica del cerebro cambia, cambia para siempre. Esto implica que el TEPT es incurable, pero, por otra parte, las personas aprenden nuevas habilidades para lidiar con el problema.

Sin embargo, investigaciones recientes parecen indicar que el volumen del hipocampo puede restablecerse con una psicoterapia intensa y prolongada, así que, después de todo, la anterior prognosis pesimista pudiera no ser firme.

Quizás debido a verse forzadas a poner los recuerdos en palabras, las emociones encerradas puedan mitigarse en algo, moviéndolas del sistema límbico del lado derecho del cerebro a la parte izquierda del lenguaje y de la lógica; entonces, la desesperanza total pueda evitarse por existir una posibilidad que antes se desconocía.

Es raro que el término "trastorno" se aplique a una serie de mecanismos diseñados para traer algo parecido al "ordenamiento" de una existencia antes caótica.

Como ya se ha dicho, el trastorno de estrés postraumático, o TEPT, como es generalmente conocido, es el nombre que se da a una respuesta bien definida y experimentada por personas que han estado en peligro, real o imaginado para ellas o para alguien por quien sienten profundo afecto, y no pueden evitar el trauma emocional, físico o sexual resultante. Se reconoce que la respuesta es mucho más profunda si el trauma es crónico o se ha mantenido por un plazo significativo de tiempo.

Aunque este término se ha hecho más conocido en relación con veteranos de guerra, especialmente la de Viet Nam, el TEPT ha existido desde mucho antes. Solía llamársele fatiga de combate o psicosis de guerra, y en décadas anteriores fue considerado señal de cobardía merecedora de baja deshonrosa y hasta fusilamiento. Sin embargo, en años recientes, debido a una mejor comprensión de los mecanismos neurofisiológicos que operan en tales situaciones, el nombre se ha empleado más ampliamente, pudiendo incluir a las víctimas de los traumas infantiles, las violaciones, los accidentes con peligro de muerte, la retención como rehenes y los secuestros, los terremotos, y hasta la persecución aviesa y los estados persistentes de erosión emocional.

Recuerde los bien definidos y reconocidos síntomas descritos anteriormente, que ocurren prácticamente en todos los casos del TEPT:

- El **rechazo**. ("Esto no puede estar sucediendo/ no puede haberme sucedido a mí");
- La **hipervigilancia** (una necesidad de constantemente vigilar el entorno como fuente de peligro potencial);
- La **sobreexcitación** (una excesiva reacción a lo que otros pudieran considerar un incidente sin importancia);
- Las **retrospecciones – flashbacks** -- (un revivir la experiencia, como si se estuviera en el mismo tiempo y lugar del suceso, lo que es diferente del recuerdo de un hecho o situación

- cuando se sabe que estamos aquí y ahora);
- Las **pesadillas y perturbaciones del sueño**;
 - La **falta total de confianza** en cualquier persona o cualquier cosa.

¿Cuánto tiempo hace que sucedió?

Hay ciertos aspectos a tener en cuenta al discutir este tema.

- Primero**, se esperaría que el TEPT se produjera inmediatamente después del suceso o después de haber sido retirado del lugar de los hechos, como haber sido extraído de la zona de combate.
- Segundo**, es de esperar que un suceso de tan terrible naturaleza debía quedar siempre en la memoria.
- Tercero**, uno se pregunta cómo es posible que hechos sucedidos décadas atrás, quizás ni siquiera recordados, pueden tener impacto en hechos presentes o muy recientes.

El TEPT no se refiere a reacciones extremas debidas a sucesos recientes. A esta reacción se le llama "**respuesta aguda al estrés**". Es solamente cuando han transcurrido seis meses del suceso (o mucho, mucho más), que a la reacción se le denomina diferente. Es por eso que, por ejemplo, una víctima de un crimen aparentemente curada, dé una respuesta aguda al estrés y comience a tener síntomas del TEPT, meses o años más tarde..

Aunque muchos no entienden por qué puede ser así, la verdad es que las personas frecuentemente no tienen una memoria consciente de hechos traumáticos y, por lo tanto, no comprenden y se aterrorizan cuando le empiezan a aparecer síntomas del TEPT. Entran en pánico y se preguntan si se están volviendo locos, al no parecer que haya una razón para todos los problemas que de alguna forma están entrometiéndose en su vida diaria. Cualquier parecido a una paz mental desaparece.

Esto es particularmente cierto en casos de trauma infantil. El niño o niña, en su sabiduría subconsciente, ha erigido una barrera entre sus recuerdos y el presente inmediato, cosa que el niño tuvo que hacer para sobrevivir, emocional y quizás físicamente, al trauma. La aparición del TEPT parece entonces invadir la vida de uno como si viniera del espacio. Extensas investigaciones llevadas a cabo con veteranos de la guerra de Viet Nam confirman, una y otra vez, que los peores casos del TEPT ocurrieron en hombres y mujeres que habían tenido infancias traumatizantes. Es como si hubieran sido previamente condicionados y, de hecho, esto fue lo que les sucedió. Los circuitos neurológicos del cerebro se sensibilizan con la exposición repetida a ciertas situaciones, para bien o para mal. Son atrozmente vulnerables a resurgir años después de dichas experiencias, cuando de nuevo un trauma les rodea, ahora que son adultos. Además, la respuesta parece ser aún más profunda de lo que hubiera sido, de no haber existido ese condicionamiento previo. Así que, aquí tenemos las tres posibilidades frecuentemente reunidas en una persona. El TEPT es el resultado más común.

¿Qué se puede hacer?

Mucho, en realidad.

Aunque parece ser cierto que un trauma severo puede modificar la bioquímica del cerebro permanentemente, después de mucho investigar, ahora sabemos que las personas pueden aprender estrategias y habilidades para combatir o al menos neutralizar estas intrusiones en sus vidas. Existen muchos enfoques que han demostrado ser efectivos. Básicamente, la mayoría

tienen que ver con una buena psicoterapia. Esta puede ser cognoscitiva, conductual o dialéctica ("Le acepto a Ud. incondicionalmente y Ud. debe cambiar."), o más frecuentemente, una combinación de éstas. También utilizar técnicas específicas, como la Desensibilización y Reestructuración del Movimiento del Ojo (DRMO), la Hipnosis, el Psicodrama u otros enfoques psicodinámicos. La terapia de grupo resulta buena para algunos, pero usualmente se requiere de una terapia personal para aliviar o neutralizar un trauma específico en la vida de una persona.

Lo bueno es que se puede decir que una persona puede superar cambios neurológicos, ajustarse a ellos y mejorar. En la mayoría de los casos, esto significa una notable, mejor y mayor capacidad para funcionar en el centro de trabajo, en la casa y en la sociedad.

SECCIÓN 15

RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA MEDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y TRABAJADORES DE LA SALUD

La consulta del médico de la familia es el lugar ideal para identificar los síntomas de disociación.

Como mencionamos en la Sección 2, el paciente de "hoja clínica repleta" puede estar sufriendo de algún grado de disociación y por eso visita al médico de familia con una frecuencia mayor de la normal. Una abundancia de síntomas físicos o somáticos, que van sustituyendo a los anteriores una vez que éstos han sido resueltos, es una señal reveladora.

En años recientes todo el campo de lo que ahora llamamos **Disociación Somatoforme** ha llegado a comprenderse gracias a excelentes investigaciones. Gran parte de estas investigaciones han sido realizadas por Nijenhuis y colaboradores, en los Países Bajos, quienes diseñaron un excelente cuestionario basado en los veinte problemas físicos más comunes asociados a los fenómenos disociativos.

Estos síntomas son:

- dificultad para orinar (para empezar a orinar)
- rechazo a sabores que usualmente le gustan
- oír ruidos cercanos como si vinieran de lejos
- disuria
- falta de sensación en el cuerpo o partes del cuerpo
- ver a la gente y a las cosas anormalmente grandes
- ataques pseudo-epilépticos
- insensibilidad al dolor en el cuerpo o partes del cuerpo
- rechazo a olores generalmente agradables
- dolor en los genitales (no asociados con la actividad sexual)
- sordera temporal
- ceguera temporal
- ver distintas las cosas a su alrededor (por ejemplo, como si se vieran a través de un túnel)
- aumento o disminución del sentido del olfato
- sentir que se le desaparece parte del cuerpo
- dificultad para tragar
- insomnio; sin embargo, puede mantenerse muy activo durante el día
- dificultad temporal para hablar
- parálisis temporal
- sentirse el cuerpo rígido por un tiempo

El **Cuestionario de la Disociación Somatoforme (CDS-20)** completo y cómo utilizarlo, puede encontrarse en el Apéndice. También se encuentra el **CDS-5**, que contiene los cinco problemas más significativos de la lista: dolor, disuria, desaparición temporal del cuerpo (o parte de él), "ver por un túnel" y dificultad para hablar. Las investigaciones de Nijenhuis indican que si un paciente tiene cuatro de estos cinco síntomas, tiene un 80 por ciento de probabilidad de sufrir de una disociación significativa.

Por supuesto, esto no quiere decir que un solo episodio de uno de estos síntomas indique un grado patológico de disociación, pero si el problema es recurrente, puede pensarse en una disociación.

Otros indicadores, que se describen en la Sección 2, son:

- evidencia de disfunción familiar
- resultados de laboratorio inconsistentes
- ataques de pánico o ansiedad
- depresión, especialmente la que es refractaria a los medicamentos
- aparente trastorno bipolar, que no confirman las pruebas
- respuesta idiosincrásica a los medicamentos
- frecuentes tentativas de suicidio

(Vea en el Apéndice la definición del DSM para el Trastorno Somatoforme no Especificado) (DSM-IV 300.81). Éste identifica otros tres trastornos que no cumplen el criterio general para el Trastorno de Somatización y que pudieran, en algunos casos, indicar disociatividad.

Algunos de estos trastornos merecen mención particular.

Los trastornos del apetito son de naturaleza muy disociativa. Los anoréxicos, por ejemplo, tienen voces en sus mentes que les dicen que son malos, que son feos, que no merecen vivir y que por lo tanto, no merecen comer. Esta es una situación muy disociativa.

De igual forma, las personas muy obesas pueden estar recibiendo iguales mensajes sobre su fealdad y falta de valía. Es un mensaje tan desalentador que la persona puede comer para reconfortarse. O, en otro caso, alguien muy vulnerable emocionalmente, que no puede enfrentarse a la idea de cualquier clase de relación íntima, pudiera ponerse obeso debido a una idea subconsciente de que la obesidad le va a dar cierta protección.

Los resultados de análisis de laboratorio confusos o inconsistentes pueden indicar disociación, pues es posible, por ejemplo, que un día se le haya sacado sangre a un estado de ego y otro día a un estado de ego diferente. Esto produciría diferencias estadísticas notables. La investigación de este fenómeno la han hecho en el pasado Hunter, Triggiano et al. Diferentes e inconsistentes encefalogramas son también un ejemplo.

Una respuesta variable a los medicamentos puede indicar a veces que un estado de ego diferente está respondiendo a una dosis de un medicamento que hasta entonces daba resultado. Por supuesto, existen también otras posibilidades, como fiebre, o pérdida de peso significativa, o hasta un estado de estrés extremo.

Los dolores de cabeza severos mal diagnosticados, como migraña, son frecuente queja de pacientes disociados. Es necesaria una historia clínica cuidadosa para determinar si ese dolor de cabeza es o no vascular. Una duración mucho más corta que la de la migraña, la ausencia de fotofobia, de aura, o de náusea, puede ayudar a aclarar la situación.

Algunos síndromes de dolor crónico se han asociado a trastornos disociativos. Estos casi siempre se limitan a uno o dos estados de ego y no a todo el sistema. Recoger una historia clínica cuidadosa suele dar la clave. Tenga en cuenta que esto no disminuye la realidad del dolor en las partes donde se está sufriendo.

Las anteriores sugerencias tienen el propósito de alertar al médico de la familia de que vale la pena tener en cuenta la disociación cuando los dolores devienen crónicos o demasiado frecuentes sin otra explicación.

Las lastimaduras o lesiones en un niño, o en niños, en la familia, cuya causa no tenga explicación, deben ser considerados como un indicio de alerta. Cuando el niño es llevado a la consulta de un médico de la familia o a un cuerpo de guardia con traumas físicos, tales como

quemaduras, fracturas o golpes fuertes, cuya causa es desconocida por la persona (los padres o otra persona) que lo trae, puede sospecharse la posibilidad de maltrato infligido.

Es importante tener en cuenta que el origen de las lastimaduras o lesiones puede en realidad no ser conocido por la persona que lleva al niño; puede haber sido un accidente que nadie vio; o, si fue un maltrato deliberado, puede haber sido hecho por otra persona, no por la que llevó al niño al médico. El niño podría tener temor de decir que se vio involucrado en algo prohibido.

Sin embargo, existe la posibilidad de que un diferente estado de ego fuera responsable (puede haber sido un accidente) y que el estado de ego responsable se haya retirado a la trastienda. Cualquiera que sea la causa, las lesiones que aparezcan en un niño más de una vez deben ser investigadas cuidadosamente.

El médico sagaz que ha reconocido la naturaleza disociativa de un paciente, comenzará usualmente por reconocer al menos algunos de los varios estados de ego cuando se presentan en la consulta. Esto le simplifica considerablemente la vida al médico y también al paciente.

El médico debe ser franco en su reconocimiento. En lugar de decirle: "Esta es la parte de usted que...", se le pudiera decir: "¡Ah! Hoy está aquí el curioso de usted; yo sé que Ud. quiere conocer todas las respuestas." Este tipo de comentario sería más apropiado a la situación y a la persona.

El médico de familia enterado y consciente es una gran ventaja en cualquier caso de disociación y puede remitir al paciente a un psicólogo o un psiquiatra con experiencia en el proceso disociativo.

SECCIÓN 16

RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA LOS MAESTROS

Los maestros también tienen especial ventaja para reconocer características disociativas tempranas en los niños. Tienen la posibilidad de observar a los niños por períodos largos de tiempo, día tras día, durante meses, y pueden observar cambios de comportamiento, humor o actitud.

Cosas que se deben observar :

- **Estallidos o perretas (*acting out*)**. Cambios de comportamiento provenientes, por ejemplo, de un niño que se comporta más bien tranquilo a un comportamiento que demanda atención, y comienza a tener estallidos para llamar la atención, indican que algo le está molestando. El maestro o el consejero de la escuela puede delicadamente preguntarle si algo le molesta, diciéndole que él no actuaba así con anterioridad.

El niño puede reaccionar muy defensivamente y no querer hablar con el adulto en lo absoluto, pero con persistencia, amablemente, señalándole que su actitud está trastornando el aula, es posible irlo penetrando poco a poco. A veces, preguntas tales como "¿Es que acaso tú quieres trastornar o distraer la clase?" o "¿Acaso tú sientes que nadie te presta atención?", pueden incitar al niño a hablar.

- La **bravuconería** es una forma más avanzada de estallido o perreta (*acting out*), y casi siempre indica la necesidad de sentirse fuerte y con autoridad. Casi todos los bravucones han sido traumatizados emocionalmente, muy posiblemente física o sexualmente, en algún momento de sus vidas. Tal parece que asustar a los demás niños es una forma de vengarse. En el fondo, los bravucones están asustados y se sienten impotentes.

- **Retraimiento**. Por otra parte, un niño que solía ser feliz y expresivo puede empezar a aislarse, tornarse tímido, recogerse cuando alguien se le aproxima o le habla, o llora fácilmente. El niño, o niña, puede haber sido siempre introvertido, pero ahora se nota más y su respuesta es nueva y anormal. El niño podrá estar muy renuente a hablar de su cambio de conducta, podrá bajar la cabeza, mascullar y evitar mirar al maestro. La realidad es que no tiene como explicar su comportamiento y le preocupa que se haya notado.

- **Cambios en la habilidad escolar**. Ocasionalmente un maestro pudiera notar una vasta diferencia de habilidad, a menudo de un día para otro. Un día puede parecer brillante y al día siguiente parece torpe, no recuerda las lecciones, no hace la tarea o muestra alguna otra señal de una capacidad mental errática. Esta conducta es particularmente preocupante, ya que puede indicar que el niño está saltando de un estado de ego a otro, a pesar de su corta edad. Este niño necesita una evaluación, y la necesita pronto, hecha por un psicólogo o un psiquiatra o un consejero que sepa de disociación y tenga los medios para hacer una correcta evaluación.

- **Mentir**. A los niños que ya tienen disociación se les acusa con frecuencia de mentir, por ejemplo, ellos pueden negar firmemente haber hecho algo que le vieron hacer. En el niño disociado (como en el adulto) esto no significa que ha mentido, sino que se ha producido en él un cambio de estado de ego. Ese niño tiene ya barreras amnésicas fuertes entre sus estados de ego y realmente no recuerda haber hecho aquello por lo que le acusan.

Es terrible ser acusado de mentir cuando no se ha hecho lo que le dicen que hizo. A menudo, el acusador -pensando que tiene la razón- insiste alzando la voz. Estos incidentes aterrorizan al niño y le producen nuevas reacciones disociativas. Frecuentemente el maestro, conociendo bien al niño, reconoce que esta conducta no es normal en él y puede sospechar la existencia de un verdadero problema detrás de esa situación.

- **Señales de daño físico.** Cualquier indicación de que un niño ha sido severamente castigado o traumatizado físicamente requiere atención inmediata. Hematomas, fracturas, u otra evidencia de maltrato, exigen la investigación. Usualmente, la mejor medida en estos casos es notificárselo al enfermero o enfermera de la escuela, si existe, y dejar que ese profesional dé los pasos siguientes.

Si un niño está inusualmente soñoliento y parece que no está durmiendo lo suficiente, se podrían hacer algunas investigaciones discretas respecto de lo que está pasando en su casa. Puede ser que sus padres discutan (no necesariamente que el niño esté directamente envuelto en la discusión, pero sí como espectador u oyente pasivo de los problemas de sus padres.)

Los niños son muy leales y detestan ser chismosos sobre sus amigos, compañeros de clase o miembros de su familia. Tienen un temor muy real de que sus padres se enteren y lo castiguen. Es necesario mucho respeto y discreción. La confidencialidad es siempre una dificultad.

Trastorno por déficit de atención (TDA) y Trastorno de hiperactividad (THA). Existen investigaciones en cuanto a si hay o no una relación entre la disociación y el TDA/THA. Nadie la ha encontrado todavía, pero los resultados preliminares son interesantes y sugestivos. Tal parece que el niño se hace TDA/THA en lugar de disociado. Ciertamente, parece haber en estos niños una fuerte conexión con familias disfuncionales. Sin embargo, queda todavía mucho que investigar en este terreno.

Autismo y Síndrome de Asberger. Aunque la evidencia no es todavía concreta, algunos investigadores están buscando una relación entre estos trastornos y la disociación. Parece más probable, en esta etapa, que no hay un eslabón, excepto en los aparentes patrones de conducta, y que uno puede confundirse con el otro.

Los maestros tienen un papel importante en el reconocimiento de estos problemas, y familiarizándose con algunos criterios y patrones (en este tema) pueden salvar al niño de traumas adicionales.

SECCIÓN 17

CUÁNDO PEDIR AYUDA

Al principio, los que están comenzando a trabajar con trastornos disociativos tienden a pedir ayuda muy pronto, por temor a equivocarse, a no estar haciendo su trabajo correctamente, a no tener suficiente experiencia o por otras preocupaciones.

Por otra parte, cuando tienen ya alguna experiencia (pero posiblemente no la suficiente), piden ayuda demasiado tarde.

Ninguna de estas situaciones es necesariamente fatal para la terapia, pero siempre es mejor evitarlas.

Cómo pedir ayuda

La solución obvia es incorporarse, desde muy al principio, a un grupo profesional que se reúna regularmente para discutir casos problemáticos. Un grupo de esa naturaleza debe ser dirigido por un terapeuta experimentado, para facilitar la discusión y detectar cuando alguno de ellos está afrontando un problema serio.

Desgraciadamente, este tipo de grupo no es fácil de encontrar.

La alternativa sería: (1) asistir a un taller de profesionales cuando haya alguno disponible, (2) adquirir libros y videos sobre el tema, (3) estar en comunicación, por correo electrónico, por ejemplo, con un terapeuta de experiencia. Si ninguna de estas alternativas es posible, por lo menos discutir los casos con otro terapeuta con pacientes disociados es una ayuda. Lo que a uno no se le ha ocurrido, podría ocurrírsele al otro.

Los obstáculos más frecuentes

- **Discusión abierta con el paciente.** De los problemas más comunes para un terapeuta con poca experiencia, hablar francamente de la situación con el paciente es frecuentemente el más difícil. Nos inclinamos a olvidar que el paciente es el único experto sobre su caso. Es él quien ha vivido con el problema durante años. El secreto está en encontrar el estado de ego que puede ayudar, que comprende el dilema en cuestión, cualquiera que éste sea. ¿Cómo hacerlo? Simplemente preguntándole al paciente en la forma siguiente: "Necesito comprender esto mejor. ¿Puede alguna parte de usted ayudarme?"

Pero existen posibles complicaciones. Un saboteador interior, por ejemplo, puede estar tratando de proteger el sistema de la única manera que sabe hacerlo: cortar toda comunicación con el terapeuta. Pero se puede insistir amablemente. "Tenemos que trabajar juntos en esto, y sin duda Ud. lo entiende mejor que yo, así que, por favor, ayúdeme." Esta forma de proceder es útil en la mayoría de los casos.

Lo importante es ser sincero. Haciéndolo así, estimula la autoestima del paciente. De lo contrario, contribuye a un sentimiento de vergüenza, ira, bochorno y otras auto-estimaciones negativas en el paciente.

- **Ideas suicidas o de autodestrucción.** Cuando el paciente amenaza con suicidarse o da indicios de estar pensándolo, la consulta con un terapeuta de experiencia es obligatoria. No importa si se trata de un simple grito de auxilio, haga la consulta de todas maneras. Medicamentación u hospitalización pueden ser necesarias. Lo peor que puede pasar en el caso de que solamente sea un grito de auxilio es que el terapeuta se sienta un poco avergonzado, pero esto es insignificante comparado con una verdadera tentativa de suicidio.

- **El trabajo con estados de ego coléricos.** Con frecuencia, esto se resuelve solo, ya que los estados de ego coléricos se mantienen ocultos hasta que la terapia haya avanzado. Normalmente, uno trabaja con estados de ego que son irritables o majaderos, pero no están molestos al extremo de estar furiosos.

El terapeuta sin experiencia, naturalmente, se sentirá perturbado con estos estados de ego cuando empiecen a aparecer. Algunos estarán en total desacuerdo con el terapeuta y expresarán su discrepancia, saboteando el tratamiento de alguna forma, por ejemplo, haciendo que el paciente no asista a la consulta.

Una de las técnicas más útiles es decirle al estado de ego en particular: "Está claro que usted no tiene que simpatizar conmigo, pero tenemos que ayudarnos mutuamente, así que obsérveme cuidadosamente, y si Ud. cree que estoy haciendo algo equivocado, llámeme la atención. Yo puedo no estar de acuerdo con su opinión, pero podemos discutirlo. ¿Está bien?" Esta actitud casi siempre resuelve la situación.

Recuerde que las **cuatro fuentes de la ira** son: el **temor**, la **frustración**, la **intrusión** y la **injusticia**, y que el paciente las ha experimentado todas muchas veces. No debe sorprenderle que esté molesto.

- **Un niño o adolescente en un ambiente traumático:** Este es el momento de involucrar al personal de servicio social en el problema para proteger al niño. Recuerde que ver u oír pelear a adultos miembros de la familia es muy traumático para un niño y puede, por sí solo, conducir a episodios disociativos resultantes de los esfuerzos del niño por escapar de la situación.

¿Qué hacer para enfrentar los obstáculos?

Un sentimiento de incompetencia es muy común, aún para un terapeuta experimentado. El mejor plan es ir a lo básico: revisar el mapa del sistema, pedir más historia, enseñar técnicas para fortalecer el ego. Sin embargo, cuando tanto el terapeuta como el paciente no se soportan mutuamente, es hora de pedir ayuda. La situación anterior es generalmente debida a dificultades en la transferencia y contra-transferencia, las cuales describimos en la Sección 9. Puede ser que el propio terapeuta necesite algún consejo. No hay nada malo en ello; pudiera darle una nueva visión de su propia personalidad que le sería útil. Lo que ayude al terapeuta también ayudará al paciente.

Es mejor para ambos, paciente y terapeuta, pedir ayuda temprano antes que tarde. De esa forma, pequeños problemas se pueden resolver antes de que se conviertan en grandes problemas.

Resumiendo: La mejor manera de evitar sentirse abrumado es incorporarse a un grupo de terapeutas que, de ser posible, también tengan pacientes disociativos o con trastorno de estrés postraumático (TEPT). Poder discutir el caso con otro terapeuta es usualmente suficiente para renovar la capacidad de decisión y mejorar el nivel de confianza.

Un repaso de la Sección 8 (El proceso terapéutico) puede ser útil para comprender mejor una situación y sentirse seguro. La Sección 18 también puede ayudar a poner las cosas en una perspectiva más clara.

La consulta obligada es necesaria cuando:

- El paciente da señales de ideas suicidas o hay evidencia de daño auto infligido
- Un niño o adolescente está en una situación traumática.
- El terapeuta se siente agobiado o "quemado".

SECCIÓN 18

COMO IDENTIFICAR UNA BUENA EVOLUCIÓN

Consultar regularmente las doce "Dimensiones del Movimiento Terapéutico" de Kluft, que analizamos en la Sección 8, es una de las formas más efectivas de apreciar el avance.

Mantener esta información en una tabla, con columnas fechadas, es de gran ayuda. Así se puede observar, de una mirada, si se está progresando o no.

Recuerde siempre que el terapeuta usualmente reconoce el avance mucho antes que el paciente, mientras éste está todavía confundido, observando todavía cosas que le parecen muy raras. Esto requiere mucho trabajo de persuasión por parte del terapeuta, quien le debe decir al paciente que con frecuencia los terapeutas se dan cuenta primero del progreso, y así el paciente pronto terminará reconociéndolo también.

Alianza terapéutica. Todo terapeuta experimentado conoce el inmenso valor de una alianza terapéutica. En el mismo sentido, todo terapeuta aspira a tener una buena relación con sus pacientes. Pero es importante, de vez en cuando, dar un paso atrás mentalmente para comprobar si estamos siendo demasiado optimistas. Es fácil dar por lograda una alianza en la misma forma que se puede presuponer una confianza que no existe. Es importante recordar que el paciente disociado es un experto en la ocultación de sus sentimientos; este es un recurso con el cual ha logrado sobrevivir emocional y a veces físicamente durante años. Pero esto no quiere decir que no haya habido daño emocional. Indudablemente, lo ha habido, pues es inevitable. Todos los pacientes disociativos merecen un inmenso reconocimiento por haber aprendido, desde niños, a sobreponerse a estas severas adversidades.

Búsqueda de pequeños indicios. ¿Es posible que haya surgido un nuevo estado de ego para lidiar con el terapeuta, o para aparentar una perpetua calma? Si existe la menor duda al respecto, es bueno hacerle al paciente la siguiente pregunta: "Sólo quiero saber quién está aquí presente en este momento. Me pregunto si es una nueva persona. El nombre que tengo de usted, ¿es el correcto?" Casi todos los pacientes disociativos son veraces (recuerde que muchas veces fueron acusados de mentir cuando eran más jóvenes) y usted probablemente recibirá una respuesta verdadera. Si resulta ser un nuevo estado de ego se abrirán nuevas discusiones en cuanto a por qué esto ha sido necesario. Si esta conversación se lograra sin mucha dificultad, tendrá como resultado el reforzamiento de la alianza terapéutica.

Acceso a los estados de ego. A medida que la terapia continúa, un indicio de adelanto es que el terapeuta pueda acceder con más facilidad a todo el sistema. El mapeo da una indicación de eso también. Puede ser útil, de vez en cuando, pedirle al paciente que deje un hoja grande de papel, pluma, lápiz y creyón sobre la mesa por la noche e invite a los estados de ego que no han hablado todavía a anunciar su presencia sobre el mapa. Se deja lápiz y creyón porque puede haber estados de ego infantiles incapaces de utilizar una pluma. Si alguien nuevo apareciera, es probable que esté dispuesto a comunicarse con el terapeuta más abiertamente.

Fronteras y límites. La disminución del "problema" de fronteras y límites indica una mejoría y entonces el paciente puede comprender la importancia de la claridad y el reconocimiento de las fronteras personales del lado de él y del terapeuta. Esto usualmente significa menos llamadas de emergencia, menor necesidad de contactos entre sesiones, un mejor sentido de suficiencia en el paciente y su mayor reconocimiento de merecer esta cortesía personal.

Disposición para explorar la co-conciencia. De la misma forma que es importante que al terapeuta se le permita acceso al sistema de estados de ego, es igualmente importante que los propios pacientes logren ese acceso. En las primeras etapas de la terapia, este concepto de co-conciencia es, en el mejor de los casos, extraño, y en el peor de los casos, imposible de concebir. Por lo general, cuando la co-conciencia comienza se hace bastante evidente. El paciente pudiera decir. "Vi a una mujer extraña preparando la cena en mi cocina anoche." Esto, naturalmente, conducirá a una discusión sobre quién pudiera ser esa persona. Alcanzar la co-conciencia es un paso de avance enorme en el tratamiento, y el paciente deberá ser felicitado.

El manejo de la actividad cotidiana. Otra señal de progreso es cuando el paciente puede manejar cada día mejor sus actividades diarias. Estas incluyen el poder enfrentarse a situaciones de tensión, una menor dependencia de los medicamentos, la no necesidad de hospitalización, una mejoría en las relaciones con los otros miembros de la familia, el tener mucho menos o ningún "tiempo extraviado" y una sensación general de lidiar mejor con las cosas.

En el pasado, con frecuencia ha parecido que el paciente está manejando su vida muy bien. Hace bien el trabajo en su empleo, cuida de los niños, mantiene algunas amistades, etc. Ocasionalmente esta persona pudiera haber tenido algunos problemas sexuales, o haber recurrido al alcohol, pero, en general, las cosas parecían ir bastante bien.

En realidad, ésta era sólo una fachada. Diferentes partes del sistema se han ocupado de estas actividades, mientras otras no han tenido casi o ningún conocimiento de ello. Distintos estados de ego se hicieron cargo respectivamente del trabajo, de cumplir como padre, de disfrutar de amistades o de tener alguna relación sexual. Quizás había un estado de ego que era alcohólico.

Cuando existe una buena coordinación en la ejecución de las actividades diarias, y los distintos estados de ego tienen conocimiento del sistema, entonces es que ha habido un adelanto real.

Si el paciente tiene un Trastorno de identidad disociativo (TID)

Todas las ideas y observaciones anteriormente mencionadas sirven para estos casos. De particular importancia es el acceso al sistema y un incremento de la conciencia interior.

Si el paciente tiene un Trastorno Disociativo No Especificado (TDNE)

En relación con el paciente con el TDNE son especialmente interesantes las fronteras y los límites, el uso de medicamentos y/o la necesidad de hospitalización, la disminución de la transferencia y contra-transferencia, el uso de sustancias adictivas y la disminución de las características de personalidad limítrofe, especialmente la necesidad de manipular

SECCIÓN 19

¿RESOLUCION O INTEGRACION?

Como hemos dicho antes, muchos pacientes disociados temen el concepto de integración. Para ellos, es como si le pidiéramos renunciar a la poca sensación de identidad que tienen. Este temor se reduce un poco a medida que, durante el tratamiento, van comprendiendo sus mundos interiores. Sin embargo, muchos no quieren integrarse con sus otros estados de ego; a menudo les disgustan algunos de ellos.

La Mezcla

Como ya mencionamos, un paso intermedio puede ser la mezcla de dos o más estados de ego para lograr un determinado propósito, por ejemplo, para aprender a hacer algo que el otro sabe hacer, para darse mutuamente apoyo moral, o quizás para sentirse más fuerte con esta relación cuando están en algo nuevo, extraño o atemorizador.

Recuerde que la mezcla es temporal. Esto es lo que la hace relativamente segura. Normalmente, puede producirse en la consulta mediante hipnosis (ver Sección 5) y practicarse en la casa del paciente. Pasado un tiempo, la mayor parte de los pacientes logran hacerlo por sí solos, aunque usualmente prefieren comenzar una nueva mezcla en la consulta del terapeuta. Estas mezclas pueden durar un tiempo considerable, quizás varios meses. Algunas veces los estados de ego involucrados en la mezcla pueden decidir hacerla más permanente, en cuyo caso se convierte en una **fusión**. Pero una fusión no puede forzarse, ni desde dentro (por los propios estados de ego) o desde afuera (por el terapeuta).

A veces, la familia del paciente decide que la mezcla es preferible a los estados de ego individuales y trata de persuadir al paciente para que haga la fusión. Esto no funciona. El paciente puede sentirse presionado y hasta no respetado, y usualmente se niega.

Las mezclas suceden a menudo primero en un grupo particular de estados de ego, tales como entre los estados de ego infantiles. Los estados de ego infantiles, en particular, pueden hacerlo sin siquiera tener necesidad de "aprender" como hacerlo. Esta es una capacidad de los niños en todas partes del mundo. Si un niño decide aprender a leer, por ejemplo, de alguna forma se lo enseña él mismo. Por supuesto, es más fácil con un maestro, pero algunos niños no esperan. Esto también sucede con los estados de ego infantiles, que pueden ver cómo se hacen otras mezclas, decidir que esa situación es buena, y formar un grupo espontáneamente.

De esta manera, con el tiempo, pueden formarse grupos de estados de ego que tienen mucho en común o pueden funcionar mejor juntos que separados. Como siempre, aprender a funcionar juntos es un paso importante (piense en los niños de kindergarten).

Además, haciendo mezclas, los distintos estados de ego sienten que tienen mejor control. Esto es muy importante para su naciente sentido de sí mismos y su auto confianza.

Nuevos papeles

En las etapas finales del proceso terapéutico, parte del trabajo es encontrar nuevos papeles para aquellos estados de ego que han sido protectores del sistema en formas que, retrospectivamente, constituían un sabotaje.

Es importante reconocerles su intención protectora y también su aporte durante los años en que tenían ese papel. Ahora, una nueva función protectora es necesaria. Esta puede ser, por ejemplo, curativa o didáctica, como árbitro dentro del sistema, o hasta entre el sistema y el mundo exterior.

Como los estados de ego protectores son a menudo estados coléricos, esta energía debe dirigirse a otra función que también requiera energía, y a un papel que sea importante para el bienestar de la persona. Mientras se define y re-define cada función, tienen lugar muchas discusiones internas (dentro del sistema) y externas (con el terapeuta).

Frecuentemente, los estados de ego se sienten muy felices con sus nuevos papeles y trabajan mucho para perfeccionarlos. (Lograr la perfección en su papel es casi siempre la meta de cualquier estado de ego.)

Objetivo final

El objetivo final es, naturalmente, una persona funcional y bien adaptada.

Resolución

Si la meta ha de alcanzarse por resolución, hay entonces algunos requisitos absolutos que son:

- Todas las partes se conocen entre sí
- No hay secretos en el sistema
- No hay auto-daño
- No existe sabotaje hacia afuera o hacia adentro
- Se ha conseguido una narrativa cohesionada y coherente de la vida del paciente
- Todas las decisiones importantes las hacen los adultos que están en el sistema. Un concepto útil puede ser un "Consejo de Dirección" (integrado por todos los adultos)
- Cada integrante del sistema es tan importante como cualquiera de los demás
- Cada integrante del sistema merece respeto por el papel que ha desempeñado en la historia del paciente.

Resulta interesante que, una vez logrado esto, con el tiempo comienza a producirse espontáneamente un proceso de integración, y con frecuencia muchas personas alcanzan una integración final en sus propios términos. Tal vez el aspecto más importante sea que el terapeuta respete los términos de la persona para hacer lo que son capaces de lograr y deseen lograrlo.

Integración

El objetivo de la integración es que las fronteras entre todos los estados de ego definitivos se disuelvan y que el sistema se convierta en una unidad. La dificultad con la integración para

muchos pacientes es que piensan que al final terminarán no siendo nada o nadie en lugar de algo o alguien. Nadie desea convertirse en nada.

El terapeuta debe tranquilizar al paciente explicándole que todos los talentos potenciales de la persona permanecerán ahí, tal como es el caso de los estados de ego en las personas no disociados. Lamentablemente, el paciente disociado no tiene experiencia en esto y no puede imaginar cómo es estar integrado.

Una metáfora para describir esa situación pudiera ayudar: Todos los ingredientes de una sopa vegetal forman una unidad, pero uno puede todavía sentir el sabor de los diferentes vegetales. O el mundo interior (la personalidad en su totalidad) se puede representar como teniendo ventanas que comunican todas sus habitaciones (estados de ego) entre sí. Cuando alguna es disociativa, las cortinas están cerradas en muchas ventanas, pero cuando una se integra, no solo se descorren las cortinas—lo cual puede significar resolución—, sino que las ventanas estarán completamente abiertas.

Tanto la integración como la resolución pueden perderse inesperadamente en las primeras semanas después de un éxito aparente. Esto le puede parecer un fracaso completo al paciente y se sentirá muy desalentado.

Es como aprender a tocar una pieza en el piano, y poco después volver a cometer un error. Esto significa que se necesitan muchos más ensayos antes de que la pieza esté firmemente asegurada en el repertorio.

Es importante que el terapeuta no se desaliente, porque de ser así el paciente lo considerará como un fracaso personal. El paciente sentirá que ha decepcionado al terapeuta y se sentirá desalentado. En otras palabras, el paciente se sentirá culpable. Esto debe detenerse tan pronto aparezca, y es tarea del terapeuta asegurarse de que este sentimiento de remordimiento en el paciente sea evitado. Los pacientes tienen un agudo sentido intuitivo (han tenido que mantenerse seguros durante esos años mediante la detección de señales mínimas), son rápidos en interpretar y pudieran mal interpretar los sentimientos del terapeuta.

Tanto la resolución como la integración son tremendos logros, y el paciente debe sentirse orgulloso de ello.

SECCIÓN 20

Y DESPUÉS DE LA RESOLUCION, ¿QUÉ?

La importancia del seguimiento

El trabajo entre el paciente y el terapeuta no termina con la resolución o la integración. Es sumamente importante mantener un constante seguimiento por un período largo de tiempo. Generalmente, habrá sesiones semanales por lo menos durante tres meses, mientras el paciente descubre qué es vivir en este nuevo y extraño mundo. La práctica de habilidades para lidiar con situaciones, el manejo del estrés y de las actividades normales de cada día son muy importantes.

Los terapeutas deben reconocer la sobrecarga sensorial que experimentan muchos pacientes: los sonidos son muy fuertes, los colores muy brillantes, las sensaciones muy intensas y las emociones muy crudas. Trabajar con el paciente en estas zonas a menudo requiere una gran dosis de dulzura y estímulo.

A veces, en el seguimiento, un enfoque fraccionado ayuda. Es parecido a un holograma, donde una pequeña parte del cuadro lo refleja todo, pero con menos intensidad. Puede extraerse una pequeña parte de la respuesta (la hipnosis es un buen instrumento) y trabajar con ella hasta que sea tolerable; entonces añadir otra capa y otra, hasta que el reconocimiento sea completo y tolerable.

A los tres meses, las sesiones pueden cambiarse a quincenales quizá durante otros tres meses, después mensuales durante seis meses. (Esto es suponiendo que todo vaya bien; de lo contrario, las sesiones deben mantenerse con mayor frecuencia hasta que las dificultades se hayan resuelto.)

Durante el año siguiente a la resolución, el terapeuta podría reconocer que existe en proceso cierto grado de integración espontánea. Pregunte al paciente al respecto, y pregúntele si sesiones más frecuentes por algún tiempo pudieran serle útiles. A menudo, el paciente se está desarrollando independientemente muy bien y el terapeuta puede entonces observar el caso a distancia. Usualmente, estas sesiones se mantienen cada dos o tres meses durante el año, y posteriormente cada año durante por lo menos cinco años.

Este prolongado seguimiento es absolutamente necesario para asegurar el éxito.

Durante las sesiones de seguimiento, haga lo que todo psicoterapeuta hace: hacer preguntas adecuadas con respecto a la vida familiar, el trabajo, y la escuela (si se trata de un adolescente o una persona joven en la universidad). Pregunte también sobre sus relaciones. Muchos pos-disociativos se cuidan mucho de hacer relaciones personales. La desconfianza no desaparece. Realmente, se mantiene por largos años. Intelectualmente, la persona reconoce que el exceso de vigilancia y la sospecha ya no son necesarias como antes, pero su instinto de protección sigue en el subconsciente. En todos nosotros, el trabajo del subconsciente es mantenerse alerta ante el peligro.

Podemos pensar que es algo similar a una herida (de hecho fue una herida profunda y emocional), y la protección posterior es una cicatriz que permanece para recordarnos de nuestra vieja vulnerabilidad.

Trabajar con pacientes disociativos, en cualquier punto del espectro en que estén, es al mismo tiempo muy exigente e intensamente satisfactorio. Desde cualquier punto de vista, vale la pena el esfuerzo de los terapeutas y de los pacientes por igual.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bowlby, J. (1969): **Attachment and Loss, Vol. I, Attachment** (New York, NY: Basic Books)
2. Putman, F.W. (1989): **Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder** (New York, NY: Guilford Press)
3. Siegel, Daniel (1999): **The Developing Brain: Toward a neurobiology of interpersonal experience** (New York, NY: Guilford Press)
4. Watkins, J.G. and Watkins, H.H. (1992): **Hypnosis and Ego State Therapy: Innovations in Clinical Hypnosis: A source book**, Vol. 10 (Sarasota, Fl.: Professional Resource Exchange)
5. Nijenhuis, E. (1999): **Somatoform Dissociation** (Assen, The Netherlands: van Gorcum and Co.)
6. Miller, S.D. And Triggiano, P.J. (1992): "A Psychophysiological Investigation of Multiple Personality Disorder: Review and Update", **American Journal of Clinical Hypnosis**, Vol 35 (1)
7. Cohen, H. et al (2002): "Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping symptoms or post-traumatic fibromyalgia syndrome?", **Seminars in Arthritis and Rheumatology**, Vol. 32 (1)
8. Crawford, H.H. et al (1998): "Hypnotic Analgesia: I. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli, and II. Transfer learning to reduce low-back pain", **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, Vol. 46
9. Bowman, E. (1993): "Etiology and clinical course of pseudoseizures: relationships to trauma, depression and dissociation", **Psychosomatics**, Vol. 34
10. Van der Kolk, B.A. (2003): "The Psychobiology of post-traumatic stress disorder" in Jaak Panksepp (ed.) **Textbook of Biological Psychiatry** (New York, NY: John Wiley & Sons)

Títulos en español:

1. El vínculo afectivo y la pérdida
2. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de personalidad múltiple
3. El cerebro en desarrollo: hacia una neurobiología de experiencia interpersonal
4. La hipnosis y la terapia de estado de ego: innovaciones de la hipnosis clínica: una fuente de información
5. La disociación somatoforme
6. Una investigación psicofisiológica del trastorno de personalidad múltiple
7. La prevalencia del trastorno del estrés post-traumático en pacientes con fibromialgia: ¿serán estos síntomas superpuestos o será éste el síndrome de fibromialgia post-traumática?
8. La analgesia hipnótica: I. Cambios potenciales somatosensoriales relacionados con los estímulos nocivos (dañinos), y II. Aprender la transferencia para disminuir el dolor en la zona baja de la espalda (región sacro-coccígea)
9. La etiología y el desarrollo clínico de falsos ataques (pseudo ataques). La relación con el trauma, con la depresión y la disociación
10. La psicobiología del trastorno del estrés post-traumático

APÉNDICES

Descripciones del Manual de diagnóstico y estadísticas sobre trastornos psiquiátricos y mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric and Mental Disorders:el DSM*)

Trastorno de identidad disociativo
Trastorno disociativo no especificado
Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno de personalidad limítrofe (*borderline*)
Trastorno de personalidad antisocial
Trastorno de somatización
Trastorno de somatización no especificado

Cuestionarios diagnósticos

Esquema de entrevista para trastornos disociativos (EETD)
Cuestionario para la disociación somatoforme-20 (CDS-20) (*SDQ-20*)
Cuestionario para la disociación somatoforme-5 (CDS-5) (*SDQ-5*)
Lista de chequeo para disociación en niños (LCDN)
Escala de experiencia disociativa en adolescentes (EED-A)
Modelo evaluativo para el trastorno de estrés postraumático
Escala de experiencia disociativa en niños (EED-N)

DESCRIPCIONES DEL *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF PSYCHIATRIC AND MENTAL DISORDERS (DSM)*

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO (DSM-IV: 300.14)

La presencia de dos o más identidades o estados de personalidad bien definidos (cada uno con su propio patrón relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo.

Por lo menos dos de esas identidades o estados de personalidad recurrentemente toman control del comportamiento del individuo.

Incapacidad de recordar información personal importante en tal medida que no puede ser explicada por el fenómeno de olvido común.

El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo el comportamiento automático o caótico durante la intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica general (por ejemplo crisis parciales complejas). Nota: En los niños, los síntomas no deben confundirse con juegos fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

TRASTORNO DISOCIATIVO NO ESPECIFICADO. (DSM-R 300.15)

Esta categoría está incluida entre los trastornos cuya característica predominante es un síntoma disociativo (o sea, una ruptura en las funciones usualmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad o la percepción del entorno) que no cumple con los criterios para el diagnóstico del Trastorno Disociativo Específico. Ejemplos:

Cuadro clínico similar a la de un Trastorno de identidad disociativo que no cumple todos los criterios para este trastorno. Incluye casos en que (a) no aparecen dos o más estados de personalidad distintos, o (b) no aparece amnesia de importante información personal.

Presencia en los adultos de desrealización no acompañada por despersonalización.

Estados de disociación que ocurren en individuos que han sido sometidos a períodos prolongados e intensos de persuasión coercitiva (por ejemplo, lavado de cerebro, modificación de pensamiento o adoctrinamiento en sujetos cautivos).

Trastorno de trance disociativo: alteraciones únicas o episódicas en el estado de conciencia, identidad o memoria propias de ciertos lugares o culturas concretas. El trance disociativo produce un estrechamiento de conciencia del entorno inmediato o conductas o movimientos estereotipados que se experimentan como fuera del control propio de la persona. Caer en trance de posesión trae consigo la substitución de la identidad personal por un nueva atribuida a la influencia de un espíritu, poder, deidad u otra persona, y asociada a movimientos estereotipados involuntarios o amnesia. Ejemplos de estos son el amok (en Indonesia), el bebainan (en Indonesia), el latah (en Malasia), el pibloktoq (en el Artico), los ataque de nervios (en Latinoamérica), y la posesión (en la India). Este trastorno forma parte de prácticas religiosas o culturales ampliamente aceptadas en la población. (Véase Apéndice B in el DSM-IV para los criterios de investigación.)

Pérdida de conciencia, estupor o coma no atribuibles a un estado médico general.

Síndrome de Ganser o Pérdida de Ganser: en este trastorno el individuo da respuestas aproximadas a las preguntas (como "dos y dos son cinco") sin que haya asociación con la Amnesia Disociativa o con la Fuga Disociativa.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. (DSM-IV 300.3)

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4)

Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento durante el trastorno, que son intrusivas e inapropiadas, y ocasionan fuerte ansiedad o angustia.

Los pensamientos, impulsos o imágenes no son simple preocupación excesiva por problemas reales de la vida.

La persona trata de ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos, o neutralizarlos con otros pensamientos o actos.

La persona reconoce que los pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su propia mente (no impuestos desde afuera como en el caso de la inserción de pensamientos).

Las compulsiones se definen por (1) y (2)

Comportamientos de carácter repetitivo (como lavarse las manos, poner en orden, comprobar) o actos mentales, (como rezar, contar, repetir palabras silenciosamente) que la persona se siente impulsada a realizar respondiendo a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben ser cumplidas rígidamente.

Las conductas o actos mentales están dirigidas a evitar o reducir la angustia o a prevenir algún suceso o situación temida. Sin embargo, estas conductas o actos mentales o bien no están conectadas de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien son obviamente excesivas.

B. En algún momento durante el trastorno, la persona ha reconocido que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. Nota: Esto no se aplica a los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones causan gran malestar clínico y representan una pérdida de tiempo (más de una hora diaria), o interfieren significativamente con la rutina normal, el funcionamiento ocupacional (o académico) o las actividades y relaciones sociales cotidianas de la persona.

D. Si existe otro trastorno Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no está limitado a éste (por ejemplo, preocupación por la comida en presencia de un Trastorno Alimentario; halarse el pelo en presencia de una Tricotilomanía; preocupación por la apariencia en presencia de un trastorno Dismórfico corporal; preocupación por las drogas en presencia de un trastorno de Consumo de Sustancias; preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad, en presencia de una Hipocondría); preocupación por los impulsos o fantasías sexuales en presencia de Parafilia; sentimientos repetitivos de culpa en presencia de un trastorno Depresivo Mayor).

E. El trastorno no es debido al efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, abuso de drogas o fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si la mayor parte del tiempo durante el transcurso del episodio en cuestión la persona no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMÍTROFE (O PERSONALIDAD FRONTERIZA) (DSM-IV 301.83)

Un cuadro general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, un marcado carácter impulsivo al principio de la edad adulta y presente en una variedad de contextos, en el que aparecen cinco (o más) de los siguientes aspectos:

1. Esfuerzos desesperados por evitar un abandono real o imaginario. Nota: No incluye la conducta suicida o de auto-mutilación mencionada en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestable e intenso, caracterizado por alternar entre extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad, una auto imagen o sentido de sí mismo muy marcada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente auto-destructivas (por ejemplo, los gastos de dinero, el sexo, el abuso de sustancias, la conducción temeraria de un vehículo, o los atracones de comida). Nota: No incluye la conducta suicida o de auto-mutilación mencionada en el criterio 5.
5. Comportamiento, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de auto-mutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad de estados de ánimo (por ejemplo, intensas y episódicas disforia, irritabilidad o ansiedad, que duran usualmente unas horas y rara vez más de unos pocos días).
7. Crónica sensación de vacío.
8. Inapropiada e intensa ira, o dificultad para controlarla (por ejemplo, frecuentes muestras de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o severos síntomas de disociación.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL (Trastornos de Personalidad Grupo B) (DSM-IV 301.7)

Un patrón general de desprecio y violación de los derechos ajenos que ocurre a partir de los 15 años, indicado por tres o más de las siguientes cosas:

Fracaso para adaptarse a las normas sociales con respecto al comportamiento legal, lo que se manifiesta mediante repetidos actos que son motivo de arresto.

Deshonestidad que se manifiesta por mentir con frecuencia, utilizar un alias, o estafar a otros para beneficio propio o por placer.

Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

Irritabilidad y agresividad, lo que se manifiesta en peleas físicas o agresiones repetidas.

Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

Irresponsabilidad persistente que se manifiesta en la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o para cumplir sus obligaciones económicas

Carencia de remordimientos como lo indica la indiferencia o la justificación del haber lastimado, maltratado o robado a otra persona

El individuo tiene al menos 18 años.

Hay evidencia de un Trastorno disocial que comenzó antes de la edad de quince años.

El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o de un episodio maníaco.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (DSM-IV 300.81)

Historia de múltiples síntomas físicos que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones, (por ejemplo, cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual o la micción)

dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (por ejemplo, náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).

un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (por ejemplo, indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo).

Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión) del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones, síntomas disociativos como amnesia o pérdida de conciencia distinta del desmayo.

Cualquiera de las dos características siguientes:

tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos).

Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

Los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno ficticio y en la simulación).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO (DSM-IV 300.81)

Uno o más síntomas físicos (por ejemplo, fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).

Cualquiera de las dos características siguientes:

Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (por ejemplo, droga de abuso o medicación).

Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperarse por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.

Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La duración del trastorno es al menos de seis meses.

La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, otro trastorno somatomorfo, disfunciones sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño o trastorno psicótico).

Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno ficticio o en la simulación).

CUESTIONARIOS DIAGNÓSTICOS

BIBLIOGRAFÍA (relacionada con los cuestionarios diagnósticos):

Putnam, F.W., Helmers, K. & Trickett, P.K. (1993): "Development, Reliability, and Validity of a Child Dissociation Scale", **Child Abuse and Neglect**, 17 (731 -741)

Putnam, Frank W.: (1997) **Dissociation in Children and Adolescents: A developmental Perspective** (New York, NY, Guilford Press)

Karlsom, Putnam, Ross, Torem, Kuhns, Dill, Lohenstein and Braun: "Validity of the Dissociative Experiences Scale and Screening for Multiple Personality Disorder: A Multi Center Study" (1993): **American Journal of Psychiatry**, 150: 7 (July)

Berstein, E., and Putnam, F. 1996). "Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale" **Journal of Nervous and Mental Disease** 102: (280-286).

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, Ph., VanDyck, R., Van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1996): "The Development and the Psychometric Characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20)" **Journal of Nervous and Mental Disease**, 184, (688 -694).

ESQUEMA DE ENTREVISTA PARA TRASTORNOS DISOCIATIVOS (EETD)

Reporte de evaluación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doctor que refiere: _____

Otro terapeuta: _____

Resumen:

Las tendencias principales indicadas por este esquema de entrevista son:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Comentarios: "POSITIVO", "NEGATIVO", o "NEUTRAL", se refieren solamente a si hay más respuestas SI o NO, o aproximadamente la misma cantidad de ellas, en cualquier sección. Ello no implica que la evaluación sea buena, mala o indiferente. A veces, se adicionará un signo (+) o (-) para implicar un ligero énfasis.

Por favor, nótese que estas son TENDENCIAS y no constituyen un diagnóstico.

Entrevista:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de realización de EETD: _____

Fecha de revisión: _____

Fecha de este reporte: _____

I. Somatización

Comentarios generales: Todo el mundo, en algún grado, expresa las tensiones mediante síntomas físicos y respuestas fisiológicas. Algunas personas lo hacen en mayor grado que otras, y al parecer, los sobrevivientes de abuso infantil tienden a hacer esto más que la población en general.

Comentarios específicos:

II. Abuso de sustancias

Comentarios:

III Historia siquiátrica:

Comentarios generales: Los sobrevivientes de infancias disfuncionales/abusivas frecuentemente tienen años de interacciones sin resultados con el sistema de salud mental, y comúnmente han adquirido una variedad de diagnósticos. Este patrón ha ido disminuyendo según hemos aprendido más sobre la naturaleza de la supervivencia y los trastornos de estrés post-traumático.

IV Episodios depresivos importantes

Comentarios:

Nota: Frecuentemente en los supervivientes de abusos se observa la tríada de Episodios Depresivos, Características de Limítrofe (*Borderline*) y Disociación.

V. Síntomas de Schneider de primer rango:

Comentarios generales: Aunque anteriormente se consideraban patogenómicos de esquizofrenia, los síntomas de Primer Rango se consideran ahora como más probables indicadores de un Trastorno disociativo.

Comentarios específicos:

VI Trances, sonambulismo, compañías infantiles

Comentarios generales: Estos son fenómenos disociativos muy comunes. Son de interés porque contribuyen a una tendencia o son causados por características disociativas reconocibles en un paciente.

Sonambulismo: _____

Estados de trance: _____

Compañías infantiles imaginarias: _____

VII Abuso infantil

Abuso físico: _____

Perpetradores: _____

Abuso sexual: _____

Perpetradores: _____

Comentarios generales: El abuso infantil --físico, sexual, emocional o cualquier combinación de ellos-- es conocido como la causa contributiva más importante al trastorno disociativo.

Comentarios específicos:

VIII Características asociadas con el trastorno de personalidad disociada

Comentarios generales: Es importante recordar que éstas son características y no diagnósticos de Personalidad de Identidad Disociada.

Comentarios específicos:

IX Experiencias sobrenaturales / posesiones / experiencias extrasensoriales / cultos

Comentarios generales: Excepto la Posesión y los Cultos, mucha gente considera estos episodios como experiencias enriquecedoras más que negativas.

Comentarios específicos:

X Trastornos de personalidad fronteriza

Comentarios generales: El Trastorno de Personalidad Límite tiene las mismas raíces que los Trastornos Disociativos, o sea una infancia abusiva / disfuncional. Por lo tanto, es muy común que estas características se traslapen. Las Características de Frontera son realmente una reflexión de que la persona, por cualquier razón, no ha tenido nunca la oportunidad de aprender las habilidades necesarias para enfrentar situaciones y las que les permitieron pasar su infancia se han convertido en disfuncionales para ellos como adultos.

Comentarios específicos:

XI Amnesia psicogénica

Comentarios:

XII Fuga psicogénica

Comentarios:

XIII Trastorno de despersonalización

Comentarios:

Nota: Las experiencias de Amnesia, Fuga y Despersonalización son altamente disociativas por su naturaleza.

XIV. Personalidad múltiple (Criterio del Instituto Nacional de Salud Mental de Maryland)

Comentarios generales: Estos criterios fueron establecidos por el National Institute of Mental Health en Bethesda, Maryland, para la investigación de los Trastornos Disociativos. Ellos no intentan ser diagnósticos, pero alguien que NO posea estas experiencias no se ajustaría a los parámetros de la investigación.

Comentarios específicos:

MODELO DE ENTREVISTA PARA TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Datos demográficos

Edad: _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___

Estado civil: Soltero ___ Casado (o en unión consensual) ___ Separado/Divorciado ___
ViUd.o ___

Número de hijos: ___ (si no hay hijos, marque un cero)

Estado ocupacional: Empleado ___ Desempleado: ___

¿Ha cumplido condena en el pasado? SI NO NO ESTOY SEGURO

Diagnóstico físico actual: _____

Los diagnósticos actuales y pasados deben ser provistos por escrito por el médico remitente o hallarse disponibles en el expediente del paciente (ofrecer códigos DSM-III si es posible o si no, escriba diagnósticos DSM-III a la derecha de los espacios)

Diagnóstico psiquiátrico actual: _____

Diagnósticos psiquiátricos incluidos en la remisión: _____

Esquema de entrevista

Las preguntas en el Esquema de Entrevista para Trastornos Disociativos deben realizarse en el mismo orden en que aparecen en el esquema. Deben investigarse todos los puntos del esquema, incluidos los puntos del criterio diagnóstico DSM-III para trastornos disociativos y trastornos de personalidad fronteriza. Las preguntas deben formularse tal como están redactadas para estandarizar la información recopilada por cada entrevistador. El mismo no debe leer en alta voz los encabezamientos de las secciones. El entrevistador debe comenzar la sesión agradeciendo al sujeto por su participación y luego decir:

"La mayoría de las preguntas que voy a formularle pueden responderse como SI, NO o NO ESTOY SEGURO. Unas pocas tienen diferentes respuestas y yo las explicaré según vayamos avanzando."

I Problemas somáticos

1. ¿Ud. sufre de dolores de cabeza?

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 1, vaya a la pregunta 3.

14. Otro dolor (distinto del dolor de cabeza)
 SI NO NO ESTOY SEGURO
15. Falta de aire cuando no se está haciendo esfuerzos
 SI NO NO ESTOY SEGURO
16. Palpitaciones (sensación de que su corazón late muy fuertemente)
 SI NO NO ESTOY SEGURO
17. Dolor en el pecho
 SI NO NO ESTOY SEGURO
18. Vértigo
 SI NO NO ESTOY SEGURO
19. Dificultades al tragar
 SI NO NO ESTOY SEGURO
20. Pérdida de la voz
 SI NO NO ESTOY SEGURO
21. Sordera
 SI NO NO ESTOY SEGURO
22. Visión doble
 SI NO NO ESTOY SEGURO
23. Visión borrosa
 SI NO NO ESTOY SEGURO
24. Ceguera
 SI NO NO ESTOY SEGURO
25. Desmayo o pérdida de conciencia
 SI NO NO ESTOY SEGURO
26. Amnesia
 SI NO NO ESTOY SEGURO
27. Ataque o convulsión
 SI NO NO ESTOY SEGURO
28. Problemas al andar
 SI NO NO ESTOY SEGURO
29. Parálisis o debilidad muscular
 SI NO NO ESTOY SEGURO
30. Retención urinaria o dificultad al orinar
 SI NO NO ESTOY SEGURO

31. Largos períodos sin deseo sexual
SI NO NO ESTOY SEGURO

32. Dolor durante el acto sexual
SI NO NO ESTOY SEGURO

Nota: Si el sujeto es masculino, haga la pregunta 33 y luego pase a la 38. Si es femenino, pase a la 34.

33. Impotencia
SI NO NO ESTOY SEGURO

34. Períodos menstruales irregulares
SI NO NO ESTOY SEGURO

35. Menstruación dolorosa
SI NO NO ESTOY SEGURO

36. Sangramiento menstrual excesivo
SI NO NO ESTOY SEGURO

37. Vómitos durante el embarazo
SI NO NO ESTOY SEGURO

38. ¿Ha tenido Ud. muchos problemas físicos o la creencia de que ha estado enfermo por años, comenzando antes de los 30 años?
SI NO NO ESTOY SEGURO

39. ¿Ha tenido Ud. algún otro síntoma físico serio para el cual los doctores no hayan encontrado explicación?
SI NO NO ESTOY SEGURO

II Abuso de sustancias

40. ¿Ha tenido alguna vez problemas con la bebida?
SI NO NO ESTOY SEGURO

41. ¿Ha utilizado drogas callejeras extensamente?
SI NO NO ESTOY SEGURO

42. ¿Se ha inyectado drogas alguna vez?
SI NO NO ESTOY SEGURO

43. ¿Ha tenido tratamiento por problemas de drogas o alcohol?
SI NO NO ESTOY SEGURO

III Historia siquiátrica

44. ¿Ha tenido tratamiento por un problema emocional o trastorno mental?

SI NO NO ESTOY SEGURO

45. ¿Sabe Ud. cuales diagnósticos siquiátricos, si existe alguno, le han hecho en el pasado?

SI NO NO ESTOY SEGURO

46. ¿Alguna vez le han diagnosticado padecer de?:

- a) depresión
- b) manía
- c) esquizofrenia
- d) trastornos de ansiedad
- e) otros trastornos siquiátricos (especificar) _____

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto no expresa un diagnóstico para 46 e), pase a la pregunta 48.

47. Si el sujeto expresó algún diagnóstico para 46 e), ¿es que hace referencia a alguna de las siguientes?:

- a) amnesia psicogénica
- b) fuga psicogénica
- c) trastorno de personalidades múltiples
- d) trastorno disociativo atípico

SI NO NO ESTOY SEGURO

48. ¿Alguna vez le han prescrito medicación siquiátrica?

SI NO NO ESTOY SEGURO

49. ¿Alguna vez le han prescrito uno de los medicamentos siguientes?:

- a) antipsicóticos
- b) antidepresivos
- c) litium
- d) medicinas ansiolíticas o para dormir
- e) otras (especifique) _____

SI NO NO ESTOY SEGURO

50. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de electroshock?

SI NO NO ESTOY SEGURO

51. ¿Ha recibido alguna vez terapia para problemas emocionales, familiares o psicológicos por más de 5 sesiones en el curso de tratamiento?

SI NO NO ESTOY SEGURO

52. ¿Cuántos terapeutas, si alguno, ha consultado Ud. por causa de problemas emocionales o enfermedades mentales en su vida?

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto responde NO a las preguntas 51 y 52, vaya a la pregunta 54

SI NO NO ESTOY SEGURO

53. ¿Alguna vez ha tenido Ud. un tratamiento por un problema emocional o enfermedad mental que no haya sido efectivo?
SI NO NO ESTOY SEGURO

IV Estados depresivos mayores

El propósito de esta sección es determinar si el sujeto ha tenido alguna vez o tiene actualmente un estado depresivo mayor.

54. ¿Ha tenido Ud. alguna vez un estado depresivo de al menos dos semanas de duración en el cual Ud. haya perdido interés o el placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos y se haya sentido deprimido, triste, sin esperanzas, en baja o irritable?
SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 54, vaya a la pregunta 62.
Si el sujeto respondió SI o NO ESTOY SEGURO el entrevistador debe preguntar:

"¿Durante este período experimentó los siguientes síntomas casi todos los días por durante al menos dos semanas?":

55. Poco apetito o pérdida de peso significativa (sin hacer dieta) o incremento del apetito o aumento significativo de peso.
SI NO NO ESTOY SEGURO

56. Muy poco o demasiado sueño
SI NO NO ESTOY SEGURO

57. Lento física o mentalmente o agitado hasta el punto que otras personas los notan
SI NO NO ESTOY SEGURO

58. Pérdida de interés o placer en actividades usuales o disminuciones de la actividad sexual
SI NO NO ESTOY SEGURO

59. Pérdida de energía. Fatiga
SI NO NO ESTOY SEGURO

60. Sentimientos de inutilidad, autorreproche, o culpabilidad excesiva o inapropiada.
SI NO NO ESTOY SEGURO

61. Dificultad en concentrarse o en tomar decisiones.
SI NO NO ESTOY SEGURO

62. ¿Ha tenido alguna vez pensamientos recurrentes de muerte, suicidio, deseos de morir, o intentos suicidas?

SI NO NO ESTOY SEGURO

63. Si ha tenido intentos suicidas, Ud.

- a) tomó una sobredosis
- b) cortó sus muñecas u otras áreas del cuerpo
- c) se causó quemaduras con cigarrillos u otras auto-agresiones
- d) utilizó una pistola, cuchillo u otra arma
- e) utilizó otro método

SI NO NO ESTOY SEGURO

63. Si Ud. ha tenido un estado de depresión tal como se describió anteriormente, ¿éste está?:

- 1) actualmente activo, por primera vez
- 2) actualmente en remisión
- 3) actualmente activo, en recurrencia
- 4) incierto
- 5) debido a una causa orgánica

V Síntomas de primer rango de Schneider

64. ¿Alguna vez ha experimentado Ud.?:

- a) voces discutiendo en su cabeza

SI NO NO ESTOY SEGURO

- b) voces comentando sus acciones

SI NO NO ESTOY SEGURO

c) que sus sentimientos son controlados o producidos por algo o alguien fuera de Ud.

SI NO NO ESTOY SEGURO

d) que sus pensamientos son controlados o producidos por algo o alguien fuera de Ud.

SI NO NO ESTOY SEGURO

- e) que sus acciones son controladas por algo a alguien fuera de Ud.

SI NO NO ESTOY SEGURO

f) que influencias ajenas a Ud. juegan o afectan su cuerpo como fuerzas o poderes externos

SI NO NO ESTOY SEGURO

- g) que sus pensamientos son sacados de su mente

SI NO NO ESTOY SEGURO

- h) pensar pensamientos que parecen de otra persona

SI NO NO ESTOY SEGURO

- i) escuchar sus pensamientos en alta voz

SI NO NO ESTOY SEGURO

j) que otras personas pueden oír sus pensamientos como si los expresara en voz alta

SI NO NO ESTOY SEGURO

k) pensamientos engañosos que están muy fuera de contacto con la realidad.

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a todos los síntomas de Schneider, vaya a la pregunta 67, si no, el entrevistador deberá preguntar:

"Si Ud. ha experimentado cualquiera de los síntomas anteriores, ¿su ocurrencia se limitaba claramente a una de las siguientes situaciones?":

65. Ocurrieron sólo bajo la influencia de drogas o alcohol

SI NO NO ESTOY SEGURO

66. Ocurrieron sólo durante un gran estado depresivo

SI NO NO ESTOY SEGURO

VI Trances, sonambulismo, compañías infantiles

67. ¿Ha Ud. caminado estando dormido?

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 67, vaya a la 69

68. Si Ud. ha caminado dormido, ¿cuántas veces, más o menos?

SI NO NO ESTOY SEGURO

69. ¿Ha tenido Ud. alguna vez una experiencia de trance en la cual Ud. miró al vacío, perdió la noción del tiempo y de lo que ocurría a su alrededor?

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 69, vaya a la 71.

70. Si Ud. ha tenido esta experiencia, ¿cuántas veces, más o menos?

SI NO NO ESTOY SEGURO

71. ¿Tuvo Ud. algún compañero de juegos imaginario cuando niño?

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 71, vaya a la 73

72. Si Ud. tenía compañeros imaginarios, ¿qué edad tenía cuando cesaron? _____

Si el sujeto aún tiene compañeros imaginarios, registre la edad actual del sujeto _____

VII Abuso infantil

73. Abusaron físicamente de Ud. cuando niño o adolescente?
SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 73, vaya a la 78

74. ¿El abuso físico fue independiente de episodios de abuso sexual?
SI NO NO ESTOY SEGURO

75. Si Ud. fue abusado físicamente, ¿fue por?:

a) padre
SI NO NO ESTOY SEGURO

b) madre
SI NO NO ESTOY SEGURO

c) madrastra
SI NO NO ESTOY SEGURO

d) padrastro
SI NO NO ESTOY SEGURO

e) hermano-hermana
SI NO NO ESTOY SEGURO

f) pariente masculino
SI NO NO ESTOY SEGURO

g) pariente femenino
SI NO NO ESTOY SEGURO

h) otro masculino
SI NO NO ESTOY SEGURO

i) otro femenino
SI NO NO ESTOY SEGURO

76. Si abusaron físicamente de Ud., qué edad tenía cuando estcomenzó? _____

89. NO ESTOY SEGURO. Si menos de 1 año, marque = 0

77. Si abusaron físicamente de Ud., ¿ qué edad tenía cuando esto terminó? _____

Si menos de 1 año, marque = 0

Si aún continúa, marque la edad actual del sujeto _____

78. ¿Abusaron sexualmente de Ud. cuando niño o adolescente? El abuso sexual incluye la violación o cualquier otro tipo de contactos o caricias sexuales no deseadas que Ud. pueda haber experimentado
SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 78, vaya a la 85. Si el sujeto respondió SI o NO ESTOY SEGURO a la pregunta 78, el entrevistador debe decir lo siguiente antes de hacer más preguntas sobre abuso sexual:

"Las siguientes preguntas se relacionan con ejemplos detallados de los tipos de abuso sexual que Ud. pueda o no haber experimentado. Debido a la naturaleza: explícita de estas preguntas, Ud. tiene la opción de no responder algunas o ninguna de ellas. La razón por la que yo le hago estas preguntas es para tratar de determinar la gravedad del abuso que Ud. Experimentó; Ud. puede responder SI, NO, NO ESTOY SEGURO, o no responder a cada pregunta."

79. Si abusaron sexualmente de Ud., ¿fue por?:

a) padre			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
b) madre			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
c) madrastra			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
d) padrastro			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
e) hermano- hermana			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
f) pariente masculino			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
g) pariente femenino			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
h) otro masculino			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
i) otro femenino			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA

Si el sujeto es femenino, salte la pregunta 80. Si el sujeto es masculino, salte la pregunta 81.

80. Si Ud. es varón y fue abusado sexualmente, ¿el abuso consistió en?:

a) toque de los genitales con la mano

SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
b) otros tipos de toques			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
c) sexo con una hembra			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
d) el acto sexual anal con un varón – Ud. activo			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
e) Ud. realizando el acto sexual oral a un varón			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
f) Ud. realizando el acto sexual oral a una hembra			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
g) un varón realizando el acto sexual oral a Ud.			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
h) una hembra realizando el acto sexual oral a Ud.			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
i) el acto sexual anal – Ud. Pasivo			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
j) el acto sexual obligado con animales			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
k) fotografía pornográfica			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
l) otros (especificar) _____			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
81. Si Ud. es hembra y fue abusada sexualmente, ¿el abuso incluyó?:			
a) toque de genitales con la mano			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
b) otros tipos de toques			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
c) el acto sexual con un varón			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
d) el acto sexual simulado con una hembra			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
e) Ud. haciendo el acto sexual oral a un varón			
SI	NO	NO ESTOY SEGURO	SIN RESPUESTA
f) Ud. haciendo el acto sexual oral a una hembra			

MENUDO

SEGURO

88. ¿Ha notado alguna vez que su escritura cambia drásticamente o que hay cosas en su escritura que Ud. no reconoce?

NUNCA OCASIONALMENTE BASTANTE A FRECUENTEMENTE NO ESTOY
MENUDO MENUDO SEGURO

89. ¿Le sucede que hay personas que vienen y le hablan como si lo conocieran pero que Ud. no reconoce, o sólo las reconoce muy ligeramente?

NUNCA OCASIONALMENTE BASTANTE A FRECUENTEMENTE NO ESTOY
MENUDO MENUDO SEGURO

90. ¿Le dicen a veces sobre cosas que Ud. ha hecho o dicho y que Ud. no puede recordar, sin contar las veces que Ud. ha utilizado drogas o alcohol?

NUNCA OCASIONALMENTE BASTANTE A FRECUENTEMENTE NO ESTOY
MENUDO MENUDO SEGURO

91. ¿Ha tenido alguna vez, períodos "en blanco" o tiempo perdido que Ud. no puede recordar, sin contar las veces en que ha utilizado drogas o alcohol?

NUNCA OCASIONALMENTE BASTANTE A FRECUENTEMENTE NO ESTOY
MENUDO MENUDO SEGURO

92. ¿Se ha encontrado a veces llegando a un lugar desconocido, totalmente despierto, sin estar seguro de como llegó allí, o de lo que sucedió en momentos previos, sin contar las veces en que ha utilizado drogas o alcohol?

NUNCA OCASIONALMENTE BASTANTE A FRECUENTEMENTE NO ESTOY
MENUDO MENUDO SEGURO

93. ¿Hay épocas extensas en su infancia después de los cinco años, que Ud. no puede recordar?

NUNCA OCASIONALMENTE BASTANTE A FRECUENTEMENTE NO ESTOY
MENUDO MENUDO SEGURO

94. ¿Tiene Ud. recuerdos que llegan de pronto, como una inundación o como destellos?

NUNCA OCASIONALMENTE BASTANTE A FRECUENTEMENTE NO ESTOY
MENUDO MENUDO SEGURO

95. ¿Tiene Ud. largos períodos cuando Ud. se siente como irreal, o como en un sueño, o como si Ud. no estuviera realmente allí, descontando los casos en que ha utilizado drogas o alcohol?

NUNCA OCASIONALMENTE BASTANTE A FRECUENTEMENTE NO ESTOY
MENUDO MENUDO SEGURO

96. Escucha a veces voces hablándole o conversando dentro de su cabeza?
SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 96, vaya a la pregunta 98.

97. Si Ud. Escucha voces, ¿éstas parecen venir de dentro de Ud.?
SI NO NO ESTOY SEGURO

98. ¿Se refiere Ud. alguna vez a sí mismo como NOSOTROS o NUESTRO?
SI NO NO ESTOY SEGURO

99. ¿Alguna vez ha sentido que hay alguna o algunas personas dentro de Ud.?
SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 99, vaya a la pregunta 102.

100. ¿Hay alguna persona o personas dentro de Ud. que tenga nombre?
SI NO NO ESTOY SEGURO

101. Si hay otra persona dentro de Ud., ¿el o ella alguna vez salen y toman control de su cuerpo?
SI NO NO ESTOY SEGURO

IX Experiencias extrasensoriales, sobrenaturales / posesiones / cultos

102. ¿Ha tenido alguna vez experiencias sobrenaturales?
SI NO NO ESTOY SEGURO

103. ¿Alguna vez ha tenido experiencias extrasensoriales tales como?:

a) Telepatía mental
SI NO NO ESTOY SEGURO

b) Ver el futuro estando despierto
SI NO NO ESTOY SEGURO

c) mover objetos con la mente
SI NO NO ESTOY SEGURO

d) ver el futuro en sueños
SI NO NO ESTOY SEGURO

e) déjà vu (el sentimiento de que algo que está sucediendo ha sucedido anteriormente)
SI NO NO ESTOY SEGURO

f) otro (especificar) _____
SI NO NO ESTOY SEGURO

104. ¿Se ha sentido alguna vez poseído por?:

a) un demonio
SI NO NO ESTOY SEGURO

b) un muerto
SI NO NO ESTOY SEGURO

c) una persona viva
SI NO NO ESTOY SEGURO

d) otro poder o fuerza
SI NO NO ESTOY SEGURO

105. ¿Ha tenido alguna vez contacto con?:

a) fantasmas
SI NO NO ESTOY SEGURO

b) poltergeist (que causan ruidos o mueven objetos a su alrededor)
SI NO NO ESTOY SEGURO

c) espíritus de cualquier tipo
SI NO NO ESTOY SEGURO

106. ¿Alguna vez ha sentido que conoce algo sobre vidas pasadas o anteriores encarnaciones?

SI NO NO ESTOY SEGURO

107. ¿Alguna vez ha estado involucrado en actividades de cultos?

SI NO NO ESTOY SEGURO

X Trastorno de personalidad límite

El entrevistador debe plantear:

"En las siguientes ocho preguntas, por favor responda SI solo si Ud. ha estado de esa manera por mucho tiempo por gran parte de su vida. ¿Ha Ud. experimentado?":

108. Comportamiento impredecible o impulsivo en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para Ud. (por ejemplo gastos, el acto sexual, juego al interés, abuso de sustancias, hurto en tiendas, comer en demasía, actos de auto-agresión)

SI NO NO ESTOY SEGURO

109. Un patrón en que sus relaciones tienden a ser intensas pero inestables y de corta duración?

SI NO NO ESTOY SEGURO

110. Ira intensa o falta de control de la ira (por ejemplo, frecuentes muestras de mal humor, ira constante)

SI NO NO ESTOY SEGURO

111. Sentimientos de incertidumbre sobre su identidad, lo cual puede incluir problemas con su auto imagen, autoconciencia, identidad sexual, u opción de su carrera, (por ejemplo, ya que Ud. se siente inseguro sobre quien es, Ud. puede tratar de imitar diferentes personas para tratar de descubrir cual identidad se ajusta mejor a Ud.)

SI NO NO ESTOY SEGURO

112. Frecuentes cambios de humor; cambios notables de normal a depresivo, irritable o ansioso.

SI NO NO ESTOY SEGURO

113. Sentirse incómodo al estar solo (por ejemplo, esfuerzos frenéticos para evitar estar solo, sentirse deprimido cuando lo está)

SI NO NO ESTOY SEGURO

114. Actos de auto-agresión (por ejemplo, acciones suicidas, auto-mutilación, accidentes recurrentes o peleas físicas)

SI NO NO ESTOY SEGURO

115. Sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.

SI NO NO ESTOY SEGURO

XI Amnesia psicogénica

116. Ha experimentado alguna vez la imposibilidad de recordar información personal importante o eventos de forma tan extensa que no puede ser explicada por un olvido normal?

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió "NO" o "NO ESTOY SEGURO" a la pregunta 116, vaya a la pregunta 118.

117. Si Ud. respondió SI a la pregunta anterior; ¿esta perturbación fue causada por un trastorno físico conocido (por ejemplo, desmayos durante la intoxicación con alcohol, o un ataque cerebral)?

SI NO NO ESTOY SEGURO

XII Fuga psicogénica

118. ¿Ha experimentado Ud. alguna vez irse lejos de su casa o lugar de trabajo con incapacidad de recordar su pasado?

SI NO NO ESTOY SEGURO

XIV Trastorno de personalidad múltiple - criterio investigativo nimh, consistente en DSM-111 (123-125) más dos criterios adicionales (126-127)

123. ¿Alguna vez se ha sentido Ud. como que existen dos o más personalidades muy diferentes dentro de Ud., cada una de las cuales es dominante en un momento dado?

SI NO NO ESTOY SEGURO

Si el sujeto respondió NO a la pregunta 123, vaya a la 128.

El entrevistador debe preguntar:

¿Alguna de estas situaciones se ajusta a la suya?

124. ¿La personalidad o parte de Ud. que es dominante en un momento dado, controla su comportamiento?

SI NO NO ESTOY SEGURO

125. ¿Cada personalidad individual es compleja y tiene comportamientos y relaciones sociales que no son compartidos por otras personalidades?

SI NO NO ESTOY SEGURO

126. ¿Dos o más personalidades han estado en control de su cuerpo en al menos tres ocasiones diferentes?

SI NO NO ESTOY SEGURO

127. ¿Existe algún tipo de amnesia o combinación de tipos de amnesia entre las diferentes personalidades?

SI NO NO ESTOY SEGURO

XV Trastorno disociativo atípico (trastorno disociativo no específico)

128. El sujeto parece tener un trastorno disociativo pero no satisface los criterios para un trastorno disociativo específico. Los ejemplos incluyen estados de trance, de realización acompañada de despersonalización, y aquellos estados disociados mas prolongados que pueden ocurrir en personas que han sido sometidas a períodos prolongados e intensos de persuasión coercitiva (lavados de cerebro, reformación del pensamiento e inductinación como cautivos de cultos o terroristas).

SI NO NO ESTOY SEGURO

XVI Puntos concluyentes

129. ¿Durante la entrevista el sujeto presentó procesos de pensamiento inusuales, ilógicos o idiosincrásicos?

SI NO NO ESTOY SEGURO

130. Si se evalúa al sujeto como que presenta un trastorno de personalidad múltiple, y respondió SI a la pregunta 1., el entrevistador debe preguntar:

"En su opinión, ¿ los dolores de cabeza sobre los que le pregunté con anterioridad son parte de su problema con diferentes personalidades que lo controlan?

SI

NO

NO ESTOY SEGURO

131. Si el sujeto se evalúa como presentando TPM, y también ha recibido el diagnóstico de depresión (pregunta 63), el entrevistador debe preguntar: "En su opinión, ¿la depresión sobre la que le pregunte con anterioridad está?:

- Confinada a una personalidad _____
- Afecta la mayoría o todas las personalidades _____
- No estoy seguro _____

El entrevistador debe hacer una breve conclusión diciéndole al sujeto que ya no hay más preguntas, y agradeciendo al sujeto por su participación.

**CUESTIONARIO DE DISOCIACIÓN SOMÁTICA: CDS-20
(SOMATIC DISSOCIATION QUESTIONNAIRE. SDQ-20)**

Este cuestionario pregunta sobre diversos síntomas físicos o experiencias corporales que usted pueda haber tenido en forma breve o durante períodos prolongados.

Por favor indique en qué grado se aplican a usted estas experiencias durante el año pasado.

Para cada caso encierre en un círculo el número que mejor se ajuste a **usted**.

Las posibilidades son:

1. NO ES APLICABLE.
2. LIGERAMENTE APLICABLE.
3. MODERADAMENTE APLICABLE.
4. BASTANTE APLICABLE.
5. EXTREMADAMENTE APLICABLE.

Si algún síntoma o experiencia es aplicable a usted, por favor indique si algún médico lo ha relacionado con alguna enfermedad física. Indique esto encerrando en un círculo la palabra SI o NO en la columna "¿Se conoce la causa física?" Si usted señaló la palabra SI, por favor escriba la causa física (si la conoce) en la línea.

Ejemplo:

	Grado en el cual se aplica a usted el síntoma o experiencia					¿Se conoce la causa física?			
A veces:									
Mis dientes castañean	1	2	3	4	5	NO	SI	_____	
Tengo calambres en las pantorrillas								_____	

Si usted circuló un 1 en la primera columna (o sea NO ES APLICABLE), usted no tiene que responder a la pregunta sobre si existe conocimiento de la causa física.

Por otra parte, si usted circuló 2, 3, 4, o 5, usted **tiene** que circular SI o NO en la columna "¿Se conoce la causa física?".

Por favor no salte ninguna de las 20 preguntas.

Gracias por su cooperación.

Aquí están las preguntas:

1. NO ES APLICABLE.
2. LIGERAMENTE APLICABLE.
3. MODERADAMENTE APLICABLE.
4. BASTANTE APLICABLE.
5. EXTREMADAMENTE APLICABLE.

Grado en el cual
se aplica a usted
el síntoma o
experiencia

¿Se conoce la causa
física?

A veces

1	Tengo problemas al orinar	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
2	Me desagradan sabores que normalmente me gustan (mujeres: no considerar el embarazo ni los períodos mensuales)	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
3	Escucho los sonidos cercanos como si vinieran de muy lejos	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
4	Tengo dolor al orinar	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
5	Mi cuerpo, o una parte de él, se me entume.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
6	Las gentes y las cosas se ven más grandes que lo normal	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
7	Tengo un ataque que parece epiléptico.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
8	Mi cuerpo, o una parte es insensible al dolor.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
9	Me desagradan olores que normalmente me agradan	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
10	Siento dolor en los genitales (sin considerar el momento del acto sexual)	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
11	Pierdo el oído por un tiempo.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
12	Pierdo la vista por un tiempo.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
13	Veó las cosas a mi alrededor de forma distinta a la normal (por ejemplo como a través de un túnel o veo sólo parte del objeto)	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
14	Puedo oler mucho MEJOR o PEOR que lo usual sin que tenga catarro.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
15	Siento como si mi cuerpo, o una parte de él ha desaparecido.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
16	No puedo tragar o sólo lo logro con gran esfuerzo.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
17	Paso noches sin poder dormir, pero me siento activo por el día	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
18	No puedo hablar o sólo con gran esfuerzo, o sólo puedo susurrar	1	2	3	4	5	NO	SI	_____

19	Me quedo paralizado por un rato.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____
20	Me quedo rígido por un rato.	1	2	3	4	5	NO	SI	_____

Antes de continuar, chequee por favor que usted ha respondido a las 20 preguntas.

A continuación llene o marque según le corresponda.

21. Edad _____ años

22. Sexo: _____ femenino
 _____ masculino

23. Estado civil
 _____ soltero (a)
 _____ casado (a)
 _____ cohabitando
 _____ divorciado (a)
 _____ viudo (a)

24. Nivel educacional _____

25. Fecha _____ (mes y año)

CDS- 5 (SDQ – 5)

Esta es una versión corta del *SDQ-20*, y se contesta de la misma forma:

1. NO ES APLICABLE.
2. LIGERAMENTE APLICABLE.
3. MODERADAMENTE APLICABLE.
4. BASTANTE APLICABLE.
5. EXTREMADAMENTE APLICABLE.

Grado en el cual se aplica a usted el síntoma o experiencia ¿Se conoce la causa física?

A veces

1	Tengo dolor al orinar	1 2 3 4 5	NO SI _____
2	Mi cuerpo, o una parte es insensible al dolor	1 2 3 4 5	NO SI _____
3	Veó las cosas a mi alrededor de forma distinta a la normal (por ejemplo como a través de un túnel o veo sólo parte del objeto)	1 2 3 4 5	NO SI _____
4	Siento como mi cuerpo, o una parte de él ha desaparecido.	1 2 3 4 5	NO SI _____
5	No puedo hablar o sólo con gran Esfuerzo, o sólo puedo susurrar	1 2 3 4 5	NO SI _____

Por favor, antes de continuar chequee haber contestado a todas las preguntas

Lista de chequeo para disociación infantil

Frank Putnam, M.D.
Unit on Dissociative Disorders, LDP, NIMH

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: M ____ F ____
Identificación: _____

En lo que sigue se encuentra una lista de comportamientos que describe a los niños. Para cada punto que describa a su niño AHORA o DURANTE LOS PASADOS 12 MESES, por favor circule el 2 si es MUY CIERTO. Circule el 1 si el punto es ALGO CIERTO o A VECES CIERTO. Si el punto NO ES CIERTO para su niño, circule 0.

0	1	2	1	El niño no recuerda o niega experiencias traumáticas o dolorosas que se conocen ciertas.
0	1	2	2	El niño entra a veces en un estado similar al trance o estupor o a MENUDO se le ve como "en el aire". Los maestros reportan que frecuentemente se ensueña en la escuela.
0	1	2	3	El niño muestra cambios rápidos de personalidad. Puede variar de reservado a confiado, de femenino a masculino, de tímido a agresivo.
0	1	2	4	El niño inusualmente olvidadizo o confuso en cosas que debe conocer, o sea, puede olvidar el nombre de los amigos, maestros u otra gente importante, pierde posesiones o se pierde fácilmente.
0	1	2	5	El niño tiene un sentido muy pobre del tiempo. Pierde cuenta del tiempo, piensa que es de mañana cuando es por la tarde, se confunde en el día que es o sobre el momento en que ocurrió algo.
0	1	2	6	Muestra marcadas variaciones diarias e incluso de hora en hora en sus habilidades, conocimientos, preferencias alimentarias y habilidades atléticas, por ejemplo, cambios en la escritura, memoria para información aprendida previamente como tablas de multiplicar, ortografía, uso de herramientas o habilidades artísticas
0	1	2	7	Muestra regresiones rápidas en su comportamiento respecto a su edad. Por ejemplo, un niño de 12 años empieza a utilizar lenguaje de bebé, se chupa el dedo o dibuja como un niño de 4 años.
0	1	2	8	Tiene dificultades para aprender de la experiencia. Por ejemplo, las explicaciones, la disciplina normal o los castigos no cambian su comportamiento.
0	1	2	9	Continúa mintiendo o negando su mal comportamiento aún cuando la evidencia es obvia.
0	1	2	10	Se refiere a sí mismo en tercera persona cuando habla de sí mismo, o a veces insiste en ser llamado por otro nombre. También dice de cosas que le sucedieron que le sucedieron e realidad a otra persona.
0	1	2	11	Se queja de malestares físico que cambian rápidamente como dolor de cabeza o problemas estomacales. Por ejemplo, puede quejarse de un dolor de cabeza y al minuto olvidarse aparentemente del mismo.
0	1	2	12	Presenta una sexualidad inusualmente precoz y puede intentar comportamientos sexuales inadecuados a su edad con otros niños o adultos.
0	1	2	13	Sufre de heridas inexplicables o puede incluso herirse a sí mismo a propósito.
0	1	2	14	Reporta escuchar voces que le hablan; estas pueden ser amistosas o iracundas y

				pueden provenir de "compañeros imaginarios" o sonar como las voces de los padres, amigos o maestros.
0	1	2	15	Tiene compañeros imaginarios vividos. Puede insistir que estos son responsables por cosas que ha hecho.
0	1	2	16	Tiene intensos ataques de rabia, a veces sin causa aparente y puede desplegar fuerza física inusual durante estos episodios.
0	1	2	17	Padece de sonambulismo frecuente.
0	1	2	18	Tiene experiencias nocturnas inusuales, por ejemplo reporta ver fantasmas o cosas que le suceden de noche a las cuales no puede dar explicación. Por ejemplo juguetes rotos o heridas inexplicables.
0	1	2	19	Frecuente habla consigo mismo, puede utilizar una voz diferente o discutir consigo mismo.
0	1	2	20	Tiene dos o más personalidades distintas que toman el control de su comportamiento.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
10. Cuando estoy en un lugar en el cual no quiero estar, puedo irme mentalmente.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
11. Soy tan bueno en mentir y actuar que yo mismo me lo creo.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
12. Me sorprendo "despertándome" y encontrándome haciendo algo.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
13. No me reconozco a mí mismo en el espejo.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
14. Me encuentro a mí mismo haciendo algo o yendo a algún lugar y no sé por qué.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
15. Me encuentro a mí mismo en algún lugar y no recuerdo cómo llegué allí.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
16. Tengo pensamiento que realmente no parecen míos.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
17. Encuentro que puedo hacer desaparecer el dolor.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
18. No puedo determinar si las cosas sucedieron realmente o si sólo las soñé o pensé sobre ellas										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
19. Me encuentro a mí mismo haciendo algo que sé que está mal aunque realmente no quiero hacerlo.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
20. La gente me dice que a veces actúo de una forma tan diferente que parezco otra persona.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
21. Siento como si tuviera paredes dentro de mi mente.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
22. Encuentro escritos, dibujos o cartas que debo haber hecho, pero que no recuerdo haberlas hecho.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
23. Algo dentro de mí me parece que me hace hacer cosas que no quiero hacer.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
24. Encuentro que no puedo definir si estoy recordando algo o si me está sucediendo realmente.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)
25. Me encuentro a mí mismo parado fuera de mi cuerpo, mirándome como si fuera otra persona.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nunca)										(siempre)

**MODELO EVALUATIVO PARA EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
(R.A.I.D.S.)**

George A. Fraser,
Royal Ottawa Hospital

Fecha: _____

Re-vivencias (Al menos una)

⟨ Ligeras a Severas ⟩

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Recuerdos estresantes | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 2. Sueños estresantes | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 3. Re-vivencias de eventos, flashbacks | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 4. Problemas psicológicos relacionados | 0.1.2.3.4.5.6,7.8.9.10 |
| 5. Problemas fisiológicos relacionados | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |

50

Evitación / entumecimiento (Al menos tres)

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Evitación de pensamiento, sentimientos
conversaciones del evento | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 2. Evitación de lugares y personas que
disparen los recuerdos | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 3. Carencia de intereses | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 4. Amnesia | 0.1.2.3.4.5.6,7.8.9.10 |
| 5. Distanciamiento | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 6. Emociones restringidas | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 7. Falta de sentido de percepción del futuro | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |

70

Excitabilidad incrementada (Al menos dos)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1. Sueño difícil | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 2. Irritabilidad | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 3. Dificultad en la concentración | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |
| 4. Hipervigilancia | 0.1.2.3.4.5.6,7.8.9.10 |
| 5. Sobresalto exagerado | 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10 |

50

TOTAL: _____
170

DURACION: AgUd.a: _____ Crónica: _____ Inicio Retardado: _____

Disparador principal: _____

Medicación: _____

COMENTARIOS: _____

Fecha de Inicio: _____