



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"El tratamiento psicológico en el trastorno disociativo"

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Mariana Elisa Hernández Lázaro

Director: Mtro. **Jorge Luis Salinas Rodríguez**

Dictaminadores: Lic. **Violeta Espinosa Sierra**

Lic. **Yasmín de Jesús Arriaga Abad**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Enero 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

A mis papás, Salomón y Edith; este logro es de ustedes, por estar siempre a mi lado, por motivarme, por inculcarme valores, por creer en mí y hacerme la persona que soy ahora; por todo el apoyo, el amor y la confianza que depositaron en mí. Gracias por trazar el camino por el cual debía dirigirme. Por todos los desvelos, los tropiezos y principalmente los ánimos que me han dado para seguir de pie. Gracias por las enseñanzas que han dejado a lo largo de mi vida y por haberme dado a mis hermanos. Gracias mamá, por demostrarme que a pesar de todo, siempre hay que tener fuerza para seguir avanzando para lograr nuestras metas y ayudar a otros a lograr las suyas. Gracias papá, por enseñarme que mientras alguien esté en tu corazón, vivirá por siempre; gracias por seguir dándome fuerzas en todo momento para no rendirme y gracias por haberme dejado el aprendizaje más grande de mi vida.

A mis hermanos, Carlos y Gisela; gracias por ser mis cómplices en esta vida, por su apoyo, por estar a mi lado siempre, por su ejemplo, por no dejarme caer. Gracias por estar al pendiente de mí en todo lo que hago, por todas las pláticas, los momentos que hemos vivido y por todo el tiempo que hemos compartido; gracias por haber avanzado conmigo hacía adelante. Gracias por cuidarme y por tratar de que yo esté bien en todos los sentidos. Gracias por ser mis hermanos.

A mi escuela, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por abrirme las puertas y ser mi segundo hogar y gracias por permitirme estudiar mi carrera; Psicología. Gracias a mis asesores de tesina, por haber aceptado serlo; por su paciencia, por sus enseñanzas y por apoyarme en este trabajo. Gracias por su tiempo, colaboración y por ser un gran ejemplo no solo para mí sino para sus alumnos. Gracias por demostrarme lo que es ser un verdadero profesor, asesor y psicólogo.

Gracias a mis amigos por haberme apoyado dentro y fuera de la carrera, por estar presentes siempre y por haber sido una segunda familia para mí.

ÍNDICE.

	Pág.
Introducción.	1
Capítulo I: El trastorno disociativo desde la perspectiva psiquiátrica.	4
1.1 Definición de disociación.	4
1.2 Definición del trastorno disociativo.	5
1.3 Características del trastorno disociativo.	5
1.4 Clasificación en el DSM-V.	6
1.5 Teoría psiquiátrica del trastorno disociativo.	9
1.6 Tratamiento farmacológico.	12
Capítulo II: Los trastornos disociativos.	15
2.1 Amnesia disociativa.	15
2.2 Trastorno de identidad disociativo.	17
2.3 Trastorno de despersonalización.	21
2.4 Prevalencia.	26
2.5 Evaluación.	38
Capítulo III: Psicología Humanista.	30
3.1 Características.	31
3.2 Tratamiento.	32
3.3 Perfil del psicólogo humanista.	33
3.4 Técnicas humanistas.	34
Capítulo IV: La psicología clínica Cognitivo Conductual.	36
4.1 La psicología.	36
4.2 La psicología clínica.	37
4.3 La psicología cognitivo conductual.	39
4.4 Características de la terapia cognitivo conductual.	41

4.5 Fases de la terapia cognitivo conductual.	42
4.6 Técnicas cognitivo conductuales.	44
Capítulo V: La intervención en los trastornos disociativos desde la terapia Cognitivo Conductual.	46
5.1 Tratamiento cognitivo conductual.	47
5.2 Técnicas utilizadas en el tratamiento de los trastornos disociativos.	52
5.3 Pronóstico.	59
Conclusiones.	61
Bibliografía	64

INTRODUCCIÓN

El trastorno disociativo es un problema de salud de creciente interés, especialmente en la literatura anglosajona. Las manifestaciones habituales clásicas son conocidas desde hace tiempo y, sólo últimamente, se ha comenzado a investigar sobre sus diversos subtipos, las diferencias interculturales o los aspectos etiopatogénicos (Bru, Santamaría, Coronas y Cobo, 2009).

Se considera que estos trastornos son consecuencia de los traumas que algunas personas viven. Read (1997; citado en Castro, Perona, Senín y Rodríguez, 2015) propone que el trastorno disociativo surge como una reacción a un trauma, en el que la persona afectada experimenta determinados eventos vitales como peligrosos para su vida, o para su integridad ya sea física o psicológica.

La prevalencia de trastornos disociativos en escenarios psiquiátricos es entre 10-12%, siendo la más alta en salas de emergencia psiquiátricas (34.9%). La mayor diferencia de los estudios en comunidades es que en los escenarios clínicos el trastorno de identidad disociativo es tan frecuente como el trastorno disociativo no especificado y las mujeres constituyen la mayoría de los pacientes (Sar y Ozturk, 2012).

Los trastornos disociativos se encuentran en el capítulo siete del DSM-V (2013), están explicados de manera general en el inicio del capítulo de la siguiente manera:

Amnesia disociativa. El paciente no puede recordar información importante que suele ser de naturaleza personal. Esta amnesia tiende a relacionarse con el estrés.

Trastorno de identidad disociativo. Una o más identidades toman de manera intermitente el control del comportamiento del enfermo.

Trastorno de despersonalización. Existen episodios de desprendimiento, como si el individuo estuviera observando su propio comportamiento desde el exterior. En esta condición, no existe una pérdida verdadera de la memoria.

Otro trastorno disociativo especificado o no especificado. Los pacientes que presentan síntomas sugestivos de cualquiera de los trastornos previos, pero que no cumplen con los criterios para alguno de ellos, pueden incluirse en alguna de estas dos categorías.

Actualmente hay controversia sobre la inclusión de los trastornos disociativos en el DSM; ya que por un lado existen estudios clínicos y experimentales que demuestran que hay evidencia suficiente para conocer los cuadros clínicos que presentan algunos pacientes. Pero por otro lado, hay un alto porcentaje de psiquiatras estadounidenses y canadienses que dudan de la validez científica y de la legitimidad del diagnóstico de la mayoría de las clasificaciones de trastornos disociativos (Gleaves, May & Cardeña, 2001).

Estos trastornos son difíciles de explicar por varias razones. Frecuentemente no es claro si un caso comprende disociación o si es alguna clase de manifestación psicótica. También, es difícil obtener la información que se necesita para sacar conclusiones razonables; en tanto que en los trastornos adaptativos y postraumáticos la fuente de estrés se puede identificar con facilidad, en los trastornos disociativos la fuente puede no ser obvia.

Los trastornos disociativos quizás se relacionen con combinaciones de factores de vulnerabilidad (por ejemplo, ciertos aspectos en la constitución biológica) o con situaciones de estrés que ocurrieron muchos años antes de que la desadaptación alcanzara proporciones clínicas. Debido a que los seres humanos son capaces de distorsionar sus recuerdos, comúnmente se necesita de un mayor número de investigaciones para determinar la verdadera naturaleza del estrés (Sarason & Sarason, 2006).

A pesar de que existe un diagnóstico para los distintos trastornos disociativos, en algunas investigaciones se apunta que el trastorno de identidad disociativo y la despersonalización no existen y son los mismos que la amnesia y la fuga disociativa, y esto ha tomado fuerza debido a que en la actualidad éstos trastornos se pueden ver en algunas películas, principalmente de suspenso y terror, por lo

cual se puede llegar a pensar que sólo son parte de la ficción o que toda persona que los presente va a actuar del mismo modo que el personaje de las películas. Por ello, es importante que, por medio de las investigaciones, podamos conocer más allá de lo que se ha visto en el cine; esto, debido a que a pesar de que no son trastornos frecuentes y que en México se han realizado pocas investigaciones al respecto, no quiere decir que no existan o que no puedan presentarse en nuestra sociedad. Esto se debe también, a los diagnósticos que los psiquiatras y los psicólogos llegan a realizar, ya que existen otro tipo de patologías más comunes, como el trastorno por estrés postraumático y la esquizofrenia; que en ocasiones presentan un síntoma similar al de alguno de los trastornos disociativos y por lo tanto pueden llegar a confundirse.

Con base en lo anterior, el objetivo de esta investigación es determinar cuáles son las principales teorías existentes y el tratamiento psicológico de los trastornos disociativos, con énfasis en la aproximación cognitivo-conductual.

CAPÍTULO I: EL TRASTORNO DISOCIATIVO DESDE LA PERSPECTIVA PSIQUIÁTRICA

Para comenzar, es importante plantear la perspectiva predominante acerca del trastorno disociativo que se basa en la psiquiatría, ya que ésta es la encargada de proporcionar medicamentos a los pacientes y dar una explicación con fundamentos neurobiológicos acerca de los trastornos.

Es por ello que en el DSM-V (2013), se encuentra la definición de cada uno de los trastornos disociativos, así como las características que se toman en cuenta para su diagnóstico; el cual es de utilidad para poder conocer el tratamiento (psiquiátrico o psicológico) que se puede llevar a cabo con el paciente. Antes de esto, es importante conocer la definición de la palabra disociación, ya que es el término y la característica principal en los trastornos a tratar.

1.1 Definición de disociación.

De acuerdo con el DSM-V (2013), la disociación se presenta cuando un grupo de procesos mentales normales se separa del resto. En esencia, algunos de los pensamientos, sentimientos o comportamientos del individuo quedan libres de conciencia y de control. Al igual que muchos otros síntomas mentales, se puede desarrollar la disociación sin que exista un trastorno, si es un cuadro leve puede considerarse todo como “normal”; ésta puede presentarse en cualquier momento y en circunstancias que no siempre representa un trauma para la persona; la diferencia es que son pequeños episodios, que incluso podrían pasar desapercibidos y que por lo tanto no se convierten en trastornos.

La disociación es un proceso psicobiológico que subyace una variedad de fenómenos psicológicos normales y patológicos merced al cual se desagregan diversas funciones mentales habitualmente integradas. (De Rezende, Muñoz y Ramos, 2011). La característica principal de la disociación es la alteración; la disociación puede afectar el pensamiento, las emociones, la conducta, la

identidad, la conciencia, percepción y/o el funcionamiento sensomotor (Sar & Osturk, 2012).

Podemos considerar que la característica principal de la disociación es el “no control” de algunos de los procesos cognitivos por parte de la persona; siendo ésta la característica principal de los trastornos disociativos.

1.2 Definición del trastorno disociativo.

Los trastornos disociativos (TD) son un grupo de síndromes psiquiátricos que se caracterizan por perturbaciones en algunos aspectos de la conciencia, la identidad, la memoria y la conducta motora. (Barahona y Américo, 2008). De acuerdo con García, Garibay y Páes (2006) se trata de entidades psiquiátricas que producen discapacidad y sufrimiento a quienes las padecen y a quienes los rodean.

Es por esta razón que tiene relevancia el conocer cuáles son las características de los trastornos disociativos, para poder llevar a cabo una evaluación y de este modo no confundirlo con otros síntomas, o con otras psicopatologías, ya que este al igual que otros trastornos afectan la vida diaria de la persona, así como sus relaciones interpersonales y sociales.

1.3 Características del trastorno disociativo.

De acuerdo con el DSM- V, los episodios de disociación con gravedad suficiente para constituir un trastorno cuentan con varias características en común:

- Suelen tener inicio y terminación súbitos.
- Se perciben como una disrupción de la información que requiere el individuo. Pueden ser positivos, en el sentido de que se agrega algo (por ejemplo, recuerdos súbitos), o negativos (un período que la persona no recuerda).
- Si bien los clínicos muchas veces difieren en torno a su etiología, muchos episodios en apariencia son precipitados por un conflicto psicológico.
- Aunque por lo general se consideran raros, sus cifras pueden ir en aumento.

- En la mayor parte de ellos (excepto en el trastorno de despersonalización/desrealización) existe una afección intensa de la memoria.
- Se requiere una disminución del desempeño o una sensación subjetiva de tensión solo para diagnosticar la amnesia disociativa y el trastorno de despersonalización/desrealización.

Las características presentadas son generales en cuanto a los trastornos disociativos, pero es primordial identificar las características particulares de cada uno para poder llevar a cabo un diagnóstico acertado y del mismo modo conocer lo que diferencia uno del otro.

1.4 Clasificación en el DSM- V (2013).

- *Amnesia disociativa.*

Existen dos requisitos principales para diagnosticar la amnesia disociativa: el paciente olvidó algo importante y se han descartado otros trastornos. Por supuesto, la característica central es la incapacidad para recordar eventos relevantes. Hace más de 100 años, clínicos como Pierre Janet (citado en DSM-V, 2013) reconocieron varios patrones en los que es posible que ocurra el olvido.

-Localizado o circunscrito: El paciente no recuerda ninguno de los eventos que se verificaron en un marco temporal específico, con frecuencia al ocurrir alguna desgracia, como una batalla en tiempos de guerra o un desastre por un fenómeno natural.

-Selectivo: Se olvidan ciertas fracciones de un periodo, como el nacimiento de un bebé. Esta variedad es menos frecuente.

Los siguientes tres tipos son mucho menos comunes, y pueden, de manera eventual, determinar un diagnóstico de trastorno de la identidad disociativo.

-Generalizado: Se olvidaron todas las experiencias de la vida del individuo.

- Continuo: El paciente olvida todos los eventos desde un momento determinado hasta el presente. Esto es en la actualidad un extremo extraño.

-Sistematizado: El paciente olvidó ciertos tipos de información, como la relativa a su familia o al trabajo.

La amnesia disociativa tiene inicio súbito, por lo general tras padecer una tensión intensa, como una lesión física, culpa en relación con una aventura extramarital, abandono por el cónyuge o conflicto interno relacionado con cuestiones sexuales. En ocasiones el afectado vaga sin rumbo cerca de su hogar. Su duración es muy variable, desde unos minutos hasta quizá años, después de los cuales la amnesia suele terminar en forma abrupta, con una recuperación completa de la memoria. En algunos individuos puede desarrollarse de nuevo, quizá más de una vez.

A pesar de que en el DSM-IV la amnesia disociativa y la fuga disociativa se consideraban dos trastornos separados, la segunda pasó a ser uno de los subtipos de la primera en el DSM-V, debido a la escasez de casos y por ende de investigación, sin embargo la fuga disociativa también cuenta con algunas características en particular.

- *Fuga disociativa.*

En el subtipo de amnesia disociativa, que se conoce como fuga disociativa, la persona con amnesia de manera súbita sale de su hogar. Esto con frecuencia ocurre tras un estrés intenso como un conflicto marital o un desastre por un fenómeno natural o inducido por el hombre. El individuo puede experimentar desorientación y una sensación de perplejidad. Algunos asumen una identidad y un nombre nuevos, y durante meses incluso pueden trabajar en un nuevo empleo; a pesar de esto, en la mayor parte de los casos el episodio corresponde a un viaje breve, que dura algunas horas o días, a veces pueden existir estallidos de violencia. La recuperación suele ser súbita con amnesia subsecuente del episodio.

La fuga disociativa es otro de esos trastornos raros e interesantes, acerca de la cual se ha realizado poca investigación, se sabe poco sobre su distribución entre sexos o de los antecedentes familiares. Esto forma parte de la razón que explica que la fuga disociativa haya sido degradada como diagnóstico independiente en el DSM-IV para convertirse en tan solo un subtipo de la amnesia disociativa en el

DSM-V; en el cual también se señala que la fuga alcanza su prevalencia más alta entre pacientes con trastorno de identidad disociativo, el cual será explicado a continuación, siendo éste uno de los más conocidos principalmente por la publicidad cinematográfica.

- *Trastorno de identidad disociativo.*

En el trastorno de identidad disociativo, que alcanzó antes la fama como trastorno de personalidad múltiple, la persona posee por lo menos dos personalidades diferentes, llegando a alcanzar hasta una cifra de 200; estas identidades pueden tener sus propios nombres, su personalidad e incluso en ocasiones no comparten el género del paciente. Las identidades pueden estar conscientes en cierto grado de la existencia de las otras, no obstante solo una interactúa a la vez con el ambiente, la transición de una a otra suele ser súbita, con frecuencia precipitada por el estrés; casi todas ellas están conscientes de la pérdida de tiempo que ocurre cuando otra identidad mantiene el control, sin embargo, algunos pacientes no están conscientes de su estado peculiar hasta que un amigo cercano les señala las modificaciones temporales de carácter que muestran.

- *Trastorno de despersonalización.*

La despersonalización puede definirse como una sensación de separación o desprendimiento de uno mismo. Esta sensación puede experimentarse a manera de visión de los propios procesos mentales o comportamiento; algunos individuos se sienten como si estuvieran en un sueño. Cuando un enfermo sufre una tensión repetida generada por episodios de despersonalización y no existe algún otro trastorno que pueda explicar mejor los síntomas, se puede diagnosticar como trastorno de despersonalización.

Como vemos, una de las causas de estos trastornos es un aumento de tensión en la persona, lo cual podría ser explicado de manera neurobiológica; es por ello que existen distintas teorías e investigaciones acerca de lo que sucede en el cerebro de una persona con trastorno disociativo y cuáles son las diferencias que se

presentan y por las cuales puede crearse algún síntoma o en su defecto alguno de los trastornos disociativos.

1.5 Teoría psiquiátrica del trastorno disociativo.

Para entender mejor qué es lo que sucede cuando se presenta un trastorno disociativo, nos basaremos en lo que González, (2012), comenta; de acuerdo con el autor la personalidad normal se consideraría la organización dinámica dentro del individuo de los sistemas biopsicosociales que determinan sus acciones características. Estos sistemas biopsicosociales o sistemas de acción son básicamente de dos tipos: unos orientados a la supervivencia (vinculación, cuidado de hijos, alimentación, etc.) y otros a la defensa frente a la amenaza (lucha, huida, sumisión); en la disociación se produce una escisión entre ambos sistemas. Una o más de las partes disociadas de la personalidad del sujeto evitan los recuerdos traumáticos y desempeñan las funciones de la vida diaria mientras que una o más partes de ella siguen fijadas a las experiencias traumáticas y a las acciones defensivas. Las partes disociadas se manifiestan en forma de síntomas disociativos, negativos y positivos; los síntomas negativos (ausencia de algo que debería estar presente) pueden ser somatomorfos como la anestesia o psicómorfos como la amnesia. Los síntomas positivos (se refiere a la aparición de) también pueden ser somatomorfos como las pseudocrisis convulsivas (ocasionadas por el estrés) o psicómorfos como las alucinaciones auditivas o los flashbacks.

De acuerdo con Madrigal (2012), al apreciarse la comorbilidad entre los síntomas de disociación y eventos de trauma, es importante retomar la psicobiología de las áreas cerebrales implicadas en las respuestas del individuo; cuando cierta región del cerebro se daña, animales y humanos pierden la capacidad para apreciar la significación emocional de ciertos estímulos sin pérdida en la capacidad para perder el estímulo. La representación perceptual de un objeto y la evaluación emocional de ese objeto son procesados por separado en el cerebro.

Por otro lado, Frewen y Lanius (2006; citados en Madrigal, 2012), en el artículo “Neurobiología de la disociación: unión y desunión de mente-cuerpo-cerebro”, realizaron una revisión de estudios de la correlación neural de las experiencias disociativas valoradas por neuroimagen funcional a través de tomografía por emisión de positrones y la resonancia magnética con referencia a las definiciones psicológicas de organización de Van Der Kolk (1991), disociación primaria, secundaria y terciaria, las cuales se explican a continuación.

Disociación primaria: Se refiere a la intrusión en la consciencia consciente de recuerdos traumáticos fragmentados, principalmente en forma sensorial más que verbal. Los recuerdos del trauma se experimentan inicialmente como fragmentos de los componentes sensoriales del suceso como imágenes visuales, sensaciones olfatorias, auditivas o cinestésicas u oleadas intensas de sentimientos. Las respuestas disociativas primarias, implican revivir de forma emocional y fenomenológicamente los recuerdos traumáticos como si estuvieran ocurriendo en el momento del recuerdo.

Disociación secundaria: Se refiere el “abandono” mental del cuerpo y la observación de lo que ocurre desde cierta distancia durante los momentos del trauma. Este distanciamiento psicológico de la propia conciencia limita el dolor y el distrés y “saca” a las personas fuera del contacto con sus sentimientos y las emociones relacionadas con el trauma, los anestesia.

Las respuestas disociadas secundarias no muestran un aumento significativo en la frecuencia cardíaca típicamente asociada con la disociación primaria. Sin embargo, el aumento de la activación del lóbulo temporal en la disociación secundaria establece un paralelismo entre la despersonalización inducida por un trauma psicológico y las experiencias provocadas por la epilepsia del lóbulo temporal.

Disociación terciaria: se refiere al desarrollo de estados del yo que contienen una experiencia traumática o identidades complejas con patrones cognitivos, afectivos y conductuales distintivos. Se sabe poco acerca de la neurobiología subyacente a

la disociación terciaria, sin embargo, algunos hallazgos observan que la desorganización del vínculo y el trauma relacional que ocurre precozmente durante la adolescencia y la vida adulta

Las experiencias disociativas parecen depender de un amplio rango de alteraciones en los sistemas neuroquímicos. Las teorías neurobiológicas actuales sobre disociación sugieren un posible rol de glutamato al menos en algunos síntomas disociativos; las altas dosis de ketamina y un antagonista glutamatérgico, producen incrementos dosis-dependientes en síntomas como la percepción lentificada del tiempo, visión en túnel, desrealización y despersonalización. (Loewenstein, 2005).

En el caso de la amnesia disociativa, varios estudios vinculan las elevaciones crónicas de glucocorticoides a los malos resultados en las pruebas de memoria. Los cambios consistentes con los modelos epigenéticos, en las hormonas del estrés y en la función cerebral que se derivan de la interacción genes-medio ambiente, antes de la aparición de amnesia pueden aumentar la probabilidad de que se desarrolle amnesia disociativa después de la exposición a un traumatismo o estrés psicológico (Staniloui, Marcowitsch, 2014).

En cuanto a la despersonalización, varios autores han propuesto que probablemente tiene su origen en una respuesta vestigial del sistema nervioso, que evolucionó con el fin de preservar conductas adaptativas durante situaciones caracterizadas por miedo y angustia, capaces de tener un efecto desorganizador en la conducta.

Algunas observaciones esporádicas realizadas en los años sesenta y setenta mostraron que en sujetos ansiosos la ocurrencia de despersonalización coincidía con una marcada disminución en la conducta electrodérmica. Los estudios sobre la neurobiología de la despersonalización son compatibles con la idea de que el mecanismo neurobiológico subyacente a la despersonalización involucra una acción inhibitoria en el procesamiento de estímulos emocionales percibidos como aversivos o amenazantes. No obstante, el que una situación sea interpretada

como amenazante depende tanto de los atributos del objeto o situación, así como de una serie de condiciones de tipo psicológico y cultural, que tendrían un papel modulador en el umbral de amenaza percibido, requerido para evocar un estado de despersonalización (Sierra, 2008).

Debido a que algunas explicaciones se basan principalmente en el cerebro de una persona, la psiquiatría trata sus síntomas a través de medicamentos, los cuales en su mayoría tienen un efecto directo en el sistema nervioso; ya que, como hemos visto, podría considerarse que los trastornos disociativos son un problema neurológico ocasionado por un alto nivel de tensión o de estrés.

1.6 Tratamiento farmacológico.

Las investigaciones médicas deben balancearse para evitar reforzar las creencias disadaptativas respecto de la enfermedad. Los estudios médicos reiterados con el único propósito de calmar la ansiedad del paciente o del equipo de salud deben ser evitados ya que promueven la sensación de incertidumbre y sentimientos de padecer una enfermedad neurológica primaria e incrementan la tendencia a establecer conexiones entre el deterioro de la memoria y los sucesos emocionales o estresantes (Henningsen, Zipfel & Herzog, 2007).

A continuación se presenta una tabla en la cual se explica el tipo de fármaco que es utilizado, siendo en su mayoría los antidepresivos; las dosis recomendadas y cuáles son los beneficios que presentan la administración de estos, así como algunos de los efectos secundarios que pueden tener.

Tabla 1: Fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos disociativos

Fármaco	Dosis	Beneficios	Efectos secundarios	Otros
Trazodona (Antidepresivo)	25-400mg	Efecto inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Buena seguridad. Bien tolerado.	Sedación diurna. Disforia. Baja presión sanguínea. Pesadillas.	Riesgo de priapismo en varones.
Benzodiazepinas.	Dosis variables dependiendo del agente.	Efectos ansiolíticos.	Puede no producir sedación. Tolerancia. Adicción, abstinencia. Sinergia con alcohol y depresores del SNC. Hipersedación. Ataxia.	Algunos pacientes la usan para "anestesiarse" a sí mismos.
Zolpidem (Sedante hipnótico)	5-10 mg en la noche.	Generalmente bien tolerado.	Resaca, ataxia, mareos, amnesia, posible abuso.	Algunos pacientes la usan para "anestesiarse".
Neurolepticos. (Tranquilizantes).	Variable, dependiendo del agente. Generalmente bajas dosis de neurolepticos típicos o atípicos.	Pueden ayudar con el estrés, el pánico y la confusión.	Aumento de peso. Galactorrea. Síntomas extrapiramidales. Acatisia. Hipotensión postural.	Pacientes fóbicos a los medicamentos para la "psicosis".
Antidepresivos tricíclicos.	10-100mg al acostarse.	Antidepresivos. Puede aumentar la eficacia del efecto inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Dolor crónico.	Efectos anticoligérgicos. Activación paradójica en algunos pacientes.	Si se administra conjuntamente con un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina, las dosis deben ser bajas. La sobredosis es potencialmente letal.
Anticolinérgicos. (bloquear el efecto de la acetilcolina)	Dosis variable dependiendo del agente.	Pocos efectos colarales, bien tolerados.	Efectos anticoligérgicos. Activación paradójica en algunos pacientes.	La sobredosis puede conllevar toxicidad anticoligérgica grave.
Mirtazapina. (Antidepresivo).	15-30mg al acostarse.	Posible efecto coadyuvante de los antidepresivos.	Sedación. Aumento de peso. Pesadillas.	
Prazosin.(hipertensión)	1-10mg por día	Reduce pesadillas postraumáticas.	Hipotensión. Mareo.	Puede ser útil añadirlo para las pesadillas postraumáticas.

Obtenida de : Loewenstein (2005).

Como tratamiento para la depresión grave, se han observado resultados positivos con la combinación de psicofármacos antidepresivos y terapia psicológica (Baca, et al. 2008); estos tratamientos deben ser llevados con mucho cuidado y constante observación médica dado los efectos secundarios, dependencia y posible uso como método suicida.

El uso de benzodiazepinas también puede reducir la ansiedad, sin embargo, también el efecto posterior puede producir una crisis emocional y conducir a conductas de autolesión y conducta (Beck, et al. 2005).

En general una combinación de una benzodiazepina intramuscular (generalmente loracepam) y un neuroléptico típico intramuscular (ej: haloperidol) puede abortar un episodio de agitación aguda relacionada con eventos como conducta autodestructiva, niveles catastróficos de pánico, miedo o rabia, o flashbacks graves e irreductibles (Loewenstein, 2005).

Los antidepresivos ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), como el citalopram, la fluoxetina y la paroxetina, pueden administrarse desde el principio a dosis terapéuticas; sin embargo, es recomendable iniciar con dosis bajas (Chávez, Ontiveros & Serrano, 2008).

Como vemos, a partir de la psiquiatría y del uso de fármacos se han explicado y tratados los síntomas disociativos, sin embargo, no es la única teoría que existe, ya que ha habido diferentes investigaciones que han basado sus causas en lo psicológico o en lo social, más allá de lo neurobiológico. Es por ello que a continuación se dará una explicación diferente a la del DSM-V, ya que son definiciones retomadas de autores que llevaron a cabo investigaciones de cada uno de los trastornos disociativos y que son de utilidad para conocer más acerca de ellos; esto con la finalidad de determinar cuáles son los factores y los síntomas de los trastornos disociativos y poder establecer posteriormente un tratamiento psicológico que complemente a la farmacología.

CAPÍTULO 2: LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Aunque los trastornos disociativos ya son reconocidos como patologías, aún existen diversas maneras de definirlos en conjunto. De acuerdo con Romero (2016), los trastornos disociativos consisten en un grupo de síndromes cuyo factor común es un trastorno de la conciencia manifestado en alteraciones en la memoria y en la identidad.

Globalmente, estudios independientes de diversos países demuestran claramente que los trastornos disociativos constituyen un problema de salud mental frecuente no sólo en la práctica clínica, sino también en la comunidad. La falta de secciones sobre el trastorno disociativo en los instrumentos de cribado psiquiátrico ha dado lugar a la omisión de los trastornos disociativos en los estudios epidemiológicos a gran escala (Sar, 2006).

Como vemos, el trastorno pocas veces es tratado por un profesional, y la mayoría de las veces en las que se trata, el trabajo lo realiza un psiquiatra, dejando a un lado el trabajo del psicólogo; es por ello que por medio de la terapia cognitivo-conductual, llevada a cabo por el psicólogo, se pueden ampliar el número de investigaciones con respecto al tema, esto con la finalidad de que se dé a conocer que los casos se pueden presentar en diversos países y que pueden ser tratados como ayuda para los efectos del medicamento.

2.1 Amnesia disociativa.

La amnesia disociativa es un trastorno funcional clásico de la memoria y consiste en la dificultad para recuperar componentes concretos de la memoria episódica (Mascayano, et al., 2008). Es circunscrita a los sucesos de naturaleza traumática (o de los que se ha sido testigo), pudiendo estar estos “olvidos” enraizados con períodos de memoria intacta. (Marín, Dujo y González, 2013).

A primera vista hay una serie de signos que pueden ayudar a diferenciar la amnesia orgánica de la psicógena, ya que en la primera existe un daño estructural o alguna lesión en el cerebro. Las diferencias más importantes son:

-La pérdida de identidad personal, la cual es poco frecuente en la amnesia orgánica, a excepción de las demencias muy avanzadas.

-La afectación del aprendizaje de material nuevo, poco frecuente en la amnesia psicógena.

-La información “olvidada” puede ser recordada en el caso de la amnesia psicógena (Calvo, 2013).

Como vemos, en la amnesia disociativa, se olvidan períodos o sucesos de la vida de una persona, siendo la mayoría de ellos hechos que causaron algún trauma en el paciente, o en algunos casos un nivel de estrés alto, dejando a un lado la parte biológica de la persona. Estos períodos pueden ser amplios, incluso se puede olvidar algo que se vivió durante años. La amnesia disociativa es causada en la mayoría de los casos por otro tipo de problemáticas, que actualmente se pueden considerar más “comunes”.

Causas

La amnesia disociativa es más frecuente durante la tercera y la cuarta décadas de vida. Es común la comorbilidad con el trastorno por conversión, la bulimia, el consumo de alcohol y la depresión; y con menor frecuencia en pacientes que presentan trastornos histriónicos, dependientes y con límite de personalidad (Mascayano, et al., 2008). La amnesia se centra habitualmente alrededor de acontecimientos traumáticos, tales como accidentes o duelos inesperados y suele ser parcial y selectiva (Hernández, 2009). Este trastorno, como su nombre lo dice, tiene un síntoma en general, que es la amnesia o pérdida de memoria.

Síntomas

En la amnesia disociativa, la pérdida de la memoria es episódica, se pierde la capacidad de recolección de ciertos sucesos personales más que los procedimientos cognitivos. La pérdida de la memoria se produce durante un periodo discreto de tiempo, variando de minutos a años y normalmente suele ser

retrógrada en lugar de anterógrada. La pérdida de la memoria afecta normalmente a sucesos de naturaleza traumática o estresante (Mascayano, et al., 2008).

A pesar de que en el DSM-V la fuga disociativa es uno de los tipos de la amnesia disociativa, éste fue un cambio reciente ya que anteriormente en el DSM-IV aparecía también como un trastorno diferente y no como un subtipo.

Vale la pena mencionar que este trastorno no debe confundirse con el trastorno de identidad disociativo, ya que en este caso el paciente puede crear otra personalidad, pero solo porque ha olvidado la identidad “original”; esto es algo que no sucede en trastorno de identidad disociativa, el cual veremos a continuación, así como sus características, causas y síntomas.

2.2 Trastorno de identidad disociativo

El Trastorno de Identidad Disociativo, es un trastorno poco común, sin embargo, es conocido por la población general mucho más que otros trastornos debido a la amplia representación que han hecho de él la literatura y el cine, ya que a lo largo del tiempo algunas de las películas de suspenso/terror han utilizado este tema para conseguir un mayor número de espectadores. En estas historias se puede observar principalmente que los pacientes son atendidos por psicoanalistas, pero realmente no explican la manera en la que llevan a cabo las terapias, solo se menciona que el uso de la hipnosis es la que más utilizan; aun así no dejan de ser personajes ficticios y en algunos casos, exagerados.

Por desgracia, el gran interés que ha mostrado el cine por este trastorno no ha derivado en una correcta representación del mismo, muy al contrario, quizás es uno de los trastornos peor tratados. La mayoría de las películas que han utilizado el trastorno lo han hecho presentando personajes con personalidades extremadamente conflictivas y violentas, en las que se dan cita asesinatos y masacres; pero en realidad no ocurre así necesariamente, de hecho, son mínimos los casos documentados en los que haya existido asesinato o crimen relacionado con el trastorno (Vera, 2006). Es por ello que es importante conocer realmente

cómo es éste trastorno, ya que es algo que se presenta en la realidad y aunque no hay muchas investigaciones acerca del tema, puede ser un trastorno común.

El trastorno de identidad disociativo es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad, y al menos dos de estas identidades deben controlar de forma recurrente el comportamiento del individuo (Vera, 2006).

De acuerdo con Ozturk (2009; citado en Sar y Ozturk, 2012), existen varios tipos de alteraciones de personalidad, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Persecutor: la personalidad persecutoria es hostil con la personalidad anfitriona (la cual generalmente está deprimida), y puede conducir a intentos de suicidio y automutilación; el persecutor debe fusionarse con la personalidad anfitriona antes que con otras personalidades alternas; ésta se asemeja a un niño sintiendo enojo y culpa debido a la experiencia traumática.
- Prostituta: se observa en hombres y mujeres, este es un personaje fuerte que es propenso a apoyar en el tratamiento, porque puede persuadir a las personalidades alternas para que cooperen. Esta personalidad debe mantenerse como un ayudante.
- Niño: es una personalidad que es descuidada, sin embargo, esto la puede convertir en una personalidad persecutoria secundaria, es por ello que se debe tomar en cuenta como una personalidad que sirve de guía.
- Gay/lesbiana: Esta es una personalidad alegre con cierta cualidad antidepressiva, es propensa a ser cooperativa está llena de energía. Esta personalidad no tiene nada que ver con la orientación sexual del paciente.

Cada personalidad alternativa se relaciona usualmente con un grupo o tipo de conflictos y afectos específicos, por ello, situaciones análogas a las abusivas (que causan el temor de que el abuso o un peligro o amenaza relacionada con él puedan ocurrir), pueden dar lugar al cambio de personalidad. La disociación y la creación de entidades alternas pueden utilizarse para enfrentar circunstancias vitales más rutinarias y no traumáticas, las personalidades alternativas pueden

originarse también para preservar una cualidad que se siente amenazada por el agresor (Barahona & Américo, 2008).

Respecto al tipo de conocimiento entre las identidades, éste puede ser mutuo, es decir, pueden conocerse entre sí, y puede existir un continuo de memoria; en el caso de que las personalidades sean mutuamente amnésicas, ninguna sabe de la existencia de la otra (Mascayano, et al., 2008).

Algunas consideraciones teóricas que se deben tener sobre las personalidades alternas son las siguientes: no constituyen personalidades como tal, aunque ellas así lo quisieran; se puede ser empático con los sentimientos de separación, pero sin olvidar que todas las alternas constituyen una persona completa; poseen un sin número de funciones, atributos y comportamientos observables; cada una tiene un número ilimitado de auto percepciones, importantes para su sentido de identidad y para el papel completo dentro del sistema múltiple (Batres, 2009).

A pesar de que existen diversos tipos de personalidades dentro de este trastorno, todas ellas pueden ser desarrolladas por una misma razón, siendo el trauma una de las causas más predominantes en los casos que se presentan, sin embargo no es la única.

Causas

El trastorno de identidad disociativo, parece estar causado por la interacción de varios factores: un estrés insoportable (como el haber sufrido abuso físico, sexual o psicológico durante la niñez). Una habilidad para separar los propios recuerdos, percepciones o identidades del conocimiento consciente. Y una insuficiente protección y atención durante la niñez (Onostre, 2011). En algunos de los casos que se han presentado son debido a traumas que fueron ocasionados durante la niñez del paciente, dichos traumas en su mayoría son ocasionados por abuso sexual por parte de algún familiar de la persona. Esto ocasiona que al pasar de los años, algunas personas tienden a presentar una personalidad alterna, siendo esto el principal síntoma dentro del trastorno de identidad disociativo.

Síntomas

De acuerdo a los criterios diagnósticos, una de las características definitorias del trastorno de identidad disociativo es la presencia de dos o más personalidades o identidades en la misma persona, con patrones propios y relativamente duraderos o persistentes, de percepción, interacción y concepción del medio y de sí mismo. Las personalidades o identidades pueden mostrarse en forma simultánea o sucesiva (Mascayano, et al., 2008).

Los signos de autolesión y la disociación siempre se presentan juntas, existiendo una fuerte correlación entre el abuso físico o sexual con las autolesiones. Las personas con este trastorno con frecuencia intentan el suicidio y se considera que son las más propensas a suicidarse que otras personas con otros trastornos mentales (Onostre, 2011).

La inestabilidad afectiva y los cambios rápidos de humor son muy comunes en pacientes con trastorno de identidad disociativo, a menudo sucediéndose en minutos u horas, no días o semanas, más rápidamente de lo que ocurre en los virajes de estado de ánimo más rápidos posibles en un trastorno bipolar (Loewenstein, 2005).

La mayoría de los pacientes con trastorno de identidad disociativo reportan una depresión crónica, muchos pacientes reportan el comienzo del estado de ánimo depresivo durante la niñez temprana. La mayor parte de los pacientes tienen ideas suicidas y suelen tener intentos de suicidio, algunos de los pacientes solicitan ayuda justo antes o después de un intento, porque algunas de las personalidades alternas pueden resistirse contra dicha acción; muchos pacientes se causan autoheridas, generalmente durante una crisis disociativa (Sar & Osturk, 2012).

Las alteraciones que presentan las personas con trastorno de identidad disociativo, incluyen dificultades con la regulación del afecto que se reflejan en: grave desregulación emocional, problemas en la regulación del estado y conciencia, dificultades con el sentido del yo y la imagen corporal, con problemas secundarios en el mantenimiento de un sentido estable de la identidad, trastornos

alimentarios, falta de atención a las necesidades médicas y somatización, también alteraciones en la habilidad para establecer relaciones interpersonales, con intensa desconfianza coexistiendo con vulnerabilidad a la victimización y explotación; distorsiones en la autoatribución y en los sistemas de significado, haciendo que el mundo se vea como peligroso y traumatizante, y el yo como dañado, vergonzante, defectuoso y responsable de la traumatización y una propensión significativa a la autodestrucción incluyendo intentos suicidas, autolesiones y conductas temerarias (Loewenstein, 2005).

Dentro de la sintomatología encontrada en este trastorno, encontramos los síntomas pseudopsicóticos; se pueden mencionar las voces alucinadas, imágenes visuales de las identidades alternantes y fenómenos alucinatorios complejos (Barahona y Américo, 2008), es por esto que en ocasiones se puede hacer un diagnóstico de esquizofrenia, ya que se puede compartir este tipo de síntomas.

Como podemos ver, el trastorno de identidad disociativo es uno de los más conocidos, pero no por ello es el más común ya que las investigaciones con respecto al tema son escasas; esto debido a que en muchas ocasiones se puede confundir con el trastorno de estrés postraumático o en algunos casos con la esquizofrenia; quizás porque ambos son más conocidos y su tratamiento es más común, otro de los trastornos que suele confundirse con ellos es el trastorno de despersonalización, el cual veremos a continuación.

2.3 Trastorno de despersonalización.

El trastorno de despersonalización es poco común y en ocasiones es confundido con la esquizofrenia o con el trastorno de identidad disociativo, sin embargo, a pesar de que éste último y la despersonalización pueden tener causas similares, su sintomatología no es la misma. Por otro lado, también se ha llegado a considerar que no es un trastorno, sino un síntoma más de otras patologías psicológicas, a continuación veremos la definición del trastorno de despersonalización.

Para comenzar, la despersonalización ha sido definida como una alteración de la conciencia del yo, de índole tal que el individuo despersonalizado se siente a sí mismo como extraño y distante, mero observador de sus procesos mentales y su ámbito corporal. Se atribuye a Dugas en 1894 el empleo del vocablo “despersonalización” para nominar al fenómeno; desde entonces y pese a los diferentes enfoques teóricos acerca de ella, la fenomenología de la despersonalización se ha mantenido relativamente estable (Cruzado, Núñez & Rojas, 2013).

Autores como Ajuriaguerra, Ehrenwald y L´hermitte (1974; citado en Sierra, 2008) llamaron la atención respecto a la similitud existente entre las quejas de los pacientes despersonalizados y las de aquellos con lesiones neurológicas que se manifestaban como alteraciones de la imagen corporal. En particular L´hermitte hizo hincapié en la similitud entre despersonalización y asomatognosia y acuñó la expresión asomatognosia total para referirse a la despersonalización (Sierra, 2008).

A pesar de que el trastorno de despersonalización se considera una entidad nosológica por sí misma, son muchos autores que opinan que existen pocas pruebas para definir la despersonalización como un trastorno diferenciado y que la consideran como un síntoma. Esto debe cuestionarse dada la escasez de los datos. Se calcula que dos tercios de las personas sometidas a peligros vitales presentan fenómenos de despersonalización transitorios, que por lo tanto no han llegado a diagnosticarse como trastornos (Burón, Jodar & Corominas, 2004).

Como vemos, si se hicieran más investigaciones con respecto al tema, se conocería un mayor número de casos y por lo tanto esto podría hacer que se reconociera como un trastorno por los profesionales, ya que a pesar de que en el DSM- V (2013) ya se encuentra, sigue quedando en duda su existencia.

Con la finalidad de conocer acerca de qué es lo que ocasiona este trastorno, veremos algunas de las causas que lo ocasionan, ya que a diferencia de los

demás trastornos ya vistos, éste suele tener un mayor número de factores que pueden provocar que el trastorno se presente.

Causas

El trastorno de despersonalización suele presentarse ya sea durante o tras el sometimiento a una situación traumática, como efecto de la meditación, como resultado de la ingestión de drogas psicodélicas, sugestión hipnótica, entre otros. Suele apreciarse mayormente en personas jóvenes, menores de 40 años y más en mujeres que en hombres; la duración es variable, abarcando desde segundos hasta años. Suele tener un curso crónico, con exacerbaciones y remisiones esporádicas (Mascayano, et al., 2008).

Por otro lado, estudios en pacientes con trastornos de despersonalización muestran claramente una relación entre mucha ansiedad y estos. Así, el inicio de un cuadro clínico de este trastorno es frecuentemente precedido por un episodio de ansiedad intenso. (Sierra, 2008).

Se han descrito varias situaciones que pueden propiciar la aparición de la despersonalización en la población general: estados de fatiga, privación prolongada del sueño, determinados fármacos (anestésicos, antihistamínicos), el consumo de tóxicos (enol, LSD o marihuana), shock emocional, situaciones de riesgo vital, entre otros. En algunas ocasiones la despersonalización se induce de forma voluntaria a través de prácticas de meditación (Burón, et al., 2004).

Ahora bien, a pesar de que se ha puesto en duda la existencia del trastorno de despersonalización, se puede describir una serie de síntomas que presentan algunas de las personas que de acuerdo con las investigaciones, han presentado este trastorno.

Síntomas

Ciertos rasgos comunes encontrados en el trastorno de despersonalización son: una percepción alterada de sí mismo en donde, por ejemplo, la persona siente que el cuerpo en el que está no es el que le pertenece, sensación de

irrealidad en donde todo parece un sueño o incluso la propia percepción puede parecer irreal, alteraciones sensoriales en donde se observan percepciones distorsionadas como ver los colores menos brillantes, etc. (Mascayano, et al., 2008). Los síntomas que más se asocian a la despersonalización son el miedo a volverse loco, los sofocos los temblores y la sudoración. Los pacientes con despersonalización presentan una ejecución significativamente inferior respecto a los controles en las medidas atencionales, de memoria a corto plazo (verbal y visual) y en razonamiento espacial, pero dentro de un contexto de habilidades intelectuales comparables (Burón, et al., 2004).

De acuerdo con Cruzado, et al. (2013) estudios recientes definen cuatro dimensiones subyacentes a la psicopatología de la despersonalización: experiencias corporales anómalas, anestesia emocional, experiencias anormales del recordar y desrealización.

-El rubro de experiencias corporales anómalas, abarca fenómenos diversos y el primero es la falta de sentimientos de pertenencia del propio cuerpo que vivencia el individuo despersonalizado. Las sensaciones de descorporización aluden a la inefable vivencia de no sentirse presente uno en su propio cuerpo (Cruzado, et al. 2013); esta experiencia se asocia con una autoobservación incrementada, en la cual la persona tiene la sensación de ser un observador ajeno y desvinculado de su propia conducta (Sierra, 2008). Finalmente, destacan las distorsiones somatosensoriales (vivencias de cambio de tamaño o forma de partes del cuerpo o peso corporal), pero estos síntomas no son específicos de la despersonalización (Cruzado, et al. 2013).

-La anestesia emocional, más que únicamente una incapacidad para sentir amor, miedo, placer, rabia, o todo el rango afectivo; es la imposibilidad de infundir un trasfondo emocional basal a los objetos percibidos o las circunstancias de la experiencia (Cruzado, et al. 2013). A diferencia del afecto aplanado, comúnmente observado en pacientes con esquizofrenia o depresión, la expresión comportamental de las emociones parece intacta en pacientes con despersonalización; no obstante, conductas de evitación ante estímulos temidos o

evocadores de asco parecen constituir una excepción a este patrón, ya que comúnmente están ausentes, lo que coincide así con la experiencia subjetiva (Sierra, 2008).

-Las experiencias anómalas del recordar consisten en las quejas del paciente despersonalizado de no poder tener acceso subjetivo a contenidos como pensamientos, recuerdos e imágenes, aunque paradójicamente su desempeño cognitivo en pruebas neuropsicológicas es siempre normal, es decir, los eventos individuales parecen carecer de significado personal para el mismo sujeto.

-El término de desrealización se ha descrito como la sensación de desvinculación o alineación del observador respecto a su entorno, cual si las cosas alrededor no fueran reales (Cruzado et al., 2013). Tal experiencia es descrita por medio de metáforas visuales: “siento como si viera el mundo a través de una cámara, como si una niebla o un cristal se interpusiera entre el mundo y yo” (Sierra, 2008).

A pesar de que en algunas investigaciones se ha llegado a pensar que la desrealización y la despersonalización son lo mismo, son dos identidades que deberían de considerarse de forma diferenciada.

Actualmente, se considera que la desrealización es un componente de la despersonalización, y que es esta última la que configura y define un verdadero síndrome psicopatológico (Emiro, 2010).

La despersonalización es un fenómeno abundante, y que, a pesar de haber sido descrito hace más de un siglo, ha sido pobremente conceptualizado. En el DSM-IV-TR se agrupa dentro de los trastornos disociativos, cuya característica esencial es la interrupción de las funciones, usualmente integradas, de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del medio ambiente (Niño, 2010).

Este trastorno es el último presentado, a pesar de que hay otros trastornos disociativos, se les llama “no reconocidos” o “no identificados”, debido a que no presentan los mismos síntomas o las mismas causas. Siendo los trastornos

mencionados, los reconocidos por el DSM-V, que es utilizado por los psicólogos para el tratamiento de dichos trastornos. Ahora bien, el hecho de que haya pocas investigaciones de los trastornos disociativos hace que sea difícil obtener estadísticas de las personas que los padecen, sin embargo, conoceremos algunas de estadísticas que se han aparecido en algunos estudios realizados en México y otros países.

2.4 Prevalencia

Con respecto a la prevalencia de los trastornos disociativos, son pocos los datos que se tienen de México, también debido a su baja frecuencia y ya que la mayoría de datos son de trastornos de personalidad; también quizás sea debido a que tiene muy poco tiempo de que fueron reconocidos los trastornos disociativos.

La mayoría de los estudios sobre trastornos disociativos se han llevado a cabo en situaciones clínicas. Los estudios sobre trastornos disociativos en Turquía produjeron una prevalencia ligeramente superior al 10% entre pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios. Aunque son todavía considerables, estas tasas fueron inferiores en Holanda, Alemania y Suiza entre pacientes hospitalizados (entre 4.3 y 8%) (Sar, 2006). El trastorno más frecuente fue el trastorno disociativo no especificado (4.3-8.3%); la amnesia disociativa entre 2.6% y 7.3%; el trastorno de despersonalización (0.9%-1.4%) y el trastorno de identidad disociativo (1.1%-1.4%). Aunque la fuga disociativa fue de 0.2% esto no fue por su rareza como fenómeno (Sar, 2007; citado en Sar & Oztruk, 2012). Por otro lado, en un hospital de Barcelona se registró una tasa de antecedente de experiencias traumáticas del 30 al 43% con un subregistro de experiencias disociativas (Madrigal, 2012).

En México hay pocas estadísticas acerca de los trastornos disociativos, sin embargo en un estudio realizada por Robles, Garibay y Páez (2006), se llegó a la conclusión de que en México los trastornos disociativos los pueden padecer de un 5% a un 10% de la población en general y de 10.2 a 41.4% en pacientes psiquiátricos. El estudio se llevó a cabo en población psiquiátrica siendo un total

de 100 pacientes, de edades entre 18 y 63 años, siendo una media de edad de 32.43. En la siguiente tabla podemos ver los distintos diagnósticos psiquiátricos que presentaban y el porcentaje de paciente con ellos.

Tabla 2: *Porcentaje de pacientes con diagnósticos psiquiátricos de una muestra de 100 participantes.*

Diagnóstico psiquiátrico	Número de pacientes	Porcentaje
Trastornos depresivos	73	73%
Trastorno bipolar	6	6%
Trastorno de ansiedad	3	3%
Trastornos psicóticos	3	3%
Trastornos somatomorfos	1	1%
Abuso de sustancias	4	4%
Trastorno esquizoafectivo	2	2%
Organicidad	8	8%
Trastornos de personalidad	19	19%

Obtenida de Robles, Garibay y Páez (2016).

Para la evaluación se utilizó la Escala de experiencias disociativas (DES), y la Cédula de Entrevista de Trastornos Disociativos (DDIS), teniendo una confiabilidad alpha de 0.96. En esta investigación se obtuvo que un 38% de los pacientes presentaban un trastorno disociativo de acuerdo con el DSM IV. Este porcentaje se divide de la siguiente manera: el 24% presentó un trastorno de identidad disociativo, el 6% un trastorno de despersonalización, el 5% el trastorno de amnesia disociativa y finalmente un 3% presentó el trastorno de fuga disociativa.

A pesar de que la muestra es pequeña con respecto a la población mexicana en general, esta investigación ayuda a darnos cuenta de que sí pueden presentarse casos de trastorno disociativo en poblaciones que han sido diagnosticadas con otro tipo de patología y que por alguna razón han dejado a un lado o han tomado como síntomas a los trastornos disociativos.

2.5 Evaluación

Es importante llevar a cabo una evaluación no sólo para conocer si el paciente presenta un trastorno disociativo, sino para poder identificar algunos de los factores que llevaron a que éste se presente en el paciente.

De acuerdo con Baita (2005), en el caso de ser niños, es importante siempre evaluar la existencia de una historia de abuso sexual y/o maltrato infantil severo; realizar entrevistas a padres e informes escolares; realizar una historia familiar que incluya la posibilidad de que alguno de los progenitores sufra un trastorno de identidad disociativo; finalmente una evaluación de los patrones de apego del niño a sus cuidadores primarios y en especial a su madre.

La escala de Experiencias Disociativas DES (de las siglas en inglés de Dissociative Experience Scale) es uno de los instrumentos de autoaplicación más utilizados; es un instrumento de autoreporte de 28 reactivos que valora el nivel y el tipo de experiencias disociativas presentes en un individuo en una escala del 0 a 100 puntos. La mayoría de los individuos sanos o con un trastorno no disociativo obtienen puntuaciones menores a 20 y las personas con trastornos disociativos presentan calificaciones superiores a 30 puntos. Otro de los instrumentos utilizados es la Cédula de Entrevista de Trastornos Disociativos DDIS, que es una entrevista diagnóstica estructurada que incluye 132 reactivos SI/NO para evaluar la presencia de los criterios del DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Americana para los diferentes trastornos disociativos (Robles, et al., 2006).

En todo caso, el trastorno disociativo como identidad clínica es poco diagnosticado en nuestro medio, tal vez debido a la comorbilidad con que suele aparecer, los pacientes son frecuentemente diagnosticados con otros trastornos, incluidos en el DSM-IV (Bru, Santamaría, Coronas y Cobo, 2009).

A pesar de que ya hay un instrumento traducido al español para los trastornos disociativos, aún no es utilizado con regularidad, lo cual ocasiona que sea poco identificado en la sociedad mexicana. Algunos de los casos que ya han sido identificados han sido tratados medicamente, por psiquiatras y/o psicológicamente,

es por ello que antes de entrar a la psicología cognitivo conductual, que es el punto de interés en el presente trabajo, conoceremos más acerca del surgimiento de otra de las corrientes psicológicas que puede ser utilizada en el tratamiento de los trastornos disociativos, es decir, el humanismo, en el cual también veremos algunas de sus características y técnicas que pueden ser útiles en dicho tratamiento.

CAPÍTULO III. PSICOLOGÍA HUMANISTA

La Psicología Humanista (USA) nace oficialmente en 1962, cuando un grupo de psicólogos y pensadores progresistas de la época declararon su voluntad en desarrollar un enfoque nuevo que trascendiera los determinismos y la fragmentación de los modelos vigentes del Psicoanálisis y del Conductismo; el anhelo de ese entonces era desarrollar una nueva psicología que se ocupara de la subjetividad y la experiencia interna de la persona como un todo, sin fragmentaciones como la conducta o el inconsciente, o la percepción o del lenguaje. Para ellos era importante desarrollar una nueva disciplina que investigara los fenómenos más positivos y sanos del ser humano como el amor, la creatividad, la comunicación, la libertad, la capacidad de decidir, el cambio terapéutico, y sobre todo, la autenticidad y el arte de ser uno mismo. Este grupo de pensadores estaba constituido por singulares exponentes de una inquietud cultural nueva: Kurt Goldstein, Erich Fromm, Carl Rogers, Abraham Maslow, Fritz Perls, Rollo May, Karen Horney, Aldous Huxley, Herbert Marcuse, y además estaban integrando este grupo revolucionario del pensamiento contemporáneo, dos jóvenes psicoterapeutas, ellos eran Sidney Jourard y Eugene Gendlin (Riveros, 2014).

Alrededor de 1954, Abraham Maslow publicó su libro *Motivation and Personality*. La obra de Maslow no representaba un rechazo total a lo establecido por los psicoanalistas ni por los conductistas, sino el intento de evaluar lo que de ambas escuelas era útil, significativo y aplicable al hombre, para continuar luego desde ahí.

Abraham Maslow es considerado generalmente el inspirador de la psicología humanista, sin embargo, él mismo nos recuerda que el movimiento de la Psicología Humanista "no es obra de un solo líder sino de muchas personas", como Erich Fromm, Kurt Goldstein, Karen Horney, Gordon Allport y Henry Murray entre sus antecesores y Carl Rogers, Rollo May, Gardner Murphy o Erik Erikson entre sus contemporáneos (López, 2009).

La finalidad de la corriente Humanista, es la de construir un enlace terapéutico de manera que exista la colaboración del/la paciente con el/la terapeuta, sensibilizándose con las experiencias y entorno en el que vive la persona, de esta manera podemos decir que el humanismo al estar abierto a integrar recursos se visualiza a sí mismo como incluyente, ya que también integra las esferas psicológica, biológica, y social de la persona.

De acuerdo con el humanismo, existen ciertas características que lo han ido definiendo con el paso de los años, y las cuales deben ser tomadas en cuenta para los psicólogos que quieran llevar a cabo una terapia humanista.

3.1 Características.

La terapia humanista considera los siguientes puntos básicos:

- El respeto a los valores culturales de los pacientes y la libertad de ejercer una elección.
- Exploración de los problemas a través de un enfoque auténtico y de colaboración para ayudar al paciente a desarrollar una visión, constancia y responsabilidad.
- Exploración de las metas y expectativas, incluyendo la articulación de lo que la persona quiere lograr y espera obtener del tratamiento.
- Definir el papel del terapeuta, pero respetando la autodeterminación de la persona.
- Evaluación y mejora de la motivación de la persona.
- Establecimiento de un contrato terapéutico de manera formal o informal. (Huerta, 2016).

Ahora bien, existen distintos tipos de terapia humanista: terapia centrada en el cliente de C. Rogers (1950), terapia Gestalt de F. Perls (1940), terapia existencial de R. May (1940) y la terapia centrada en la emoción de L. Greenberg (1993) y cada uno propone distintas técnicas para facilitar el proceso de cambio (Cain, 2000).

Se pueden señalar cuatro características como las más típicas en diferentes tipos de terapia humanista que son más representativos de esta orientación psicológica:

1. Una atención centrada en la experiencia humana consciente como fenómeno primario ineludible al estudiar al hombre.
2. Un énfasis en las cualidades tan profundamente humanas como la elección, la creatividad, la valoración y la autorrealización, en cuanto opuestas a un pensar sobre los seres humanos en términos mecanicistas y reduccionistas.
3. Fidelidad al significado y valor cuando se eligen los problemas de estudio e investigación, y oposición al énfasis que se pone en la objetividad metodológica a expensas de la significación.
4. Especial aprecio por la dignidad y valor del hombre e interés en el desarrollo del potencial inherente a cada persona (Martínez, 1999).

Ya que hemos conocido las características de la terapia humanista, podemos continuar con la importancia y el papel del terapeuta a lo largo de las sesiones, así como el tratamiento desde esta corriente psicológica.

3.2 Tratamiento.

Desde los enfoques Humanistas y Existenciales la relación terapeuta-paciente, ayudan a que el tratamiento a corto plazo sea efectivo, ya que facilitan la relación terapéutica, aumentan la conciencia de sí mismo, sus recursos internos y ubican a la persona como responsable de su propio tratamiento.

La sesión inicial, es muy importante para poder generar la alianza entre Terapeuta-Paciente, ya que deja sentadas las bases de participación y respeto, sin embargo los diferentes enfoques tienen distintas formas de atender la demanda de la persona. La sesión inicial debe considerar los siguientes aspectos: empezar a desarrollar alianza, hacer hincapié en la libertad de expresión y el potencial del cliente para un cambio significativo y articular las expectativas y objetivos de la terapia (como los objetivos que se quieren alcanzar).

Para poder llevar a cabo todo este proceso, el psicólogo humanista debe de contar con ciertas características, ya que como vemos lo más importante desde la primera sesión es que se dé una alianza entre el psicólogo y el paciente, para que pueda tener un funcionamiento el tratamiento.

3.3 Perfil del psicólogo humanista.

Las características fundamentales de una terapia humanista son: empatía, aceptación incondicional positiva y autenticidad. Cada uno de estos elementos brinda las herramientas necesarias para hacer una terapia efectiva en cualquier trastorno. La empatía se trata de la capacidad del terapeuta de comprender lo que experimenta la persona partiendo de sus propias sensaciones y lo que el cliente expresa para comunicar adecuadamente esta experiencia al paciente. También permite que el cliente se enfoque y descifre aspectos emocionales difusos, motivaciones y deseos, al prescindir de la experiencia propia emocional que incita al impulso ya que es el terapeuta el que refleja dichos aspectos (Cain & Seeman, 2008).

La aceptación incondicional positiva se refiere a la capacidad del terapeuta de no juzgar al cliente, aceptarlo y preocuparse por él como una persona que busca ayuda para continuar con su proceso de autorrealización (Cain & Seeman, 2008).

El último principio es el de la autenticidad o congruencia. Definida como el estado del terapeuta durante la sesión donde, dentro de la relación terapéutica, es libre y coherente consigo mismo, se da cuenta de quién es y de quién es frente a esa persona. Este elemento es importante para que el cliente sienta que está frente a una persona como cualquier otra, aunque con conocimientos en psicología y el comportamiento, que le guía en su camino de autorrealización, de ser humano a ser humano más no como un ser superior (Rogers 1981; citado en Cain, 2008).

Después de ver cómo deben de ser las sesiones y la relación del terapeuta con el paciente, conoceremos las técnicas que son mayormente utilizadas y que han sido efectivas de acuerdo con las investigaciones enfocadas en la psicología humanista.

3.4 Técnicas Humanistas.

A continuación se describen algunas técnicas que son útiles en el trabajo de las escuelas humanistas en general:

1. Uso de imaginación: Se le pide al cliente que cierre sus ojos e imagine situaciones que le causaron malestar sea con familiares, amigos o de ellos mismos; de esta manera se pueden evaluar cuáles fueron las experiencias que más han influido en su malestar y explorar los componentes. En el contexto de imágenes perturbadoras el terapeuta puede hacer el papel del adulto sano e intervenir en las imágenes para brindar apoyo y protección al niño maltratado y abusado; una vez terminada esta parte el cliente asume su papel y se le pide expresar qué es lo que necesitaba en ese momento de los adultos (Kellogg, et al. 2006).
2. Diálogos: los diálogos también se realizan con imaginación donde se crea una representación visual de diferentes partes de la persona para integrar la voz crítica de la persona, esto es posible al colocar la voz castigadora fuera de la persona en el contexto terapéutico (Kellogg, 2006).
3. Escribir cartas: esta técnica puede servir para que los clientes escriban cartas a personas que les causaron sufrimiento a manera de cerrar círculos inconclusos o a sí mismos, de esta manera el terapeuta puede evaluar las voces críticas o qué es lo que se debe tratar en terapia. Las cartas son leídas en las sesiones y el cliente expresa las emociones que siente (Kellogg, 2006).
4. Trabajar en las habilidades de conciencia, efectividad interpersonal, regulación de emociones y tolerancia al malestar, al observar, anotar y analizar el qué y cómo de cada emoción y comportamiento en distintos contextos. Es decir, se repasa detenidamente cuándo surge una emoción, en qué contexto y qué conducta genera para modificarlas con conductas más adaptativas (Linehan, 2010).

En general para trabajar con los trastornos disociativos, el psicólogo tiene dos funciones principales: proporcionar apoyo social a las personas que tienen

problemas y fortalecer su capacidad de afrontamiento. Debido a que el estrés es uno de los desencadenantes de los trastornos disociativos, se debe trabajar con éste para evitar que la persona presente sentimientos de inadecuación y aislamiento. A pesar de que utilizan términos diferentes, tanto los clínicos con orientación psicodinámica como los humanistas, hacen hincapié en la relación entre el paciente y el terapeuta como un medio para facilitar el control adaptativo. En un ambiente de apoyo, se pueden relajar lo suficiente para participar en la solución de problemas y la consideración minuciosa de las alternativas que antes parecían imposibles.

Ser comprensivo puede no ser fácil para el psicólogo; trabajar con trastornos disociativos puede ser difícil y demandante. Muchos psicólogos, sensibles al aislamiento de su paciente, encuentran difícil ser accesibles y capaces de poder establecer límites razonables y no disciplinarios. En particular en el trastorno de identidad disociativo es complicado encontrar la conexión de cada una de las personalidades (Sarason & Sarason, 2006).

En el enfoque humanista lo más importante es el ambiente a lo largo de las sesiones de terapia, ya que tal y como vemos cuando se crea un ambiente de apoyo, el paciente se siente motivado para llevar a cabo la terapia y las indicaciones que el terapeuta le está indicando, esto ocasiona que el paciente se vuelva más participativo de las sesiones y esto aunado a las técnicas que el terapeuta utiliza, hace que el tratamiento se vuelva más efectivo y por lo tanto los síntomas de los trastornos disociativos disminuyan.

A lo largo de estos capítulos hemos conocido el tratamiento psiquiátrico y el tratamiento humanista que pueden ser utilizados con el trastorno disociativo, por lo cual a continuación veremos el enfoque cognitivo conductual, iniciando con algunas de sus características generales para posteriormente enfocarnos en el tratamiento de los trastornos disociativos desde esta postura.

CAPÍTULO IV. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA COGNITIVO CONDUCTUAL

Para conocer acerca de la psicología cognitivo conductual, es importante primero conocer qué es la psicología, ya que es una definición que se verá hasta ahora para después explicar la psicología desde el enfoque cognitivo conductual.

4.1 La psicología.

Para algunos, la psicología se ocupa únicamente de la aplicación de tests con el fin de diagnosticar trastornos del comportamiento, evaluar las capacidades, la personalidad, etc. Si bien ésta es una ocupación importante del profesional de la psicología, esta visión del todo por una de sus partes lleva necesariamente a una apreciación parcial de la psicología.

Para otros, los psicólogos son las personas que tratan con locos, con quienes tienen problemas (psicología como psicopatología y psicología educativa). Esta visión, sin ser del todo errónea, es claramente parcial y sesgada (Prieto, 1995; citado en Arana, Meilán y Pérez, 2007).

Se puede decir que la psicología es la ciencia encargada de predecir y controlar la conducta del ser humano, además trata de conocer y comprender las conductas que éste presenta, con la finalidad de adaptarlas para que la persona tenga un mejor desarrollo biopsicosocial, es por ello que se puede considerar a la conducta como su objeto de estudio; se encarga por lo tanto del estudio de la relación entre el organismo y el ambiente. A través de los años se han ido creando distintas ramas de la psicología, las cuales se han ampliado a aplicarse a otros ámbitos, sin embargo, en este caso veremos la psicología clínica, así como algunos de sus inicios, ya que para el tratamiento de los trastornos disociativos, la psicología que se utiliza es ésta, ya que es la encargada de que el individuo tenga las herramientas y las habilidades para su desarrollo con el ambiente.

4.2 La psicología clínica.

El inicio de la Psicología clínica en 1896 se dio gracias a Lightner Witmer, cuando funda la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania. Y si bien es una práctica inscrita en un contexto académico, sería reconocida como la primera psicología aplicada, logrando abiertamente diferenciarse del proyecto propuesto por el padre de la psicología general Wilhelm Wundt, cuyo mayor afán era hacer de la psicología una ciencia básica a imagen y semejanza de las ciencias naturales, para lo cual tuvo que suscribir su psicología experimental al positivismo científico imperante en la época (Gómez, 2012).

Witmer se preocupó por realizar una atención clínica, se interesó y centró su trabajo en los niños con dificultades de aprendizaje, de adaptación, rendimiento, agresividad (Compas, 2003). Y aunque este fue un claro inicio de la psicología, puesta al servicio de las personas y sus problemas, que apuntaló la profesionalización de la psicología, no obstante su reconocimiento y aceptación como campo de aplicación requirió de más tiempo. (Gómez, 2012).

De acuerdo con la Universidad Complutense de Madrid (2014), la primera guerra mundial movilizó la construcción y aplicación de tests psicológicos y también el papel del psicólogo clínico. Por un lado, los psicólogos clínicos investigaron y teorizaron sobre los temas en cuestión, como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia, las causas de los trastornos de conducta, los usos de la hipnosis, y la relación entre principios del aprendizaje y la desviación. Por otro lado, los psicólogos clínicos pasaron de considerarse a sí mismos más interesados por los problemas educativos que por los psiquiátricos, lo cual se manifiesta al adoptar las funciones de tratamiento añadidas a la evaluación, de entrenamiento reeducativo, y de investigación. En esta asimilación del tratamiento, el psicólogo clínico contribuyó también el prestigio alcanzado en el uso de los test de personalidad tales como el Rorschach y el TAT (Tematic Apperception Test), que permitieron un lenguaje común entre el psicólogo y el terapeuta.

La cuestión es que al final de la década de 1930 el campo de lo que sería la moderna psicología clínica ya se había organizado con sus seis actividades principales, a saber, la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, el asesoramiento, y la administración. Para entonces los psicólogos clínicos se extendieron más allá de sus clínicas originarias a los hospitales, las prisiones, y otros lugares, y tanto con adultos como con niños (Universidad Complutense de Madrid, 2014).

Consecuentemente con la definición propuesta de psicología clínica, definimos al psicólogo clínico, como aquel que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse (Universidad Complutense de Madrid, 2014).

Por este y otros caminos los psicólogos conductuales entendieron que los hallazgos experimentales podían emplearse para resolver los problemas de las personas (Vargas, 2006).

Ahora bien, una de las terapias más utilizadas en el tratamiento de los problemas psicológicos es la terapia cognitivo conductual que puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la terapia cognitivo conductual se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora" (Timms, 2009); A continuación veremos cómo se llevan a cabo estas terapias, sin embargo, es importante conocer primero cómo se originó la terapia cognitivo conductual, tomando en cuenta que originalmente eran dos escuelas diferentes, por un lado se encontraba la terapia conductual y por el otro se encontraba la terapia cognitiva.

4.3 La psicología cognitivo conductual

Antes de hablar del tratamiento cognitivo conductual en personas con trastornos disociativos, conoceremos un poco de la historia del modelo cognitivo conductual comenzando con el conductismo.

Las propuestas teóricas, experimentales y aplicadas de Pavlov, Watson y Skinner dieron pauta para el desarrollo del conductismo en su forma clínica, que en contraposición al psicoanálisis en cuanto a la consideración de entidades mentales, aparece a finales de la década de 1950, basándose en la conducta observable y el aprendizaje. El progreso paradigmático del conductismo fue permitiendo cada vez explicaciones más elaboradas del aprendizaje y por lo mismo, distintas maneras de incidir en el comportamiento anormal, desviado o desadaptativo (Vargas 2006).

La terapia conductual parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse. Desarrollaron el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, y concibieron la terapia como una empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica. (Díaz, Ruíz y Villalobos, 2011).

Por otro lado, la terapia cognitiva inicia debido a que, para explicar satisfactoriamente el comportamiento humano, no sólo debía de tomarse en cuenta la relación entre estímulos y respuestas, sino también los modelos mediacionales, en los cuales se veía que una variable mediacional era un factor inferido; es decir, no observable, que relaciona el estímulo de entrada con la respuesta de salida. Aunado a esto, los modelos semánticos tenían el objetivo de modificar los patrones erróneos del pensamiento de una persona, ya que relacionan directamente el pensamiento (positivo o negativo) con la forma en la que una persona se siente (Mahoney, 1983).

Ahora bien, la integración de ambas ocurrió posteriormente cuando Tolman (1948) realizó estudios sobre aprendizaje, ya que consideraba que éste podía llevarse a

cabo sin necesidad de estar bajo la condición de estímulo-respuesta. Él utilizaba laberintos como situaciones experimentales, en los que colocaba ratas privadas de comida, las cuales tenían que atravesar el laberinto hasta llegar a su alimento; Tolman se dio cuenta de que después de varios ensayos, las ratas tardaban menos tiempo en llegar a su comida, por lo tanto sugirió que algo sucedía en el cerebro de las ratas, mencionaba que las ratas creaban un “mapa cognitivo”, es decir una representación mental del laberinto y que por esto tardaban menos en los ensayos posteriores. Por lo tanto, propuso que en el aprendizaje era necesario que hubiera una cognición (Gondra, 2002).

El modelo cognitivo conductual es la conjunción de los conceptos cognitivos con la metodología conductual, para la creación de técnicas en psicología clínica. Con una influencia conductual, las técnicas cognitivas actualmente empleadas son: la terapia racional emotiva conductual, la reestructuración cognitiva, la inoculación del estrés y la solución de problemas. (Caro, 1997; citado en Vargas, 2006).

La importancia e implantación de las terapias cognitivas desde su inicio a la actualidad es extraordinaria; las razones para ello son múltiples y algunas siguen siendo las mismas que dieron lugar a su irrupción: el interés por ofrecer una visión más completa del comportamiento, en sus determinantes y en su tratamiento. En términos de aplicación, es decir, de uso, las técnicas o terapias cognitivas son las más ampliamente utilizadas, dominando tanto la investigación como la práctica clínica en los diversos países. También ha sido motivo del desarrollo de modelos explicativos de diversos trastornos. (Díaz, et al., 2011).

Como vemos, la terapia cognitivo conductual es un enfoque que se creó a partir de otros dos enfoques que surgieron contemporáneamente, y a partir de esto se generaron algunas técnicas que se deben utilizar en este tipo de terapia; la cual cuenta con ciertas características generales, que veremos a continuación.

4.4 Características de la terapia cognitivo conductual, con base en Wiley & Sons (2007).

- *La terapia cognitivo conductual se basa en un modelo de colaboración:* según la terapia cognitivo conductual, el paciente desempeña un papel activo en lo referente a reconocer sus metas, establecer sus objetivos, experimentar, practicar y supervisar su propio rendimiento. El modelo pretende facilitar la adquisición de un autocontrol mayor y más eficaz.

- *Tiene un plazo limitado:* es una terapia breve y con un plazo limitado, el cual no suele prolongarse habitualmente más allá de unas 16 sesiones, y en la mayoría de los casos la duración es todavía mucho menor. Esto contribuye a fomentar la independencia y favorece la autoayuda.

- *La terapia cognitivo conductual es objetiva y estructurada:* La terapia cognitivo conductual constituye un modelo estructurado y objetivo que guía y orienta a la persona a lo largo del proceso de evaluación formulación del problema, intervención terapéutica, seguimiento y valoración (evaluación). Los objetivos y las metas de la intervención se definen explícitamente y se revisan constantemente. La supervisión y la revisión constantes constituyen una forma de valorar los progresos en base a comparar el rendimiento actual con las evaluaciones que determinaron la línea de base.

- *Se centra en el aquí y ahora:* los tratamientos cognitivo-conductuales se concentran en el presente, abordando los problemas y las dificultades actuales. No pretenden “desvelar” traumas inconscientes tempranos, ni tampoco el papel de las contribuciones biológicas, neurológicas y genéticas a las disfunciones psicológicas sino, antes bien, tratar de sentar las bases de una forma diferente de procesar el mundo que resulte más adaptativa.

- *Es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades:* constituye un enfoque práctico y centrado en la adquisición de habilidades con objeto de aprender otras formas alternativas de pensar y de actuar. A los pacientes se les anima a practicar las habilidades y las ideas que se discuten durante las sesiones de terapia dentro del marco de sus rutinas diarias, con deberes prácticos para

casa que constituyen el aspecto esencial de muchos de los programas de intervención. (Wiley & Sons, 2007).

A través de estas características hemos conocido la importancia de la relación entre el terapeuta y el paciente durante el tratamiento, el cual tiene un proceso y por lo tanto éste debe de llevarse a cabo en general, con todos los pacientes, para poder obtener resultados satisfactorios posteriores a las visitas del paciente con el terapeuta. A continuación las conoceremos, así como lo que abarca cada una de estas fases en la terapia.

4.5 Fases de la terapia cognitivo conductual.

Para el tratamiento, existen 3 fases en la terapia cognitivo conductual:

1. *Evaluación:* Es la primera fase, cuya finalidad es la obtención de toda la información necesaria sobre el problema objeto de la consulta. A través de preguntas guiadas, cuestionarios, tests y registros, el psicólogo indaga en el origen del problema y su mantenimiento en el tiempo. Finalizada esta evaluación, el terapeuta plantea hipótesis explicativas de los problemas de la persona y en conjunto con ella se plantean los objetivos del tratamiento. La duración de esta fase es variable dependiendo del paciente, el problema u otras variables; suele variar de dos a cuatro sesiones.

2. *Intervención:* A través de técnicas adaptadas a cada problema, se enseñará al paciente los recursos que le ayuden a obtener nuevos conocimientos, habilidades, formas alternativas de actuar, etc., con la finalidad de que estos nuevos aprendizajes le ayuden a la resolución o manejo de su conflicto. Estas nuevas estrategias brindarán al paciente nuevas formas de pensamiento o actuación. Para un buen aprendizaje es necesario un entrenamiento, consistente en la realización de tareas entre las sesiones; estas son necesarias para aportar más información de cómo la persona piensa, siente, o actúa, entre otros casos. Generalmente las sesiones son semanales, siendo posteriormente programadas de forma quincenal, mensual, y de forma general con una menor frecuencia

según la evolución del paciente. Es difícil predecir la duración de esta fase ya que depende del problema, el ritmo de cambio del paciente, la motivación, etc. Podemos estar hablando de un tiempo aproximado entre tres a ocho meses.

3. *Seguimiento*: Se produce cuando se considera que el paciente tiene todos los recursos necesarios y hace uso de ellos para el manejo de su conflicto, o incluso cuando el mismo está resuelto. Lo que se pretende es que el paciente aprenda a manejarse solo, poniendo en práctica todo lo aprendido.

El objetivo es apoyar al paciente durante un periodo donde nuestras intervenciones sean menores (generalmente de 3 a 6 por año), y donde se afronte las posibles recaídas e incluso las nuevas situaciones problemáticas donde sea necesario nuevos aprendizajes. (Psicoadapta, 2016).

La terapia cognitivo conductual puede ser efectiva en diferentes trastornos, en cada uno de ellos se debe llevar a cabo el procedimiento que ya hemos visto, sin embargo, el lapso de tiempo a veces puede variar, dependiendo de cómo se den cada una de las sesiones; siendo lo más importante que el paciente reconozca las alternativas con las que cuenta y que posteriormente las tome en cuenta en su vida diaria.

Ahora bien, como hemos visto este enfoque ya cuenta con una historia y por lo tanto al igual que los demás enfoques psicológicos, ésta tiene diversas técnicas que pueden ser utilizadas en diferentes trastornos o problemas que la persona presente. Es importante mencionar que el hecho de que el enfoque cuente con varias técnicas, hace que cada una de ellas pueda ser utilizada en algún problema en particular o bien, puede ser utilizada (en la mayoría de los casos) con otras técnicas en uno o varios problemas; tal y como veremos posteriormente.

4.6 Técnicas cognitivo conductuales.

A continuación veremos las técnicas cognitivo conductuales, así como sus áreas de aplicación, es decir en cuáles problemas y/o trastornos suelen aplicarse para su mayor efectividad.

Tabla 3: *Técnicas cognitivo conductuales y áreas de aplicación.*

Técnica	Área de aplicación.
<i>Relajación progresiva, entrenamiento autógeno, técnicas de respiración.</i>	Ansiedad, estrés, insomnio, depresión, adicciones, agresividad, tics, tartamudez, anorexia, trastornos cardiovasculares y gastrointestinales, asma, dolor, diabetes, cáncer y obesidad.
<i>Desensibilización sistemática, imaginación.</i>	Ansiedad, fobias, anorexia, disfunciones sexuales, cefaleas, insomnio, alcoholismo, asma.
<i>Exposición: inundación, terapia implosiva.</i>	Ansiedad, fobias, ataques de pánico, trastorno obsesivo compulsivo.
<i>Técnicas operantes.</i>	Desarrollar y mantener conductas deseables, reducir y eliminar conductas indeseables, organización de contingencias.
<i>Modelaje: aprendizaje observacional.</i>	Aprendizaje de nuevas conductas, educación en salud y sexual, pacientes institucionalizados, niños con retraso mental y autismo, habilidades sociales en adicciones y delincuencia.
<i>Condicionamiento encubierto.</i>	Agarofobia, alcoholismo, tabaquismo, trastornos de la identidad sexual, cáncer, impotencia, alcoholismo, ludopatía.
Técnicas aversivas.	Alcoholismo, problemas de orientación sexual, tabaquismo, comportamientos autolesivos.
Técnicas de Biofeedback	Rehabilitación neuromuscular, trastornos cardiovasculares y disfunciones circulatorias, ansiedad, disfunciones sexuales.
Entrenamiento en habilidades sociales.	Problemas de interacción social, tartamudez, fobia social, depresión, esquizofrenia, disfunciones sexuales, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, anorexia, cefaleas, asma, diabetes, etc.
Técnicas de autocontrol.	Problemas de alimentación, ludopatía, tabaquismo, hipertensión, diabetes, otras adicciones.
Reestructuración cognitiva: terapia cognitiva de Beck, terapia racional emotiva de Ellis.	Depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, problemas de pareja y familiares, conducta suicida, disfunciones sexuales, impulsividad, agresividad, toxicomanías.
Resolución de problemas.	Hipertensión, delincuencia, problemas de pareja y familiares, esquizofrenia y obesidad.

Obtenida de: Sparrow (2007).

A pesar de que en la tabla no aparezcan los trastornos disociativos, no quiere decir que esta terapia no sea funcional para ellos; debemos de tomar en cuenta de que las investigaciones al respecto son escasas y por lo tanto no hay mucha información acerca del tema, sin embargo, conoceremos cuáles técnicas han sido utilizadas y pueden ser utilizadas en el tratamiento de los trastornos disociativos, para que en conjunto con el tratamiento farmacológico haya una mayor efectividad en cuanto a la prevención y disminución de los síntomas del usuario.

CAPÍTULO V. LA INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS DESDE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

El tratamiento de estos trastornos presenta una importante dificultad a la hora de determinar la eficacia o no de los mismos, debido a que los estudios existentes son poco numerosos, con muestras escasas y heterogéneas y en algunos casos, no cumplen las necesarias condiciones de diseño y control. De entre todos estos estudios realizados, aunque no podría hablarse de un tratamiento psicológico bien establecido, sí se podría hablar de tratamientos eficaces; se trata de tratamientos de orientación cognitivo-conductual y conductual. (Navarro & López, 2013). A pesar de las dificultades para conocer los casos que se han tratado con algún tratamiento psicológico, podemos ver que el enfoque cognitivo conductual puede ser un tratamiento eficaz para los trastornos disociativos.

Complementado esto Loewenstein (2005), menciona que los síntomas del trastorno de identidad disociativo responden a intervenciones psicoterapéuticas focalizadas en la coordinación y cooperación entre las partes del trastorno de identidad disociativo, en este trastorno la depresión aparentemente refractaria al tratamiento y la tendencia suicida responden más a intervenciones psicoterapéuticas focalizadas en la reactividad postraumáticas y en los estados del yo que encapsulan sets cognitivos depresivos, desmoralizados, culpabilizados y suicidas. Las intervenciones primarias para estas conductas implican intervenciones como la terapia cognitivo conductual, la terapia psicodinámica o la terapia dialéctica-conductual, centradas en las identidades alternantes autodestructivas y sus distorsiones cognitivas.

Para poder conocer el tratamiento cognitivo conductual que puede ser utilizado en los trastornos disociativos, es importante conocer el por qué han sido elegidas dichas técnicas.

La disociación se presenta cuando la persona tiene un nivel de estrés o ansiedad alto ante diversas situaciones, las cuales considera como amenazantes, las

relaciona con algún acontecimiento traumático vivido anteriormente o incluso pueden revivir totalmente el trauma; esto ocasiona que la persona llegue a tener pensamientos que en lugar de tranquilizarla, la alteran más y por ende presenta dificultades para afrontar dichas situaciones. Pueden presentarse síntomas fisiológicos como sudoración, taquicardia o problemas para dormir, anudado a esto, psicológicamente puede ser que la persona “abandone” su identidad, y es probable cree una o más identidades alternas, olvidé cosas que ha vivido o crea que alguien más está viviendo su vida. Este tipo de acontecimientos se repiten o se prolongan en la vida de las personas, ocasionando que la disociación deje de ser pasajera y se convierta en un trastorno, el cual va a seguir siendo estresante para la persona y para los que los rodean, ya que se dan cuenta de que algo diferente está pasando en sus vidas y esto les puede afectar en todos los ámbitos. Todo esto ocurre principalmente porque la persona se deja llevar por la ansiedad, ya que existe una especie de “bloqueo”, al no encontrar una salida debido a que carece de técnicas que le ayuden a poder controlar esta ansiedad y de esta manera manejar la situación.

Es por ello que la terapia cognitivo conductual es de utilidad, ya que por medio de ésta, la persona conoce lo que le está ocasionando el estrés y por ende también conoce lo que puede hacer para evitar al máximo que estas situaciones la alteren. Es importante que se dé cuenta de que aunque en un principio tendrá la ayuda de un psicólogo, posteriormente es algo que puede y debe hacer por sí misma sin depender de alguien más, ya que cuenta con las habilidades suficientes para poder solucionar las problemáticas que se le presenten.

5. 1 Tratamiento cognitivo conductual.

Las diferentes variantes de tratamiento que se agrupan bajo el nombre de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) han sido aplicadas con éxito a una amplia gama de trastornos del comportamiento que comprende los problemas cognitivos. Desde sus orígenes, este enfoque tuvo un importante interés por obtener apoyo empírico para las variantes de intervención que se han ido diseñando. Esto contribuyó a su gran difusión, y el espíritu integrador que han tenido en el aspecto

técnico le permitió una gran aceptación por parte de los profesionales de la salud psicológica en diversos contextos (Garay, Korman, & Keegan, 2008).

Se pueden adaptar técnicas cognitivas ya establecidas para trabajar con pacientes que sufren un trastorno disociativo, con el fin de ayudarles a recuperar y asimilar sentimientos y pensamientos anteriormente disociados. Estas intervenciones cognitivas se presentan bajo una atmósfera de seguridad y predictibilidad, en donde el terapeuta cognitivo enseña un modelo experimental para comprobar la hipótesis de la validez de las creencias establecidas.

En el caso del trastorno de identidad disociativa, hay relativamente pocos estudios sobre el tratamiento y el seguimiento de pacientes con dichos trastornos, aunque existen algunas guías basadas en la experiencia clínica. En general, se basan en terapia individual intensiva y en conseguir una firme alianza terapéutica con cada una de las múltiples personalidades (Romero, 2016). Por ello, es que lo más importante es que el paciente reconozca a la otra/as personalidades y pueda aceptar que éstas conforman a una sola. Aunque al principio se deben conocer cada una de las personalidades y trabajar con ellas como si fuesen otro paciente, esto es importante para saber de dónde se originaron y posteriormente explicarle al paciente.

La terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno de identidad disociativo consiste en un amplio modelo integrador (Fine, 1991, 1992, 1993, 1996; citado en Fine, 1997) que comprueba los pensamientos establecidos de las distintas personalidades, así como los del paciente entendiéndolo como un todo. Este modelo de terapia es sensible a las contingencias de refuerzo presentes en la realidad externa del paciente, aunque al mismo tiempo responde a los paradigmas de aprendizaje de las realidades internalizadas del pasado bajo la influencia de los distintos estados del “yo” (estilos conductuales) pudiéndose producir una influencia recíproca entre ellos (Kluft, 1992; citado en Fine, 1997).

Este modelo de terapia defiende que el modo de pensar de un individuo va a influir en cómo se siente éste. Las personas que sufren este trastorno informan, o bien,

de que sus sentimientos se encuentran fuera de control o, por el contrario, de que tienen pocos sentimientos. De esta manera, para tratar el trastorno de identidad disociativo se propone lo siguiente: 1) darse cuenta de las incongruencias cognitivas/perceptivas/afectivas/conductuales, 2) etiquetarlas y 3) modificar sus cogniciones disfuncionales, lo que permite la corrección de los conceptos y esquemas distorsionados de la mente. (Beck, 1976; citado en Fine, 1997)

La terapia cognitiva en el tratamiento del trastorno de identidad disociativo se basa en un modelo experimental y comprueba los pensamientos establecidos de las distintas personalidades, así como los del paciente como un todo. Es un modelo de terapia sensible a las contingencias de refuerzo presentadas por el terapeuta y por otros miembros de la realidad externa del paciente, pero que también responde a los paradigmas de aprendizaje de las realidades internalizadas del pasado bajo la influencia de los distintos estilos de comportamiento que pueden ejercer impacto unos sobre otros por medio de la influencia pasiva (Kluft, 1999; citado en Caballo, 2007).

En el caso de la amnesia disociativa, se recomienda terapia desde un enfoque cognitivo conductual con la cual se busca lograr modificar las tendencias de confrontación que poseen las personas que han padecido disociación, en pro de la expresión de las problemáticas a los terceros involucrados (Mascayano, et al., 2008). En algunos casos puede ocurrir recuperación espontánea una vez que el paciente es apartado de la situación que le generó la amnesia, mientras narra su historia o cuando se le tranquiliza que la memoria regresará (De Rezende, et al., 2011). En el caso de la despersonalización se recomienda la terapia cognitivo-conductual con el fin de evitar que se presente nuevamente un período de despersonalización.

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck, 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: (1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emocionales y conductas que experimenta entre las sesiones y

referidos a determinadas áreas problemáticas; (2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentados durante la terapia; y (3) el material introspectivo o de autorregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones.

Una vez recogidos estos datos básicos, el terapeuta en colaboración con el paciente, pueden conceptualizarlo en tres niveles de abstracción:

A- El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas.

B- Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos.

C- Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en significados personales o esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. (Ruiz y Cano, 2002)

Por consiguiente, cuando se trata al trastorno disociativo, se lleva el siguiente proceso:

1) Darse cuenta de las incongruencias cognitivas/perceptivas/afectivas/conductuales.

2) Etiquetarlas

3) Modificar sus cogniciones disfuncionales; esto constituye el comienzo de la corrección de esa parte de conceptos distorsionados de la mente y de esquemas disfuncionales. Estas distorsiones se encuentran en la raíz de los afectos, de base traumática, no cuestionados, que frecuentemente continúan determinando la visión del mundo y dirigiendo las conductas del paciente (Caballo, 2007).

El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales; y como catalizador, ayudando a promover experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que promuevan a su vez pensamientos y habilidades más adaptativas. El manejo de ciertas habilidades facilita la colaboración, en especial

el de la empatía emocional y cognitiva (entender y reflejar el como el paciente parece vivir sus estados emocionales y su visión de su situación), la aceptación del cliente (no rechazarlo por sus características personales o tipo de problema presentado) y la sinceridad del terapeuta (pero con cierta diplomacia). (Beck, 1979).

Un punto importante es que lo que sucede en la relación entre terapeuta y usuario es entendido como reflejo del intercambio cognitivo entre ambos. Beck, (1979) señala que los fenómenos de "resistencia", "transferencia" y "contratransferencia" serían resultado de las distorsiones cognitivas y supuestos personales y de otros factores (por ejemplo, falta de acuerdo sobre las metas de la terapia, imposibilidad de proveer racionalidad en el tipo de cuestionamiento. etc.).

Por otro lado, la terapia racional emotiva fue formulada por Albert Ellis , en 1956. Básicamente la propuesta de la terapia racional emotiva es que los pensamientos, sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo, y que la perturbación emocional proviene, no de los hechos en sí, sino de la evaluación que hacemos de esos hechos, según los estamos percibiendo. Por lo tanto, si ocurre algo que no nos gusta y lo evaluamos como malo (cognición), nos sentiremos mal al respecto, ya sea enojados/as, o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto, llorar o evitar la situación (conducta). Otro aspecto importante de la terapia racional emotiva es que hace la diferencia entre realidad objetiva y realidad percibida. La primera es la realidad confirmable, el hecho en sí, lo que realmente sucedió y que se puede confirmar y probar a través de los hechos. La segunda, es la realidad conforme la describe la persona y como supuestamente cree que es, la realidad es según y cómo la persona la está evaluando (Ellis, Caballo & Lega, 2009).

Para ambos procesos terapéuticos y para la terapia en general, es importante que el psicólogo y el paciente tengan una buena relación desde el inicio, de igual modo, el psicólogo debe estar abierto a la existencia de los síntomas y por lo tanto de los trastornos, ya que a pesar de que no son comunes, pueden presentarse en varios casos que han sido diagnosticados con otra patología.

Algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que pueden ser utilizadas para el tratamiento de los trastornos disociativos, con la finalidad de reducir la sintomatología y evitar que el trastorno se presente continuamente son la inoculación de estrés, entrenamiento en auto instrucciones, técnicas de autocontrol y técnicas de respiración y relajación, las cuales son explicadas a continuación.

5.2 Técnicas utilizadas en el tratamiento de los trastornos disociativos.

Inoculación de estrés: debido a que algunos de los trastornos disociativos, como la fuga disociativa, la amnesia disociativa y la despersonalización pueden ser ocasionados esporádicamente por el alto nivel de ansiedad o estrés, es importante que el paciente aprenda a enfrentarse a las situaciones que le pueden generarlos.

La inoculación de estrés propone suscitar habilidades de afrontamiento, y reforzar la resistencia mediante la exposición a estímulos que sean lo bastante fuertes para suscitar defensas sin que sean tan poderosos que las venzan. De esta manera, el paciente puede desarrollar un sentido de “recursos aprendidos” gracias a su experiencia con éxito al afrontar unos niveles plausibles de estrés, y hacerse con una defensa prospectiva compuesta de habilidades y expectativas positivas que le ayudarán eficazmente en situaciones todavía más estresantes. En la mayoría de los casos, se compone de doce a quince sesiones, más algunas sesiones de consolidación y seguimiento espaciadas en un período de seis a doce meses (Meichenbaum, 1987).

Entrenamiento en auto instrucciones: en algunas ocasiones el estrés que se presenta en un paciente es debido a los pensamientos o las creencias que una persona tiene, es por ello que el entrenamiento en auto instrucciones puede ser útil en estos casos, ya que, como se presentó en el caso de trastorno de identidad disociativo, a veces la personalidad alterna se da la instrucción de hacerse daño, por ello, por medio de este entrenamiento se puede trabajar primeramente con la personalidad alterna para evitar este tipo de acontecimientos.

Las auto instrucciones son frases o pensamientos que las personas utilizan como guías previas para ejecutar, facilitar o controlar determinado modo de acción. Ellas influyen en nuestros comportamientos como un monólogo interno, como afirmaciones para uno mismo que nos indica cómo pensar, comportarnos y ejecutar algunas tareas, particularmente, cómo afrontar problemas. El objetivo primario de esta técnica es reemplazar un estilo inadecuado de hablarse a sí mismo, por otro más adaptativo, más sano y más funcional a las metas de la persona. Es necesario que esta técnica se combine con otras en un programa terapéutico integral para responder las necesidades del caso en concreto (Rivadeneira, Dahab & Minici, 2007).

Técnicas de autocontrol: debido a que algunos síntomas pueden ser sugestivos por parte del paciente, y se descontrolan por la ansiedad que esta sugestión ocasiona, es importante que el paciente aprenda a tener control sobre sí mismo y por lo tanto con las conductas que lleva a cabo. En este caso la técnica más conocida es la terapia de autocontrol de Rehm (1977), la cual integra elementos del enfoque Lewinsohniano, y también asigna un importante rol al aspecto cognitivo. Este modelo reconoce la importancia del reforzamiento positivo para el mantenimiento de la conducta adaptativa, pero supone que tal reforzamiento puede ser tanto autogenerado como derivado del ambiente. Los teóricos de este modelo señalan que, además del reforzamiento, otras variedades de estímulos autogenerados pueden mediar las respuestas afectivas de una persona al “input ambiental”. El programa de tratamiento derivado de este modelo está diseñado para mejorar las habilidades de autocontrol del paciente. El programa de tratamiento consiste en tres fases: entrenamiento en habilidades de auto monitoreo, autoevaluación y auto reforzamiento (Espejo, 1984; citado en Curivil e Inmaculada, 2007).

Técnicas de relajación y respiración: Las técnicas de relajación y respiración son muy importantes para la terapia cognitivo-conductual en general, debido a que éstas pueden ser utilizadas por todas las personas en varias situaciones que se presenten en su vida. Estas técnicas tienen la finalidad de reducir la ansiedad y el

estrés de una persona y en el caso del trastorno disociativo es importante que la persona aprenda a relajarse para evitar tener síntomas. Dentro de este grupo encontramos la relajación progresiva de Jacobson (1936), el entrenamiento autógeno de Schultz (1927) o las técnicas de respiración, entre las cuales la más común es la técnica de respiración abdominal.

-Relajación progresiva de Jacobson: Una de las técnicas de relajación más simples y fáciles de aprender es la relajación muscular progresiva, un procedimiento ampliamente utilizado hoy en día que fue originalmente desarrollado por Jacobson en 1936. Es un tipo de relajación que presenta una orientación fisiológica. El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos. (Jacobson, 1936; citado en Consejería de Salud, 2011).

Jacobson descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la distensión muscular, una persona puede eliminar casi completamente las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda (Centro de orientación, 2012). Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan (Consejería de salud, 2011).

-Entrenamiento autógeno: Fue desarrollado por el neurólogo berlinés Johannes Heinrich Schultz (1912). El entrenamiento autógeno es una técnica de relajación basada en la autosugestión. Los ejercicios consisten en centrar la mente en fórmulas cortas y repetitivas y, al mismo tiempo, intentar imaginar, dentro de lo posible, de forma intensa lo que sugieren; consta de seis ejercicios de meditación psicofisiológica o concentración pasiva en la sensación de peso en brazos y piernas, en la sensación de calor en brazos y piernas, en el movimiento del corazón, en la autonomía del proceso respiratorio, en el calor abdominal interno y a la diferencia de temperatura entre la frente y el aire circundante (Centro de orientación y desarrollo humano, 2012).

-Respiración abdominal: Cuando se está en estado de ansiedad elevada o de pánico, los sujetos suelen hiperventilar, es decir, respirar en forma rápida y entrecortada; esta respiración agitada es poco eficiente pues la premura con la cual la persona inhala y exhala impide un adecuado intercambio gaseoso. Como resultado aparece sensación de ahogo, taquicardia, calor y otros síntomas característicos de la activación autonómica que la persona con ansiedad elevada típicamente interpreta de manera catastrófica. La respiración abdominal consiste en enseñar al paciente a respirar en forma pausada y profunda, llevando el aire al abdomen, de manera de aumentar la capacidad pulmonar y por ende la cantidad de oxígeno; luego se sostiene el aire durante unos 5 segundos y se lo deja salir de forma suave; uno de los elementos cruciales en esta técnica es cambiar el ritmo respiratorio. Esta técnica constituye una potente herramienta para el tratamiento del trastorno de angustia, por lo cual se sugiere al paciente que practique la técnica cuando sienta ansiedad de manera que la automatice y pueda utilizarla rápidamente (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2008).

Para que el tratamiento sea funcional, tanto paciente como psicólogo deben estar comprometidos con el trabajo en conjunto, a pesar de esto, hay algunos casos que podríamos llamar “difíciles”, en los cuales el tratamiento es más lento o en ocasiones se recurre a cambiar de terapia o de psicólogo debido a que no presentan mejoría alguna, a continuación, veremos algunos perfiles de los pacientes que se presentan a la terapia psicológica.

Para darnos cuenta de cómo funciona el tratamiento cognitivo conductual en el trastorno disociativo, se presentará un caso clínico de despersonalización, así como las técnicas que pueden ser utilizadas para su tratamiento.

Caso clínico- Despersonalización

Mujer de 21 años, soltera.

Desde niña la usuaria menciona que fue tímida, nerviosa y colérica, se arañaba el rostro si las cosas no salían según su deseo, era muy perfeccionista; no tenía antecedentes familiares o personales de importancia.

Hace un año sucedió el fallecimiento de un familiar cercano y desde entonces empezó a sentirse rara, no se reconocía a sí misma por momentos: afirmaba que era como si su cuerpo pesara 200 kilos y no fuese suyo o como si se tocara con guantes a sí misma. Decía no tener noción del tiempo, como si nada existiera en el pasado, como si su cabeza estuviera vacía y a la vez sentía enorme angustia. Llegaba a preguntarse: “¿realmente existo? No sé si estoy muerta.”

Progresivamente, fue experimentando profunda pesadumbre, sueño no reparador, ideas suicidas sin plan, se sentía indigna de afecto, prefería estar en cama dormitando y entonces le parecía escuchar la voz de su abuela muerta diciéndole: “ya falta poco” y también le parecía ver “sombras”. En su examen mental no se hallaron ideas delusivas ni alteraciones del pensamiento de tipo esquizofrénico, tampoco antecedentes de manía. Todos sus exámenes auxiliares resultaron normales.

Se inició tratamiento con un antidepresivo, un antipsicótico y una benzodiazepina, la evolución fue favorable tanto del ánimo como de los síntomas de despersonalización

Tratamiento:

Para el tratamiento farmacológico se utilizaron antidepresivos y antipsicóticos, los cuales fueron favorables, sin embargo, a continuación, se hace una propuesta del tratamiento psicológico que podría llevarse a cabo para evitar que la usuaria presente crisis o síntomas posteriormente.

La usuaria presenta un déficit de resolución de problemas debido a que suele ser perfeccionista y por lo tanto se vuelve colérica cuando las cosas no le salen como ella las espera, presentando así poca tolerancia a la frustración, lo cual puede ocasionar que haya un mayor nivel de estrés en la usuaria y que se presente algún síntoma de despersonalización u otro síntoma disociativo. Es por ello que es importante trabajar con un entrenamiento en resolución de problemas, para que aprenda a manejar la ansiedad.

El entrenamiento en resolución de problemas ayuda al usuario a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y a la vez incrementa la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre las alternativas posibles para las situaciones problemáticas que se lleguen a presentar en un futuro.

El entrenamiento se basa en los siguientes cinco pasos:

1. Identificar las situaciones problemáticas.
2. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema. Al describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, se verá el problema de forma más clara.
3. Hacer una lista con las alternativas. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "tempestad de ideas" para conseguir los objetivos recientemente formulados. Esta técnica tiene cuatro normas básicas: se excluyen las críticas, todo vale, lo mejor es la cantidad y lo importante es la combinación y la mejora. La técnica de la tempestad de ideas debería limitarse, durante esta fase, a estrategias generales para alcanzar los objetivos.
4. Ver las consecuencias. Este paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.
5. Evaluar los resultados: en este paso se ponen en práctica una de las alternativas para conocer la efectividad de la misma, en caso de que no sea lo que se espera, se puede optar por otra alternativa (Gaviño, 1997).

Lo más importante en esta técnica es que la usuaria aprenda que los problemas tienen una solución y que ella cuenta con las habilidades suficientes para salir de ellos, de igual modo, sirve para que se dé cuenta de que si una situación no sale como ella la espera, hay varias alternativas para sobrellevar el problema.

Por otro lado, con la finalidad de que la usuaria evite tener recaídas y seguir teniendo síntomas de despersonalización, es importante que haga un autorregistro, el cual servirá también para otra de las técnicas con las que se va a trabajar. En este la usuaria va a escribir sus conductas o situaciones que se le presenten durante el día, lo que pensó en ese momento, cómo se sintió, cómo reacciono, la frecuencia y la duración de cada conducta. Esto va a servir también a que la usuaria de dé cuenta de su manera de actuar ante las situaciones y le servirá para tener posteriormente el control no solo de la situación sino también de lo que está sintiendo.

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, la despersonalización puede presentarse después de que el usuario haya vivido una experiencia traumática, que ocasionara un nivel de estrés alto. En el caso de esta usuaria, la despersonalización comenzó después del fallecimiento de un familiar, siendo éste el desencadenante. La usuaria presenta ideas suicidas, insomnio y se sentía no merecedora de afecto, siendo estos algunos de los síntomas que se presentan durante la despersonalización, por lo tanto, es importante trabajar con ellos durante la terapia, ya que al ser una persona “perfeccionista” es común que se centre en los aspectos negativos de las situaciones y por ende tenga un déficit en estrategias de autocontrol. Es por esta razón que se propone trabajar con la Terapia de autocontrol de Rehm (1977) en la cual se propone que el problema se encuentra en la carencia de estímulos positivos hacía la persona, pero esto es debido a que la persona no es capaz de autocontrolarse para obtenerlos.

Esta terapia consta de tres fases:

1. Autoobservación: en esta fase la usuaria va a hacer un autorregistro de las conductas que lleva a cabo a lo largo del día, en este caso se van a tomar en cuenta principalmente las conductas que desean modificarse.
2. Autocontrol: en esta fase se van a establecer las metas que la usuaria quiere lograr con respecto a las conductas registradas, estas deben ser realistas y alcanzables para que exista una mayor capacidad de alcanzar los objetivos.
3. Autorrefuerzo: en esta fase entra el reforzador, por lo cual se tiene que ver con la usuaria cuáles son los tipos de reforzadores que se pueden utilizar, no solo de forma material sino también verbal; mismos que tendrán que ser aplicados por ella misma cuando se encuentre sola (Roca, 2016).

Lo importante en esta técnica es mejorar el estado de ánimo de la usuaria por medio de los reforzadores, y por otro lado que se dé cuenta de que éstos solo se pueden obtener si ella tiene un autocontrol ante las situaciones.

5.3 Pronóstico

En cuanto a la evolución del tratamiento Kluft (2002; citado en González, 2008) comenta que podríamos encontrarnos tres perfiles diferentes de pacientes disociativos:

- 1- Respondedores rápidos o de alto funcionamiento: son persona con recursos significativos a nivel psicológico, interpersonal, social, vocacional y financiero. Son capaces de aprender a manejar niveles altos de malestar y se consigue pronto una buena alianza terapéutica. Es posible que hayan tenido alguna hospitalización, pero suelen tratarse ambulatoriamente.
- 2- Grupo intermedio o complejo: tienen alta comorbilidad, presentan un trastorno de personalidad importante y recursos pobres a todos los niveles, es difícil valorar que el paciente tiene estas características en las primeras etapas del tratamiento; las relaciones interpersonales y de pareja suelen ser problemáticas; a nivel personal presentan mayor dependencia, baja autoestima,

culpabilización y auto preocupación. Su tratamiento evoluciona más lentamente que en el primer grupo.

3- Grupo de bajo funcionamiento, crónico o de peor pronóstico: se caracteriza por manifestaciones patológicas más graves, episodios psicóticos ocasionales; suelen estar inmersos en relaciones abusivas y frecuentes conductas auto lesivas o antisociales. No son candidatos a la terapia orientada a la integración a menos que mejoren enormemente con el tratamiento de apoyo.

Hay diversos factores que hacen que el pronóstico de los pacientes con trastornos disociativos sea más desfavorable, entre los que se encuentran: el número de terapeutas que han tratado al paciente después de que se le diagnostique el trastorno; preocupación en descubrir una y otra vez material traumático en lugar de centrarse en la resolución; actitud violenta presente de forma prolongada; persistencia de luchas de control o intentos de dominar la terapia e implicación escasa o nula en el cambio (Caul, 1988; citado en González, 2008).

Como vemos, a pesar de que los trastornos disociativos presentan ciertas dificultades, pueden ser tratados por medio de la terapia psicológica, sin necesidad de estar la mayor parte de la vida con medicamentos para controlar los síntomas. A pesar de que se pueden presentar recaídas, por medio de las técnicas presentadas anteriormente se espera que los pacientes reduzcan sus síntomas o en algunos casos que éstos desaparezcan en su totalidad.

CONCLUSIONES

A través de este trabajo hemos conocido el tema de los trastornos disociativos, con la finalidad no solo de ampliar el tema de investigación, sino de conocer los diferenciadores que se presentan en éstos; ya que al ser poco comunes podrían ser diagnosticados erróneamente o incluso confundirse con otro tipo de patologías; ya sea porque los síntomas pueden ser similares o porque tienen poco tiempo de haber sido reconocidos en el DSM. Por lo que es indispensable mantenerse informados y actualizados de los cambios que se presenten en cuanto al reconocimiento de nuevas patologías.

Por otro lado, a pesar de que el surgimiento de la psicología tiene muchos años, en este tipo de casos sigue teniendo una mayor relevancia la psiquiatría y por consiguiente el uso de fármacos, ya sea porque es más “fácil” medicar y dejar a un lado lo demás, o porque sigue siendo un tabú algunas enfermedades relacionadas con la mente.

Es importante que el tema se amplíe, no solo teóricamente sino de manera práctica, ya que la disociación a pesar de que se presente, las personas pocas veces entienden o se dan cuenta de lo que están viviendo; ocasionando desconcierto y confusión en ellas. Por ello, el conocer más casos clínicos podrá dar otra perspectiva a los familiares o a las personas que padecen un trastorno disociativo, al igual que a los profesionales encargados de la salud mental.

A pesar de que actualmente hay investigaciones con respecto al tema, por ejemplo Bru, Santamaría, Coronas & Cobo (2009), Barahona, & Américo (2010), Gleaves, May, (2001), Vera (2006), y Sierra (2008), la mayoría presentan información muy similar y dividen a los trastornos disociativos, es decir, se enfocan en solo uno de ellos, esto evidentemente ayuda a que conozcamos los síntomas de cada uno, así como algunos casos clínicos; sin embargo, esto no es suficiente, debido a que se habla de una sintomatología, pero son pocas las investigaciones que se basan en una solución, es decir, en un tratamiento, por ejemplo Batres, (2009), Loevewinstein (2005), Sar, & Ozturk (2012) y González (2008). Esto es

algo que debería de tomarse en cuenta posteriormente para conocer las diferentes alternativas que la psicología ofrece aparte de la postura psiquiátrica.

Es importante dejar a un lado lo que se ve en los medios de comunicación, principalmente en el cine, ya que esto puede ocasionar una perspectiva errónea con respecto a los trastornos no solo al profesionalista, sino también a las personas que lo padecen, ya que es como si ellos se vieran reflejados en lo que están viendo en la TV, lo cual podría ser contraproducente porque crean una especie de resistencia a recibir terapia u otro tipo de ayuda, ya que en la mayoría de los casos televisivos presentan el trastorno como sinónimo de “asesinos” o de “locos”.

Sin embargo, debemos de tomar en cuenta que se pueden presentar algunas dificultades en el momento de llevar a cabo el tratamiento, ya que en algunos casos las personas acuden a terapia por petición de algún familiar o amigo y no por voluntad propia, lo cual puede ocasionar que el usuario lo vea como una obligación y por ende acudan a las sesiones incluso con pensamientos erróneos acerca del trabajo del psicólogo. Y por otro lado, debido a que la mayoría acuden al psiquiatra y toman medicamentos, pueden creer que el psicólogo es innecesario y que no habrá alguna diferencia.

Pero a pesar de esto, en el caso de las personas con amnesia disociativa el autoregistro no solo les sirve para conocer las situaciones y las sensaciones que tienen durante el día, sino también les puede ser útil para saber qué es lo que han hecho, como una especie de “diario”, ya que en este trastorno se puede presentar el “olvido” de un lapso de tiempo, aun cuando están bajo tratamiento.

En el caso de las personas que tienen el trastorno de identidad disociativo, pueden presentar una personalidad alterna que considere que el psicólogo no sirve o que no comprende a las demás personalidades o al trastorno, y debido a que en este trastorno es como trabajar con un equipo, ésta personalidad puede hacer que ninguna de las otras personalidades quiera colaborar con el trabajo. Pero hay otros casos donde la personalidad “primaria” se siente cómoda con el trabajo que está haciendo el psicólogo y por ende sea colaborativa, lo cual ayuda a que la

persona empiece a tomar el ritmo de su vida y poco a poco vayan desapareciendo o tomándose menos en cuenta a las demás personalidades.

En general, una de las mayores dificultades que se pueden presentar es que los usuarios no se sientan comprendidos por el psicólogo, se sientan atacados o piensen que estos trastornos van a tener siempre el control de su vida, principalmente porque en ellos se presentan una personalidad diferente a la que ellos tienen, sin embargo, una vez que el psicólogo explique que el estrés es uno de los ocasionantes y que éste se puede controlar por medio de las técnicas cognitivo-conductuales, entonces el usuario las llevará a cabo y sabrá que cuenta con las habilidades para manejarlo y hacer que sus síntomas disminuyan y que ya no se sienta totalmente dependiente de un medicamento o de una personalidad que no es la suya.

Es por ello que, para futuras investigaciones, se propone que se haga un estudio estadístico de los trastornos disociativos, en cuanto a México, comenzando por los pacientes que se encuentran en un tratamiento psiquiátrico, principalmente en hospitales, ya que existe la posibilidad de que haya casos que sean de trastorno disociativo y estén diagnosticados de otro modo. Esto ayudaría a poder conocer el número de casos y las causas principales que llevan a este trastorno, ya que una de las cosas más importantes es evitar que se presenten en más personas o que los síntomas disminuyan para los que los presentan, ya que como sabemos no es algo que le afecta únicamente a la persona que lo vive sino también a las personas que están a su alrededor.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*, Washington DC: Panamericana.

Arana, J., Meilán, J. & Pérez, E. (2006). El concepto de psicología. Entre la diversidad conceptual y la conveniencia de unificación. Apreciaciones desde la epistemología. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 8 (1), 111-142.

Baita, S. (2005). Defensa disociativa en niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual infantil. *Revista de Psicotrauma para Iberoamerica* 2 (1), 1-11.

Barahona, J. & Américo, J. (2010). A propósito de un caso: trastorno de identidad disociativa (personalidad múltiple). *Revista de Ciencias Forenses de Honduras* 4(1), 1- 6.

Batres, G. (2009). Las múltiples voces del dolor. Disociación y tratamiento del trastorno de identidad disociativo. *2do Congreso internacional, violencia, maltrato y abuso*. Congreso llevado en San José, Costa Rica.

Burón, E., Jódar, I. & Corominas, A. (2004). Despersonalización: del trastorno al síntoma. *Revista: Actas Españolas de Psiquiatría* 32 (2), 107-117.

Bru, M., Santamaría, M., Pousa, E., Puig, S., Santos, J., Coronas, R. & Cobo, J. (2008). La personalidad en el trastorno disociativo. *Archivos de psiquiatría* 71 (1), 15-31.

Bru, M., Santamaría, M., Coronas, R. & Cobo, J. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. : *Actas Españolas de Psiquiatría* 37 (4), 200-204

Caballo, V. (2001). Tratamientos cognitivos conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual* 9 (3), 579-605.

Calvo, C. (2013). Trastornos disociativos. *Psicopatología* 8, 1-12.

Castro, M., Perona, S., Senín, C. & Rodríguez, J. (2015). Relación entre trauma, disociación y síntomas psicóticos positivos. *Acción Psicológica* 12 (2), 95-107.

Centro de orientación y desarrollo humano (2012). Relajación progresiva de Jacobson. Recuperado de: <https://codeh.gestalt.com/?s=relajaci%C3%B3n+progresiva&search=lr>

Consejería de Salud (2011). Relajación muscular progresiva de Jacobson. *Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave* 1, 1-6.

Cruzado, L., Nuñez, P. & Rojas, G. (2013). Despersonalización: más que síntoma, un síndrome. *Revista de Neuropsiquiatría* 76 (2), 2013.

De Rezende, L., Ramos, A. & González, J. (2011). La fuga disociativa. A propósito de un caso y una breve revisión bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 31 (112), 725-731.

Ellis, A., Caballo, V. & Lega, L. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*, México: Siglo XXI

Emiro, J. (2010). Despersonalización y desrealización: una aproximación filosófica desde el análisis del caso. *Acta Colombiana de Psicología* 13 (1), 55-70.

Gaviño, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*, Barcelona: Martínez Roca.

Gleaves, D., May, M., & (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical psychology review* 21 (4), 577-608.

González, A. (2008). Tratamiento de los trastornos disociativos. *Interpsiquis* 1, 1-9.

González, A. (2012). Disociación y trauma. *Cuadernos Psicología* 10, 1-17.

Hernández, G. (2009). Trastornos disociativos y somatomorfos. *Psiquiatría y Salud Mental* 1(2), 1-14.

Huerta, F. (2016). *Guía de intervención clínica para terapia individual*, México.

Loewenstein, R. (2005). Tratamientos psicofarmacológicos para el trastorno de identidad disociativo. *Psychiatric Annals* 35 (8), 1-12.

Madrigal, A. (2012). Disociación como defensa al trauma: caso clínico de fuga disociativa. *Revista Cúpula* 26 (2), 9-18.

Mahoney, J. (1983). *Cognición y modificación de conducta*, México: Editorial Trillas.

Marín, M., Dujo, V. & González, D. (2013). Los trastornos disociativos: abordaje clínico y análisis de las repercusiones forenses en el victimario dentro del ámbito penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* 13, 73-104.

Mascayano, F., Maroy, F. & Roa, A. (2009). Trastornos disociativos: una pérdida de la integración. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 5 (3), 379- 388.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*, España: Ediciones Martínez Roca.

Minici, A., Rivadeneira, C. & Dahab, J. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. *Revista de terapia cognitivo conductual* 15, 1-5.

Onostre, R. (2011). Trastorno disociativo: a propósito de un caso. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría* 50 (3), 162-166.

Psicoadapta. (2016). *Fases de la terapia cognitivo conductual*. Recuperado de: <http://www.psicoadapta.es/blog/terapia-cognitivo-conductual-fases/>

Rivadeneira, C., Dahab, J. & Minici, A. (2007). Formación del terapeuta cognitivo conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual* 13, 1-8.

Robles, R., Garibay, S., Páez, F. (2006). Evaluación de trastornos disociativos en población psiquiátrica mexicana: prevalencia, comorbilidad y característica psicométricas de la escala de experiencias disociativas. *Medigraphic* 29 (2), 38-43.

Roca, E. (2016). Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de personalidad. *Colegio oficial de psicólogos* 4, 1-16.

Romero, M. (2016). Una revisión de los trastornos disociativos: de la personalidad múltiple al estrés postraumático. *Anales de Psicología* 32 (2), 448-456.

Ruíz, J. & Cano, J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*, España: R&C Editores.

Sar, V. (2006). El ámbito de los trastornos disociativos: una perspectiva internacional. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 227-244.

Sar, V. & Ozturk, E. (2012). Trastorno de identidad disociativo: diagnóstico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y tratamiento. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación* 3 (2), 1-21.

Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal : el problema de la conducta inadaptada*, México: Pearson.

Sierra, M. (2008). La despersonalización: aspectos clínicos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (1), 40-55.

Sparrow, C. (2007). *Terapia cognitivo conductual*, México: Asociación Oaxaqueña de Psicología.

Timms, P. (2009). La terapia cognitivo conductual. *Royal College of Psychiatrists* 1, 1-7.

Universidad complutense de Madrid (2014). *Psicología clínica y de la salud*. Recuperado de: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2014-02-07>

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. & Steele, K. (2005). Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma. *Diario de trauma y disociación* 6 (3), 1-33.

Vera, B. (2006). ¡El asesino era yo! o el trastorno de identidad disociativo en el cine. *Revista Medicina Cine* 21(4), 125-132.