



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**ESTUDIO DE LA BASE TRAUMÁTICA DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD
DISOCIATIVO, ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.**

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Año 2023.

Estudiante: Lucía Micaela Paz Mosqueira

Docente tutora: Gabriela Prieto Loureiro

Docente revisor/a:

Índice

❖ Resumen	1
❖ Introducción	2
❖ Historia y Definición de los Trastornos Disociativos	4
❖ Tipos de Trastornos Disociativos	6
❖ Trastorno de Identidad Disociativo	7
❖ Psicodinámica del Trastorno de Identidad Disociativo	9
❖ Diferencias y similitudes entre el Trastorno de Identidad Disociativo, Esquizofrenia, Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Límite de la Personalidad	11
❖ Esquizofrenia	11
❖ Trastorno Límite de la Personalidad	14
❖ Trastorno por Estrés Postraumático	15
❖ La base traumática del Trastorno de Identidad Disociativo, la Esquizofrenia, el Trastorno por Estrés Postraumático y el Trastorno Límite de la Personalidad	17
❖ Una aproximación al término trauma	19
❖ Relación específica entre el trauma y el Trastorno de Identidad Disociativo	22
❖ Disociación como mecanismo de defensa ante el trauma	24
❖ Consideraciones finales	25
❖ Referencias	28

Resumen

El presente trabajo se desarrolló en base a diferentes dimensiones conectadas entre sí, se trabajó sobre la historia y descripción de los Trastornos Disociativos (TD), haciendo hincapié en el Trastorno de Identidad Disociativo (TID). Se abordó la relación entre el TID y trastornos como la Esquizofrenia, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), con el fin de establecer diferencias y similitudes entre éstos. Se identificó la base traumática de los trastornos mencionados anteriormente, considerando que el trauma es un factor que generalmente se encuentra presente en el desarrollo de estas patologías, pero no siempre las determina. Luego, se realizó una aproximación teórica al concepto de trauma para lograr comprender su dinámica, y se retomó el Trastorno de Identidad Disociativo, pero ésta vez, en relación con el proceso traumático únicamente. Por último, se abordó la disociación como mecanismo de defensa ante el trauma. Para lograr éste estudio en torno a las diferentes patologías, se revisaron los antecedentes teóricos existentes hasta el momento, para proceder a su problematización.

Palabras clave: TID, Disociación, Trauma.

Introducción

El principal cometido de esta elaboración fue lograr describir el Trastorno de Identidad Disociativo, la Esquizofrenia, el Trastorno por Estrés Postraumático, y Trastorno Límite de la Personalidad. En el desarrollo del primer punto, se mencionó el surgimiento y evolución del término disociación como producto de experiencias traumáticas, se hizo hincapié en este término para ser utilizado como uno de los ejes principales.

Históricamente, los conflictos bélicos universales impulsaron el estudio de la disociación, debido a que los soldados que participaban en esos eventos padecían de secuelas tanto físicas como psíquicas. A raíz de estas experiencias traumatizantes, las personas padecían de niveles altos de estrés, incluyendo Estrés Postraumático, amnesias en distintos grados, flashbacks, insomnio, entre otros síntomas clínicamente significativos. Estas situaciones, crearon una duda incipiente respecto a cómo se debían abordar terapéuticamente estos síntomas y bajo qué categorías se debían clasificar. A lo largo de este estudio, se realizó un recorrido sobre las principales posturas teóricas, de las cuales se encontró que los estudios de Charcot y Janet fueron pioneros en el área. Los autores comenzaron trabajando sobre la histeria y luego fueron evolucionando en sus investigaciones hasta llegar a la conclusión de que la histeria era producto de experiencias traumáticas que alteraban la conciencia de la misma manera en que lo hace la disociación.

En el segundo punto, se trabajó sobre los trastornos disociativos siendo abordados desde su especificidad, se trabajó sobre el concepto de amnesia disociativa, la cual se entiende como la limitación que tiene el sujeto para recordar datos propios de su biografía y vida cotidiana. Otro de los trastornos que se menciona, es el Trastorno de Identidad Disociativo, el sujeto que lo padece experimenta una alteración en la identidad, ésta se fragmenta en distintas partes, las distintas partes en la que se fragmenta la identidad son conocidas como alters u otras personalidades, cada una de ellas con distintos intereses y formas de acción que confunden al sujeto y generan una sensación de extrañeza respecto de sí mismo, en ocasiones el sujeto pierde la memoria y actúa de maneras que luego no recuerda. En cuanto a la desrealización-despersonalización, sucede que es una fusión de dos elementos, por un lado, la desrealización que conduce al sujeto a no tener una noción clara de la realidad en la que vive, no la reconoce y por lo tanto actúa de manera confusa ante su entorno y sus esquemas de acción son incongruentes con la vida cotidiana. Por otro lado, el sujeto sufre de una despersonalización, es decir, no logra diferenciar de manera clara quién es y quiénes son las otras personas, debido a que esta línea que los diferencia es nula, se ve a sí mismo como un espectador, desde fuera. Estos dos síntomas se unifican para formar un solo trastorno y por lo tanto, es difícil distinguirlos entre sí ya que suceden al mismo tiempo. El último trastorno disociativo trabajado es el Trastorno Disociativo No Especificado, éste alude al conjunto de síntomas que padece el paciente, pero que no están delimitados dentro de los otros TD, es decir, al momento de realizar un diagnóstico, el

clínico opta por no encasillar los síntomas en ningún trastorno específico, el objetivo es permitir el desarrollo de los síntomas con el propósito de clasificarlos con claridad.

En el tercer punto de éste texto, se trabajó el Trastorno de Identidad Disociativo, siendo una sección única para éste Trastorno y se profundizó de manera más extensa que los otros TD debido a que fue tomado como una patología central en la producción de este trabajo. La existencia de diferentes personalidades percibidas por el sujeto, se considera un síntoma principal para este trastorno, el sujeto se autopercibe como fragmentado, no pudiendo integrar de manera eficaz su identidad a raíz de que las estructuras psíquicas encargadas de este proceso se ven afectadas. Además, la persona padece de amnesia disociativa, que por momentos, no le permite recordar información autobiográfica, esta amnesia puede tener su origen en el cambio de los alters, en los momentos en los que se alternan, éstos provocan que el sujeto no recuerde haber actuado de ciertas maneras. Los alters que se originan responden a cada área afectiva y personal que fue dañada al momento de vivir ciertas situaciones hostiles y graves.

Las principales personalidades que se pueden presentar son: las persecutorias, éstas se manifiestan como amenazantes y hostiles, intentan atacar al sujeto de manera tal que se parecen al victimario original. También se pueden presentar las personalidades infantiles, que cubren la dimensión más inocente del sujeto, con necesidad de protección y representan una etapa vital en donde el sujeto fue vulnerable y dañado física y/o psicológicamente. De modo contrario, las personalidades maternas, intentan proteger al anfitrión de la figura amenazante y del daño que le puede ocasionar. En cuanto a la personalidad que se manifiesta como principal o anfitriona, representa al sujeto que vivió el trauma, en edad y conductas. Cada alter se ajusta a una dimensión de la personalidad que no pudo ser integrada debido al impacto que tuvo el acontecimiento o los acontecimientos traumatizantes. Las personalidades actúan intentando disminuir el daño sufrido por el sujeto, cubren cada área afectada y al mismo tiempo responden a la combinación de lo vivido en su actualidad con lo vivido en su pasado.

Teniendo en cuenta las limitaciones a la hora de encontrar información válida y diferente, el objetivo no sólo fue problematizar el Trastorno de Identidad Disociativo, se pretendió distinguir éste trastorno de otros como lo son la Esquizofrenia, Trastorno Límite de la Personalidad, y Trastorno por Estrés Postraumático. El siguiente punto de abordaje se utilizó para delimitar cada uno de ellos, individualmente, planteando algunas diferencias y similitudes presentes entre ellos.

A continuación, en base a los hallazgos teóricos que fundamentan que el trauma puede ser un factor predictor de estos trastornos, fue pertinente trabajar sobre éste concepto y problematizarlo como posible fuente de origen, por tal motivo, se describe qué

es y cuál es su psicodinámica. En el último apartado, se aborda de manera específica la etiología traumática del Trastorno de Identidad Disociativo, la disociación guarda una relación significativa con el trauma debido a que es una respuesta, -en ocasiones esperable- a experiencias de gran impacto emocional y/o físico. Esta conexión puede resultar esperable pero también patológica si viene acompañada de otros síntomas clínicamente significativos duraderos.

Finalmente, y como resultado, se llega a la conclusión de que el trauma es un mecanismo de defensa que se pone en funcionamiento bajo niveles elevados de estrés, angustia, miedo y pánico. Estas situaciones, la mayoría de las ocasiones son producto de abusos sexuales y/o físicos, y negligencia por parte de familiares o cuidadores.

Historia y Definición de los Trastornos Disociativos

El estudio del término disociación ha pasado por distintas etapas históricas, entre ellas, las guerras mundiales que fueron fundamentales para el estudio de la relación entre experiencias traumáticas, patologías psiquiátricas, y disociación. Como lo expone Cazabat (2003), en el siglo XIX el concepto de disociación comenzó a ser estudiado por diversos científicos, uno de los pioneros en el tema fue el psicólogo, neurólogo y filósofo Pierre Janet, quien dedicaba sus estudios al concepto de histeria y consideraba que era producto de un trauma psicológico, la mayoría de las ocasiones de base sexual que provocaba una alteración en la conciencia. Sin embargo, para Romero (2016), los factores que impulsaron las investigaciones acerca del tema fueron acontecimientos como la guerra de Vietnam y los conflictos bélicos mundiales. Desde lo estudiado por el autor, los soldados involucrados presentaban secuelas físicas y psicológicas, como por ejemplo: traumas y amnesias disociativas pudiéndose asociar estos efectos psicológicos con el desencadenamiento de ciertos trastornos.

En referencia a la disociación, Pierre Janet (1889 citado en Romero, 2016) aplicó el nombre automatismos psicológicos para referirse al conjunto de estructuras mentales específicas que se combinan con la acción y la percepción, la mayoría de estos automatismos están conectados en la conciencia y también funcionan de manera independiente. Ante situaciones de estrés, algunos suelen funcionar aislados del autocontrol y a este proceso se le llamó disociación. El autor planteó la idea de que si bien cierta cantidad de personas pueden estar predispuestas a padecer de algún trastorno disociativo, no se elimina la posibilidad de que situaciones de estrés los desencadene. Bajo estas condiciones, la disociación era entendida como una herramienta psicológica para lograr aislar respuestas automáticas de la conciencia y así lograr disociar de manera inconsciente la mente del suceso estresante. Los automatismos psicológicos se producen a partir del

pasaje de actos que comienzan siendo conscientes y culminan siendo inconscientes y automáticos. Estas actividades se transforman en automáticas a través de hábitos o repetición de las mismas. Janet (1889, citado en Talak, 2009).

Desde esta línea, Janet (1984, citado por Nader, 2022), establece que la disociación se desencadena cuando las emociones tienen un grado de intensidad elevado y por lo tanto, sobrepasan la capacidad del individuo de procesarlas, ante estas circunstancias, el psiquismo tiende a disociarse poniendo en funcionamiento un mecanismo de defensa. Para el autor, éste proceso es causado por la debilidad en la síntesis mental que se produce a raíz de una idea fija, denominada trauma, o también pudiéndose producir por una causa congénita. Desde esta línea de pensamiento, la disociación es comprendida como un mecanismo propiciado por la psiquis, que tiene como objetivo, defenderla de situaciones amenazantes que no pueden ser procesadas en el momento que ocurren, el trauma bloquea al sujeto provocando la debilidad en la síntesis mental para afrontarlo. Al respecto, Cardena (1994, citado en Spitzer, et al, 2006), elabora una definición en donde se posiciona desde la carencia de integración, afirma que la disociación es “una falta de integración que se puede producir de tres maneras distintas: como una falta de integración de los módulos o sistemas mentales; como una alteración del estado de conciencia, y como un mecanismo de defensa” (p. 83). En referencia a esta falta de integración, el DSM-5 (2014) se aproxima a lo que propone Cardena y afirma que la disociación es: “la interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento.” (p. 291). De acuerdo a estos dos posicionamientos teóricos, se puede afirmar que la disociación es una falla en la integración de diferentes estructuras mentales que provoca la disrupción del funcionamiento esperable de la conciencia, esta disrupción en la conciencia afecta distintas dimensiones psíquicas como las mencionadas con anterioridad.

Respecto al funcionamiento de la disociación, Nijenhuis y Van der Hart (2011, citados por González, et al, 2020), entienden que el proceso se puede dar en tres niveles estructurales, la disociación estructural primaria, la cual comprende trastornos conversivos y el Trastorno por Estrés Agudo; la disociación estructural secundaria, que incluye trastornos como el Estrés Postraumático Complejo, y por último, la disociación estructural terciaria que corresponde al Trastorno de Identidad Disociativo. Los autores entienden que los síntomas disociativos se dividen en dos categorías, por un lado, los síntomas negativos siendo los que involucran pérdida de recuerdos (ej: amnesia disociativa), pérdida de control sensorial, motor y de habilidades, por otro lado, síntomas positivos que hacen referencia a las intrusiones provenientes de una parte de la personalidad que se ha disociado, éstas intrusiones intervienen por medio de acciones, ideas o funciones.

Tipos de Trastornos Disociativos

En éste apartado el objetivo es aproximarse a las definiciones establecidas para los diversos trastornos disociativos (TD), así como también, se debe tener en consideración que el trauma no es la única causal de los TD, se escogió éste enfoque porque es pertinente al desarrollo del trabajo. Es importante poder localizar los tipos de trastornos disociativos que existen, por un lado, se presenta la amnesia disociativa, definida por Cuesta, et al, (2021) como la dificultad de recuperar elementos propios de la memoria episódica, pérdida de la identidad e información autobiográfica, esto se incrementa si el sujeto experimenta hechos traumáticos o estresantes, los síntomas que genera provocan interrupciones y/o dificultades en el desarrollo de la vida social y laboral del sujeto, se puede presentar de forma generalizada o localizada, siendo la primera la que tiene efecto directo en la vida e historia del sujeto y en el segundo caso, deteriora y bloquea vivencias específicas de la vida. En términos de Echeburúa (2009), la amnesia disociativa genera la incapacidad para recordar información perjudicial referida al suceso, que no puede ubicarse como un olvido cotidiano u ordinario. La amnesia es considerada un TD específico pero además, puede presentarse en comorbilidad con otros TD y formar parte de la sintomatología del TID.

Janet (1911, citado en Nader, 2022), define la amnesia como “la pérdida de un recuerdo que realmente existió y que anteriormente poseíamos en la memoria”, pudiéndose clasificar en cuatro tipos: sistematizadas, localizadas, generales y continuas, todas presentan el trauma como factor común. El autor plantea que existen dos tipos de procesos memoriales, por un lado, se encuentra la primera operación que implica el acto de memorizar, el representar el evento por medio de una narración específica, por otro lado, se halla la segunda operación que conlleva el recordar y reproducir una historia al respecto de un tema. Según Janet, la amnesia se categoriza en tres grupos, la amnesia sistematizada que ocurre cuando los sujetos sufren el impacto de una emoción intensa o trauma y pierden los recuerdos relacionados con dicha emoción, en el caso de la amnesia localizada, los recuerdos que se pierden tiene un factor en común, por ejemplo, la época en la que el sujeto los vivió. Cuando el sujeto padece de una amnesia general, pierde todos los recuerdos adquiridos durante su vida. Finalmente, las amnesias continuas se caracterizan por comenzar desde que el recuerdo se está produciendo, se entorpece el proceso de construcción de recuerdos y la amnesia aumenta. La amnesia es producida por el impacto que tiene el trauma sobre la memoria e inevitablemente, éste altera los recuerdos, por tal razón, puede estar presente en el desarrollo de otros trastornos.

El DMS-V (2014) mantiene una posición teórica similar y plantea que los trastornos disociativos generalmente son producto de experiencias traumáticas, y según qué dimensión del sujeto afecten, es el trastorno que se desarrollará. Desde lo propuesto, los trastornos disociativos en su totalidad, presentan perturbaciones en las funciones propias

de la identidad, la memoria y/o la consciencia. En caso de que los síntomas padecidos afecten el área de la memoria, imposibilitando al sujeto recordar diferentes aspectos de su vida, se puede tratar de una amnesia disociativa. Si los síntomas afectan el área de la identidad, implicando la pérdida de la misma, y se reconoce una o más identidades nuevas, puede presentarse el Trastorno de Identidad Disociativo. En el caso de que el sujeto pierda el sentido y la percepción de la realidad en la que vive, se puede tratar del trastorno de despersonalización-desrealización. Como lo explican Cruzado, et al (2013), la desrealización es “la sensación de desvinculación o alienación del observador respecto a su entorno, cual si las cosas alrededor no fueran reales” (p. 123). En el caso de este último trastorno, como lo indica el nombre, el sujeto se percibe fuera de sí y se altera su percepción respecto a sí mismo y su entorno. Schilder (1928, citado en Sierra 2008 afirma que en la despersonalización-desrealización las conductas y experiencias subjetivas se ven afectadas, en estos casos, los sujetos expresan no percibirse a sí mismos, de vivir de manera automática sin procesar algunas de las cosas que llevan a cabo, esto implica que no reconozcan sus actividades como realizadas por ellos y crean que no son reales.

Existen situaciones en las que los síntomas padecidos presentan una confusión para el clínico al momento de establecer un diagnóstico debido a la similitud con otros síntomas o dificultad para diferenciarlo de otros, en este caso, se dificulta determinar qué trastorno disociativo es, por tal motivo, existe el Trastorno Disociativo No Especificado. Como lo establece el DSM-V (2014), este grupo se reserva para síntomas que son característicos de los trastornos disociativos pero que no entran en el diagnóstico de ningún trastorno disociativo especificado, de igual manera, los síntomas comprenden el malestar psíquico que puede presentarse en los otros TD. Esta categoría es utilizada cuando el clínico elige no englobar los síntomas en ningún trastorno para no determinar por qué no cumple con los criterios de trastornos específicos.

Finalmente, se encuentra el Trastorno de Identidad Disociativo el cual será abordado de manera amplia en el siguiente apartado.

Trastorno de Identidad Disociativo

El trastorno de identidad disociativo antes conocido como trastorno múltiple de la personalidad, tomó este nuevo apelativo en base a las consideraciones del DSM-V (2014, citado en Durán, 2019), en donde se estableció que la condición principal de este trastorno no es presentar múltiples personalidades, sino, la falla en la integración de diferentes elementos del psiquismo, en este caso la disociación es entendida como la fragmentación de diferentes estructuras psíquicas. Desde este punto de partida, no se trata de que diferentes personas vivan dentro de un mismo cuerpo, el conflicto radica en que no se

logran integrar de manera adecuada los diferentes elementos de la memoria, la percepción y la conciencia. En el proceso de fragmentación se pierde la continuidad del yo, éste proceso se presenta junto a alteraciones en la memoria, la conciencia, la percepción y/o el comportamiento, las alteraciones en la memoria producen lapsos de olvido de información personal fundamental. Todos los síntomas propios del trastorno, provocan dificultades en el relacionamiento del sujeto y su desempeño en el área laboral.

Vazquez (2008) hace referencia a la ambivalencia en los sentimientos cuando la conciencia se encuentra fragmentada a raíz de una experiencia traumática. El amor y odio que se siente por esa figura de apego que infringe abusos en el niño. La autora afirma que estos sentimientos no pueden convivir juntos en el psiquismo del infante, por lo tanto, se alternan de manera tal que mientras no suceden los episodios de abuso, el niño separa de su mente las emociones negativas que le generan esos episodios para mantener ese vínculo fundamental con su padre/madre, en esos momentos están presentes las emociones de amor. Durante los momentos en el que éste abuso se efectúa, afloran los sentimientos de odio. Esto sucede porque en el momento en que el abuso está en curso, se reactivan las estructuras de defensa. En base a éste cambio entre estados emocionales, se comienzan a desarrollar las “barreras amnésicas” que separan el yo de esos sentimientos. Estas barreras pueden provocar una fragmentación grave en la mente del infante, para posteriormente influir en su adultez y desarrollar el Trastornos de Identidad Disociativo.

Por su parte, Dell (2006, citado en Durán, 2019), hace énfasis en la relación apego-disociación y entiende que la disociación puede deberse a la dificultad de las figuras de apego para ayudar a construir en sus hijos una acepción única de ellos mismos, que promueva el desarrollo del self, o puede deberse a un trauma ocasionado por las mismas figuras. El desarrollo del niño es un factor clave para dar origen a ciertas patologías en el futuro, la manera en cómo es acompañado el infante durante esa etapa es importante para determinar su personalidad en la adultez. El acompañamiento que reciba por parte de sus padres y la educación que éstos le den serán decisivos en este proceso. Por su parte, Sinason (2011, citado en Durán, 2019) plantea que los padres que padecen un trastorno mental grave o actúan de forma negligente e incoherente ante las necesidades de sus hijos, generan un vínculo desorganizado produciendo en el niño distintos conceptos de sí mismo y de otros. Si un niño no tiene un concepto determinado de sí mismo y se encuentra confundido respecto a lo que es y lo que no es, difícilmente podrá trasladar esa delimitación a otras áreas de su vida, si se encuentra confundido y no comprende la diferencia entre él y el mundo exterior, no logrará un desarrollo óptimo de su personalidad, ésto le podría generar futuras patologías con distintos niveles de gravedad.

Como lo plantea Vazquez (2008), en el proceso de disociación se produce una división entre dos procedimientos, por un lado, la respuesta de huida o enfrentamiento de la situación amenazante, y por otro lado, el proceso de subsistencia. Esta división provoca que algunos de los fragmentos de la personalidad enfoquen su energía en la supervivencia y otros, se alojen en la situación traumática y su afrontamiento.

Respecto a las descripciones establecidas para éste trastorno, el CIE-10 (1994) coincide en ciertos signos propuestos por el DSM-V (2014) y plantea los siguientes criterios diagnósticos: la presencia de dos o más personalidades, cada una puede ser visible sin superponerse con otra, todas con características diferentes, pero manifestándose una a la vez, cada una tiene sus propias preferencias, conductas y recuerdos, pero cuando una aparece tiende a controlar al sujeto. Uno de los efectos del trastorno es la incapacidad para recordar información personal, el sujeto no sabe cómo no llegó a recordarla. Por último, aclaran que el origen del trastorno no puede ser atribuido al orden orgánico o al consumo de sustancias psicoactivas. A pesar de estar establecer estos parámetros, el CIE-10 advierte que no es posible brindar criterios diagnósticos específicos para esta trastorno tanto en la infancia como en la adolescencia, esto se debe a su bajo padecimiento, por tal motivo, quien lo investigue deberá establecer su propio modo de discernirlo, teniendo en cuenta sus objetivos científicos y/o médicos. En la actualidad, se dificulta establecer una comparación entre posturas teóricas debido a que todas establecen criterios similares y no se aportan criterios nuevos. No se han encontrado autores que definen este trastorno más allá de los signos mencionados anteriormente, la dificultad se establece a partir de la escasez de información.

Psicodinámica del Trastorno de Identidad Disociativo

Se entiende que los síntomas principales de este trastorno son, la presencia de diferentes personalidades, amnesia y despersonalización. Sinason (2011, citado en Durán, 2019), explica que el self es la representación que se tiene de sí mismo. Cuando el concepto que se tiene de sí, es claro y definido, se puede hablar de una mente integrada, por el contrario, si esa representación se divide y distorsiona, se habla de disociación. El autor asocia éste último proceso con situaciones traumáticas de índole sexual o de apego inseguro y perturbado, el sujeto comienza a presentar síntomas como por ejemplo, no ser consciente de las cosas que hace, manifestándose como despersonalización y/o amnesia.

El DSM-V (2014) coincide con esta idea y afirma que deben existir dos o más personalidades, cada una de ellas provoca alternancia en las conductas del sujeto, con sus diferentes formas de vestir, intereses personales, las actividades que realiza e incluso los gustos por la comida. Agregan que al menos dos de las identidades controlan con

frecuencia las conductas del individuo, los cambios repentinos en la conducta son notorios y observables pero se perciben como ajenos. Respecto a la presentación de los alters, Okano (2018, citado en Durán 2019), explica que se encuentra la identidad primaria o anfitriona que representa a la persona llevando su mismo nombre, se caracteriza por ser depresiva y es así como el sujeto se ve representado directamente en esa identidad, de acuerdo a lo vivido. De modo contrario, se encuentra la personalidad hostil, agresiva, que tortura al anfitrión. Okano propone que tal como están presentes estas dos personalidades, también puede surgir una personalidad con inclinaciones maternales y protectoras de acuerdo al ideal del sujeto, proveniente de su deseo de haber tenido una figura protectora que lo acompañe y proteja en su debido momento. Las personalidades sombrías u hostiles, son difíciles de abordar debido a que es complejo acceder a ellas, se las identifica por la carga de ira y agresividad que contienen intentando agredir al huésped, su aparición no es frecuente pero lo hacen en situaciones críticas por un plazo corto de tiempo, dando la sensación de que dicha presencia era necesaria solo en ese momento para resolver la situación. Son violentas por su aparición brusca, como el huésped carece de ese carácter, las personalidades sombrías surgen cuando alguien las agrede o intenta agredir por medio del huésped. Por último, agrega que desgastan al sujeto a causa de la cantidad de energía que consumen, por ese motivo, se van rápido, no son alters completamente diferenciados de otros y no están totalmente elaborados por ser producto de una situación traumática severa, culpan al huésped por no manejar de manera correcta las situaciones y lo castigan tomando la postura de la figura agresora original, así su presencia es sentida de manera intensa. Es importante determinar que la aparición de cada personalidad no suele ser al azar, dependen de las situaciones que esté viviendo el sujeto. La fragmentación y la disociación, si bien son una falta de integración, también son una defensa ante situaciones que el sujeto por sí solo no puede manejar. Como resultado, cada alter se involucra de manera diferente con lo experimentado por el sujeto y afronta de manera diferente las situaciones específicas, como si cada uno fuese una defensa.

Putnam (1989 citado en Durán, 2019), continúa con la clasificación de los alters y propone su idea acerca de las “personalidades persecutorias que sabotean la vida del paciente e infligen con frecuencia heridas en el cuerpo y pueden tener tendencias suicidas” (p. 18), éste autor considera que algunas personalidades persecutorias pueden ser introyectos de abusadores reales, pero pueden someterse a una transformación, pasando de ser personalidades que al comienzo aparentemente querían ayudar a identidades que eran perseguidas, a ser personalidades persecutorias. Tomando las definiciones de ambos autores, se concluye que las personalidades hostiles, sombrías o persecutorias imponen una figura agresiva e impactante para el sujeto, promoviendo el daño que se causó cuyo resultado fue el trauma. Putnam confirma lo problematizado anteriormente, las

personalidades suelen identificarse con experiencias vividas por los sujetos, el autor analiza las personalidades persecutorias como las más agresivas.

Diferencias y similitudes entre el Trastorno de Identidad Disociativo, Esquizofrenia, Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno Límite de la Personalidad

El DSM-V (2014) presenta una serie de síntomas que distinguen al TID de otros trastornos, en el caso del Trastorno por Estrés Postraumático, las personas traumatizadas pueden presentar ambos trastornos en combinación o por separado, por lo tanto, es importante diferenciarlos. La clave de ésta distinción es la existencia o no de síntomas disociativos que no son frecuentes en el TEPT. Por otra parte, el TID también puede ser confundido con la Esquizofrenia, las voces que se escuchan en el interior de forma personificada suelen mezclarse con las alucinaciones de tipo psicótico. Respecto al Trastorno Límite de la Personalidad, se suele confundir debido a que en el TID, cada personalidad gestiona de manera distorsionada y espontánea sus emociones, aún así, son varios los síntomas diferenciales entre estos. En el caso del TID, la distorsión emocional no es tan frecuente ni marcada como el TLP.

De acuerdo a lo expuesto por Vazquez (2008), hay autores que contemplan la idea de que los TD y el TEPT pertenecen a dos extremos contrarios, lo que han dado en llamar “Espectro Postraumático”, incluyendo el Trastorno Límite de la Personalidad. De acuerdo a lo que el autor propone, estos trastornos tendrían un origen traumático y en este caso, compartirán el proceso disociativo específicamente.

Esquizofrenia

De acuerdo a lo establecido por Campero, et al (2009), la esquizofrenia se caracteriza principalmente por presentar síntomas como: alucinaciones, comportamiento catatónico, lenguaje desorganizado, ideas delirantes, aplanamiento afectivo, entre otros, lo autores agregan que suelen manifestarse en la adolescencia o la adultez. Esta patología se encuentra atravesada principalmente por la desorganización de algunos aspectos de la personalidad, regresión en el desarrollo, interrupción e incluso abandono de vínculos. Desde una perspectiva vincular, Alanen (2003), propone que éste trastorno puede ser asociado directamente con una vulnerabilidad constitucional, con los déficits y alteraciones en la relación parental temprana, desde el principio, un efecto combinado sobre el desarrollo de una persona con predisposición a la esquizofrenia.

Por otro lado, desde las investigaciones del CIE-10 (1994), la esquizofrenia y las patologías derivadas de esta, tienden a afectar los pensamientos, provocando un efecto de embotamiento que los hace inoportuno, y a la vez afectan el área perceptiva. El funcionamiento de la conciencia y la capacidad intelectual no se ven afectadas, aunque, a largo plazo pueden presentar dificultades en su desempeño. Las características principales son: la sensación o desconfianza sobre la intrusión o sustracción de ideas; pensamientos delirantes acerca de ser dirigido por otro sujeto, las alucinaciones también son frecuentes y generalmente se perciben como discusiones dentro de sí mismo pero en tercera persona.

Cualquiera de los trastornos esquizofrénicos se puede presentar de forma continua o episódica, con un grado de estabilidad prolongada o corta. Se distinguen tres criterios distintos de diagnóstico, por ejemplo, se encuentra el tipo paranoide, en éste, los delirios suelen ser duraderos y en la mayoría de los casos se combinan con alucinaciones auditivas. Por otra parte, está el tipo hebefrénico, en este caso, se presentan transformaciones y oscilaciones afectivas en conjunto con delirios y alucinaciones temporales. El sujeto ejecuta actitudes irresponsables y desmedidas, mantienen un raciocinio incongruente y su pensamiento desordenado. Por último, se halla la esquizofrenia catatónica, en donde la principal área afectada es la motora, se visualizan movimientos rígidos o exigidos durante un tiempo duradero.

En sus comienzos de investigación acerca del término, Bleuer (1991, citado en Alvarez, 2021) estableció que en la esquizofrenia:

Algunas ideas con mucha carga emocional o impulsos logran un cierto grado de autonomía, de modo que la personalidad cae en pedazos. Estos fragmentos pueden existir conjuntamente y dominar alternativamente la parte principal de la personalidad, la parte consciente del paciente. (p. 44).

Como se puede apreciar en la cita anterior, desde el principio de las investigaciones existía una conexión entre la esquizofrenia y el TID, Bleuer ya trabajaba sobre el concepto de fragmentación, planteando que las diferentes partes de la personalidad (alters) conviven y cada una se manifiesta de manera dominante para el sujeto. En la actualidad, esta definición es aplicada meramente al TID. La Esquizofrenia es un cuadro que con frecuencia no se distingue claramente del TID, pero luego de años de investigación, se comprendió que en la esquizofrenia no se da la presencia de múltiples personalidades, pero si se presentan las alucinaciones auditivas.

Las alucinaciones son uno de los rasgos compartidos por ambos trastornos y se manifiestan como voces, las personas dicen escuchar conversaciones que provienen de su mente y se presentan en forma de intrusiones. En base a éstas conversaciones, en el TID la

presencia de los diferentes alters hace habitual la comunicación entre ellos, hay conversaciones dentro de la mente del sujeto que se introducen sin su control. Ante estos pensamientos que son introducidos, la persona con TID tiene la misma sensación de extrañeza que tiene un sujeto con esquizofrenia. Desde el concepto de intrusiones, Dell (2006, citado en Durán, 2019) analizó experiencias vividas por distintas personas que padecen de esquizofrenia y expuso que éstas han manifestado sentir que sus pensamientos eran extraídos de su mente en forma de intrusiones, o por el contrario, colocados. Cuando una persona padece de ésta patología, es frecuente que en su mente hayan ideas que le generan la sensación de desconfianza y duda, no las reconoce como propias.

Alemán y Laróí (2008, citados en Castro, et al, 2015) expresan que en la actualidad varios investigadores coinciden con la idea de que las alucinaciones auditivas no necesariamente implican experiencias perceptivas, sino, que se relacionan con procesos de carácter cognitivo, en este caso, el sujeto no reconoce sus propias acciones internas o las asocia a producciones externas. Expresan que las alucinaciones auditivas no solamente son padecidas por personas con esquizofrenia, pueden presentarse en otros trastornos como el TEPT, Trastorno Bipolar, trastornos disociativos, entre otros.

La disociación y los delirios también son rasgos compartidos entre ambas patologías. Castro, et al (2015) elaboró una investigación en donde obtuvo distintas hipótesis, entre ellas, que las personas que padecen de delirios y alucinaciones auditivas, han sufrido una mayor cantidad de experiencias traumáticas durante su niñez, a diferencia de las personas que no padecen de estos síntomas. A pesar de este resultado, no se hallaron disparidades relevantes entre los sujetos que presentan o no, alucinaciones auditivas y delirios, respecto a experiencias traumáticas vividas en la adultez. Respecto a la disociación, los sujetos que padecen de estos síntomas, sufrirán un mayor grado de disociación que los individuos que no los padecen. De acuerdo a estos resultados señalados por Castro, Dell (2006 citado en Durán, 2019) menciona que la disociación produce una desconexión total o parcial de la realidad que frecuentemente se hace presente en personas que han sufrido abusos sexuales, además agrega, que si ésta persona padece de esquizofrenia, podría presentar varios síntomas propios de los trastornos disociativos como: amnesia disociativa, fuga disociativa, despersonalización y/o desrealización. Dell confirma que hay una línea delgada entre los distintos trastornos disociativos, y además, unos pueden presentarse en comorbilidad con otros, dentro de la Esquizofrenia, pueden presentarse TD diferentes y en simultáneo, no son excluyentes unos de otros. Castro y Dell introducen una comprensión diferente de la relación entre Esquizofrenia, TEPT y TID, involucran las situaciones traumáticas experimentadas en la infancia, precisamente abusos sexuales con la gravedad física y psicológica que estos implican para el sujeto, se logra establecer una conexión entre los trastornos, situaciones de abuso sexual y disociación.

Por su parte, Alanen (2003), en contraposición con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), considera que la esquizofrenia es diferente de las patologías orgánicas ya que no provoca alteraciones en la memoria y/o demencia, en cambio, como la APA lo establece, los trastornos disociativos si generan dichas alteraciones. Alanen, menciona que uno de los síntomas principales de esta enfermedad mental es la pérdida de la verificación de la realidad, como la describe él, éste síntoma implica que el sujeto no logra distinguir con claridad su procesos internos, de las experiencias y percepciones externas. Este también es un signo presente específicamente en el trastorno disociativo de desrealización-despersonalización, éste afecta la capacidad del sujeto para establecer un límite entre las ideas sobre sí mismo y las ideas sobre quienes lo rodean, esta línea se hace casi inexistente y generalmente tiende a disiparse. Al mismo tiempo, el sujeto pierde el sentido de la realidad en la que vive, se desorienta y descontextualiza.

Trastorno Límite de la Personalidad

Debido a la diversidad de posturas acerca del término, es habitual que existan discusiones acerca de cómo definirlo y cómo explicarlo. En base a estudios realizados acerca de la personalidad, Linares (2007, citado en Vanegas, et al 2017), expone que este trastorno es producto de las experiencias que vive un sujeto siendo determinado por factores biológicos y factores culturales que la van moldeando de acuerdo a las interacciones con el ambiente. Linares, hace hincapié en el rol de la familia para el desarrollo de la personalidad y menciona que el desarrollo de un individuo está determinado por dos elementos, por un lado, menciona la conyugalidad y por el otro, la parentalidad. La primera implica el tipo de relación entre los padres y cómo se desarrolla la misma, la segunda refiere a la relación de los padres con sus hijos. Una vinculación familiar sin conflictos traumáticos o sin situaciones que pongan a la persona en una postura de desamparo y hostilidad, podría lograr una desarrollo de la personalidad estable. Es así que ambas dimensiones en combinación estructuran la personalidad del sujeto, ésto podría explicar la presencia de distintos trastornos de personalidad. Tal como ocurre en el Trastorno de Identidad Disociativo, existe una relación entre abusos y negligencias experimentados en la infancia, y el desarrollo de la personalidad en la adultez que viene marcada por estos acontecimientos.

Para Gunderson (2002), uno de los pioneros en el estudio de este cuadro clínico fue Otto Kernberg, que en el año 1967, definió lo que hoy se denomina Trastorno Límite de la Personalidad como una de las tres formas organizativas de la personalidad, las otras dos, serían la organización psicótica de la personalidad, y la organización neurótica de la personalidad. La organización límite de la personalidad es definida como una debilidad en la identidad, la utilización de herramientas defensivas primitivas como lo son la escisión e

identificación proyectiva, y la pérdida de entendimiento de la realidad a raíz de situaciones estresantes. Al igual que otros cuadros clínicos, con el paso del tiempo, el término límite ha sufrido variaciones significativas, al comienzo era denominado organización de la personalidad, luego, síndrome y finalmente trastorno. Este trastorno no fue escogido sin un fin, se abordó debido a que es un trastorno que afecta directamente a la personalidad, interrumpe los vínculos personales y altera las emociones, como sucede en la Esquizofrenia, el TID y el TEPT.

En esta línea, Millon y Davis (1998 citados en Escribano 2006), establecen que la impulsividad y la imprevisibilidad son dos factores centrales en el TLP, como resultado el TLP presenta algunos signos como estas fluctuaciones espontáneas e impulsivas. Los sujetos por momentos pueden tener conductas automutilantes con pensamientos suicidas e incluso intentos de autoeliminación por un temor persistente a la soledad. Las personas límite son dependientes de los demás en exceso y esto los lleva a tener pensamientos recurrentes de abandono, para evitar que ésto suceda, abandonan antes el vínculo o las actividades que llevan a cabo. Suelen tener pensamientos ambivalentes consigo mismos y los demás con constantes oscilaciones, ésta ambivalencia hace que sus sentimientos hacia el otro oscilen entre la idealización y el desprecio total. En concordancia con Millon, el DSM-V (2014), expresa que el TLP es un "un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa." (p. 364). Al igual que ocurre en el Trastorno de Identidad Disociativo, el self es frágil ante situaciones estresantes que lo corrompen y fragmentan, no hay un self organizado y constituido, esto resulta en sentimientos de vacío y falta de identidad. En el TID, se distorsiona el self pero por el contrario, el sujeto no se siente vacío, sino, invadido por diferentes entidades.

Trastorno por Estrés Postraumático

El comienzo de las investigaciones acerca del TID y el TEPT se puede localizar en acontecimientos bélicos que marcaron la historia universal, estos fueron la base para que se comenzaran a buscar términos adecuados para cada trastorno y al mismo tiempo, se buscaran estrategias de abordaje. Acorde al paso del tiempo, las estrategias terapéuticas fueron evolucionando y afianzándose. Esto no aplicaría para el TID, ya que si bien hay estrategias de diagnóstico, aún no se ha consensuado una estrategia totalmente acorde a las necesidades de estos pacientes que presentan la sintomatología de manera distinta respectivamente. De acuerdo con Carvajal (2002), el Trastorno por Estrés Postraumático tiene su propia historia y ésta se remonta a la época de Hipócrates y Heródito quienes presentaron la conexión entre éste trastorno y los síntomas que presentaban los soldados

luego de haber participado de la Batalla de Maratón. El TEPT obtuvo su nombre en base al trauma y los efectos que éste tiene luego de lo ocurrido.

Este trastorno tiene sus raíces en la vivencia de una situación traumática que lo predispone, como lo afirma Vera, et al., (2006)

Vivir una experiencia traumática es sin duda una situación que modifica la vida de una persona y, sin quitar gravedad y horror de estas vivencias, no se puede olvidar que en situaciones extremas el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores. (p. 47)

Kardiner (1941, citado en Carvajal 2002), propone que el TEPT implica conductas de evitación e hiperalerta, éste último se da en defensa a situaciones traumáticas, y se puede originar a cualquier edad. El autor desarrolló el concepto de fisioneurosis en referencia a que el trauma podía producir síntomas tanto somáticos como psicológicos. Por su parte, Carvajal (2002) explica que el TEPT alude a dos elementos, por un lado, es una respuesta ante el estrés que puede ser patológica y por otro lado, se produce a raíz de un trauma. En otros términos, el estrés es una respuesta indeterminada por parte del organismo ante una demanda que surge, ante esta demanda, el cuerpo tiende a responder intentando adaptarse y equilibrarse. Cuando la respuesta consigue la adaptación se habla de eustrés, de manera contraria, cuando la respuesta no es favorable y resulta patológica, se habla de distrés. El autor expresa que éstas reacciones no son exageradas ante el estrés, se dan en función de otros factores biológicos que caracterizan una respuesta específica para este cuadro. De acuerdo a lo planteado, se puede determinar que la producción de trauma dependerá de factores ambientales, biológicos y psicológicos siendo posibles dos respuestas, la patológica y la esperable.

Existe una relación significativa entre en TEPT y el TID, como lo considera Peña (2012), los alters que se presentan en el TID pueden ser una “versión elaborada de intrusiones mentales relacionadas con traumas” (p. 4). Es posible visualizar que la presencia de diferentes personalidades en el TID se asocia con el origen de las mismas en base a hechos traumáticos, ambos cuadros se caracterizan por la vivencia de estas experiencias y en ambos casos, se generan defensas ante esas experiencias que determinan el desarrollo del trastorno. De acuerdo a la dinámica del trauma, como expresan Astin y Resick (1997), los acontecimientos traumáticos pueden reaparecer en la conciencia continuamente, perjudicando la vida personal y social. Ante estas apariciones, las personas suelen presentar miedo, terror, ansiedad, y en términos fisiológicos, sudoración, agitación, aumento del ritmo cardíaco, etc. Esta dinámica se da en base a la repetición de experiencias que despiertan en el sujeto lo que ya ha vivido, incluyendo las sensaciones que tuvo en ese

momento, en cambio, en el TID, el trauma está posicionado como posible factor desencadenante y no es excluyente para la formación del trastorno.

La base traumática del Trastorno de Identidad Disociativo, la Esquizofrenia, el Trastorno por Estrés Postraumático y el Trastorno Límite de la Personalidad

Existe un consenso teórico entre diversos autores que trabajan sobre la premisa de que la disociación es un efecto postraumático. Por este motivo, en esta sección del trabajo se ahondará en el estudio de la relación existente entre los trastornos mencionados en el título y el trauma. Esta relación se encuentra justificada desde diferentes perspectivas, algunos autores defienden la idea de que estos cuadros tienen una base traumática que puede provenir de diferentes sucesos. Es importante considerar que el trauma no guarda relación exclusiva con estos trastornos, también está asociado con depresión, ansiedad, alcoholismo, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, entre otros. Sin embargo, Samper (2016), tras sus investigaciones, concluye que existe un elemento genético, así como también antecedentes de patologías mentales y elementos de la personalidad que predisponen el desarrollo de patologías graves, en éste caso, es el factor heredado que está vinculado con la susceptibilidad personal ante los traumas. De manera contraria, se señalan factores "antifragilidad" que colaboran en la superación del trauma, estos factores hacen referencia al nivel cognitivo del sujeto, capacidad de superación, optimismo, fortaleza y apoyo social. Samper plantea que durante el momento que sucede el trauma y después, las respuestas esperables son el miedo, insomnio, nerviosismo, entre otras, luego, si estos signos continúan presentándose, se entiende que están afectando la salud de manera significativa convirtiéndose en patológico.

Históricamente, el trauma ha sido considerado un factor excluyente para el desarrollo del TEPT, el DSM-III (1980, citado en Samper, 2016), definió que para diagnosticar el TEPT era necesario "haber estado expuesto a un trauma" (p. 210). Pese a esta afirmación, gran cantidad de personas han sido víctimas de situaciones de esta índole, y no necesariamente desarrollaron TEPT. Samper (2016), manifiesta que las respuestas esperadas son de sufrimiento, insatisfacción e infelicidad sin tener relación con alguna patología y agrega que "las situaciones donde se pone en peligro la propia vida o existe violencia muy grave, aumentan la incidencia de TEPT" (p. 211). De acuerdo a sus investigaciones al respecto, Mosquera y Gonzalez (2013) plantean que los antecedentes traumáticos vividos en la infancia determinan la gravedad sintomática en el TLP, además refieren que el hecho traumático más frecuente en estos casos es el abuso sexual. Gunderson (2002) coincide en que las situaciones abusivas en infantes pueden desencadenar patologías psiquiátricas graves como por ejemplo el TLP, por tal motivo afirma que "la condición necesaria para que

se desarrolle el TLP es el distanciamiento de los padres”. (p. 43). Por su parte, Westen (1990, citado en Gunderson, 2002), explica que cuando los sujetos están estructurados dentro de sus vivencias de abuso, y como consecuencia desarrollaron TEPT, son más susceptibles a responder de manera paranoica a situaciones conflictivas presentes en su relación amorosa actual, en cambio, los sujetos con TLP responden de manera acusante ante cualquier situación amenazante. El autor realiza una comparación respecto a las actitudes que toman los sujetos de acuerdo a la patología que padecen y logra definir, de modo general, dos tipos de actitudes adversas.

En ésta línea, López-Soler (2008), entiende que los acontecimientos traumáticos que suceden en diferentes etapas de la vida pueden generar un efecto extremadamente negativo en el sujeto, pero en el caso de un infante, el efecto es más impactante debido a que el sujeto no es una persona madura a nivel social, biológico y psicológico, lo cual es esperable en base a la etapa en la que se encuentra, además, requiere de condiciones estables y protectoras que fomenten y beneficien su desarrollo. Respecto a la relación existente entre el TLP y el TEPT, la autora expresa que signos propios del TEPT, como lo son las conductas de riesgo, susceptibilidad emocional, impulsividad, inestabilidad afectiva, conductas suicidas (que se generan a partir de una respuesta al estrés), son compatibles con síntomas del TLP. A raíz de ésta similitud, se han originado grandes debates acerca de qué los diferencia y qué los similitud. Desde la experiencia de López en intervenciones psicológicas en infantes que han experimentado acontecimientos traumáticos, se afirma que la comorbilidad entre el trauma y el Trastorno por Estrés Postraumático Complejo es más frecuente que la comorbilidad entre trauma y diferentes síntomas “internalizantes” y “externalizantes”.

En el caso de la Esquizofrenia, Hodann (2021) propone que el trauma vivido en la infancia no solamente aumenta las posibilidades de padecer éste trastorno, sino, que además los sujetos son propensos a tener un desarrollo más negativo y grave del trastorno, de manera contraria, quienes no han vivido experiencias traumáticas y padecen de este trastorno, presentan una sintomatología que evoluciona de manera menos agresiva. Alvarez (2021) señala que el trauma vivido en la infancia se categoriza como un factor ambiental y está estrechamente conectado con el padecimiento de esquizofrenia en la adultez. El autor afirma que el origen de los síntomas psicóticos se puede atribuir a la vivencia de múltiples traumas, entiende que “la politraumatización, definida como el haber sido víctima de más de un tipo de trauma interpersonal, se ha relacionado en forma dosis-respuesta con la aparición de síntomas psicóticos.” (p.33).

Es de menester comprender qué pueden existir múltiples acontecimientos traumáticos en el psiquismo del sujeto, por un lado, se presentan situaciones de negligencia

parental como la definen Martínez y de Paul (1993, citados en Arranz y Torralba 2017), esto ocurre cuando uno o ambos padres no responden o descuidan las necesidades tanto físicas, sociales, psicológicas e intelectuales del niño/adolescente, existiendo casos en los que se desvinculan totalmente de su cuidado y atención. Bajo estas condiciones, la disociación se puede deber, por una parte, a la negligencia parental, la incapacidad que puede tener una figura de apego, o ambas, en el cuidado y atención del niño, el cual será incapaz de desarrollar el sentido de sí mismo si su cuidador no le brinda herramientas, y por otro lado, estas situaciones negligentes y abusos, provocan traumas inducidos por las mismas figuras de apego y resultan en una desorganización en el psiquismo del infante, dejándolo sin herramientas adecuadas para procesar dicho trauma. En términos de negligencia, Holland (2021), expresa que en la "negligencia emocional" la dimensión psicológica es la afectada y que "la negligencia emocional infantil ocurre cuando uno o los dos padres de un niño no responden adecuadamente a las necesidades emocionales de su hijo" (párr. 2), la distingue del abuso definiendo éste último como un conjunto de acciones intencionales y premeditadas para causar daños en el otro.

Una aproximación al término trauma

Ian Hacking (1995) expresa que el trauma comenzó siendo estudiado en relación al cuerpo, pero con el correr de los años pasó a ser estudiado en relación a la mente, junto al surgimiento del término de personalidad múltiple en Francia. Éste autor afirma que el concepto ya se encontraba siendo estudiado desde antes, pero Freud, en los años 1893 y 1897 trabajaba sobre la hipótesis de que el trauma era la histeria provocada por recuerdos de seducción y diferentes instancias de abuso sexual ocurridos en la niñez que se encontraban en el inconsciente, éstos acontecimientos no dejaban huellas o evidencias físicas, sino, psicológicas. Bajo esta perspectiva, nuevamente el trauma es relacionado con sucesos vividos en la niñez, en las primeras apariciones del término este era relacionado meramente con daños físicos y no se atribuía el concepto con efectos psicológicos o patologías. Más adelante, se acuñó el término a las secuelas psicológicas que dejaban los sucesos en los sujetos.

De esta perspectiva histórica, en el siglo XIX Pierre Janet (1911, citado en Nader, 2022), definió una enfermedad próxima al concepto de Histeria Traumática presentado por Charcot, en sus estudios, Janet se refirió al trauma como "una de las formas que puede tomar la histeria después de un accidente emocional" (p. 92). Desarrollando este concepto, la histeria resultaría en una forma de adaptación mediante la disociación, una herramienta para separar de la memoria los sentimientos y recuerdos que están vinculados con la experiencia hostil, a esta descripción la denominó "Idea Fija" y es conocida actualmente como trauma. Propone que el trauma es "un conjunto de ideas, recuerdos, representaciones

de fuerte carga emocional, producto de un evento, que disocia la conciencia, queda relegada al subconsciente desde donde se generan diversos síntomas” (p. 93). Por lo mencionado anteriormente, es posible afirmar que el trauma es producto de la sobrecarga emocional provocada por un evento de gran impacto, dejando al sujeto con escasas o ninguna herramienta para afrontarlo, pero también, da origen a la disociación como una defensa psicológica que separa los recuerdos traumáticos de la conciencia.

Por su parte, Johnson (2009, citado en Cruz-Villalobos, 2012), considera que el modo en que el sujeto afronta el trauma va a depender de ciertos factores como antecedentes traumáticos, apoyo social, creencias, recursos psíquicos como la capacidad de adaptación, predisposición genética, entre otros. Cada sujeto resignifica el trauma de manera distinta, se desprende del recuerdo trágico para convertirlo en palabras. Johnson trabaja una idea de lo traumático desde la perspectiva del efecto que causa en el psiquismo y la capacidad que tiene el sujeto para afrontar esa acontecimiento, el autor plantea que el sujeto está predispuesto por condiciones externas que influyen en estas situaciones. Estas condiciones serían sus creencias, acompañamiento de otras personas, factores hereditarios, otras problemáticas que presente a la hora del suceso, etc.

En esta línea, Echeburúa (2009) se refiere al trauma como aquello que ocasiona una incomodidad intensa provocada por un acontecimiento dañino e insospechado, dicho acontecimiento trae consigo resultados destructivos y además, lleva inherente el factor humano, es decir, fue provocado por otro sujeto. La posibilidad de respuesta de una persona para afrontar estas situaciones colapsa y por lo tanto, las respuestas pueden ser erróneas o insuficientes. Los factores de impredecibilidad e intensidad sumados a la falta de reacciones psicológicas oportunas para afrontarlo explican los efectos psicológicos graves que sufre el sujeto. Para el autor es inevitable mencionar emociones negativas al momento de tratar la palabra trauma y lo describió como: “un suceso traumático es un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e inconfortable”. (p. 29).

Por su parte, Bleichmar (1990, citada en Calvi, 2016) explica que “estamos ante dos grandes opciones: en primer lugar, considerar lo traumático como desencadenante de algo que de alguna manera ya está preformado en el sujeto, y en segundo lugar, entender lo traumático como constitutivo del funcionamiento psíquico.” (p. 32). Engloba estas opciones dentro de la obligación que tiene el psiquismo de adaptarse y procesar la llegada de lo traumático, para lograr evitar su propia demolición. En sus palabras, “la historia deja sus marcas en acontecimientos que no pudieron ser comprendidos y que quedaron aislados, fuera del comercio asociativo”(p. 39). Estas huellas quedan en el inconsciente de manera tal que determinan al sujeto, los traumas sexuales precoces, así llamados por la autora, son acontecimientos que conllevan un proceso de seducción. Calvi (2016), agrega que la

multiplicidad de traumatismos que se desarrollan de manera temprana se refieren a lo que condiciona y afecta la organización defensiva del psiquismo, conduciendo al surgimiento de trastornos graves. Ante el traumatismo, el sujeto cuenta con dos dimensiones, su historia, que implica su vida personal y social, y la estructura con la que cuenta para poder ubicarse y organizarse respecto al trauma. Los traumas precoces suceden cuando el psiquismo no terminó su constitución. Afirma que tanto Laplanche como Bleichmar, comparten la denominada teoría traumática de la constitución psíquica, ésta teoría se fundamenta en que lo real como un factor ajeno a la sexualidad original, interfiere y desequilibra el psiquismo del niño a través de los traumas tempranos. Se refiere a lo traumático como “aquello que viene a introducir un desequilibrio que obligará a encontrar nuevas formas de equilibrio no presentes en el modo de funcionamiento de la estructura de partida.” (p. 32). El trauma que provoca el abuso sexual durante la infancia es totalmente destructivo para la subjetividad, causa en el niño una sensación de insuficiencia de recursos para afrontarlo, esto es percibido por él como un desplome. La patología no siempre es producto de lo traumático, podría ocurrir que lo traumático se choque con simbolizaciones previas presentes en el psiquismo del sujeto y que no se distorsione la experiencia que se vivió, lo patológico puede ser una posible producción en base a estos hechos.

De acuerdo a Bomyea, Risbrough y Lang, (2012, citados en Echeburúa & Sáez, 2015), se pueden presentar dos respuestas posibles ante un hecho traumático, por un lado, una respuesta adaptativa en donde se tiende a minimizar el efecto nocivo del hecho, y por otro lado, una respuesta destructiva provocada por la falla en el proceso de adaptación. En base al grado de impacto que tiene el trauma en las personas, Echeburúa y Sáez (2015), entienden que “los sucesos más traumáticos pueden dejar en las víctimas secuelas imborrables, a modo de cicatrices psicológicas, moldear negativamente la visión que el sujeto tiene del mundo, limitar su capacidad de entusiasmo e incluso hacerlas más vulnerables a las enfermedades.” (p.91). Pese a tener ésta idea acerca de los efectos traumáticos, los autores expresan que una gran cantidad de personas se presentan tolerables a los miedos y al surgimiento de patologías clínicas luego de haber vivido éstos sucesos. Es así que son víctimas del trauma pero no llegan a padecer de una patología específica, sino de un dolor subclínico, como lo mencionan. Ante estas situaciones, las personas logran convertir la tragedia en energía creativa, llevan a cabo distintas actividades gratificantes y de utilidad. Para que éste proceso se cumpla, éstos sujetos deben contar con estabilidad emocional previa, entendiendo que el equilibrio psicológico, hará la diferencia.

Echeburúa (2009) menciona el término “daño psicológico” para referirse en un primer momento, a una respuesta de espanto y perturbación de la conciencia. En un segundo momento, y con el paso del tiempo, la conciencia va operando de manera más intensa haciendo que se diluya esa perturbación provocada por el shock. Afloran las

emociones de manera dramática y éstas son de enojo, impotencia, temor, etc. Por último, el sujeto tiende a recordar lo sucedido esporádicamente resignificando el suceso en conjunto a experiencias de la vida cotidiana. El autor realiza una comparación entre daño psicológico y lesiones psíquicas, el primero corresponde a un daño crónico y las segundas a un daño agudo. En el caso de las lesiones psíquicas, se produce una perturbación clínicamente significativa, luego de haber vivido un acontecimiento de gran violencia que deja al sujeto incapaz de afrontar las exigencias de la sociedad, del trabajo y personales. Respecto al daño psíquico, las secuelas emocionales que contrae hacen que sea estable y genera discapacidades en el sujeto que no disminuyen ni se van a medida que pasa el tiempo o con un tratamiento.

El trauma deja al sujeto en un estado de gran vulnerabilidad, siendo los abusos sexuales y el terrorismo los sucesos más presentes en las víctimas, desde la concepción de Echeburúa (2009):

La estructura del hecho traumático explica los daños provocados por el primer golpe. Pero es la significación que ese hecho tiene en la persona, así como el apoyo social recibido, lo que puede explicar los efectos más o menos devastadores del segundo golpe, que es el que realmente provoca el trauma. (p. 41).

La estructura del trauma está compuesta por dos momentos, en principio, se trata de lo ocurrido y sus detalles, denominado por el autor como primer golpe, en un segundo momento, se encuentra el impacto y significado que ese hecho tiene en la persona, como es visto y comprendido por la misma. Este último punto es decisivo para identificar el grado de impacto que tuvo el hecho y el trauma que provocará. En términos estadísticos, solo un 20% de la totalidad de sujetos que se ven afectados por estas situaciones, desarrollan patologías en su adultez. En los casos que esto ocurre, no se puede establecer una causalidad entre estos sucesos en su particularidad, y el trastorno desarrollado. (Echeburúa, 2009). Esto implica que un trastorno, como por ejemplo, el Trastorno de Identidad Disociativo no necesariamente debe ser atribuido únicamente a un trauma específico. Sin embargo, el autor analiza las distintas secuelas que puede generar un hecho traumático, y las separa en distintas categorías. Una de ellas, es la conductual en donde se encuentran los intentos de autoeliminación, el consumo de estupefacientes y alcohol, y el TID.

Relación específica entre el trauma y el Trastorno de Identidad Disociativo

El trauma no es un factor determinante ni único para el TID, desde una postura biologicista, Diseth (2005, citado en Durán 2019), plantea que la relación entre el trauma y el TID se basa en una falla del sistema nervioso central, en donde no se logra integrar las experiencias traumáticas de manera eficaz, resultando en la interrupción de los procesos de

memoria, y por otro lado, se genera una incompetencia para integrar emociones y sensaciones relacionadas con el hecho traumático. Como se mencionó con anterioridad, a causa de la vivencia de experiencias traumáticas, surgen las diferentes identidades o alters, estos son producto del intento que hace el sujeto traumatizado por sobrellevar las diferentes emociones que causó lo vivido. Samper (2016), manifiesta que un gran porcentaje de los sujetos que sufren algún acontecimiento traumatizante, luego presentan secuelas psicológicas crónicas o agudas.

Desde éste punto, Charcot (1887, citado en Hacking, 1995), entiende que el desarrollo de una personalidad múltiple necesita de la facultad de disociación innata que ya se tiene desde la niñez, además de esto, se requiere de la existencia de un trauma repetitivo en esta etapa de la vida, el autor conecta la histeria con el mecanismo traumático, entendiendo que ambos necesitan del condicionamiento genético que es heredado. Por otra parte, (Echeburúa y Corral, 2009, citados en Echeburúa & Sáez, 2015), afirman que los sujetos más vulnerables son aquellos que han vivido un hecho traumático que les provocó gran impacto emocional y/o físico, estas personas son quienes han vivenciado sucesos más impactantes, y por ende, tendrán un alto grado de inestabilidad psicológica. Agregan que contarán con un proceso de victimización, con poco o nulo apoyo social y éste conjunto de carencias determina las herramientas psicológicas con las que cuentan para enfrentar estas situaciones.

La infancia es una etapa vital que puede condicionar el desarrollo del Trastorno de Identidad Disociativo en la adultez, es así, que Van der Hart et al, (2004, citados en González, et al 2020), explican que “en caso de experiencias traumáticas crónicas durante la infancia, la integración normal de los sistemas de acción dedicados a la vida diaria se vería interferida, impidiendo el desarrollo de la personalidad unificada” (p. 33). Por esta razón, la infancia es una etapa crucial en el desarrollo del psiquismo y todo lo que el infante experimenta será un factor que se suma a su crecimiento, de forma negativa o positiva. Situaciones de abuso hacia el niño mientras éste transita una etapa vital en donde la identidad se está construyendo, provocan perturbaciones y fragmentaciones que la desbordan y desorganizan, siendo un proceso duradero en el tiempo y generalmente continuando hasta la adultez. Por su parte, Castro, et al (2015) sostiene que la despersonalización, podría ser un factor desencadenante de alucinaciones, en cambio, otros trastornos como la amnesia disociativa, no necesariamente. También comparte la idea de que los sujetos que han sufrido traumas en su infancia, son propensos a sufrir mayores niveles de disociación que otros sujetos que no han tenido estas experiencias.

Romero (2016), argumenta que la experiencias disociativas necesitan para su desarrollo estar determinadas por una dimensión ambiental y biológica, sobre la relación

existente entre el trauma y el TID sostiene que las situaciones traumáticas más frecuentes para el desarrollo del TID son el abuso sexual y/o físico y el incesto que provocan un daño psíquico grave en el psiquismo del infante. Éstas situaciones estresantes, repetidas y prolongadas en el tiempo exigen que el individuo se deba adaptar por medio de procesos disociativos para afrontar estas situaciones.

Disociación como mecanismo de defensa ante el trauma

De acuerdo a la funcionalidad de los mecanismos de defensa, Perez (2011), hace alusión a la manera en que las personas se protegen y controlan situaciones angustiantes, siendo tres factores los que se ponen en práctica: instintos y afectos internos, las propias represiones que van en contra de éstos, y, las demandas y límites que establece el contexto. Se puede afirmar que "los mecanismos de defensa primitivos se originan en la temprana infancia como primer esfuerzo para protegerse de la ansiedad generada por el conflicto entre las pulsiones libidinales y agresivas." (p. 21), éste proceso tiene como resultado la escisión de los afectos de amor y los de odio. Estos mecanismos tienden a proteger la parte buena del psiquismo, de la parte mala o agresiva propia del mundo interno del sujeto. Desde la dimensión defensiva ante el trauma, Baita (2005), propone pensar la disociación como un conjunto de diversas situaciones y/o sintomatologías que en un principio pueden destinarse a ser una disociación clásica, ejemplo, la abstracción o evitación, pero luego pueden llegar a ser extremas y patológicas presentando las diferentes formas de disociación. Como lo entiende la autora, el surgimiento de trastornos disociativos se puede asociar directamente al padecimiento de situaciones traumatizantes o estresantes, en el TID particularmente, su etiología se liga con el abuso físico y/o sexual extremos en la infancia. La disociación sería una técnica de supervivencia, que permite al sujeto tolerar estas situaciones angustiantes, estresantes y dolorosas, intentando cuidar ciertas áreas del funcionamiento. Este proceso es denominado por Baita como defensas disociativas, pero si esta situación traumática se desarrollara sin contar con un mecanismo de disociación sería extremadamente perjudicial para el sujeto.

Kisiel y Lynons, (2001 citados en López-Soler 2008), afirman que los síntomas disociativos aparecen como un efecto protector de carácter natural para sobrellevar la experiencia abrumadora y estresante, los síntomas disociativos primarios serían la fragmentación, el olvido y el embotamiento emocional. Estos signos pueden preceder o acompañar la despersonalización, amnesia o desrealización. Según Sinason (2011, citado en Durán 2019), "la persona por tanto disocia el trauma, se encapsula en el recuerdo, y se fragmenta el self en distintos alters que gestionan dicho trauma de diferentes formas." (p. 15). Por esta razón, cuando el infante se encuentra frente a una situación traumática de la cual no puede escapar de ninguna manera, la respuesta inmediata a la que tiende es el

escape mental, se aleja de la situación abrumadora y se disocia del exterior. El niño no tiene las herramientas suficientes para crear su propio self de manera organizada y establecida, haciendo que pueda llegar a tener varios conceptos de sí mismo, los cuales no logran la integración completa del self y el concepto que tendrá de otros. La disociación como mecanismo de defensa es la respuesta más rápida ante estas experiencias, disminuyendo el impacto que tienen en el sujeto y en ocasiones el trastorno tiene un origen patógeno para lograr evitar revivir el trauma.

Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo se establecieron algunas de las diferencias y similitudes entre el TID, el TLP, el TEPT y la Esquizofrenia. Como se mencionó en la sección "Trastorno de Identidad Disociativo", el CIE-10 (1994), propone como criterio principal contar con dos o más personalidades, estas pueden presentarse una a la vez y poseen características específicas de acuerdo a su objetivo, cada alter tiene sus propios intereses, comportamientos y memorias. Cada vez que una personalidad se manifiesta lo hace controlando al sujeto. De acuerdo a lo propuesto por el DSM-V (2014, citado en Durán, 2019), la alteración en la identidad se puede producir en diferente medida de acuerdo al sujeto, el DSM-V establece que la característica principal de este trastorno no es la sensación de que varias personalidades conviven en la mente, sino, la falta de integración en las distintas estructuras psíquicas. Si se piensa en términos de percibir los alters, cada uno de ellos con sus propios objetivos existenciales, modales, formas de expresarse, con sus mecanismos independientes entre sí, es posible afirmar que este signo solamente se presenta en el TID. Además, la variación de alters no surge al azar, sino que cada alter se manifiesta de acuerdo a la situación en la que se encuentra el sujeto, cada personalidad es un mecanismo de defensa para afrontar distintas situaciones.

Otro elemento distintivo establecido por el DSM-V (2014) son las dudas que se generan en el sujeto respecto a su propia identidad. En trastornos como la Esquizofrenia, el Trastorno Límite de la Personalidad o el Estrés Postraumático, el sujeto sufre alteraciones en su identidad creando confusión respecto a quien es, pero no presentan distintos alters. En estos trastornos, la identidad sufre otros procesos como pueden ser la alteración en los estados de ánimo, esto dificulta mantener vínculos estables e incluso se llega a su ruptura, también puede haber aplanamiento afectivo, pudiendo resultar en depresión, cambios en los pensamientos, alucinaciones, entre otros signos, pero no se llega a la fragmentación. Como lo explican Campero, et al (2009), en el caso de la esquizofrenia, la personalidad sufre una desorganización, los vínculos se interrumpen e incluso se abandonan. Por último, la amnesia disociativa, que tiene como característica principal el olvido de información

autobiográfica, suele presentarse en los diferentes Trastornos Disociativos y no es un síntoma frecuente en los otros trastornos como la Esquizofrenia, el TLP y TEPT.

Diferentes posturas teóricas coinciden en la idea de que la disociación mantiene una relación estrecha con estos trastornos. De acuerdo a lo propuesto en el Tratado de Psiquiatría (1965), el trauma que es de carácter crónico produce un aumento en las defensas disociativas, éstas defensas hacen que el recuerdo perteneciente a dicho trauma se aleje de la memoria. El trauma como mecanismo de defensa tiene por objetivo alejar los pensamientos e ideas dañinas que se producen en la mente del sujeto y tienen relación con el hecho traumático, la mente tiende a disociar lo que le causa daño. A pesar de que el trauma es producto de la gran carga emocional que posee el acontecimiento, también, emplea mecanismos defensivos ante estas situaciones para lograr distanciar el impacto. Nijenhuis y Van der Hart (2011, citados en González, et al, 2020), agregan que los procesos mentales y comportamentales de los sujetos presentan una tendencia a la integración, distinguen y vinculan los diferentes elementos de las experiencias vividas. No obstante, cuando se vive una situación traumática, ésta organización se desconfigura y los elementos de la experiencia no se integran de forma correcta dando lugar a la disociación de la identidad. La disociación de la identidad puede desencadenar cualquiera de éstos trastornos de acuerdo a los síntomas que la acompañen.

La relación existente entre el trauma y el TID es significativa pero no excluyente, esta relación se remonta a las vivencias que el sujeto tiene desde su niñez, debido a que estas experiencias suceden en una etapa vital en la cual la personalidad se encuentra en desarrollo, es inevitable que modifiquen e impacten en el psiquismo del niño, por lo tanto, se plantea la idea de que todo lo ocurrido durante la infancia, marcará de manera positiva o negativa, la adultez. Romero (2016), afirma que las experiencias traumáticas como el abuso sexual, generan un daño grave en el psiquismo del sujeto del niño, éstas experiencias tienen un carácter repetitivo, estresante y prolongado que obligan al sujeto a intentar adaptarse mediante procesos disociativos en el intento por disminuir el estrés. Esta relación se puede afianzar en base a lo propuesto por Castro, et, al (2015), quien expresa que las personas que han vivido traumas durante su infancia son más propensas a experimentar niveles más elevados de disociación respecto a las personas que no han tenido estas experiencias. La disociación puede ser comprendida como un mecanismo de defensa que se pone en funcionamiento ante situaciones traumáticas. Pérez (2011) afirma esta premisa y explica que mediante éste mecanismo los sujetos intentan controlar y protegerse de estas experiencias. Durante éste proceso, distintos factores se ponen en funcionamiento, por un lado, se reacciona mediante instintos y afectos interiores, por otro lado, se ponen en juego las represiones que van en contra de éstos instintos. A éstos dos elementos, se le suman las exigencias que el exterior le impone a la persona. En situaciones extremas en las que un

sujeto no encuentra salida, debido a que no cuenta con las herramientas de afrontamiento necesarias para ciertas situaciones extremas, o bien, se paraliza ante ellas, la disociación es un mecanismo que se produce post experiencias, no surge de manera espontánea, es decir, es un proceso que se va formando a raíz de las diferentes experiencias vividas, de acuerdo a las herramientas con las que cuente el sujeto, y el apoyo que éste reciba. Por tal motivo, el trauma también depende de otros factores para desarrollarse. Cuando la situación traumática está sucediendo y es repetitiva, la disociación se va formando para separar esos pensamientos desagradables y negativos que dicha situación produce.

De acuerdo a las diferentes fuentes consultadas para la elaboración de éste trabajo, y considerando que se trató de una aproximación teórica, se puede concluir que la teoría existente respecto del Trastorno de Identidad Disociativo es repetitiva y escasa, se haya más información y descripción de los otros trastornos trabajados, pero pese a ésta condición, se logró llegar a un consenso entre las teorías aportadas por los diferentes autores para el desarrollo de diferencias y similitudes entre las patologías. Se llegó a la profundización de la relación existente entre el trauma y los trastornos desarrollados. Finalmente, se logró comprender la etiología del trauma que produce la disociación como una defensa psíquica.

Referencias

- Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. Madrid.
https://cordescorporacion.cl/wp-content/uploads/2020/07/LA_ESQUIZOFRENIA-Sus-origenes-y-trat.pdf
- Alvarez, M^a J. (2021). Trauma infantil, esquizofrenia, y disociación: bases del constructo. [Tesis doctoral, Universitat Central de Catalunya].
<http://hdl.handle.net/10803/673308>
- Arranz, M. y Torralba, J. (2017). El maltrato infantil por negligencia o desatención familiar: conceptualización e intervención. *Revista de Trabajo Social e intervención social* (23), 73-95. Universidad del Valle.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ta edición). Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.
- Astin, M. C., Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp.171-209). Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Baita, S. (26-28 de Junio de 2003). *Defensa disociativa en niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual infantil*. III Congreso Internacional de trauma psíquico y estrés traumático. Buenos Aires, Argentina.
- Calvi, B. (2016). *Abuso sexual en la infancia: efectos psíquicos*. Lugar Editorial.

- Campero, D., Campos-Lagrava, H. & Campero, M. (2009). Esquizofrenia: la complejidad de una enfermedad desoladora. *Revista científica ciencia médica*, 12(2), 32-37.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34.
- Castro, M., Perona, S., Senín, C., & Rodríguez, J. (2015). Relación entre trauma, disociación y síntomas psicóticos positivos. *Acción Psicológica*, 12(2), 95-108.
- Cazabat, E. H. (2003). *Del trastorno por estrés postraumático a la disociación. Un espectro de respuestas al trauma*.
<http://www.psicotrauma.com.ar/cazabat/archivos/21-Cazabat-Del%20trastorno%20por%20estr%C3%A9s%20postraum%C3%A1tico%20a%20la%20disociacion.pdf>
- Cruzado, L., Núñez-Moscoso, P., & Rojas-Rojas, G. (2013). Despersonalización: más que síntoma, un síndrome. *Revista de neuro-psiquiatría*, 76(2), 120-125.
- Cruz-Villalobos, L. (2012). Posibles deconstrucciones del trauma. Una aproximación posmoderna. *Revista Sociedad y Equidad*, 3, 172-194.
- Cuesta, C., Cossini, F. & Politis, D. (2021). Las bases neuronales de la Amnesia Disociativa (AD): una revisión sistemática de la bibliografía. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 32(152), 11-16.
- Durán, I. (2019). *Comprensión psicoanalítica del trastorno de identidad disociativo* [Trabajo Final de Grado, Universidad Pontificia Comillas]. <http://hdl.handle.net/11531/31862>
- Echenurúa, E. (2009). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Ediciones Pirámide. Madrid, España.

- Echeburúa, E. y Cruz, M. (2015). De ser víctimas a dejar de serlo: un largo proceso. *Revista de Victimología/Journal of Victimology*, (1), 83-96.
- Escribano, T. (2006). Trastornos Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- Ey, H. Bernard, P. Brisset, C. (1965). *Tratado de Psiquiatría*. Masson. Barcelona, España.
- Gonzalez, L., Poniaman, M. Areco, M^a. (2020). Acerca del trastorno de identidad disociativo: modelos explicativos de enfoque cognitivo.
http://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/27/gonzalez.pdf
- Gunderson, J. G. (2002). *Trastorno límite de la personalidad*. Guía clínica. Ars Medica. Barcelona, España.
- Hacking, I. (1995). Trauma. http://www.elseminario.com.ar/Biblioteca/Hacking_Trauma.pdf.
- Hodann, R. (2021). *Factores psicosociales relacionados con la recuperación en la esquizofrenia: trauma en la infancia, regulación emocional y apego*. [Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología].
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/70631/1/T43062.pdf>
- Holland, K. (20 de Agosto de 2021). *Negligencia Emocional infantil: Qué es y cómo te puede afectar*. <https://www.healthline.com/health/es/negligencia-emocional-infantil>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicoterapia y Psicología Clínica*. 13(3), 159-174.

- Mosquera, D. y González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de la personalidad. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 3(3), 1-33.
- Nader, N. (2022). Trauma y Amnesia Disociativa: La visión de Pierre Janet. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 60(1), 92-101.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 :clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Pérez, L. (2011). Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 20-25.
- Romero, M. (2016). Una revisión de los trastornos disociativos: de la personalidad múltiple al estrés postraumático. *Anales de psicología*, 32,(2), <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.218301>
- Samper, L. (2016). Personalidad ante el trauma en el siglo XXI: fragilidad y antifragilidad ante el trauma. *Sanidad Militar*, 72(3), 209-215.
- Sierra-Siegert, M. (2008). La despersonalización: aspectos clínicos y neurobiológicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 40-55.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. y Joergen, H. (2006). Avances recientes en la teoría de la disociación. *World Psychiatry*, 4(2), 82-86.
- Talak, A. (2009). *El automatismo psicológico*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI, Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.

Vazquez, A. (2008). Disociación y trauma. *Cadernos de psicología*, 32, 63-78.

Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.