

Articulos

Enviado por :

Publicado el : 15/12/2009 12:00:00

Las múltiples voces del dolor

Disociación y Tratamiento del Trastorno de Identidad Disociativo

Dra. Gioconda Batres Méndez

Médica Psiquiatra

Capacitación contra la Violencia de Género y Trauma del Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención y Tratamiento del Delito y Tratamiento del Delincuente

San José, Costa Rica

II Congreso internacional, Violencia, Maltrato y abuso

12, 13,14 y 15 de noviembre

Buenos Aires, Argentina

Las múltiples voces del dolor

Disociación y Tratamiento del Trastorno de Identidad Disociativo

Introducción

Cuando pensaba que ya había escuchado todo sobre los más terribles crímenes, y que lo había sentido todo, conocí a mi primera paciente con Personalidad Múltiple. Corría el año de 1992 y había fundado una organización dedicada a la atención del incesto y otros tipos de agresión sexual. Era la terapeuta de una gran cantidad de personas que habían sido víctimas de abuso sexual. Dato importante porque adquiriría destrezas clínicas que en otra institución no especializada no hubiese podido obtener.

En ese año todavía no conocía a la Dra. Judith Herman, con quien me puse en contacto y me capacitó en 1993, pero sí a la Dra. Leonore Walker. Fue en ella en quien pensé en medio de mi impacto. Realmente no sabía qué hacer.

Suerte de principiante

La paciente se presentó con otro nombre y actitud. Inmediatamente reconocí que se trataba de una múltiple. Fue así como inicié mis estudios sobre la Personalidad Múltiple y mis intentos por encontrar caminos terapéuticamente correctos para tratarla (Batres, 1997).

Valga decir que en mi país y en toda Centroamérica existe un subregistro de la incidencia del ahora nuevo diagnóstico, el TID (Trastorno de Identidad Disociativo). Además, como yo me he alejado un poco de la atención clínica de sobrevivientes para dedicarme a la academia, mi casuística no es semejante al número que otros investigadores reportan.

Desde 1992 hasta la fecha, he diagnosticado a veinte personas con esta enfermedad, de las cuales 18 son mujeres y dos hombres. Como otras actividades tomaban mi tiempo, no todos se quedaban en consulta; además, ya no laboro en una institución que ofrezca estos servicios de forma gratuita.

A pesar de esas condiciones, he tratado diez pacientes con este diagnóstico. Desde el año 2001 me acompaña como terapeuta la Licda. Sonia Recinos Del Cid, quien fue mi alumna en numerosos cursos y luego se convirtió en consultora de mi programa de Capacitación. Igualmente, en los últimos tres años se sumó la Lic. Marilú Navarro, consejera espiritual de una de mis pacientes que siguió de cerca todo el proceso, para aportarle a esta persona una especial contención emocional.

Aunque este trabajo de conquistar terapeutas para capacitarlos en esta área de la psiquiatría me ha resultado más lento que el iniciado hace muchísimos años para entrenar terapeutas en el tratamiento de las secuelas del incesto y otras agresiones sexuales, no quiero abandonarlo porque sé que muchas personas con esta condición necesitan apoyo, esperanza de curación y tratantes adiestrados.

Escribir esta ponencia es parte de esta campaña. Como siempre, en estos caminos también yo obtengo ganancias. Lo que más aprecio es haber encontrado mayor humildad para aceptar que

nunca sabrás tanto sobre psicoterapia y sobre traumas como para haber cerrado tu institución. Aceptar, una vez más, que existe una gran maldad en el mundo contra los niños y las niñas y por lo tanto, hay que luchar por denunciarla hasta que nos dure la vida; no hay lugar para el retiro.

Como dice el maestro Kluft (2003, 2006) el TID es un padecimiento difícil de entender, difícil de diagnosticar, difícil de tratar y difícil de discutir objetivamente, por las grandes controversias que se han creado a lo largo del tiempo.

[pagebreak:Disociación: un conocimiento central]

Disociación: un conocimiento central

En esta ponencia iniciaré la discusión teórica sobre la disociación, con el estudio de varios autores, especialmente aquellos que han escrito sobre el TID.

Modelo propuesto por Paul Dell

En el 2006 este autor afirmó que la definición de Trastorno de Identidad Disociativo ubicada en el DSM-IV-R es deficiente porque omite la mayoría de sus manifestaciones disociativas y lo describe más bien como un fenómeno de personalidades alternantes; para él, su modelo subjetivo - fenomenológico es más complejo y se caracteriza por hacer intrusiones disociativas recurrentes en todos los aspectos del sentido de sí misma y del funcionamiento ejecutivo.

Él considera que los siguientes síntomas disociativos francos son importantes para reconocer el TID: amnesia, conversión, voces, despersonalización, estados de trance, alteraciones del yo, desrealización, conciencia de la presencia de otras personalidades, confusión de identidad y *flashbacks*. También Dell (1998, 2006) anota manifestaciones disociativas similares a las padecidas por los psicóticos, como alucinaciones auditivas y visuales. Igualmente se incluyen en este trabajo las manifestaciones de primer rango mostradas por Schneider (citado por Dell, 2006), que en mi experiencia son mucho menos frecuentes: acciones y sentimientos "impuestos", voces que discuten o comentan, robo e inserción de pensamientos. Estos son síntomas más frecuentes en la psicosis paranoide y por lo tanto, pueden generar más confusión en el diagnóstico diferencial.

Si se revisa nuevamente la descripción clínica del TID, puede notarse que solo aparecen dos de los 13 síntomas descritos por Dell. En mi experiencia, la sintomatología encontrada es una gama extensa de conductas y sensaciones y abarca todos los fenómenos disociativos reportados por Dell, como vamos a comprobarlo en el apartado de este trabajo en donde se relata la experiencia clínica y la metodología de trabajo psicoterapéutico.

Coincido con Dell en que los pacientes, en cierta etapa del tratamiento, suelen describir que escuchan pensamientos como si no fueran de ellos. Este autor denomina a esto "Intrusiones disociativas". Aunado a esto, hace un planteamiento teórico del modelo subjetivo - fenomenológico donde destacan los siguientes puntos:

* **La disociación patológica puede afectar todos los aspectos de la experiencia humana**. Es usual que los pacientes con TID presenten muchas dificultades internas y por tanto, resulta notorio que sus pensamientos estén altamente distorsionados. Las alteraciones son también físicas, pues sus sentidos auditivo y táctil son también afectados.

* **La mayoría de los fenómenos disociativos resulta invisible para las demás personas.** Los síntomas de los pacientes con TID suelen pasar inadvertidos, incluso entre los familiares cercanos.

* **Existen dos tipos de disociación patológica: intrusiones y amnesias.** A las disociaciones que no están totalmente separadas de la conciencia, como las voces internas, las conversaciones y las opiniones que no parecen las del paciente, Dell las denomina *intrusiones*. En cambio, a los fenómenos disociativos, completamente separados del conocimiento consciente, él los denomina *amnesia*.

La mayoría de los síntomas disociativos no se separa de la conciencia completamente. Esta es una disociación parcial. En mi experiencia, la despersonalización, los pensamientos intrusivos y los sentimientos de origen desconocido, son percibidos por el paciente pero este no los describe por temor a la evaluación externa.

En mi opinión, esta propuesta diagnóstica amplía lo establecido en el DSM-IV, pues tan pocos elementos incluidos en este manual hacen muy difícil la posibilidad de establecer un diagnóstico clínico.

La teoría de la disociación estructural de Onno van der Hart

Van der Hart y sus colaboradores (2005) conceptualizan su teoría a partir de la afirmación de que la personalidad de los seres humanos traumatizados se disocia en partes que coexisten y alternan entre sí: aquella parte que se quedó con los recuerdos traumáticos congelados y permanece en estado de alerta para detectar amenazas, la denominaron **Personalidad Emocional (PE)**, nomenclatura que en mi opinión, lleva a confusión.

La otra parte es la llamada **Personalidad Apparentemente Normal (PAN)**, según la cual se intenta llevar una vida normal y evitar los recuerdos traumáticos. Para lograrlo, el paciente puede recurrir a diferentes grados de desapego, insensibilización, despersonalización y amnesia parcial o total.

En la disociación terciaria por su parte, la vida cotidiana se vuelve insoportable, ya que pueden desarrollarse otras PAN, con funciones o acciones específicas. Esta explicación parece responder parcialmente mi interrogante de que por qué pacientes con TID, muy caóticas, funcionaban bien como madres o trabajadoras.

Los autores enfatizan que la disociación, más que un mecanismo de defensa, es un déficit de la capacidad integradora. Justamente por eso, los pacientes con TID que hemos observado tienen comportamientos tan rígidos, desadaptados, desregulados y sin conexión. Este cuadro les dificulta el crecimiento y el aprendizaje global y ocurre especialmente en quienes tienen mal pronóstico, como se explica más adelante en esta ponencia.

Ellos además han planteado como base de la teoría de este fenómeno la disociación estructural, fundamentada en las propuestas hechas por Pierre Janet en 1898 sobre el tratamiento en fases, tal como lo plantean Herman (1992) y Batres (1997).

La disociación estructural se refiere al tipo de respuestas psicofisiológicas dadas después de los diversos traumas. La personalidad se divide y cada parte disociada tiene una serie de tendencias a la acción diferentes, las cuales pueden entrar en conflicto. Algunas partes se quedan fijadas en el pasado, incapaces de experimentar el presente, pero otras evitan recordar el trauma.

Los autores Steele, Van der Hart y Nijenhuis (2005) por su lado, clasifican la disociación en primaria, secundaria y terciaria. Además, aseveran que la disociación estructural significa que en

lugar de existir una integración natural y evolutiva de la personalidad, esta se inhibe, se desregula y además, dificulta la habilidad de autorregulación mental y conductual (Steele, 2009, Herman, 1992, Batres, 2008).

En este tipo de disociación existe una falta de conexión entre las partes de las personalidades.

Por otro lado, en la disociación primaria se crean divisiones básicas: la parte de la personalidad aparentemente normal (PAN) y la parte traumatizada (PE). Las formas más complejas de disociación estructural, llamadas secundaria y terciaria, implican una mayor cantidad de partes disociadas y son variaciones de la disociación estructural primaria de la personalidad.

En la disociación secundaria, cuando el trauma es abrumador y prolongado, pueden ocurrir más divisiones de la personalidad traumatizada (PE), pero la parte de la personalidad aparentemente normal (PAN) se mantiene intacta.

Para esta revisión nos interesa la disociación terciaria que se da en el TID. En este caso la PAN también se divide por fuerza de traumas severísimos que hacen la vida cotidiana insoportable. Tal segmentación puede crear sistemas sanos de una sola acción (PAN), por ejemplo ser madre o trabajador. En todos los casos tendrán autonomía (Batres, 2008).

[pagebreak:Teoría de la neodisociación de Hildgard]

Teoría de la neodisociación de Hildgard

En 1980 Hildgard postula una estructura mental con divisiones horizontales, en lugar de verticales, lo que permite el acceso inmediato a la conciencia de uno de los recuerdos alterados.

La amnesia proporciona las barreras que separan un grupo de contenidos mentales de otro. Así que la reversión de este problema es un instrumento terapéutico clave.

Según Hildgard, la represión para mantener la información fuera del nivel de conciencia difiere de la disociación de la siguiente manera:

- En la disociación, la organización estructural de los contenidos mentales es horizontal, con subunidades de informaciones separadas pero igualmente accesibles a la conciencia. Además, se presupone que la información reprimida está almacenada de manera arqueológica, a varios niveles, por lo que no se puede acceder de la misma forma a las diferentes partes.
- Se supone que en la disociación las subunidades de información están divididas por barreras amnésicas, mientras que el conflicto dinámico, el olvido motivado, es el mecanismo subyacente en la represión.
- En la disociación, la información se mantiene fuera de la conciencia durante un período concreto, claramente delimitado. Normalmente esos datos están relacionados con una experiencia traumática, mientras que la información reprimida puede provenir de diversas experiencias, temores o deseos dispersos a lo largo del tiempo. La disociación parece suscitarse sobre todo como una defensa después de episodios de trauma físico, mientras que la represión es una respuesta a los temores y deseos ocultos, o a otros conflictos dinámicos.
- La información disociada se almacena sin transformarse (y en forma delimitada); la reprimida por su parte suele estar encubierta y fragmentada, y aunque llegue a la conciencia, sus

significados están ocultos (p. e., en sueños o *lapsus* del lenguaje).

- A menudo, la recuperación de los datos disociados es directa. Para ello se emplean técnicas, como la hipnosis, que permitan acceder a los recuerdos ocultos. Por el contrario, el descubrimiento de la información reprimida a menudo requiere la repetición de varios ensayos mediante interrogatorios intensos, psicoterapia o psicoanálisis, con su posterior interpretación (es decir, los sueños).

- En la disociación, el objetivo central de la psicoterapia es la integración, mediante el control de acceso a los estados disociados y la elaboración de los recuerdos traumáticos. En la represión, la psicoterapia clásica implica la interpretación, incluyendo la elaboración de transferencia (Tratado de Psiquiatría, pp. 711- 712).

La disociación según Putnam

Por último, Putnam (1989) se apoya en varios autores para declarar que en el fenómeno disociativo existe un continuo que va desde la presencia de fenómenos cotidianos hasta disociaciones patológicas. Para él, se trata de un mecanismo de adaptación que se desregula cuando las funciones se llevan a extremos inadecuados, intensos o muy frecuentes y por lo tanto, se da una respuesta adaptativa al trauma extremo. Él opina también que en la práctica, la división de las diferentes formas de disociación no resulta tan clara como lo señala el manual diagnóstico DSM-IV, sino que cada una aparece simultáneamente o por etapas. Gracias a esto, Putnam concluye que la disociación ocurre a lo largo de un continuo, como se ha anotado antes, hasta llegar al final del proceso (la personalidad múltiple) donde las formas patológicas de la disociación se caracterizan por una importante perturbación de la memoria o una percepción disfórica del sentido del yo.

Disociación según Van der Kolk

En el artículo de Frewen y Lanius (2006) se analiza la propuesta de Van der Kolk y sus colaboradores (1996), sobre disociación. A continuación se incluyen las definiciones ofrecidas por ellos:

Disociación primaria:

Es definida por los autores como la “intrusión en la conciencia consciente de recuerdos traumáticos fragmentados, principalmente en forma sensorial más que verbal” (Van der Kolk). Esta implica revivir los recuerdos como si estuvieran ocurriendo en el momento mismo en que sucedieron.

Disociación secundaria:

Para ellos, se trata del abandono mental del cuerpo durante los momentos del trauma y la observación de lo que ocurre desde cierta distancia. También es llamada disociación peritraumática y se emplea para anestesiar el dolor.

Disociación terciaria:

Se refiere al desarrollo de diversos “estados del yo” que además, contiene una experiencia traumática o identidades complejas con patrones cognitivos, afectivos y conductuales distintivas.

Estos son centrales al perfil diagnóstico del TID.

Aunque actualmente se estudia con mayor profundidad, se sabe poco acerca de la neurobiología subyacente a la disociación terciaria (Frewen & Lanius, 2006).

[pagebreak: Evaluación de la disociación]

Evaluación de la disociación

A pesar de que los fenómenos disociativos son más frecuentes de lo que creemos, existe un subregistro de la presencia del TID. Dados los enormes traumas a los que son sometidos los niños y las niñas durante su infancia, los cuales resultan en una de las etiologías más importantes de esta enfermedad, podría pensarse que una gran cantidad de personas padece TID.

Empero, este ocultamiento no es casual. Se debe, entre otros asuntos, a que los diseños de las entrevistas psiquiátricas y psicológicas no tienen ítems para identificar fenómenos disociativos. Además, en América Latina la investigación del abuso sexual es materia reciente y por ende, la probabilidad de efectuar este diagnóstico es menor. Quisiera añadir también que en mi opinión, el abuso sexual y la violencia sufridos por las mujeres en nuestro continente vuelven tibio el interés hacia esta enfermedad. Se convierte en otro encubrimiento patriarcal, del cual la ciencia ha sido cómplice.

Según Cardeña y Weiner (2004) los métodos para evaluar el TID son fundamentalmente entrevistas y cuestionarios estructurados. Uno de ellos es el "Dissociative Disorder Interview" (DDIS) y se trata de una entrevista estructurada de 132 preguntas que proporciona información sobre trastornos de personalidad limítrofe, uso de sustancias, síntomas de esquizofrenia y abuso sexual. Ha sido también validada por Ross (1989) con buenos resultados.

Así, con base en esta misma estructura, Loewenstein (1991) diseñó una entrevista semiestructurada que indaga en las conductas características de los pacientes con TID, como amnesia, tiempo perdido y síntomas postraumáticos.

Cuestionarios

Los cuestionarios de rasgos o experiencias disociativas no permiten hacer el diagnóstico del TID, pero sí son muy importantes para determinar tendencias disociativas en la persona. Esta mirada preeliminar nos orienta para investigar más profundamente otros métodos diagnósticos.

El cuestionario más conocido es el DDS ("Dissociative Experience Scale"). La primera versión de Bernstein y Putnam (1986) y la segunda de Carlson y Putnam (1993) han demostrado una gran validez predictiva para el trastorno de identidad disociativa.

Otro instrumento con preguntas diagnósticas y mucha validez es el MID ("Multidimensional Inventory of Dissociation") construido por Dell (2002). Se trata de un extenso cuestionario para disociación, con una buena posibilidad predictiva para los trastornos de identidad severos. Ha sido traducido al español por la Dra. Anabel González, psiquiatra del hospital Juan Canalejo de la Coruña, España.

Finalmente, la escala de Ross (1989) además de ofrecer una guía para la entrevista clínica indaga sobre síntomas de disociación.

Crterios diagnósticos según el DSM- IV R para el TID

Los siguientes son algunos criterios fuertes para diagnosticar el TID:

Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo pero al mismo tiempo, dos o más de estas identidades o estados de personalidad controlando forma recurrente el comportamiento del individuo).

Incapacidad para recordar información personal importante y demasiado amplia para ser olvidada ordinariamente. En este caso, el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. e. comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) ni a una enfermedad médica (como las crisis parciales complejas).

En el caos de los niños, los síntomas no deben confundirse con juegos fantasiosos ni con los amigos de juego imaginarios.

La etiología

En el estudio etiológico del TID, las experiencias traumáticas ocurridas en diferentes etapas del desarrollo constituyen una etiología importante. Tanto es así que se ha considerado una respuesta psicobiológica a traumas repetitivos en la infancia (Putman, 1989).

En el capítulo de disociación se analizan exhaustivamente algunos de los marcos teóricos que explican las bases de los estados de personalidad alternas. Valga aclarar que en mi experiencia, he encontrado que el abuso sexual extremadamente sádico en el cual interviene la madre, es una etiología poderosa. También lo son el abuso físico (muy especialmente en situaciones de familias aisladas, sin apoyo ni relaciones), el abuso psicológico degradante, la negligencia extrema, ser testigo de una muerte violenta -en particular si la autora es la madre- y otros tipos de abusos que no son intrafamiliares.

Género

Una abrumadora mayoría de personas con TID son mujeres. Para Putnam (1989) la tasa está en 5:1. No obstante, en mi experiencia personal la tasa es de 18 mujeres por cada 2 hombres. El abuso sexual infantil tiene una gran incidencia en las mujeres, dentro de los hogares y las niñas, pues generalmente ellas, por razones de género, permanecen allí más que los varones. Están atrapadas y envueltas en terroríficas historias de violencia, especialmente sexual.

Edad

La edad promedio que he encontrado en mi casuística es de 28 años, la cual se acerca mucho a la reportada por otros autores (Kluft, 1984, Batres, 2008) quienes la ubicaron en 29,4 años.

Existe evidencia de que el TID se inicia en la niñez, pero aún faltan destrezas para diagnosticarlo y más bien, son “descubiertas” en la edad adulta por profesionales que trabajan con abuso sexual. Desafortunadamente, por lo general cuando se llega a ese momento estos pacientes han sufrido muchos años con diagnósticos equivocados y tienen gruesos expedientes en los hospitales psiquiátricos.

Perfil psiquiátrico

Aunque es una tarea difícil, hay algunos síntomas y signos que permiten generar lo que he

denominado un diagnóstico clandestino del TID. Para fundamentar lo que estoy diciendo le he solicitado a la Dra. Meriana Porras, residente de tercer año en psiquiatría del Hospital Nacional Psiquiátrico, una revisión de los diagnósticos de egreso del año 2008 y un reporte de la aparición del TID. Como ya he explicado, los psiquiatras en general no están entrenados para elaborar este dictamen y la entrevista típica de ingreso no detecta síntomas disociativos. Es una diagnosis en la que no se piensa, como antes tampoco se pensaba en el abuso sexual, en el amplio historial psiquiátrico que tienen los pacientes con TID.

Por tanto, Putnam (1989) sugiere prestar atención a un perfil psiquiátrico que yo también he encontrado (Batres, 2008):

- § Abuso de sustancias.
- § Alteraciones en la percepción de la imagen propia.
- § Alucinaciones auditivas.
- § Automutilación.
- § Comportamiento suicida.
- § Depresión.
- § Fobias.
- § Ilusiones (cuerpos separados).
- § Puerta giratoria, que se confunde con trastorno bipolar.
- § Recuerdos somáticos.
- § Síntomas disociativos y de ansiedad.

[pagebreak:Tratamiento del TID: un caso clínico]

Tratamiento del TID: un caso clínico

Confirmando el diagnóstico

El diagnóstico del TID requiere de tiempo y también de experiencia del terapeuta. Varios autores, entre ellos Putnam (1989) han encontrado que el tiempo promedio requerido es de seis meses, después de la consulta inicial. En mi experiencia intuirlo, considerarlo y por lo tanto empezar a investigarlo me ha tomado desde un mes hasta un año (Batres, 1997 y 2008).

En el caso que se referirá aquí, la sospecha de esta condición se dio en forma temprana, dado que la paciente pasaba por un período de crisis. Me llamaron la atención sus cambios conductuales y en el tono de voz, la forma de hablar, el empleo de diferente vocabulario, la apariencia, su estilo de vestirse, su aspecto cambiante y la expresión corporal, elementos que variaban de forma notoria de sesión a sesión. Lo que permanecía era un enorme bolso lleno de objetos misteriosos.

Diagnóstico:

Para sospechar y empezar a diagnosticar el TID hay que tener en cuenta que el paciente presente ciertos síntomas como los siguientes:

1. Cronología contradictoria.
2. Información sin detalles.
3. Omisiones.
4. Tiempo perdido (eventos importantes).
5. Despersonalización.
6. Desrealización.
7. Recuerdos de haber sido tachado de mentiroso durante la infancia.
8. Habilidades que aparecen sin previa historia.
9. Amnesia durante la entrevista.

Valga anotar que las personalidades alternas son una entidad con un sentido del ser establecido, un patrón de comportamiento y sentimientos característicos y consistentes, los cuales responden a estímulos dados. Además, poseen una gama de funciones, respuestas emocionales, un recuerdo significativo y funciones externas e internas (Kluft, 1984).

La personalidad huésped es la que tiene el control ejecutivo del cuerpo. La "paciente" se presenta como depresiva, ansiosa, anhedónica, rígida, frígida, compulsivamente buena, masoquista, abrumada con cefaleas y con negación de las alternas (Batres, 1997).

Por tanto, según la mayoría de los autores las fases del tratamiento de esta enfermedad son tres. Eso sí, hay que considerar cada una de ellas traslapadas entre sí, no rígidas. Un ejemplo de este tratamiento puede ser el que se propone a continuación, el cual tiene elementos tomados de Putnam (1989), Ross (1989), Batres (1997) y Van der Hart (2009).

I Fase:

1. Hacer el diagnóstico.
2. Educar en el abuso y el TID.
3. Proponerse metas.
4. Formar alianzas.
5. Iniciar el mapa de personalidades.

6. Iniciar la comunicación interna.

7. Firmar contratos.

II Fase:

Procesar el pánico de recordar.

Aumentar la comunicación interpersonal y hacer negociaciones.

3. Desmantelar barreras amnésicas.

4. Usar técnicas especializadas para lograr abreación, crecimiento y recuperación de la memoria.

5. Tomar conciencia de la unicidad del cuerpo.

III Fase:

1. Lograr negociaciones entre las alternas.

2. Crear tareas unificadas.

3. Eliminar las resistencias de la personalidad huésped.

4. Revisar el agravamiento de síntomas.

5. Preguntarse si debe haber integración o consenso.

Con respecto a las tareas de tratamiento, estas deben conducir a establecer la alianza terapéutica, donde se dé la aceptación del diagnóstico por la huésped y las alternas. Por ello, se requieren las siguientes etapas:

- Negación.

- Exacerbación de síntomas.

- Pánico.

- Engaños.

Por su parte, Ross (1989) plantea también el tratamiento en tres fases:

Fase I

Establecer la comunicación interna, romper barreras amnésicas y obtener la alianza terapéutica.

Fase II

Procesar traumas y preparar para la integración.

Fase III

Aprender nuevos mecanismos, ajustes, sentimientos y memorias integrados.

[[pagebreak:Las personalidades alterna](#)]

Descripción de la fase 1:

1. Las personalidades alternas:

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 sinnúmero 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.

Las funciones están relacionadas con el mundo exterior y con el mundo psicológico (que son importantes) y consisten en guardar el secreto o controlar lo que está permitido.

1.1 **Las personalidades perseguidoras** por su parte, se encuentran en la mayoría de los casos y dirigen sus actos de hostilidad hacia la personalidad huésped (o terapeuta); en la mayoría de los casos suelen convertirse en aliados de la terapia y son niñas (os) o adolescentes que se desarrollan a partir de una introspectiva masoquista de afecto hostil de abusos y resentimientos (Chu, 1990).

2. Formas de persecución interna:

Voces críticas y acusatorias.

Daño directo al cuerpo.

Mensajes aterradores.

Engaños al terapeuta.

Intento suicida.

Que se guarde el silencio (crean caos).

Permitir abusos (acostarse con extraños).

Impedir la asistencia a terapia.

Membrana traumática.

3. Técnicas:

En mi experiencia utilicé un par de técnicas sugeridas por Putnam (1989), Kluft (1984), Batres (2008), Coons (1985) y Steele, (2009).

3.1. Escritura de diarios (escritura automática):

La primera tarea que solicité fue la escritura de un diario con algunas actividades cotidianas. En un principio la paciente fue muy renuente a realizarlo pero al final, lo hizo.

Kluft (1984) ha reportado este ejercicio como una herramienta importante. Usualmente las alternas suelen escribir en estos diarios con asombrosos cambios de letra, ortografía y contenido (Batres, 2008). Este también es un instrumento que utilicé en mi propuesta de tratamiento del abuso sexual como mucho éxito, debido a que, entre otras razones, organiza el proceso y focaliza el tratamiento en las secuelas del abuso (Batres, 1997).

3.2. Una entrevista larga:

Ante la sospecha decidí también practicar una entrevista larga, cargada con un poco de estrés. Autores como Putnam (1989) y Kluft (1984) la recomiendan, ya que en un momento como estos le resulta muy difícil a una persona múltiple no cambiar sus actitudes y conductas. Además, mantener en la memoria toda la entrevista o las preguntas es difícil para ellos. De hecho es usual que soliciten una repetición de la pregunta.

4. Intentando conocer las personalidades alternas:

Después de recibir los escritos con las diferentes letras, contenidos y vocablos, me sobrecogió un sentimiento de temor, asombro y frustración. Me creía a la puerta de grandes conocimientos y temía no tener las respuestas ni las herramientas adecuadas profesionalmente.

También me sentía en medio de un fraude o de una especie de locura personal. La lectura y revisión de los autores más reconocidos en este tema me ayudó muchísimo para guiar este trabajo autodidacta.

La personalidad huésped, empezó a asistir sola a terapia. Usualmente se presentaba como una mujer deprimida, abrumada, llena de preguntas sobre la utilidad de su vida, que contestaba con evasiones a mis preguntas pero muy activa con las tareas que se le asignaban.

Como la entrevista arrojó historias de abuso sexual y maltrato físico y psicológico infantil, se decidió iniciar la metodología sugerida en el *Manual de tratamiento para sobreviviente de abuso sexual*, de mi autoría (Batres, 1997).

En esas tareas (que eran escritas) seguían apareciendo las diferencias antes anotadas y se lograba cohesión al tratamiento. Y ahora sé que fue un período importante para que algunas alternas se conocieran y confiaran un poco en mí.

5. Consideraciones teórico prácticas sobre la confirmación del diagnóstico:

El diagnóstico de personalidad múltiple debe esperar hasta determinar que las alternas sean personalidades separadas, aisladas y resistentes, en lugar de fenómenos transitorios de estados del ego (Putnam, 1989, Kluft, 2005).

Por tanto, se deberá evaluar si las alternas tienen actividad fuera del consultorio y cuál papel han jugado en la vida cotidiana. También debe revisarse su consistencia a lo largo del tiempo.

Como ejemplo, cito a una paciente con este diagnóstico que deja de venir a terapia por 10 años. En este caso su información, alternas, nombres y funciones permanecieron sin ningún durante este tiempo pero la confirmación toma su tiempo y se pasa por períodos de aceptación y rechazo del diagnóstico.

6. Conectar a las alternas:

En este caso clínico, las alternas fueron apareciendo por sí solas y contando sus historias parcialmente en los cuadernos, por medio de mensajes y dibujos. También había sesiones en donde no se identificaban con su nombre. Al principio esto era un obstáculo para reconocerlas y responder a sus necesidades o distorsiones, así que yo olvidaba con frecuencia partes de la historia de cada una, lo que le causaba un gran enojo.

Aunque la literatura reporta que no debe reaccionarse diferente ante ellas, esto es literalmente imposible; con la información reportada yo fui construyendo sus características y cómo percibían el

lugar en el cual “habitaban”. En sus propias palabras transcribo una descripción:

“Vivimos en un gran bosque. Es un bosque grande, lleno de neblina, muy frío. Entrar y salir del bosque produce mucho dolor de brazos. En este bosque, como en todos, hay árboles. Cada uno de nosotros tiene un árbol preferido, es como nuestra casa pero no es verdadera. Tere vive en el árbol de la derecha, junto al mío, que está en el centro. El árbol de Ale está a mi izquierda: eso es buena idea pues así puedo ver a las dos todo el tiempo. Tere tiene en su árbol muchas fotografías y videos. Nadie las puede tocar, solo están en su mente. Me ha mostrado algunas y me gustan”.

Las metáforas son frecuentemente utilizadas por los pacientes para comunicarse y gracias a ellas el terapeuta tiene más oportunidad de permanecer dentro del proceso disociativo con el paciente (Way, 2006).

7. Compartiendo el diagnóstico:

La personalidad huésped con frecuencia desconoce su condición de multiplicidad, pero sí ha tenido muchas sensaciones que le confunden. En el caso que nos ocupa había un diagnóstico previo, el cual había fue rechazado, pues la paciente sí sospechaba que algo parecido le ocurría. Empero, afirmaba sentirse “como loca” y se había negado a leer algunas señales escritas que encontraba (mensajes, por ejemplo, especialmente en el diario, o dibujos como de niñas).

Gracias a esto aceptó cooperar y asimilar el diagnóstico a medias.

Es importante hacer notar que esta resistencia es comprensible y en el caso de nuestra paciente, la mantuvo durante los primeros años de tratamiento.

[pagebreak:Recuperación del material traumático]

8. Recuperación del material traumático:

Una estrategia terapéutica que introduzco tempranamente para iniciar la conversación con todas las personalidades es la conocida como “hablar en plural”. Desde allí doy por sentada mi aceptación y respeto por la existencia de un sistema de estados de personalidad, lo cual resulta fundamental en el TID.

También hablo con cada una de las personalidades directamente. Kluft (2006, p. 284) denomina a esta táctica como dialogar con los estados del **Yo** que tienen límites relativamente impermeables. Ahora bien, recuérdese que esta forma de proceder incluye cuatro características:

- a) Poseen sus propias identidades, incluyendo un sentido del **Yo**.
- b) Tienen una autorepresentación característica, perfectamente diferente en su modo de percibir a la paciente - huésped.
- c) Separan su propio sentido de memoria autobiográfica de los sentimientos y pensamientos discordantes de las demás personalidades y de la paciente.
- d) Hay un sentido de posesión de sus propias experiencias, acciones, pensamientos, por lo que suelen carecer de un sentido de responsabilidad sobre lo que las otras hacen.

Hay que anotar que esta última característica entorpece el trabajo cooperativo, la situación de las conductas autodestructivas y las acciones ilícitas (Batres, 2008).

La conciencia de la existencia de estas cuatro particularidades, puede ser parcial. Algunas se conocen o se visualizan pero no hablan entre sí o no tienen conciencia de la presencia de otras (os). Esto muchas veces depende de la posición que ocupan en la composición arbórea o del tiempo en que surgieron.

Aunque Kluft (2006) sugiere la existencia de sistemas casi infinitos, en mi práctica clínica las personalidades van de ocho a 24. Como lo he planteado en varios apartados de este artículo, no se debe perder el concepto de que estamos trabajando con una sola persona.

Secretos

El tema de los secretos invade todo el trabajo terapéutico pues existen en muchos niveles. Las alternas esconden secretos a la huésped, a la terapeuta y entre ellas, lo cual hace más difícil la recuperación del material. Debemos recordar que los secretos se inician con el abuso y muchas múltiples llevan vidas dobles o triples.

Recuerdos y fragmentos

El recuerdo de una experiencia traumática puede estar contenido dentro de una única alterna o repartido entre varias. Una puede tener el contenido y otra los sentimientos. Este es un rompecabezas multidimensional que debemos armar pieza por pieza con el paciente, quien dará claves pero tampoco conoce la respuesta, más bien, sufre poderosos procesos psicológicos que tratan de suprimir, distorsionar o impedir el recuerdo de los traumas.

Por eso hay que dedicar tiempo y tener paciencia. Se recomienda trabajar alterna por alterna y nivel por nivel, para así lograr un cuadro cronológico de los traumas que precipitaron y perpetuaron la fragmentación. Además, la recuperación de los recuerdos debe tener un inicio, una parte media y un final y hay que recordar que esto no será lineal, pues existe confusión entre el pasado y el presente. Las alternas creen que se encuentran en lugares y tiempos diferentes al actual.

Este es un espacio donde surge mucho material, con detalles y emociones contradictorios, pero reales para el paciente. La solución de las contradicciones es parte del trabajo terapéutico.

Cuando el material surge verbalmente generalmente deja efectos secundarios, que deben procesarse y cerrarse. Para ello, se debe ayudar al paciente a organizar su material, ya sea por medio de historia de vida, friso cronológico de vida, vídeos y la lectura de sus libros de trabajo. Conocer los detalles de todos los traumas tal vez no sea posible, pero se deben procesar todos aquellos de los que tengamos conocimiento (Putnam, 1986, Ross, 1989, Kluft, 2006 y Lowenstein, 1991).

9. Promover la comunicación interna:

Esta fue una de las primeras técnicas que utilicé después de haber elaborado el diagnóstico. Consiste en relatar lo que alguna de las alternas compartían conmigo a "todas", hablando en plural, lo que realmente me parecía bastante loco.

Más le parecía a la personalidad huésped cuando le indicaba que hablara "hacia adentro y en voz alta", a lo que con frecuencia de resistía.

Luego introduje la técnica llamada de la "Pizarra de avisos". Pedía que en algún lugar seguro las

alternas dejaran avisos o comunicaciones, que las firmaran, dirigieran a alguien y pusieran la fecha; la huésped odiaba encontrar estos mensajes y con frecuencia los destruía.

10. Hacer contratos:

Otra estrategia terapéutica para proteger es el establecimiento de límites, los cuales son útiles para negociar:

- a) la seguridad del cuerpo del paciente,
- b) la seguridad del terapeuta,
- c) la privacidad del terapeuta,
- d) la seguridad de la propiedad del terapeuta,
- e) la seguridad de la propiedad de otras personas.

La he utilizado con relativo éxito, por períodos cortos, para evitar automutilaciones y poner límites de llamadas. Sin embargo, hay que ser riguroso en los detalles y a veces he fallado en esto o he olvidado las fechas de vencimiento.

La investigación ha demostrado que la automutilación es una reacción común al aislamiento, al miedo o al sufrimiento. En mi experiencia, todas mis pacientes con TID presentan algún grado de autolesiones, como cortarse los brazos o las piernas (Batres, 1997, Van der Kolk, 1996).

La disociación acompaña también a la automutilación: la sensación de estar desconectada de otras personas produce una extrema disforia y puede ser una motivación para cortarse y sentir que se está vivo. Estas automutilaciones, intentos de suicidio y otras conductas destructivas tienen factores de autorregulación (Van der Kolk, 1996).

En ocasiones ha sido clara de que todas han leído el contrato y entonces, les invito para que salgan una por una; pero en otras oportunidades, aunque una personalidad lo firme, no he logrado descubrir si fue aceptado por todas.

Estos contratos pueden hacerse con todo el sistema, o con algunas personalidades, por ejemplo, cuando se necesita proteger al sistema en un momento de crisis o cuando se requiera que se realice una función específica.

En esta primera etapa, cuando los vínculos son frágiles y no se conocen todas las personalidades, los contratos resultan una herramienta protectora e introducen el concepto de respeto. Sin duda, es mucho trabajo pero es recomendable emplear la técnica porque proporciona seguridad y límites.

Descripción de la fase 2:

Hablándoles a todas

Tengo la costumbre de hablar en plural en todas las sesiones, con la finalidad de que todas escuchen y que la personalidad huésped, cuando esté, vaya conociendo su propia historia y

empiece a aceptar la multiplicidad.

En el caso que nos ocupa, el uso de los diarios me fue muy prolífico con esta paciente, pues me proporcionó mucho conocimiento de las alternas, la huésped y los estados de ánimo. Llevar diarios tiene mucho valor, especialmente porque el paciente por primera vez aprende otros aspectos de su Yo. Las resistencias a escribirlos hay que respetarlas porque son miedos bien fundados, derivados del trauma en la infancia en el que la privacidad y el respeto no existían (Turkus y Kahler, 2006).
Conociendo a las alternas: funciones, comportamientos e ideas

Se utilizó una gran cantidad de técnicas como hipnosis, dibujos, análisis de mensajes de texto o de correo electrónico y muchas horas de terapia para procesar la agobiante información. Las reacciones transferenciales y contratransferenciales fueron intensas, especialmente en este período.

Se iniciaron las grabaciones y se introdujo una co-terapeuta en el trabajo. Ya aceptado el diagnóstico por parte de la huésped (a medias) las alternas se volvieron hipergráficas y nos sepultaron de información, la cual se trasladó poco a poco a la personalidad huésped, quien, por cierto, sufría entonces de una severa crisis por la muerte de su mejor amiga y necesitaba muchas horas de apoyo.

En ese tiempo, observamos regresiones importantes y una especie de vacío con mayor barrera amnésica entre las alternas, con el consecuente desorden conductual, cortadas, intentos suicidas, crisis familiares, etc.

Suele ocurrir que en este período, una personalidad perseguidora toma el control interno y dirige su hostilidad y comportamiento adolescente hacia la huésped y hacia las personas importantes de su entorno. De esta forma, aumentan las voces internas, las críticas condenatorias y el sarcasmo apoyando el suicidio.

Es importante resaltar que aunque la terapia se encuentra ya en la fase II, tanto las alternas como la huésped no aceptan que el cuerpo es compartido. La perseguidora interna interfiere con la vida social de la paciente y causa rupturas, deudas, abuso y amenazas contra las terapeutas.

En este momento se vuelve obligatorio un enorme trabajo de protección contratransferencial, para comprender que esa perseguidora es la internalización del ofensor y tiene la idea de que esa es una forma de cuidar el sistema. Es una adolescente y es la portadora de la fuerza huésped. Por eso en esta etapa se obliga a reflexionar sobre los papeles o funciones de cada personalidad y su acción protectora, aunque a veces paradójica del sistema.

[pagebreak:Descripción de la fase 3]

Descripción de la fase 3:

En esta parte del proceso, la alianza con las personalidades y los procesos de reconexión son objetivos importantes.

1. Alianzas con las personalidades:

Después de reconocer que todas las alternas son importantes para la viabilidad del sistema, se torna necesario incrementar la comunicación entre ellas. Esto se logra disminuyendo el conflicto interno y haciendo un análisis conjunto de las resistencias, fugas a la salud, etc.

Este es el período final y la integración es el centro. La hipnosis viene a ser un arma poderosa, pues como la huésped todavía está amnésica de algunas situaciones presentes y pasadas, se requiere iniciar un proceso de comunicación denominado “co-consciencia”, una condición previa a la integración. Es un estado de conocimiento en la cual las alternas y la huésped pueden escucharse.

Así se logra el crecimiento de las alternas o un adelanto de edad, para permitir que por ejemplo, las alternas puedan avanzar hasta una edad de mayor comprensión del material discutido en la terapia (Putnam, 1989). Como es reconocido, las personas con TID ingresan fácilmente a estados de hipnosis, por lo que esta técnica se utiliza con frecuencia, además que es solicitada por la paciente para acelerar el proceso. Otras técnicas son “Pantalla”, “Amnesia Permisiva” y “Sustitución de síntomas”.

2. La integración de las personalidades:

Aunque las personalidades surgen como estrategia heroica para salvaguardar la existencia psíquica y física de niños abusados, llevarlos a la edad adulta se tornan más en un problema que en una ventaja.

Las primeras personalidades se desarrollan mientras los niños abusados se deben enfrentar a situaciones abrumadoras y destructivas y realizan esfuerzos para su sobrevivencia.

Según varios autores (Kluft, 2006, Putnam, 1989 y Ross, 1989) la integración debe ser la meta de este trabajo, y aunque está presente durante todo el proceso, se promueve directamente desde la segunda fase (Batres, 2008). La palabra *integración* se ha utilizado indistintamente como fusión y resolución de la literatura. Para Kluft (2005) es un proceso continuo y termina cuando las personalidades han deshecho la separación entre ellas.

En mi experiencia, esta fusión no siempre es liderada explícitamente por el terapeuta; de pronto una se da cuenta de que la huésped se parece cada vez más a otra personalidad. También sucede lo opuesto: las alternas que se sienten personas reales no desean “desaparecer” y es así como ellas lo plantean. Más bien me han solicitado más tiempo “fuera” de la comunicación entre ellas y con la huésped. La técnica que he utilizado para la co-consciencia fue explicada en este trabajo. En otras ocasiones, personalidades con funciones ya asumidas por otras alternas se vuelven débiles y desaparecen.

Aun no he llegado al punto final del proceso terapéutico con estas pacientes y en estos momentos, la fusión como se describe en la literatura no se ha realizado, aunque es visible un mejor funcionamiento del sistema. Actualmente, una de las pacientes salió por primera vez de viaje al extranjero y otra termina un doctorado.

Todavía hay escepticismo y muchas preguntas por parte de las pacientes sobre la fase final, pero ellas mismas perciben y aprecian su mejoría. Para mí ha sido un camino largo, pero mucho más para ellas, quienes viven atrapadas en el terror del pasado.

3. Uso de medicamentos:

Aunque no existen estudios convincentes sobre el uso de medicamentos, en este caso ha sido necesario utilizarlos con frecuencia, para lograr la disminución de síntomas ansiosos y depresivos, pero también para realizar intentos (gestos) suicidas.

Según Loewenstein (2006) actualmente conocemos mucho más del funcionamiento del cerebro. Las teorías neurobiológicas amplían y fortalecen las explicaciones de las manifestaciones clínicas. Por ello, él afirma que en la disociación existen diversas alteraciones en los sistemas neuroquímicos, descritas en las víctimas de trauma agudo y T.E.P.T.

A pesar de estos hallazgos, aún no se cuenta con estudios para otros síntomas, como el desarrollo de identidades alternas o los cambios de una u otra. De tal manera que la psicofarmacología para pacientes con TID debe entenderse como parte de un tratamiento global y, por el momento, un coadyuvante (Loewenstein, 2006).

De igual forma, sigue siendo poco estudiado cómo una paciente presenta personalidades con algunos síntomas, mientras que otras no los reportan.

En mi experiencia trato los síntomas más predominantes y destacados, por ejemplo, las depresiones. Los resultados no son espectaculares, pero han atenuado síntomas depresivos y ansiosos en épocas de crisis.

Las benzodiacepinas por su parte pueden ser de gran ayuda en períodos de gran ansiedad. Sin embargo, las dosis terapéuticas suelen ser altas, probablemente por la permanente hiperactivación post traumática. Como suele existir alguna personalidad adictiva, hay que tener cuidado con la administración (Batres, 2008).

En algunos estudios la disociación se correlaciona con la pérdida de volumen en regiones cerebrales claves. Los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, juegan papeles importantes en la generación de síntomas intrusivos (Loewenstein, 2006).

El insomnio o la necesidad de mantenerse despiertas por la noche son frecuentes, por los miedos derivados de las agresiones infantiles nocturnas y también por malas respuestas a los fármacos.

Un amplio rango de respuestas psicofisiológicas al estrés subyace en las experiencias disociativas. La resonancia magnética de estos pacientes ha mostrado patrones de redes de neuomas diferentes a otros pacientes (Loewenstein, 2006).

Hospitalizaciones

No se han realizado dado que no existen posibilidades actuales en Costa Rica de un trabajo conjunto y profesional entre instituciones y terapeutas, por falta de entrenamiento en el tema. Las crisis se han manejado con medicamentos y con el aumento en la frecuencia de las sesiones, el apoyo telefónico y el apoyo de la familia (Gil, 1990).

Pronóstico

Para finalizar, un pronóstico desfavorable se presenta en los tratamientos previos que han sido largos después del diagnóstico del trastorno de identidad disociativo; hay una actitud violenta en forma prolongada y un alto grado de confabulación y una persistencia de luchas de control para dominar la terapia, lo que desencadena mucha inversión de energía en separar a las alternas y por tanto, la preocupación por descubrir, una y otra vez, el material traumático en lugar de iniciar la resolución.

Se cataloga como reservado, pues existe mucha comorbilidad y síntomas Scneiderianos.

LISTA DE REFERENCIAS

- Batres, G. (1997). *Del ultraje a la esperanza*. San José, Costa Rica: ILANUD.
- Batres, G. (1997). *Manual de tratamiento para sobreviviente de abuso sexual*. San José, Costa Rica: ILANUD.
- Batres, G. (2000). *Tratamiento grupal para sobrevivientes de incesto*. San José, Costa Rica: ILANUD.
- Batres, G. (2008, noviembre). Trastorno Disociativo de Identidad. Historia, diagnóstico y tratamiento. Seminario: Tratamiento de víctimas de violencia doméstica y trastorno de identidad disociativo. San José, Costa Rica.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986): Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Cardeña, E. & Weiner, L. (2004). La evaluación de la disociación. *Revista de Psicotrauma*, 1, pp. 4-19.
- Carlson, E., Putnam, F. W., Ross, C.A., Torem, M., Coons, P., Dill, D.L., et al. (1993). Validity of the dissociative experiences scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*. 150, pp. 1030-1036.
- Chu J. A. (1990). Trauma, dissociation, and multiple personality. *Comprehensive Therapy*. 16, pp. 35-40.
- Dell, P. F. (1998). Not reasonable skepticism, but extreme skepticism: A reply. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 537-538.
- Dell, P. F. (2002, noviembre). The Multidimensional inventory of Dissociation (MID): Research Findings. Trabajo presentado en la 19th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Baltimore, MD, EE.UU.
- Dell, P. F. (2006). [Chefetz, R. A. (editor)]. Nuevo modelo de trastorno de identidad disociativo. Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*, pp. 1-26.
- Frewen P. A., Lanius R.A. & Chefetz, R. A. (2006). Editor Neurobiología de la disociación: unidad y desunión de mente-cuerpo-cerebro. Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica*, 29, 1, pp. 113-128.
- Gil, E. (1990). *United we stand: A book for people with multiple personalities*. Walnut Creek, CA, EE.UU.: Launch Press.
- González, A. (2004). *Diagnóstico de los trastornos disociativos*. Interpsiquis.
- Hales, R, Yudofsky, S, Talbott, J. (2000) *DSM-IV Tratado de psiquiatría*. Barcelona: The American Psychiatric Press, Masson.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Book.
- Hilgard, E.R. (1980) *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action*. New York: John Wiley & Sons.
- Kluft, R. P. (1984). An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 14, pp. 19-24.
- Kluft, R. P. (2003). Current Issues in Dissociative Identify Disorder. *Journal Bridgin Eastern and Western Psychiatry*. 1, pp. 71-87.
- Kluft, R. P. (2005). *Clinical approaches to the integration of personalities. Clinical perspectives on multiple personality disorder*. [Kluft, R. P. & Fine, C. G. (editors)]. Washington: American Psychiatric Press Inc.

Kluft, R. P. (2006). [Chefetz, R. A. (editor)]. Tratar con los otros: Una perspectiva clínica pragmática. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. Trastornos Disociativos: Una ventana abierta a la psicobiología de la mente*. 29, 1, pp. 281-303.

Loewenstein, R. J. (1991). Rational psychopharmacology in the treatment of multiple personality disorder. *Psychiatry Clin North Am*. 14, pp. 721-40

Loewenstein, R. J. (2006). [Chefetz, R. A. (editor)]. *TID 101: Guía clínica práctica para la fase de estabilización del tratamiento del trastorno de identidad disociativo*. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. Trastornos Disociativos: Una ventana abierta a la psicobiología de la mente*. 29, 1, pp. 305-332.

Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.

Ross, C. A. (1989) *Multiple Personality Disorder: diagnosis, clinical features and treatment*. New York: Wiley.

Steele, K., Van der Hart, O. & Nijenhuis E. (2005). Tratamiento secuenciado en fase de la disociación estructural en la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma. *Diario de Trauma y Disociación*, 6, pp. 357-394.

Steele, K. y Van der Hart, O. (2009). [C. A. & Ford, J. D (editores)]. *Treating Dissociation. Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide*. Courtois, New York. Guilford Press.

Turkus, J. A., Kahler, J. A. [Chefetz, R. A. (editor)]. (2006). Intervenciones terapéuticas en el tratamiento de los trastornos disociativos. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. Trastornos Disociativos: Una ventana abierta a la psicobiología de la mente*. 29, 1, pp. 245-262.

Van der Kolk, B. A. Van der Hart O., Marmar C. R. (Van der Kolk B. A., Mc Farlane A. C., Weisaeth L., editores). (1996). *Dissociation and information processing in post traumatic stress disorder. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.

Way, K. [Chefetz, R. A. (editor)]. (2006). Cómo las metáforas determinan el concepto y el tratamiento de la disociación. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. Trastornos Disociativos: Una ventana abierta a la psicobiología de la mente*. 29, pp. 27-43.