

Apego, trauma y disociación: la génesis de la personalidad disociada

Ricardo E. Cortese

*Médico especialista en Psiquiatría
Psiquiatra de Guardia, Hospital "Dr. Braulio A. Moyano"
E-mail: ezequielcortese@hotmail.com*

Trastorno de identidad disociativo

La definición del trastorno de identidad disociativo (TID), de acuerdo al DSM-5 (2), se estructura a partir de tres rasgos fundamentales. Por un lado, la presencia de 2 ó más identidades o estados de personalidad, cada uno con un patrón de rasgos de ser y actuar en el mundo, diferenciales. También, al menos dos de estas identidades deben controlar en forma recurrente el comportamiento del individuo. Y por último, el estado de amnesia disociativa, en donde el compromiso a veces excluyente, se circunscribe al sistema de memoria episódico auto

biográfico y al proceso de evocación, aunque también las fallas se extienden a la fase de consolidación de la información episódica, cuando la misma se genera en contextos traumáticos.

El estado de confusión sobre la propia identidad, caracteriza este cuadro, en tanto paulatinamente el paciente comienza a experimentar la pérdida de la unidad de su propia persona, al entrar en conocimiento de sus otras identidades. Así la identidad principal o anfitriona, puede anoticiarse de sus identidades huéspe-

Resumen

En el presente trabajo se ahondará sobre el trastorno de identidad disociativo y en la principal teoría explicativa actual abocada a dilucidar su génesis. Esta última implica la imbricación de las nociones de trauma, disociación y apego, apoyándose en las tradiciones psicoanalíticas y cognitivo-conductuales, generando una perspectiva integrada que transfigura la manera en cómo fue abordado clínicamente y terapéuticamente este trastorno. Bajo la óptica de esta última, éste aparece inserto en el marco de los trastornos disociativos de la personalidad, emparentándose con la organización borderline, y a su vez se relaciona con aquellos trastornos disociativos adquiridos en la adultez, en los que se incluye el trastorno de estrés postraumático y algunos desórdenes de somatización y conversivos, lo que hace suponer la existencia de un espectro ampliado de trastornos disociativos.

Palabras clave: Trastorno de identidad disociativo - Trauma - Disociación - Apego.

ATTACHMENT, TRAUMA AND DISSOCIATION: THE GENESIS OF THE DISSOCIATED PERSONALITY

Abstract

In the present work we will deepen on the dissociative identity disorder (DID) and in the main current explanatory theory doomed to elucidate its genesis. The latter implies the interweaving of the notions of trauma, dissociation and attachment, relying on the psychoanalytic traditions and cognitive behavioral, generating an integrated perspective that transfigures the way how it was dealt with clinically and therapeutically this disorder. Under the perspective of the latter, the DID appears insert in the framework of the dissociative disorders of the personality, the same as the borderline organization, and in turn related to those dissociative disorders acquired in adulthood, which includes the post-traumatic stress disorder and some somatization disorders and conversion, which suggests the existence of an extended spectrum of dissociative disorders.

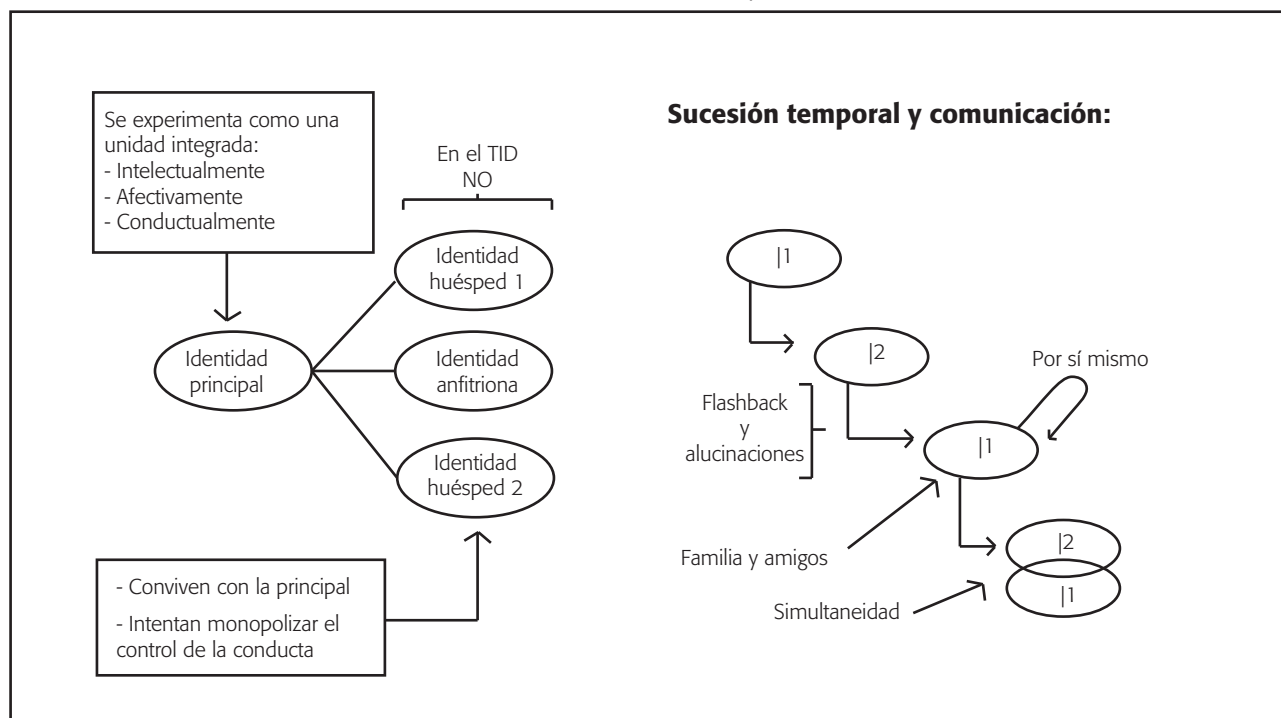
Key words: Dissociative identity disorder - Trauma - Dissociation - Attachment.

des que se suceden en el control del comportamiento, a través de *flashbacks* y alucinaciones. Otra opción es por intermedio de familiares y de allegados, quienes le comentan acerca de sus cambios de personalidad. Además, por sí mismo puede acceder a la información reveladora de sus otras identidades, por ejemplo, al hallar entre sus pertenencias objetos, vestimenta u otros elementos que no concuerdan con sus recuerdos (1, 2, 3).

Por último, la prueba irrefutable de la desagregación de la personalidad en una multiplicidad se da cuando cohabitan varias identidades, las cuales se presentan en simultaneidad, entrando en disputas y conflictos explícitos (ver Cuadro 1).

Cada identidad se vivencia como una historia personal, con una imagen, recuerdos e incluso un nombre distinto (1, 2, 3).

Cuadro 1. Trastorno de identidad disociativo: definición, sucesión y comunicación entre las diferentes entidades.



La personalidad primaria suele ser dependiente, depresiva y pasiva, mientras que las otras adoptan otros rasgos, a menudo, contradictorios y extremos. Es tal la disparidad que pueden evidenciar, que pueden ostentar edades, sexo, vocabulario, intereses y estados de ánimo opuestos. Asimismo, sus gustos, propensiones y valores, son distinguibles, pudiendo hasta experimentar una imagen corporal distinta (1, 2, 3).

Algunas identidades padecen de trastornos conversivos y ostentan una alta capacidad para tolerar el dolor. Otras, pueden reunir criterios diagnósticos de desordenes psiquiátricos, como trastornos de estrés postraumático (TEPT), del estado del ánimo, de la conducta alimentaria, de abuso de sustancias, etc. (1, 2, 3). También, algunas pueden adoptar un modo de funcionamiento psicótico, cuya expresión puede determinar que el paciente sea catalogado de padecer trastornos psicóticos transitorios.

Estas identidades parecen existir en una tercera realidad, paralela a la realidad compartida y a la intrapsíquica en la cual se experimenta un sentido de identidad unitario. Esta tercera realidad es vívida, es decir vista, oída, degustada, olida y sentida, con el agregado de un des-

ajuste distintivo de las reglas lógicas con las que se arma la vivencia, denominado trance lógico (5). En este último, los contenidos del pensar conviven a pesar de ser contradictorios y excluyentes, debido a que se encuentran en compartimentos impermeables entre sí. Como consecuencia de la ausencia de crítica lógica, se genera este tercer escenario de matiz fantástico.

Insoslayable es la existencia de manifestaciones propias de los cuadros relacionados con el trauma, siendo frecuente la historia de abuso sexual o físico en la infancia, hallándose en el 90% de los casos (3, 6). Asimismo, es constante el hallazgo de fenómenos propios de los cuadros relacionados a estrés postraumático, como *flashbacks*, sueños traumáticos, así como también el embotamiento emocional, conductas evitativas, inestabilidad anímica, conducta impulsiva, automutilación e intenciones suicidas, entre otros rasgos del tipo *borderline* que pueden coagular en un trastorno comórbido de estas características (3, 6).

Por último, cabe resaltar una plétora de manifestaciones disociativas y psicóticas que acompañan a menudo

a esta condición, como el fenómeno de despersonalización, desrealización, fugas disociativas, trance lógico y pararespuestas¹, fenómeno de embelesamiento, *flash-back*, intrusiones de pensamientos y de imaginación vívida que adquieren por momentos el carácter de alucinaciones polisensoriales, fenómenos psicóticos de primer orden de Schneider, síntomas conversivos y pseudocrisis, fluctuaciones desconcertantes en habilidades, hábitos y conocimientos², agregándose episodios de trance disociativo con estrechamiento del estado de conciencia y desorganización del pensamiento y la conducta transitorios, entre otros (3).

El Cuadro 2 muestra otros fenómenos que conforman la constelación clínica que caracteriza a este trastorno (4).

Cabe agregar que las identidades con sus repertorios de rasgos característicos no son azarosas, cristalizándose cada una a partir de un afecto o recuerdos prevalentes, funciones y hasta deseos e ideales del paciente. Así existen identidades que interactúan con el medio exterior y se adaptan a las actividades que exige la cotidianidad de la vida, las cuales se encuentran en oposición con otras, que menos frecuentemente lo hacen debido a que se encuentran gobernadas por memorias o afectos que imposibilitan la adaptación a dicho medio. Es frecuen-

Cuadro 2. Manifestaciones clínicas de índole hipnótico, disociativa y postraumática, habituales en el TID.

Fenómenos de auto-hipnosis	Fenómenos disociativos	Fenómenos postraumáticos
Estados de trance espontáneos ***	Alucinaciones	Experimentación recurrente de vivencias dolorosas, tipo <i>flashbacks</i>
Analgesia	Amnesias y paramnesias	Estado hiperalerta
Anestesia, espontánea y voluntaria	Despersonalización y desrealización	Evitación, y síntomas de entumecimiento
Regresiones de edad espontáneas	Síntomas conversivos y pseudocrisis	Depresión, anhedonia, disforia
Alucinaciones negativas****	Desorganización del pensamiento y lenguaje transitorio	Inestabilidad anímica y rápidos cambios anímicos
Trance lógico*	Micro-episodios disociativos	Culpa en general, y también culpa del sobreviviente
Embelesamiento o fenómeno de quedar cautivo****	Flashbacks, no limitados a experiencias traumáticas	Sentimiento de abandono y desesperanza
Fenómeno del observador oculto**	Alteraciones disociativas de la personalidad	Pensamientos e intentos autolesivos

- Cabe agregar que las anteriores se superponen y solapan como para considerarlas secundarias a un mecanismo patogénico común. *: el trance lógico se define como una tolerancia inusitada a las inconsistencias lógicas del pensamiento; **: en el fenómeno del observador oculto se le dice al hipnotizado que no recuerde un determinado estímulo, a no ser que se le dé una clave, que tampoco va a recordar. Luego de la hipnosis se constata la amnesia, pero cuando se le muestra la clave, el individuo recuerda al estímulo sin saber cómo; ***: en el trance espontáneo el individuo se desconecta del mundo y se sumerge en otro registro, espontáneamente; ****: en el embelesamiento o cautiverio, el paciente está absorto en una actividad, como puede ser la lectura, sin registrar nada por fuera de la misma; *****: en la alucinación negativa, se trata de la ausencia de percepción de un objeto real y presente.

te observar cómo algunas identidades reflejan lo que la persona quisiera ser, mientras que otras representan la exigencia de lo que deberían ser. Algunas son hostiles e irritables, alcanzando caracteres sádicos, mientras que otras son temerosas, pasivas y masoquistas, manteniendo relaciones intrapsíquicas de dominio y sumisión, con exteriorizaciones episódicas interpersonales.

Algunos autores entrevistaron ciertos patrones que les permitieron colegir la existencia de una dinámica intrapsíquica de estas partes disociadas de la personalidad. De esta manera, Karpman postuló un tridente rela-

cional que se descubre con regularidad entre las diferentes identidades, denominado "triángulo del drama" (5, 7). En éste las identidades adoptan las posiciones y roles de víctimas sufrientes, perpetradores abusivos, y la figura del protector-rescatista. Habitualmente la parte víctima es infantil, con una edad similar en la cual el paciente padeció algún tipo de abuso. La porción hostil y victimaria, es más bien adulta, manteniendo una relación sádica y dominante con la primera. Por último la personalidad rescatista refleja la actitud positiva de alguna figura real de la infancia del paciente que cumplió el rol de cuida-

¹ Disociación cognitiva en la cual se sostienen contradicciones lógicas del tipo observado en el síndrome de Ganser.

² Por ejemplo, cambios en las preferencias de las comidas, en el gusto por las ropas, o la música, mejoramiento en la performance de destrezas motoras, manejo de lenguas extranjeras, etc.

dor, o se estructura a partir de fantasías “restitutivas”. Para Karpman, este comercio intrapsíquico es resultante de interacciones reales y concretas que experimentó el sujeto, en su temprano ámbito de socialización.

Semejante al patrón descripto, es el que mencionan otros autores (7), en donde la personalidad que mantiene el control ejecutivo la mayor parte del tiempo, ostenta rasgos de pasividad, dependencia, y victimización, predominando a la hora de establecer contacto con el mundo externo y vincularse con el semejante; mientras que las otras identidades, son más bien huéspedes, ocultas por lo general. Las precedentes involucran estados de rabia intenso, o de temor y desamparo abrumador, los cuales al expresarse episódicamente dibujan el panorama de inestabilidad, determinante del habitual encasillamiento de estos pacientes en la órbita del trastorno *borderline*.

Retomando a Howell, las identidades huéspedes conjuntan partes que son experimentadas y funcionan como niños, perpetradores o victimarios, seductores, protectores, y como identidades de distintos géneros sexuales (5, 7). Esta lista se extiende si se recaban ejemplos más particulares, como lo son las identidades nombradas de acuerdo al afecto prevalente, “la agresiva” o “la temerosa”, el diablo, la parte suicida y la homicida, aquella que “recuerda” o la extrovertida”, entre otras.

A partir de esta descripción sucinta del TID, un análisis superficial daría la impresión de que se trata de un *collage* de entes autónomos. Sin embargo, cabe resaltar que ya desde las primeras concepciones de Janet al respecto, pero muy en especial en las últimas décadas, se concibieron a estas partes disociadas de la personalidad, discretas y plurales, como constituyentes de un único sistema. Es que cada una de ellas ocupa un lugar en la economía intrapsíquica, delineándose su fisonomía de rasgos y actitudes en la interrelación que establecen con las partes restantes (5, 8).

Existe un consenso generalizado de que la experiencia de sí mismo como una unidad, ya sea en el plano afectivo, intelectual, o conductual, no constituye un hecho primario. En el origen, el ser es una multiplicidad de partes desconectadas y heterogéneas, siendo una elaboración secundaria desplegada durante el desarrollo, aquella que ensamblará a estas en una trama narrativa autobiográfica en la cual radica la posibilidad de adquirir esa unidad ilusoria, allí donde la identidad de cada quien se identifica como unitaria (10).

Una pregunta se suscita en el TID, a saber, cuáles son los obstáculos en el despliegue de esta labor integradora constitutiva de la personalidad, para de esta manera entender el compromiso del sentido de la identidad distintivo de este desorden. En el intento de contestarla, recolectando las nociones imperantes al respecto en la actualidad, es menester adentrarse en los conceptos de trauma, disociación, y apego.

Trauma y disociación: historia y actualidad

La formulación teórica, con rigurosidad científica e influencia sustantiva en las generaciones procedentes, acerca de la importancia del evento traumático en la constitu-

ción de fenómenos psicopatológicos, fue pergeñada por Pierre Janet. Para este pensador, la contingencia traumática genera un efecto en el psiquismo, la disociación, que a pesar de su finalidad eminentemente defensiva genera como consecuencia un padecimiento significativo (11, 12).

Sus nociones de trauma y disociación son introducidas en una teoría global de la histeria, no centrándose en la locura histérica solamente, que es el antecedente del TID, aunque la incluye.

La histeria era concebida como un déficit en las funciones sintéticas del psiquismo, producto de un factor etiológico constitucional y otro traumático, resaltando a este último. Es interesante subrayar que ese suceso traumático, una contingencia experimentada, adquiriría esta cualidad más bien por los efectos que generaba en el psiquismo y no por un atributo inherente a sí. Ese efecto implicaba un estado de tensión afectiva insoportable e inasimilable para el psiquismo, el cual veía a sus capacidades de síntesis e integración colapsar; es decir, no podía metabolizar ese exceso, interpretarlo, significarlo, y por ende formularlo en palabras para luego responder a este con una acción específica superadora.

Profundizando, de este movimiento afectivo desorganizador dimanaban dos consecuencias; una con repercusiones agudas, involucrando a la alteración del estado de conciencia (11, 12), tornándose crepuscular con manifestaciones de despersonalización, desrealización, onirismo, etc. Otra de carácter crónico, en tanto los contenidos psíquicos relacionados con la experiencia traumática se desconectaban del resto del psiquismo, siéndole vedada la tramitación o comercio consciente, es decir, la reflexión cogitativa explícita sobre ellos. A pesar de tal desprendimiento, los contenidos de la vivencia traumática disociados, conformaban complejos de ideas fijas que continuaban concatenándose y sistematizándose entre sí en los suburbios del subconsciente, generando a posteriori intrusiones en la corriente consciente del pensar. Estas últimas constituían la constelación de manifestaciones de la histeria según los lindes definitorios de esa época, incluyendo buena parte de la signo-sintomatología del espectro de trastornos disociativos, como lo son los síntomas conversivos, las fugas y crisis histeroepilépticas, los *flashbacks*, y también los estados de desdoblamiento de la personalidad en múltiples identidades, condición denominada estados segundos (11).

Entonces, estas dos consecuencias son las dos caras de la disociación, mecanismo defensivo que protege al aparato del desborde afectivo cuando este no lo puede arisar con su función simbólica de síntesis y representación.

Cabe aclarar que la experiencia traumática inasible y disociada, implica que sus contenidos no logran integrarse en el contexto de relaciones que hacen al devenir histórico vital del individuo, es decir a su narrativa autobiográfica, de carácter declarativo, *continuum* en donde la identidad encuentra su localización consciente. Al estar estos complejos disociados y tener vedado el comercio consciente, no pueden ser tramitados para su integración e identificación como experiencias propias, siendo experimentada su reactivación como una intrusión ajena a la voluntad del paciente.

El Cuadro 3 grafica la intervención y relación de estos factores y conceptos Janetianos.

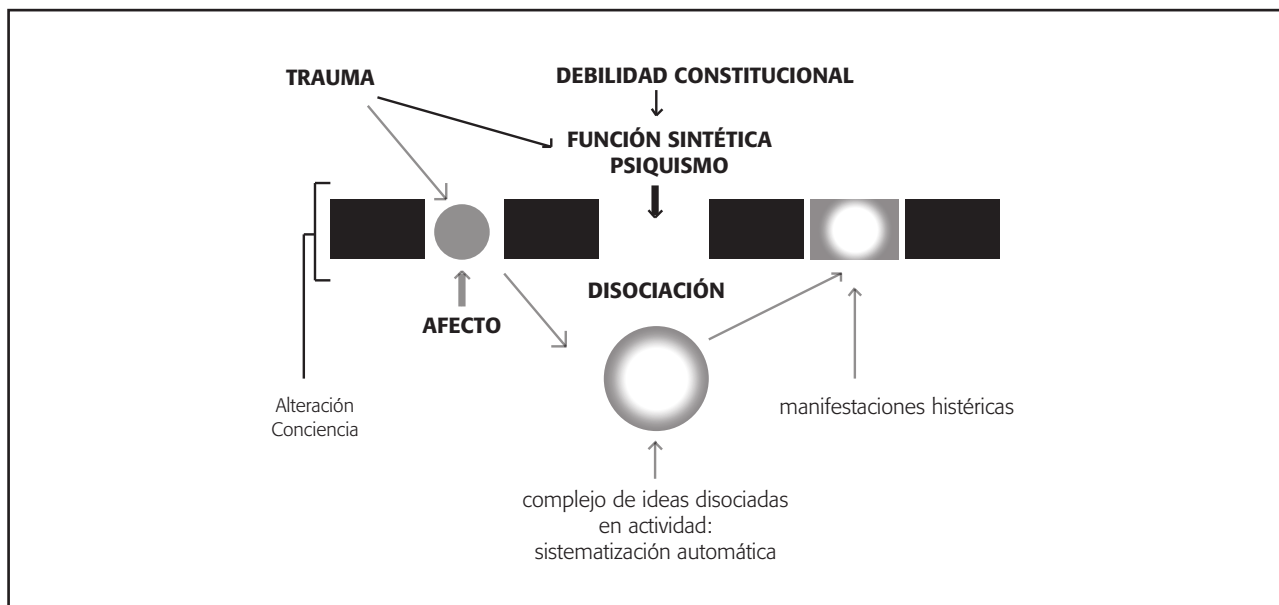
La importancia de este autor se verá más adelante, cuando se terminen de exponer las teorías actuales del desarrollo de la personalidad disociada, las cuales parecen más bien efluentes de la concepción de Janet.

En estos tiempos han crecido exponencialmente las visiones definitorias de la esencia de lo traumático y

su efecto disociativo en el psique, mucha de ellas integrando la enseñanza de los clásicos, como Janet, con los aportes más contemporáneos del psicoanálisis, el cognitivismo y conductismo, en un diálogo fructífero con el campo de las neurociencias.

Dentro de estas modernas perspectivas sobresale la de Van Der Hart, Nijenhuis, Steele y colaboradores. Éstos postulan la teoría de la disociación de la personalidad,

Cuadro 3. Teoría sobre la historia de Janet.



- Este autor consideraba que las manifestaciones proteiformes de la histeria se debían a la confluencia de factores etiológicos actuales, el acontecimiento traumático, y otro constitucional, la debilidad en las capacidades sintéticas. Dada la tempestad de afectos desbordantes despertados al padecer una conmoción traumática, se estrechaba el campo de conciencia, comenzando a funcionar el psiquismo de un modo más rudimentario y automático. Contribuye con este efecto el déficit en las capacidades simbólicas de síntesis, congénita. En este contexto, los contenidos representativos del trauma en la psique eran relegados al subconsciente. Los mismos conformaban complejos de ideas, afectos, recuerdos, etc., en crecimiento, que irrumpían e interrumpían episódicamente el curso del pensar consciente, monopolizando a veces la conducta, lo que sumado a la reacción de la personalidad consciente del histérico configuraban la pintura clínica típica de este padecimiento.

entendiendo a la disociación como cierto grado de división de los sistemas psicobiológicos constituyentes de la persona, producto de la experimentación de contingencias traumáticas (13-16). Entiéndase que lo traumático es en función de este efecto de partición de la personalidad, y no un atributo inmanente al hecho o situación que la precipita. A su vez, cuando la irrupción traumática impacta en la adultez, la consecuencia es el compromiso de la organización de los sistemas psicobiológicos de la personalidad ya adquirida, mientras que si se produce en la niñez, interfiere en el desarrollo de una estructura cohesiva, unitaria y con un nivel de coherencia que permita un funcionamiento adaptativo (13-16).

En lo referente a las condiciones psicopatológicas asociadas al trauma y la disociación, cumplen un rol capital los sistemas biopsicosociales de la personalidad involucrados en las acciones adaptativas. Uno de estos sistemas de acción se encuentra abocado a resolver aquellas contingencias que representan una amenaza a la integridad física. Se trata del sistema defensivo con sus subsistemas psicofisiológicos de ataque, huida, hipervigilancia, congelamiento (*freezing*),

y de sumisión, los cuales a grandes rasgos tienden a evitar estímulos nocivos³. Por otro lado se encuentra el otro gran sistema de acción focalizado en mantener y desarrollar adaptativamente las funciones de la vida diaria, incluyendo los subsistemas de cuidado, implicación social, juego, exploración, sexualidad/reproducción, apego y regulación de la energía, los cuales en síntesis son afines a la aproximación y búsqueda de estímulos atractivos (13).

Como consecuencia de la injerencia de contingencias traumáticas, la estructura de la personalidad se desgarró en sus dos sistemas psicobiológicos de acción, el de defensa y el de las actividades diarias, permaneciendo estos disociados y enfrentados. En esta división, un subsistema o más pueden tomar la posta en términos de segregación, actuando como partes representativas de un sistema psicobiológico de acción. Estas partes implican estados del *self*, en tanto son una manera de experimentarse a sí mismo, al cuerpo, al mundo y al otro, diferentes. Asimismo se caracterizan por ser rígidas, es decir bastante impermeables al aprendizaje y trasmutación, y poco conectadas con las restantes debido a la alta automatización que ostentan.

Es menester agregar otra consideración significativa de estos autores al respecto. Retomando a Myers, alumno de Janet, trazaron una correspondencia entre el sistema abocado a la ejecución de funciones de la vida diaria, con la noción de personalidad aparentemente normal de este pensador, y también entre el sistema de defensa, con la denominada parte emocional de la personalidad, permitiendo extrapolar caracterizaciones de como procesan la información cada uno de éstos (14). Así, el último codifica la experiencia en engramas sensorio-motores, procedurales, y en términos emocionales, a diferencia del primero que implica procesos más complejos de talante explícito-declarativo (13-14).

Entonces, cuando irrumpe la vivencia traumática, ya sea las consignadas en el criterio A del TEPT o en el marco de un apego traumático, se produce la disociación de un subsistema de defensa de la parte emocional de la personalidad con respecto al sistema que mantiene las actividades de la vida diaria. Esta parte emocional queda fijada al trauma, permaneciendo al acecho de estímulos o indicios que reactivan el estado corporal asociado a dicho evento, a diferencia de la otra parte que trata de evitarlo y olvidarlo. Ese recuerdo del trauma no es declarativo, sino sensorio-motor-visceral, es decir, procedural-emocional, recordado al ser actuado (*reenactment*) sin formulación declarativa-explicita, la cual solo puede ser aportada a posteriori. Asimismo, esos recuerdos traumáticos irrumpen e interfieren con el desempeño habitual de las actividades diarias de la parte aparentemente normal, la cual experimenta a esta intrusión, ya sean pesadillas, estados de sonambulismo, pensamientos intrusivos, *flashbacks*, alucinaciones o síntomas somatomorfos, entre otros síntomas disociativos positivos (de re-experimentación), como ajena a su voluntad y control.

Cabe aclarar que ambas son partes disociadas, siendo incorrecto entender que solamente se trata de la parte emocional la que se disocia de la parte aparentemente normal, como si esta última al desenvolverse sin consideración de la primera no fuera también una consecuencia psicopatológica del trauma. La precedente, además se encuentra en un estado patológico de continua vigilancia y precaución, siendo responsable de la mayoría los denominados síntomas disociativos negativos, como el embotamiento, la amnesia disociativa, el desgano y la evitación.

Para estos autores, existen diferentes niveles de disociación estructural (13, 14), concepción que permite dilucidar un continuum de condiciones psicopatológicas que se coagulan a partir del mismo principio de disociación de la organización de la personalidad. Por un lado se encuentran aquellos casos en donde la división de la personalidad consta de una parte emocional y una parte aparentemente normal, configurando el primer nivel de disociación estructural. El ejemplo paradigmático es reflejado por el trastorno de estrés postraumático (TEPT) simple, en donde habitualmente la parte emocional involucra al subsistema de ataque o huida con hiperactivación

simpática. También son ilustrativos de este nivel, la amnesia disociativa simple y los trastornos somatomorfos, en especial los conversivos, en donde las manifestaciones sensorio-motoras o viscerales, representan fragmentos de acciones específicas, que constituyen reflejos de los subsistemas defensivos. En el caso del segundo nivel de disociación estructural, las partes emocionales son más de una, mientras que permanece en singular la parte aparentemente normal y por ende, el sentido de la identidad persiste unitario. Son expresiones de esta instancia, el TEPT complejo, en donde las partes emocionales incluyen un repertorio variopinto de subsistemas que se suceden, como pueden ser manifestaciones de hipervigilancia e hiperactivación simpática del tipo de la reacción de huida, manifestaciones de inmovilización tónica del tipo *freezing* o atónita, propia de la activación de la reacción de sumisión, o a menudo una mezcla que se condensa en manifestaciones conversivas, entre otros ejemplos. También se admiten, a las formas complejas del trastorno de estrés agudo, trastornos somatomorfos complejos, y algunas formas de trastornos de personalidad relacionados con el trauma, como el trastorno límite de la personalidad. Lo que se aprecia en este grupo, es la injerencia del apego inseguro desorganizado, ya que la multiplicación de partes emocionales en cuestión parecieran estar fijadas a la alternancia de aproximación/evitación de la figuras de apego, por resultar traumático su encuentro.

Finalmente se encuentra el tercer nivel de disociación estructural, donde la división no solo involucra subsistemas del sistema defensivo o la emancipación entre sí de diferentes partes emocionales de la personalidad, sino también la disgregación de los subsistemas de la parte aparentemente normal de la personalidad involucrada en el despliegue de funciones y actividades de la vida diaria. El ejemplo paradigmático es el TID, el cual a menudo es comórbido con trastornos de la personalidad de tipo *borderline* y TEPT complejos, en donde el sentido de identidad unificado se difumina reflejando la sangría divisoria de la parte aparentemente normal de la personalidad en subsistemas desconectados entre sí, plataforma sobre la cual se erigirán las diferentes identidades del TID con sus cualidades distintivas.

Estos tres niveles de disociación estructural, involucran un gradiente de gravedad creciente, el cual se encuentra en relación con el inicio temprano, la intensidad y la repetición continuada de los sucesos traumáticos.

En síntesis, para esta perspectiva el trauma genera disociación entre una parte fijada al mismo y otra que trata de evitar su intromisión, funcionando y percibiendo de manera desconectada cada una con respecto de la otra, impidiéndose una adecuada cohesión y coordinación de los sistemas de acción de manera tal que el sujeto se adapte óptimamente a las circunstancias que le toca vivir. Para esta perspectiva el TID es producto de traumas tempranos, abrumadores y repetitivos, que terminan por causar una

³ Posteriormente se agregó el sistema de recuperación en el cual se restablece la percepción del dolor y se desencadenan acciones tendientes al autocuidado.

división compleja de sistemas y subsistemas psicobiológicos de la personalidad, los cuales en vez de manifestarse como simples cortejos signo-sintomatológicos, se cristalizan en identidades distintas y opuestas, circunstancia que da cuenta de una separación de experiencias supina. De esta manera, el TID queda subsumido dentro de un continuum de desordenes disociativos de la personalidad, que incorpora al TEPT, otros trastornos disociativos, los desórdenes somatomorfos y algunos trastornos límite de la personalidad (TLP) (13-16).

Teoría del Apego

Bowlby, en 1969, concibió al apego como un impulso primario en el reino animal, y en humanos en particular, de búsqueda de proximidad con el semejante. Este sistema motivacional fue seleccionado naturalmente por representar una ventaja evolutiva, en tanto la proximidad con el progenitor potenciaba las posibilidades de supervivencia en el reino animal. Esta postura representó un giro copernicano en referencia a la visión prevalente por esos tiempos, que entendía a la propensión por el apego como una derivación secundaria de las tendencias a la satisfacción de las necesidades instintivas más básicas y primigenias, en especial la alimentación (17).

Actualmente se le adscribieron otras finalidades al sistema de apego, de la cual sobresale la planteada por Fonagy, quien señala su importancia en la disminución de la ansiedad del infante y el incremento del sentimiento de seguridad (18). De todas maneras, las anteriores se encuentran contenidas en la definición canónica de Bowlby, pudiéndose derivar lógicamente de esta, la cual en última instancia implica una hipótesis sobre la regulación del afecto en el contexto del intercambio relacional con el semejante (19), en donde las relaciones precoces de apego con sus improntas vivenciales y las estrategias de afrontamiento que instituyen terminan por operar como matriz de las relaciones íntimas futuras con el otro (20). Cabe aclarar que el sistema de apego es uno entre otros con los cuales el humano viene programado, como lo son los sistemas de reproducción, alimentación, exploración, crianza, o el de amenaza-temor. A su vez entre estos existen interacciones regulatorias, inhibiéndose o potenciándose; como por ejemplo, el sistema de amenaza-temor potencia el sistema de apego, e inhibe el sistema de alimentación (17).

Bowlby en primera instancia concibió al sistema de apego como eminentemente conductual, influenciando en la investigación empírica de Mary Ainsworth, quien describió tres estilos o patrones conductuales de apego.

Estos últimos se forjaron a partir de la prueba intitulada "situación extraña", en la cual se mensuraba la reacción conductual del infante ante la separación de su madre y el posterior reencuentro. La primera tipología, entonces, consistió de un estilo seguro de apego y otros dos inseguros, el ansioso-evitativo, y el ansioso-resistente. Estos últimos hacen uso de defensas de exclusión, denominadas desactivación y desconexión, respectivamente (17). A través de la aplicación de la desactivación, se desatienden y reprimen todos los afectos y pensamientos que activan las conductas de apego, de allí que el infante aparenta ser autónomo e indiferente en relación a su figura de apego. Mientras que en la desconexión, se disocian las representaciones negativas de las positivas de la figura de cuidado, con el afán de mantener la relación de apego, comportándose de manera ambivalente con respecto a esta.

Posteriormente se sumó el estilo desorganizado en el cual se ahondará luego de introducir el concepto de los modelos de funcionamiento interno.

Estos cuatro estilos de apego, fundamentales, se corresponden con algunas medidas obtenidas con instrumentos estandarizados en la adultez, las cuales reflejan la calidad de las relaciones de apego tempranas. La entrevista del apego del adulto (AAI)⁴ (20), permite predecir el estilo de apego de la infancia, existiendo una correspondencia entre sus categorías denominadas autónomo, indiferente-desatendido, preocupado-ambivalente y no resuelto, y los estilos de la prueba de la situación extraña, seguro, inseguro-evitativo, inseguro-resistente y desorganizado, respectivamente.

El Cuadro 4 (20) recolecta los atributos principales de cada uno.

Paulatinamente Bowlby se centró en la experiencia interna generada en las interacciones con la figura de apego. Este interés sobre los modelos de procesamiento de la información mental, decantó en la noción de los modelos de funcionamiento interno (IWM: *inner working models*), desinteresándose de las conductas, que son los efectos externos y visibles de los diferentes estilos de apego (21).

Los IWM, son programas o esquemas procedurales y emocionales, que codifican un patrón vincular, es decir, un tipo de relación establecida con la figura de apego⁵. Concretamente implican un repertorio de conductas, actitudes, gestos, y reacciones, acompañados de un estado afectivo, los cuales se organizan en función del tipo de interacción con el otro, codificando un rol forjado en complementariedad con el ejercido por el otro en sus diferentes encuentros. Estos programas se aprehenden experimentando en el cuerpo dicha interacción, es decir

⁴ *Adult attachment interview (AAI)*: se trata de un test para mensurar la calidad de apego que tuvo el individuo adulto. Fundamentalmente se trata de evaluar la seguridad del *self* en relación con su apego, es decir, dilucidar los modelos de funcionamiento internos dinámicos suscitados a partir de dichos encuentros. La entrevista consta de ítems que solicitan que el paciente relate los acontecimientos vividos con sus figuras de apego, describiendo los hechos concretos y como fueron experimentados y evaluados, tratando de conectar como han influido los mismos en las relaciones actuales con los otros significativos y en la autovaloración. Al focalizar la atención del paciente en su historia de apego, se estimula en el despliegue de la entrevista, el propio sistema de apego, reclutándose diferentes IWM las cuales no solo influyen en cómo se relaciona el paciente globalmente con su relato, sino también en los procesos de memoria, atención y cognición desplegados para armar esa narrativa del apego que demanda la prueba. Es así que cierta información sobre el *self*, el otro y la relación entablada entre estos, ve dificultada o facilitada su evocación generando efectos en la construcción y organización de la trama discursiva. De esta forma, un apego seguro se ve reflejado por una narrativa reflexiva, límpida, coherente y bien cohesionada, con acceso claro al autoconocimiento de hechos claves sobre el apego y con la capacidad intacta de integrar aspectos positivos y negativos sobre el mismo. En caso de estilos de apego inseguro, se ve comprometida esta capacidad de integración de experiencias, que repercuten en la organización poco cohesiva y armoniosa del relato en la AAI. Lo interesante de esta entrevista es que permite clasificar el estilo de apego del adulto en las categorías, seguro, indiferente-desatendido, preocupado ambivalente y desorganizado o no resuelto, y más importante aún es que estas disquisiciones se corresponden a las estrategias conductuales de afrontamiento de los estilos de apego del infante, tal como fueron descritos en la prueba de la situación extraña. Así, la manera en cómo está organizada la narrativa de apego en la AAI, predice la calidad de apego temprano del infante con su figura de apego.

Cuadro 4. Características de los estilos de apego en el infante y el adulto.

Estilos de apego	Seguro	Inseguro Ansioso Evitativo	Inseguro Ansioso Resistente	Desorganizado
Características (prueba situación extraña)	<ul style="list-style-type: none"> - Búsqueda de contacto con la figura de apego en las situaciones de estrés. - Con la figura de apego presente se anima a explorar el medio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ante situaciones de estrés, se aparta o ignora la figura de apego. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ante situaciones de estrés la presencia de la figura de apego no apacigua su estado de desborde emocional. -Dificultad en explorar el medio, dado que están hipervigilantes hacia la accesibilidad de la figura parental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ante situaciones de estrés muestran comportamiento errático e impredecible con la figura de apego.
Estilo de apego correspondiente en adulto	- Seguro o autónomo	- Indiferente-desatendido	- Preocupado-ambivalente	- Desorganizado o no resuelto
Características en AAI	<ul style="list-style-type: none"> -Organización discursiva: coherente, abierta, balanceada y fluida. -Experiencias de apego: las mismas y su evaluación son presentadas en el discurso de manera consistente, con buena integración de los aspectos positivos y negativos de dichas vivencias, con reconocimiento de su importancia en el presente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Organización discursiva: El acceso a la historia de apego se ve comprometida, con fallas en la integración en una narrativa coherente de la misma. -Experiencias de apego: se inclina a desvalorizar la importancia de las relaciones y a minimizar los acontecimientos negativos, idealizando las experiencias vividas. Discurso impersonal, en el que se refuerza la independencia del SELF, desacreditando la importancia de sus vínculos de apego. 	<ul style="list-style-type: none"> -Organización discursiva: dificultad para ordenar las experiencias de polaridades opuestas de modo integrado y coherente. -Experiencias de apego: preocupación intensa en referencia estas, con fijación en aquellas negativas, con ambivalencia entre lo anterior y consideraciones generales positivas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Organización discursiva: Perturbaciones en la constitución de una narrativa coherente y ordenada, con fallas en la cohesión y colaboración discursiva durante la entrevista. El relato autobiográfico, en especial en relación a las figuras de apego muestra lagunas, inconsistencias, e incoherencias, reflejadas fundamentalmente como lapsos en la monitorización del raciocinio y el discurso* -Experiencias de apego: deshilvanadas, caóticas, e incoherentes.
Asociación con trastornos mentales en el adulto:	Nula.	Escasa o nula.	Escasa o nula.	Significativa (trastornos disociativos, trastornos de personalidad relacionados con la organización borderline, psicosis, etcétera)

* El lapso en la monitorización del raciocinio, implica confusión e inconsistencia lógica en referencia a la relación de apego mantenida, mientras que el lapso de monitorización del discurso, implica inconsistencias en el armado de del relato mismo, como la atención exagerada en pormenores, irrupción de información que inquieta al paciente, frases si terminar, vacilaciones, cambios abruptos de tema y silencios, entre otros. Estos lapsos del raciocinio y del discurso, ocurren cuando se lidia con información relacionada a eventos traumáticos, siendo interpretados por algunos autores como un colapso en la interacción entablada con el entrevistador en la situación presente, semejante a la que sufre el infante en la situación extraña, producto del desborde tensional y emocional que se suscita al indagar sobre la relación de apego, en tanto su evocación revive su condición traumática. El fracaso en contrarrestar el exceso desencadenado termina por comprometer la organización del discurso generando las fallas pragmáticas en cohesividad y colaboración, siendo marcadas las inconsistencias y la desorientación narrativa, de la misma manera que en la situación extraña el infante con este estilo de apego desorganizado despliega un comportamiento errático y contradictorio.

actuando y sintiendo el vínculo⁶ (repetición y mimesis), ejecutándose automáticamente, ante estímulos que señalan la presencia de una de las versiones del otro con el cual vincularse.

Desde el punto de vista vivencial, estos IWM implican un modo de experimentarse a sí mismo, al otro y al afecto prevalente que señala la cualidad de dicho vínculo (21).

En definitiva, los IWM son estados corporales implícitamente aprehendidos que traducen el vínculo de apego en los primeros años de vida, los cuales al activarse/actuarse permiten por un lado anticipar el comportamiento que desplegará el lugar del otro en la interacción, y por el otro, al asignarle una postura en la que es ubicado el sujeto, en y por dicha relación, le otorgan una imagen de sí mismo en la cual se identifica y un saber actuar en referencia al otro correspondiente. Todo lo anterior, en un principio se da sin formulación explícita-declarativa, ni reflexión consciente, en tanto las funciones cognitivas y metacognitivas aún no maduraron.

Existen múltiples versiones de los IWM de acuerdo al tipo de relación establecido con el otro, siendo algunos hasta contradictorios. Esta última consideración nos remite a la cuestión de cómo se logran integrar, tan importante para comprender la génesis del TID.

Justamente, persiguiendo el sendero que conduce a tal fin, es necesario ahondar en el estilo de apego desorganizado.

Apego desorganizado

Como se mencionó, involucraba aquel grupo de infantes que ante las situaciones de estrés planteadas en las relaciones de apego colapsaban, no pudiendo asimilar el exceso tensional y el caos emocional suscitado, desplegando estrategias conductuales de afrontamiento erráticas, impredecibles, e ineficientes frente a esos problemas, lo que explicaba ese comportamiento desorganizado y contradictorio característico. Esta misma imposibilidad de hallar aliciente al metabolizar los propios estados internos despertados en el contexto relacional, se manifestaba en el adulto como desorganización del pensamiento y la conducta, con afectos desregulados, de una magnitud tal que muy frecuentemente terminan reuniendo criterios de trastornos psiquiátricos.

En este terreno, fallan las estrategias de exclusión defensivas, permaneciendo seriamente disgregados los IWM, en especial los que traducían los encuentros traumáticos con el cuidador.

Justamente, este estilo de apego se origina en un ambiente de cuidado no propicio, es decir, con figuras de apego o cuidadores negligentes, indiferentes y maltratadores, en donde las situaciones traumáticas y abusivas de

diferente índole son perpetradas por los mismos, siendo la regla los dilemas de apego.

Lo expuesto, permite colegir una vinculación etiológica entre el apego desorganizado y el TID, lo cual es refrendado por estudios empíricos que señalan a este estilo como el principal tipo de apego asociado a trastornos psicopatológicos en la adultez, entre ellos el TID (17). Por ejemplo, el apego desorganizado es el mejor predictor de trastornos disociativos y trastorno límite en la adultez, y no los antecedentes de trauma en la 1ª infancia, ya sea abuso sexual o físico (9). Por otro lado, en el apego desorganizado es más frecuente la existencia de abuso sexual y físico (9), al igual que en los pacientes con TID (6). En este último, los antecedentes no son solamente de abuso, sino también de un medio ambiente familiar deletéreo, con negligencia y maltratos psicológicos, en donde los dilemas de apego son la regla. En consonancia con lo anterior, el tipo de apego más frecuentemente detectado en pacientes con TID, es el desorganizado (22).

Entonces, de acuerdo a esta perspectiva, no es el evento traumático aislado el factor etiológico capital, sino el contexto en el cual estos tipos de eventos son más frecuentes de presentarse (9). Este último, al no ser contenedor y permitir una adecuada función de andamiaje que sirva al desarrollo de las competencias cognitivas y de control emocional adecuadas, termina generando un psiquismo inmaduro con un déficit en las capacidades de simbolización de las experiencias internas despertadas durante el encuentro con el otro; o sea, si el medio no funciona como catalizador adecuado del exceso de tensión interna del lactante, este no podrá adquirir o introyectar dicha función.

De esta manera, este déficit dificulta la integración de las IWM negativas, en donde la figura de cuidado no tuvo los estados emocionales internos desbordantes del infante, sino que, más bien los generó. Así se constituyen las organizaciones psíquicas escindidas del espectro borderline incluyendo el TID, tratándose de estructuras disociadas no por efecto predominante de acontecimientos traumáticos, sino por un déficit en la capacidad de simbolización del mismo, que impide la construcción de una narrativa autobiográfica en la cual haya una continuidad de una *self* unitario y una constancia de objeto unificado⁷.

Sin embargo persisten preguntas; por ejemplo, cuáles son los mecanismos por los cuales el apego desorganizado deviene como el principal factor etiológico de un TID. Para ello es necesario entender cómo funciona el medio de cuidado propiciando la integración de las diferentes IWM generadas, clarificando en que consiste dicho proceso, para luego, a partir de allí figurarse lo que ocurre en un apego desorganizado.

⁵ No nacemos con un sistema simbólico-declarativo maduro que nos permita aprehender de manera explícita y formulada en palabras la experiencia con el otro, así como también el saber actuar en referencia a ellos. En primera instancia dicho encuentro con su correspondiente respuesta, es asimilado en el cuerpo, implícitamente, como improntas sensorio-motoras-visceralas, es decir procedurales-emocionales (27). Ergo, nos apropiamos del mundo y del otro de acuerdo a las relaciones que establecemos con ellos codificadas en el cuerpo como un estado corporal vivido.

⁶ O sea, se trata de un aprendizaje implícito por repetición de la experimentación, como todo aprendizaje de procedimiento, y la mimesis o imitación. Esta última forma de apropiación posiblemente sea soportada por el sistema de neuronas en espejo, el cual se encuentra a disposición ya a temprana edad, siendo considerado además como el soporte del contacto empático. No hay que olvidar que la constitución de aprendizajes condicionados, en especial los emocionales, están presentes desde el vamos, siendo el sustrato de la apropiación emocional de las relaciones establecidas con el mundo y el otro, en estas primeras etapas.

Por otro lado no se puede obviar los aportes de las concepciones sobre el trauma y la disociación expuestas, ya que si bien parecería ser más importante la calidad del ámbito de apego en la génesis del TID, y no los hechos traumáticos puntuales experimentados, en estos ámbitos los últimos son la regla más que la excepción, por lo cual alguna injerencia han de tener.

Para intentar responder estas cuestiones, es necesario integrar conceptos de ambas perspectivas, con el auxilio de los propios de las corrientes psicoanalíticas, labor que los estudiosos más renombrados en este tema vienen haciendo actualmente.

Visión integradora: trauma, disociación, apego y psicoanálisis

Uno de los nodos centrales a los fines de la articulación de perspectivas, es el concepto de IWM de Bowlby (9, 21). Como se mencionó, consiste en la codificación del vínculo relacional con la figura de apego, el cual se fija como un modo de experiencia corporal, incluyendo tanto un estado emocional prevalente como un saber actuar en función de las diferentes versiones de presentación del otro de los primeros cuidados. Estos estados implicaban un rudimentario marco organizacional de la vivencia, en donde implícitamente y sin posibilidad de reflexión consciente y formulación verbal en un principio, el lactante se posicionaba en un lugar y ejercía un rol correlativo al lugar y la conducta desplegada por esa versión del otro.

A partir de lo expuesto, y a los fines de comenzar a entreverar saberes, los IWM se corresponden con el concepto de estados del *self* de la teoría de los múltiples estados del *self* (*Multiple self state model*) de Ryle, heredera del psicoanálisis relacional (14). Para este autor, del intercambio con los cuidadores durante el desarrollo precipita un conocimiento procedural sobre como ubicarse y actuar en esas relaciones. Estos roles procedurales recíprocos, en tanto forjados a imagen y semejanza de los roles correspondientes que opone el otro, se adquieren e integran secuencialmente gracias a la función de asistencia del medio de cuidado que le interpreta al infante estas experiencias íntimas. Asimismo, estos estados implican un esquema emocional, mnémico-procedural y conductual que actúa como sesgo en el marco relacional futuro, en tanto se anticipa a una posible respuesta del otro y también la busca⁸. Retomando el concepto de IWM, si este también es un modo de experimentar una determinada imagen de sí mismo, del otro y una atmós-

fera afectiva que da cuenta de la cualidad del vínculo establecido entre éstos⁹, y al activarse se está anticipando vivencialmente a un escenario de vinculación posible, ergo, se trata de un concepto análogo al de los estados del *self* detallado, pudiéndose beneficiar del conocimiento adicional que este último proporciona¹⁰.

Entonces, hasta aquí se comprende que la constitución de la identidad no es sin el otro, y que la misma no es dada como un hecho primero, sino que es un bien que debe adquirirse en un arduo proceso que involucra esa matriz interactiva primigenia con el otro de los primeros cuidados, es decir, el ámbito de apego. Más bien en un principio lo que existe es una multiplicidad, entendida como IWM o estados del *self* desconectados, fruto de los primeros intercambios con la figura de apego, a partir de los cuales se edificará el sentido unitario de la personalidad, ilusorio, pero necesario para una mejor adaptación al medio en que vivimos. Para dilucidar cómo se arriba a tal objetivo, es pertinente empalmar lo expuesto con nociones psicoanalíticas, equiparando el apego seguro, es decir aquel que favorece una integración del psiquismo óptima, con el concepto de madre suficientemente buena de la escuela de psicoanálisis de las relaciones objetales.

La función de "maternaje" contribuye no sólo a la supervivencia biológica, sino también a la emergencia del psiquismo del lactante, al interpretar los estados internos del mismo consistente en necesidades fisiológicas espontáneas o reactivas a acontecimientos externos, y subsiguientemente al proporcionarle la acción específica que permite neutralizar esos estados y así lograr resolverlos (23, 24). Lo anterior, siempre y cuando el *hardware* neuronal del infante lo permita.

Esta labor de sostén, que para ser óptima debe canalizar además frustraciones mínimas, favorece su introyección en el lactante¹¹, permitiendo el advenimiento del espacio intrapsíquico personal, en tanto el mismo adquiere la capacidad de significar sus estados internos y de proporcionarse la acción específica correspondiente, logrando una autonomía paulatina que lo distancia de la dependencia absoluta del cuidador. Esta pintura que ilustra la función madre suficientemente buena, genera esa confianza básica que es semejante a la establecida en un apego seguro, por lo que también estos conceptos *mutando mutandis* son homologables.

Concretamente, la adquisición de esta función simbólica, interpretativa e integradora de los estados corporales internos derivados del intercambio con el otro, involucra la reciprocidad en el contacto físico, el juego de

⁷ Pasar de la lógica del ser a la atributiva: no hay un *self* y un objeto totalmente bueno, radicalmente diferente de otros totalmente malos, sino que lo bueno y lo malo pueden ser atributos de un mismo ser.

⁸ Esto es vivenciado por el otro como una presión a actuar de una determinada forma, o sea, una expectativa de reciprocidad correspondiente, lo que *mutando mutandis* se corresponde con el concepto psicoanalítico de identificación proyectiva/contraindentificación proyectiva.

⁹ O sea, un marco de organización de la vivencia de sí mismo y de las relaciones interpersonales.

¹⁰ También el modelo de Ryle sugiere que los estados del *self* operan no solo interpersonalmente regulando el comercio relacional con el semejante, sino también internamente, entre sí, de forma intrapsíquica. Estos estados del *self* no existen en formato explícito-declarativo, siendo siempre esquemas procedurales emocionales que sesgan los procesos cognitivos y reflexivos conscientes. Por otro lado son múltiples por definición, siendo integrados en el plano explícito-declarativo en un segundo tiempo cuando la labor simbólica los interpreta y contextualiza en un relato autobiográfico. Asimismo, las vivencias traumáticas y los ámbitos de cuidado tempranos negligentes y abusivos, impiden esta función integradora, ya que el infante no recibe la adecuada asistencia para significar y verbalizar esas experiencias, generando estados del *self* que no podrán ser incardinados a los restantes en el continuum narrativo autobiográfico prevalente.

roles y su intercambio entre el lactante y los cuidadores, la capacidad de mentalización de estos para interpretar las señales del estado interno del lactante (18), en especial las que traducen disgusto. Asimismo son ejemplos, la generación de un contexto de seguridad que le permita al infante introducirse en la mente del cuidador sin sentirse amenazado (25), propiciando la maduración de sus competencias mentalísticas, y también el hecho de poder cambiar de actitud cuando la misma genera malestar en el niño o mantenerla si es necesaria tratando de apaciguar el desborde emocional. Una vez que el lactante incorpora esta competencia, el mismo irá representando e hilando paulatinamente y con complejidad creciente, sus estados internos a través de la fantasía, los juegos de roles, etcétera, tan comprometidos en niños traumatizados.

En todos estos casos es el niño quien se apropia de estos estados al elaborarlos simbólicamente, logrando así un control sobre los mismos, no sin limitaciones inexorables. De esta manera los estados del *self* o IWM, representantes tanto de experiencias negativas como positivas¹², se integran permitiendo transmutar la lógica del ser por la atributiva, en donde un mismo experimentador de esas vivencias es el que puede adoptar una imagen positiva y negativa, y no ser estas dos seres distintos; lo mismo en referencia al otro experimentado, constituyéndose la constancia objetal.

Es la inscripción en el formato explícito-declarativo, de talante simbólico, donde se logra engarzar esos estados corporales experienciales múltiples, permitiendo arribar a la ilusión de unidad de una identidad a pesar de sus cambios en el continuum temporal de su existencia. Por supuesto que esto no sería posible sin esa función de maternaje que brinda un apego óptimo, siempre y cuando los procesos de maduración de los circuitos corticales, programados biológicamente y que involucran la corteza prefrontal y otras áreas como el hipocampo, se desarrollen sin anomalías; de hecho ambos factores interactúan y son imprescindibles para la consecución de la maduración del psiquismo.

La estructura disociada o escindida de la personalidad

A partir de estas consideraciones se puede presentar una de las teorías etiopatogénicas actuales postuladas para el TID, en donde el psicoanálisis relacional y de las relaciones objetales, la teoría del apego y las nociones de trauma y disociación se imbrican para entender el establecimiento de la estructura escindida de la personalidad (21).

A los fines didácticos, a pesar del riesgo de caer en repeticiones, podemos comenzar recordando que en el marco de un apego seguro, en donde las figuras de cuidado funcionan como “madre suficientemente buena”,

se gesta el proceso de asimilación simbólica de aquellos estados corporales que codificaban las diferentes variantes que adoptaba el vínculo con ese otro, integrándose entre sí los estados del *self* aprehendidos, al igual que los roles implicados en cada uno de estos.

Se resalta que en un primer tiempo, como producto de la inmadurez cerebral del lactante, la inscripción del otro como experiencia corporal se da conforme a estados del *self* múltiples y desconectados entre sí, es decir, son reacciones automáticas o formas emocionales, motoras y conductuales desprovistas de contenido declarativo que les aporte un contexto de integración. A su vez, estos estados son activados por claves simples que dan cuenta de la versión o rol del otro correlativo.

Entonces, la figura de apego es la que promueve el desarrollo de la función simbólica en el lactante. Esta implica la significación, control y ordenamiento de los estados del *self* y otros estados corporales, al contextualizarlos entre sí, integrándolos en el formato explícito-declarativo que se va hilvanando.

Si la figura de apego no cumple esta función de simbolización, a pesar de que el *hardware* neuronal esté disponible e intacto, el lactante no podrá adquirirla de manera óptima. Así, el apego disfuncional en la infancia refuerza y nutre la modalidad de aprendizaje más primitiva y “a-simbólica” que operaba en el lactante, impidiendo la integración apropiada de esos estados del *self* que desde el vamos se forjan como múltiples y desagregados.

Sin embargo, algo adicional ocurre en el caso de la instauración de una estructura de la personalidad disociada o una organización psíquica escindida, como en el caso del trastorno *borderline* grave o el extremo representado por el TID, ya que el cuidador no solo genera un ámbito de apego disfuncional, por ser negligente, indiferente y poco empático, sino que además es el perpetrador de abusos físicos y a menudo también sexuales, que representan una amenaza seria a la integridad psicofísica del infante (21).

En estos casos, el efecto del trauma es tan severo en el psiquismo en ciernes que el estado del *self* que codifica dicha relación traumática permanecerá disociado de los restantes, y también se codificarán como desconectados los roles correspondientes al mismo, aquellos que implican la posición de víctima y victimario, cuya alternancia caracterizará la inestabilidad auto-valorativa y alo-valorativa de las organizaciones escindidas tipo *borderline*, o a las identidades prototípicas que conforman dos de los vértices del triángulo dramático de Karpman en el TID (21).

Profundizando, no se trata del trauma aislado sino de aquel que comporta los atributos de temprano, intenso y repetido, pero fundamentalmente cuando involucra a las figuras de cuidado en el marco de un apego disfuncional. En estas coordenadas de circunstancias se coagula

¹¹ Es decir, el desarrollo y maduración de las competencias simbólicas en el infante, o en términos neurocientíficos, el cimientamiento de las funciones cognitivas complejas, a partir del cual emergerán las funciones ejecutivas, discursivas, *self processing*, y teoría de la mente, entre otras.

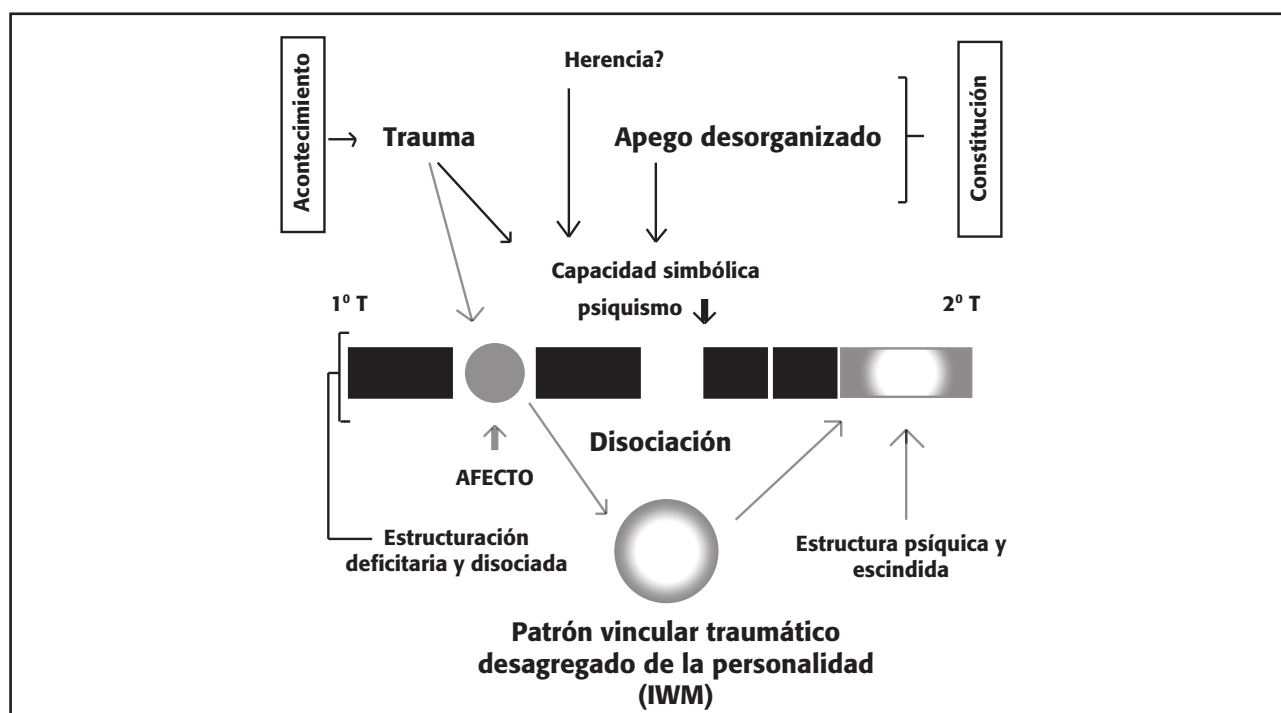
¹² Los estados del *self* negativos sostienen a grandes rasgos una imagen de sí mismo frustrada y desamparada, del otro como denigrador o victimario, y el afecto de insatisfacción, temor o angustia. Mientras que en los estados del *self* positivos se produciría lo contrario. Es interesante apreciar que la activación, por ejemplo, del estado del *self* negativo implica una espera y una anticipación de la presencia del otro con esta imagen negativa, ya sea frustrante, indiferente o sádica, así como también se ejerce una presión para que ese otro actúe ese rol recíproco correspondiente.

el efecto disociativo sobre el psiquismo, el cual no recae sobre cualquier contenido mental, sino sobre aquellos constitutivos de la personalidad misma y que codifican los patrones vinculares, es decir, los IWM o estados del *self* mencionados (21). Así, los estados del *self* negativos se encuentran desconectados de los positivos, organizándose la vivencia en estas estructuras como dos polaridades extremas de todo bueno o todo malo (24). Por ello, le cabe mejor el título de escisión a este proceso disociativo

que asienta en la personalidad, afectando la cohesión de su organización, mientras que el rótulo disociación se debe circunvalar al proceso originador de la clínica de aquellos desordenes disociativos adquiridos en la adultez como el TEPT, en donde los contenidos excluidos no son pilares estructuradores de la personalidad.

Antes de proseguir, podemos colegir que esta visión actual e integradora es apologetica de la obra de Janet, en tanto *mutando mutandis* es posible establecer un correla-

Cuadro 5. El TID, según los abordajes teóricos presentados.



- El TID para los abordajes teóricos presentados, es considerado una estructura psíquica escindida o disociada, al igual que la organización límite. El déficit en la capacidad sintética del psiquismo (simbólica) que determina la estructura psíquica escindida, está determinado por el trauma y los factores constitucionales, ya sea el factor hereditario y el apego fallido. Esta escisión de la estructura psíquica se origina cuando la relación de apego se torna traumática, es decir cuando el psiquismo en desarrollo padece los embates del trauma temprano, crónico e intenso mediatizado por las figuras de cuidado o apego. De esta manera, la disociación generada es de una parte del psiquismo, conformándose una estructura psíquica escindida en la adultez, y no de un simple contenido relacionado al evento traumático como ocurre en el caso del TEPT. Lo que se disocia es un estado del *self* o IWM traumática, que involucra una manera de experimentar a sí mismo como se mencionó, de allí que ello signifique una falla en la cohesión del sentido de la identidad. Estos estados disociados son comparables con los complejos de ideas, afectos, recuerdos y comportamientos asociados que describió Janet, solo que los contenidos traumáticos que codifican son un patrón de interacción con el otro en el cual este ejerce una amenaza efectiva a la integridad psicofísica del infante.

to entre sus factores etiológicos puntuales y los expuestos por el consenso actual (ver Cuadro 5).

La génesis de las identidades disociadas (21)

Las diferentes identidades en el TID, con su patrón característico, se originan a partir de este estado del *self* traumático y sus roles disociados, como consecuencia del dilema de apego que plantean, y porque la actualización del mismo implica un exceso afectivo que desborda la función de síntesis simbólica, bloqueándola, de la misma manera que en su momento de aprehensión, lo que se conoce como re-experimentación del trauma¹³.

El dilema de apego hace referencia a la disyuntiva

que enfrenta el infante, por un lado necesita de la figura de apego para mitigar la angustia y el temor, pero por el otro, esta es la principal fuente que le inflige ese estado. Una consecuencia evidente de este dilema, es el despliegue de conductas contradictorias y erráticas de aproximación y evitación del cuidador, tan comunes en los estilos de apego desorganizado, pero también hay otras subrepticias, consistentes en la disociación de los estados del *self* que traducen esa interacción traumática con el otro. En esta disyuntiva, el infante necesita de la figura de apego para continuar con sus actividades de la vida diaria y proseguir desarrollándose adquiriendo nuevas competencias, no debiendo para ello, ser consciente de que ésta es la principal amenaza. La teoría del tra-

ma-traición (*Betrayal Trauma Theory*) de Freyd, subraya este hecho desde otra perspectiva, sindicando que la disociación de los contenidos psíquicos relacionados con una relación de apego traumático no cumple una función evitativa del dolor, sino de mantener una buena imagen del cuidador para continuar y proteger dicha relación, puesto que sin esta las posibilidades de desarrollo y de supervivencia son mínimas (26). Lo descripto se materializa en la gran mayoría de los pacientes adultos con TID, en donde su identidad anfitriona o en la cual habitualmente se identifican, ostenta una idealización de las figuras de cuidado, en especial aquellas más abusivas, siendo una manera de conservar los aspectos tiernos del apego manteniéndose alejado de los fragmentos mnémicos traumáticos que ella generó¹⁴.

Como se mencionó, esta experiencia del vínculo traumático, se constituye como una IWM o estado del *self* traumático, cuya activación o re-experimentación del trauma, genera un exceso de tensión afectiva inasible e ininteligible que imposibilita la labor simbólica integradora y amenaza con desorganizar el psiquismo. Lo anterior determina que dicho estado continúe disociado de los restantes, no insertándose en una narrativa autobiográfica prevalente, en donde los diferentes estados del *self* y sus recuerdos asociados se inscriben como diversos aspectos de una única identidad en conjunción con sus circunstancias vividas.

En relación a este último punto Howell establece una serie de elucubraciones que explican cómo se origina la identidad victimaria, a través del proceso de identificación con agresor que toma de Ferenczi (21), y a la vez, su disociación del rol de víctima, y de los estados del *self* positivos sobre los que se erigirá las identidades protectoras o rescatadoras, cerrando la explicación del origen del triángulo dramático de Karpman.

El cuidador como vehículo del trauma grave genera un efecto disociativo intenso en el psiquismo del infante, al estilo de un trance con estrechamiento del campo de conciencia y activación de los sistemas de reacción instintivos. Por un lado estimula el sistema de apego, en tanto su reclutamiento es más intenso cuanto mayor es la amenaza, determinando que la atención del infante y sus afectos se centren sobre la figura del cuidador, la cual paradójicamente es la fuente de esa amenaza. De esta manera el foco está puesto en las actitudes, gestos, expresiones emocionales, olores, ruidos y hasta palabras pronunciadas por el agresor favoreciendo el aprendizaje por imitación y contagio emocional.

Por otro lado, esta amenaza a la integridad inhibe las funciones cognitivas complejas y potencia el aprendizaje más básico emocional-procedural, al igual que estimula las reacciones defensivas instintivas. Las áreas cerebrales que soportan a las primeras, como las cortezas de asociación

prefrontal y sus conexiones con el sistema hipocámpico, determinan que las capacidades ejecutivas y de reflexión involucradas en el auto-procesamiento (*self processing*), o la teoría de la mente fría o cognitiva, se bloqueen al igual que los procesos de codificación, consolidación y almacenamiento de nuevas memorias declarativas¹⁵. En contraposición, la memoria procedural se potencia al igual que la emocional, codificada como reflejos condicionados (27).

Por último, si el compromiso a la integridad psicofísica continua, los efectos disociativos del trauma se intensifican activándose las reacciones automáticas defensivas. Algunas de estas como la disposición al ataque, la huida o el *freezing*¹⁶ implican una hiperactivación simpática (*hiperarousal*, en respuesta a una amenaza susceptible aún de ser soslayada; existiendo otras reacciones contenidas en la estrategia de sumisión, de carácter hipoactivo (*hipoarousal*) con predominio del sistema parasimpático), como la catatonía, el síncope, la inmovilidad atónica, y los fenómenos disociativos de fuga, despersonalización y desrealización, que se desencadenan cuando se está a la merced del destino, ya sea a un predador en la vida animal o a un abusador que ejerce un dominio absoluto e inexpugnable, de los cuales no es posible escapar. En estas últimas reacciones defensivas, también los sistemas cognitivos complejos están bloqueados mientras que las formas de aprendizaje y de respuesta más básicas, que involucran al sistema procedural emocional, se encuentran aceitadas. Asimismo pueden reclutarse diferentes sistemas defensivos según los casos, especialmente los que implican activación (*hiperarousal*), como las reacciones de ataque, o baja activación (*hipoarousal*), como la reacción de sumisión, interviniendo como trasfondo de la codificación del vínculo con el otro, recordando a las partes emocionales disociadas de la teoría de Van Der Hart. A partir de la activación de estos programas de ataque y sumisión como trasfondo, se codifican los roles o identidades de victimario y víctima respectivamente.

Con lo expuesto se entiende como la codificación del vínculo traumático, el cual representa una amenaza efectiva a la integridad psicofísica del infante, es por imitación y contagio emocional, es decir a través del primer sistema de aprendizaje y asimilación del mundo y el semejante, de tipo procedural y emocional, que había gobernado el procesamiento informacional del lactante. El inconveniente se plantea en tanto este efecto traumático irrumpe en pleno desarrollo de las competencias simbólicas más complejas del infante (a partir de los 3 años hasta los 10 ó 12), las cuales al bloquearse, determinan que el aprendizaje del vínculo traumático no acceda al nivel subsiguiente, explícito declarativo, posibilitador de la síntesis e integración plasmada en una formulación verbal. De esta manera, se aprehende un saber actuar con un estado emocional

¹³ Al evitar esta re-experimentación que amenaza con disolver el psiquismo aun enclenque, se entiende la función eminentemente defensiva del mecanismo disociativo.

¹⁴ Mecanismo semejante al que se produce en el síndrome de Estocolmo.

¹⁵ Probablemente sea consecuencia de una reacción de estrés aguda, la cual al repetirse en un estado crónico podría explicar la reducción del hipocampo y amígdala que se detecta en pacientes con TID (27).

¹⁶ Estado de inmovilidad con hipervigilancia focalizada y analgesia.

asociado y ciertas claves o estímulos perceptuales¹⁷ que traducen el accionar del agresor, siendo estas huellas lo que se conoce como identificación con el agresor.

Así, la figura de apego en su versión victimaria es incorporada mas no elaborada simbólicamente en el sentido de ser aprehendida en contexto, tanto con el rol correspondiente, el cual también se disocia, como con los restantes estados del *self*¹⁸. Este estado permanecerá rígido e impermeable, yaciendo como un cuerpo extraño al no poder ser inscripto en la narrativa autobiográfica prevalente de la personalidad anfitriona¹⁹, debido a que no es concordante con ese relato oficial por las mismas dos razones que lo llevaron a una existencia escindida. Es decir, ese rol se disocia para mantener la relación de apego y una imagen idealizada del cuidador, de acuerdo a la teoría del trauma-engaño, y porque un intento de enlace a la narrativa hegemónica involucraría una reflexión consciente, de la cual se desprenderían afectos tan intensos que conllevarían a una re-vivencia del estado traumático, en donde el infante era una víctima desprotegida de la actitud predatoria de su cuidador²⁰.

De esta forma, la identificación con el agresor y el desarrollo de la identidad victimaria, y el resto de las identidades disociadas como el caso de la víctima complementaria, terminan actuando como una gran defensa secundaria, que servirá para no identificar como propios esos afectos intensos de terror contenidos, ni reconocer la traición del cuidador que los generó, y también como vía para derivar la ira propia acumulada y expresarla a través de esa identidad agresiva diferente de la anfitriona. Cabe aclarar que esta defensa, termina siendo fallida y promotora de un intenso malestar.

Volviendo al rol victimario del estado del *self* traumático, si persisten los eventos de esta índole y el dilema de apego, continuará la imposibilidad de integración a la narrativa autobiográfica prevalente, comenzándose a erigir en su terreno un relato propio, dotado de recuerdos personales, adviniendo una identidad diferente de las restantes con sus gustos y valores, tendencias y rasgos. De esta manera continua la desconexión, solo que ahora en el plano explícito-declarativo gestándose una narrativa autobiográfica paralela, escindida de la principal, producto de las elaboraciones posteriores del psiquismo infantil quien, con los registros experienciales subsecuentes y la fantasía, logra crear esa tercera dimensión imaginaria en la cual hace intervenir a todas estas identidades dotándolas de contenidos y consistencia.

También esta labor se ve favorecida porque la activación del estado del *self* traumático victimario, que al igual que el víctima, genera un exceso de afecto que vuelve a nublar la conciencia²¹ bloqueándose la función simbólica y

generando una brecha amnésica declarativa que perpetua y profundiza la escisión con el relato hegemónico, brindando la posibilidad adicional de proseguir entramando y ornamentando la novela paralela sin contacto con las restantes.

A menudo, esta identidad generada a partir de este estado representativo de la identificación con el agresor, es entendida como un Súper Yo sádico y cruel que no puede parar de someter a la personalidad anfitriona cuando se relaciona a través de las vías descritas en el Cuadro 1, amenazándola a veces con desposeerla del control corporal y conductual, o instándola a suicidarse, o dañarse. Igual influencia puede establecer con las restantes identidades huéspedes en rol de víctimas. Asimismo, esta identidad cuando interactúa con el exterior, despliega igual modalidad agresiva y cruel sobre los allegados, situación que cuadra con la conocida identificación proyectiva (28), mientras que la presión sentida por el otro a ejercer el rol correspondiente, en este caso de víctima, se corresponde con la contra-identificación proyectiva de la cual hablaban los psicoanalistas de la escuela inglesa.

Para cerrar el triángulo dramático de Karpman, la identidad víctima, habitualmente se multiplica en varias identidades huéspedes. Lo importante de estas identidades es que a menudo contienen los recuerdos fragmentarios de las escenas de abuso, o los mismos pueden irrumpir en la conciencia a la manera de *flashbacks* semejantes al TEPT, no siendo inusual que tengan una imagen del cuidador terrorífica. No se deben confundir con las posiciones pasivas y martirizantes que transitoriamente puede adoptar la personalidad anfitriona, cuando padece los embates de su parte agresora. Es que al igual que la parte agresora, la posición y el rol de la identidad víctima no fue adquirida simbólicamente, sino que se incorporó supliendo la agencia y la iniciativa del infante y, por ende, no fue este último quien se apropió de este rol, elaborándolo y asimilándolo a la trama significativa de su historia, sino que más bien, fue apropiado por este. De allí que estos estados existirán por fuera de la identidad principal en la cual se reconoce habitualmente el niño. Las elaboraciones simbólicas²² de éstos son posteriores, secundarias y malogradas, en tanto al persistir el apego disfuncional y los traumas severos en esta época (3-10 años, según Putman) (26) y, en consecuencia, al no representar un apego seguro que proporcione la confianza básica para indagar sobre estos estados, los mismos no pueden ser asimilados al *continuum* autobiográfico de la identidad anfitriona, continuando como islas a partir de las cuales se entretejerá un contexto de contenidos aislados del resto y que decantarán en estas identidades víctima.

En referencia a la identidad del rescatador o protector, la cual también puede ser múltiple, se apoya en los estados del

¹⁷ O sea, se trata de reacciones o formas vacías, motora-conductual o procedural, emocional, y de fragmentos perceptivos, cada uno codificado en los sistemas de memoria procedural, emocional y de representación perceptual, respectivamente.

¹⁸ Es solo la aprehensión de la forma vacía motora-conductual-perceptual-emocional, desprovista del contenido explícito-declarativo, siendo solo un estado corporal que se siente y actúa, sin posibilidad de reflexión consciente y de una contextualización que permita integrarlo al relato autobiográfico oficial. Posteriormente, ese estado despierta una elaboración simbólica o reflexiva, desconectada, que decantará en la narrativa autobiográfica propia de una identidad huésped, en este caso victimaria.

¹⁹ La cual, si engarza aquellos otros estados del *self* que le son funcionales, brindándoles un contexto de recuerdos que los unifica.

²⁰ Es interesante plantear el correlato etológico subrepticio a esta situación, en donde la posición de sumisión frente a esa figura dominante fue adaptativa, porque al borrar cualquier indicio de *self*, es decir de autonomía y oposición, se evita representar la imagen de un rival o de una amenaza para el otro hegemónico, logrando mas chances de sobrevivir a la situación de su encuentro.

²¹ Esto podría explicar los micro-episodios de trance o estado crepuscular disociativo, que se suscitan en el interludio entre la sucesión de una identidad a otra, fenómeno observado en algunos casos de TID.

self que implicaron encuentros positivos, cristalizándose *a posteriori* y como respuesta a la existencia de estos otros dos roles o identidades disociadas de víctima y victimario, con mayor aporte de las fuerzas plásticas de la fantasía.

La génesis de las entidades en el TID variante posesiva

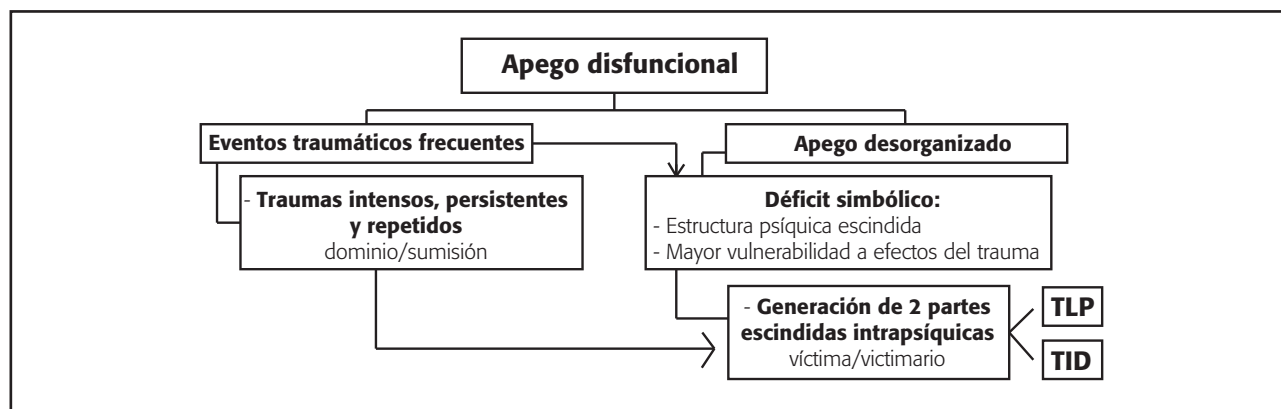
Antes de concluir, se puede colegir que lo expuesto se puede aplicar a la variante posesiva del TID de acuerdo al DSM-5, antes incluida en los trastornos disociativos no especificados del DSM-IV.

En ésta, los estados disociados del *self* que se organi-

zan como identidades en el TID, lo hacen como entidades en la variante posesiva, valiéndose de las imagos que la comunidad de origen proporciona, pertenecientes a un panteón de divinidades del sistema de creencias religioso imperante. Estas últimas comportan una serie de rasgos en el modo de ser y actuar, ofreciendo una imagen en la cual las partes disociadas de la personalidad pueden identificarse, y a través de ellas acceder a recuerdos o vehicular tendencias, impulsos o deseos escindidos del patrimonio de la identidad anfitriona.

De esta manera, la conflictiva entre múltiples partes disociadas del *self* se dirime en un escenario místico religioso de pugnas entre fuerzas cósmicas y distintas divinidades,

Cuadro 6. El origen de la estructura escindida de la personalidad y de las partes víctima/victimario disociadas.



- En el contexto de un apego disfuncional, en donde el cuidador no cumple la función de madre suficientemente buena, son más frecuentes los eventos traumáticos y la instauración de un estilo de apego desorganizado. La consecuencia es una falla en la adquisición de las competencias simbólicas, las cuales al ser deficitarias promueven el desarrollo de una estructura psíquica escindida con mayor vulnerabilidad a los efectos del trauma. Cuando estos acontecimientos traumáticos en el ámbito de apego son intensos, de manera tal que amenazan seriamente la integridad psicofísica del infante, y se repiten en el tiempo persistentemente, terminan por generar en este marco de déficit simbólico y estructura escindida al cual también contribuyen, una división en 2 partes prevalentes y prototípicas. La alternancia de estas determinará los ciclos de idealización y devaluación del sí mismo y el otro característico del *borderline*, y las identidades víctima/victimario en el caso más grave de escisión, el TID, en donde además la desagregación de la identidad es marcada y supera estas dos partes.

Lo anterior implica que ese vínculo traumático con los respectivos roles de dominio y de sumisión se codifiquen en un formato procedural-emocional sin posibilidad de conexión con el resto de los estados del *self* integrados en la narrativa autobiográfica de la personalidad anfitriona. Esta exclusión del relato prevalente como consecuencia del dilema de apego y la re-experimentación del trauma que despertaría la reflexión consciente de este estado del *self* traumático, determinará una elaboración histórica declarativa paralela que finalizará en la constitución de una identidad discreta en el TID.

trasmutando la conflictiva intrapsíquica en otra mitológica comunitaria, que la refleja. El porqué en algunas latitudes esta estructura de la personalidad disociada se manifiesta como TID clásico o conforme a su variante posesiva, depende de la cosmovisión de la cultura o subcultura a la cual pertenece.

Conclusiones

A luz de estos abordajes conceptuales, el trastorno de identidad disociativo es concebido como una variante dentro de un espectro de trastornos disociativos que comienza a dibujarse en el horizonte. Diferenciándose de aquellos trastornos efectos de traumas tardíos que

irrupen en un psiquismo ya conformado, como el TEPT, se yergue otro grupo de trastornos que ostentan como denominador común una estructura de la personalidad disociada u organización escindida, producto de traumas tempranos, repetidos e intensos ejercidos en el contexto de apego. Estos al ser perpetrados por la figura que debiera velar por el cuidado del infante y propiciar el desarrollo de su psiquismo y de sus competencias simbólicas al operar como madre suficientemente buena, generan la disociación de contenidos constitutivos de la personalidad, impidiendo que esta se estructure de manera coherente y cohesiva. De esta forma tanto el TID como varios trastornos de la personalidad, incluyendo gran

²² Son intentos de apropiación de esos estados al representarlos y significarlos, solo que de manera desconectada de la narrativa autobiográfica prevalente. Esta elaboración a posteriori se ira hilando con cada reactivación de estos estados, ya sea por persistencia de iguales encuentros traumáticos, o a partir de estímulos fragmentarios que lo evocan.

parte de los descriptos por el DSM-5 como *borderlines*, son dialectos de un mismo desorden, solo diferenciándose por un aspecto cuantitativo, en donde los estados del *self* contradictorios y oscilantes están más escindidos en el TID, al extremo de separarse por brechas de amnesia total, mientras que en el caso *borderline*, lo están menos, permitiendo un sentido de identidad un poco más unificado, aunque inestable.

Como puede apreciarse no existe un factor etiopatogénico excluyente, sino una imbricación entre trauma, disociación y apego disfuncional, lo cual se evidencia con la ayuda del psicoanálisis relacional y de las relaciones objetivas, a través de sus conceptos de estados del *self*, y madre suficientemente buena, y también gracias a la tradición cognitivo-conductual y la noción de dilema de apego (*Betrayal Trauma Theory*), lo que en conjunto permite crear intersecciones que habilitan una nueva perspectiva

integral sobre estos trastornos con las consiguientes repercusiones en el abordaje terapéutico. Así se entiende como un apego disfuncional al comprometer la maduración de las capacidades de simbolización del infante, condiciona a que exista un bajo umbral para la disociación y, por ende, una mayor vulnerabilidad al trauma; y también como la repetición de eventos traumáticos intensifica el compromiso de estas capacidades, siendo el apego disfuncional y el trauma dos caras de una misma moneda. El Cuadro 6 grafica esta integración de saberes.

Gracias a este diálogo de perspectivas se logra avizorar cómo se gestan las identidades disociadas, las cuales se construyen a partir de estos IWM o estados del *self* disociados, consecuencia del apego disfuncional y traumático, factores que obstaculizan su integración y con ella la posibilidad de arribar a un sentido de la identidad que no se deshoje en una multiplicidad sufrante ■

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition (DSM IV). Text Revised. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition: DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Loewenstein RJ, Putnam FW. The dissociative disorders. En: Sadock, Sadock; editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th ed. Vol. 1. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Cortese RE. Capítulo 6: Trastornos disociativos. En: Monchablon A, Derito N (eds.). *urgencias en psiquiatría: trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Editorial Scien; 2014.
- Howell E. understanding and treating dissociative identity disorder, a relational approach. Chapter 3: the we of me. personality organization in DID. Taylor & Francis e-Library; 2011.
- Ross CA, Ness L. symptom patterns in dissociative identity disorder patients and the general population. *J Trauma Dissociation* 2010; 11: 4: 458-68.
- Howell E. understanding and treating dissociative identity disorder, a relational approach. Chapter 7: dissociated self-states: creation and contextualization. Taylor & Francis e-Library; 2011.
- Howell E. understanding and treating dissociative identity disorder, a relational approach. Chapter 2: the dynamic unconscious and the dissociative structure of the mind. Taylor & Francis e-Library; 2011.
- Howell E. understanding and treating dissociative identity disorder, a relational approach. Chapter 5: dissociated self-states, trauma, and disorganized attachment. Taylor & Francis e-Library; 2011.
- Howell E. The dissociative mind. Chapter 2: the self in context: unity and multiplicity. Taylor & Francis Group; 2005.
- Howell E. The dissociative mind. Chapter 3: pioneers of psychodynamic thinking about dissociation Janet, Freud, Ferenczi, and Fairbairn. Taylor & Francis Group; 2005.
- Rieber R. The bifurcation of the self: the history and theory of dissociation and its disorders. Chapter 1: the roots of multiple personality disorder/dissociative identity disorder. Springer Science+Business Media, Inc.; 2006.
- van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K. An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress* 2005; 18: 413-23.
- Howell E. The dissociative mind. Chapter 5: hybrid models. Taylor & Francis Group; 2005.
- Mosquera D, González A, van der Hart O. Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Revista persona* 2011; (1): 10-40.
- Steele K, van der Hart O, Nijenhuis ER. Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *J Trauma Dissociation* 2005; 6 (3): 11-53.
- Howell E. The dissociative mind. Chapter 6: attachment theory and dissociation. Taylor & Francis Group; 2005.
- Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev Psychopathology* 2009; 21: 1355-81.
- Melero R, Cantero MJ. Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud* 2008; 19 (1): 83-100.
- Soares I, Dias P. Apego y psicopatología en jóvenes y adultos. *Int J Clin Health Psychol* 2005; 7 (1): 177-95.
- Howell E. The dissociative mind. Chapter 7: attachment-based dissociation: a different view of splitting. Taylor & Francis Group; 2005.
- Gillig P. Dissociative identity disorder: a controversial diagnosis. *Psychiatry (Edgemont)* 2009; 6 (3): 24-9.
- Wapner J. Metaclínica de los bordes: patologías límites y déficit narcisista, abordaje psicoanalítico. Capítulo 9: angustias de intrusión y separación; las patologías límites en la teoría de Winnicott. 2ª ed. Buenos Aires: Letra Viva; 2006.
- Gabbard G. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Capítulo 1: los principios básicos de la psiquiatría psicodinámica. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2000.
- Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48; 1129.
- Barlow M, Freyd JJ. Adaptive dissociation: information processing and response to betrayal. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. 2009. p. 93-105.
- Howell E. Understanding and treating dissociative identity disorder, a relational approach. Chapter 6: some neurobiological correlates of the structure and psychodynamics of dissociated self-states. Taylor & Francis e-Library; 2011.
- Howell E. The dissociative mind. Chapter 8: projective identification: blind foresight. Taylor & Francis Group; 2005.