



DISOCIACIÓN COMO DEFENSA AL TRAUMA: CASO CLÍNICO DE FUGA DISOCIATIVA

Angie Madrigal Bonilla*

RESUMEN

La disociación es entendida como aquel proceso en el que las experiencias y los sucesos psicológicos normalmente relacionados están desprendidos entre sí y dan lugar a una distorsión de la experiencia aprendida con alteraciones sutiles y profundas en la interpretación del significado de los sucesos personales e interpersonales.

La relación entre Trauma y Disociación, se define como un mecanismo de defensa, en el cual el papel inicialmente adaptativo de la disociación, es amortiguar el impacto de la experiencia traumática, sin embargo, se convierte en un proceso desadaptativo que interfiere seriamente en el funcionamiento normal de la persona, ya que al entrar en trance que tienen tanto los pacientes de TEPT como los que padecen de cuadros disociativos es que deja de ser voluntario: entran en trance en forma automática y sin control alguno, y éste adquiere vida propia. En esto consiste el mecanismo de disociación.

A continuación, se describe un caso clínico que refleja dicho mecanismo.

Palabras clave: Disociación, Fuga Disociativa, Trastorno Histriónico de Personalidad, Trauma.

ABSTRACT

Dissociation is understood as the process in which the experiences psychological events usually related are torn apart and give rise to a distortion of the learned experience usually accompanied with alterations in the interpretation of the meaning of personal and interpersonal events, those alterations varies in profundity

The relationship between Trauma and dissociation, is defined as a defense mechanism, in which the initially Adaptive role of dissociation, is used to cushion the impact of the traumatic experience, however, becomes a maladjusted process which interferes seriously with normal person's functioning, since being in a trance due to PTSD or a dissociative phenomena is never voluntary: In both cases they come into trance automatically and without any control, as they were alive by itself. This is the dissociation mechanism.

This article is a clinical case presentation case related to dissociative phenomena related to PTSD

Key words: Dissociation, Dissociative fugue, Histrionic Personality Disorder, trauma

*Máster en Psicología Clínica. Residente de primer año del Programa de Posgrado de Psicología Clínica UCR-CENDEISSS, email: angie.madrigal@gmail.com



CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre de masculino de 48 años que ingresó a nuestro centro médico, referido de un centro hospitalario del tercer nivel del área metropolitana, por sintomatología disociativa e intento de autoeliminación severo por intento de ahorcamiento.

Al llegar a nuestro centro médico refiere llamarse Juan e indica desconocer datos de su historia. Se muestra desorientado y suspicaz al entorno. Conforme avanza su internamiento, indica recordar llamarse de otra forma y ser ciudadano de un país del norte pero su origen es Latinoamericano, logra aportar algunos datos, los cuales coinciden con su identidad, según la investigación de Trabajo Social en la Embajada correspondiente por su condición de extranjero.

De esta manera, se aclara historia longitudinal, donde se recopila datos tales como:

El usuario reside en el extranjero, es pensionado por invalidez hace 10 años y recibe ayuda de su país.

Comenta dentro de sus antecedentes patológicos personales, poseer una hernia discal con compresión radicular, para lo cual ingiere tratamiento con opiáceos. Dicha lesión se da durante su servicio militar hace 20 años. En esa ocasión, sufrió también de una crisis de ansiedad. Cuenta con control psicoterapéutico, el cual no mantiene actualmente, pero sí asiste a control con psiquiatría.

Refiere ser hijo único de ambos padres, descarta complicaciones durante el embarazo y/o parto. No precisa si tuvo retrasos en su desarrollo psicomotor ni en el control de esfínteres. Recuerda que en la edad escolar,

era buen estudiante pero se describe “como reservado y de pocos amigos”.

Su madre muere de cáncer cuando éste tenía 10 años de edad, por ello, recuerda esta época como difícil. Posteriormente, su padre se casa con otra mujer, quién tenía 10 hijos. Manifiesta que su padre lo dejó viviendo solo. La relación con su madrastra la describe conflictiva; así como con su padre donde impresiona con un vínculo distante. Posteriormente al completar sus estudios secundarios, decide trasladarse a vivir a un país de Norteamérica, en compañía de un familiar. Ingresa a las Fuerzas Armadas de ese país, realizando tareas en el área de comunicación, donde su responsabilidad era traducir y enviar códigos secretos de ubicación, entre otras. Refiere que durante esta época, se sentía muy tenso, provocándole un “colapso”, que lo precipitó un internamiento en un Hospital de la Armada por 10 días. No se enlistó de nuevo, y se dedicó a trabajar en Fábricas durante un año. Sin embargo, debido a su lesión lumbar, se incapacitó.

En cuanto a las relaciones interpersonales, señala que ha tenido varias parejas, y convivió en unión libre con una mujer durante dos años; quién cuenta con una niña de dos años, producto de una relación previa. No obstante, la relación de pareja se disuelve hace 10 años; el usuario se refiere a esto, como una experiencia “muy dolorosa” y considera que esto ha repercutido significativamente en su vida social. Precisamente, su padre también fallece hace 10 años.

La tía abuela que lo asume, se enferma de cáncer cuando éste todavía era un adulto joven, causándole la muerte al poco tiempo. Esta tía constituyó una persona significativa en la vida del usuario, señala que aún “le duele su muerte”.



Acostumbra cambiar constantemente de lugar de residencia, sin ninguna causa específica, argumenta: ¡me gusta!”. Actualmente comenta que hace 6 meses está sufriendo de “hostigamiento sexual”, por parte del casero que administra los apartamentos donde vive. Estos acosamientos consisten en propuestas sexuales, el usuario indica que al no corresponderle, lo hostiga con otras cosas, como revisarle sus pertenencias. En relación a esto, detalla que en una ocasión despertó en su casa, luego de varios días de no recordar nada, durante este tiempo afirma que el casero le quitó varias cosas de su apartamento, cuando despertó le dijo que le había impuesto una “orden de desalojo por no pagar la renta”. Agrega que este hombre lo vigila y se ríe de él.

Comenta que esta situación incrementó su nivel de estrés, al punto de ocasionarle alteraciones en el patrón del sueño y alimentación, labilidad afectiva y aumento del malestar físico.

Dice que ha establecido denuncias en contra el casero, pero no existe aún una resolución legal. Comenta que ante estas circunstancias surgieron deseos de morir, sin estructurar un plan determinado; así como deseos de “partirse en mil pedazos y hacer mil cosas a la vez”. No obstante, indica que se paraliza, aunque sus intenciones son “salir corriendo en varias direcciones a la vez”.

Para lo anterior, ha tenido tratamiento psiquiátrico, pero no recuerda el nombre de su médico. Actualmente desconoce cómo llegó a nuestro país, ni cuánto tiempo ha permanecido acá. Afirma que su último recuerdo es en camilla del hospital San Juan de Dios, donde le estaban suturando su herida.

No obstante, comenta que anteriormente había tenido una experiencia similar con una

psicóloga que lo veía en su país de residencia, cuando al acudir a la cita, la psicóloga le mencionó que “él había cancelado la cita por teléfono, y que tenía una voz extraña como de otra persona”, y le dijo palabras soeces, por lo cual decidió no atenderlo más. Agrega que posteriormente acudió a otro especialista, quién le práctico hipnosis clínica, pero no recuerda que sucedió ni por qué dejó de asistir.

Además recuerda experiencias de ser saludado por gente desconocida en vía pública, que afirmaban conocerlo.

Cabe destacar que Trabajo Social realizó una investigación, donde los datos son coincidentes con los brindados por la Embajada, y se descartó procesos legales pendientes en su estado de Residencia ni en otros. Por lo cual, al parecer no se encuentra evidencia de posibles ganancias secundarias a su escape de su país de Residencia. Así mismo, las pruebas psicológicas evidencian confiabilidad dentro de los resultados.

Al encontrarse orientado en tiempo, espacio y persona; se inicia proceso de evaluación psicodiagnóstica en lo referente a pensamiento y personalidad, con el usuario. De esta forma, se comienza con la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI-2 y Test Rorschach.

En relación a actitud, apariencia y conducta al momento de la evaluación, se evidencia normobúlico, con lenguaje comprensible y tono de voz adecuado. Mantiene contacto visual y un trato respetoso. Impresiona afecto eutímico de fondo ansioso. Discurso coherente, pensamiento real, taquipsíquico y circunstancial. Se descartan alteraciones sensorio-perceptivas. Niega Ideación Suicida e Ideación Homicida al momento de la valoración.



Consciente, orientado globalmente, con atención normovigil y normotenaz. Evidencia recursos intelectuales conservados al igual que las funciones cognitivas superiores, aunque reporta episodios amnésicos; juicio crítico apropiado, Insight parcial sobre las razones que mediaron para su internamiento.

Los resultados de las pruebas a nivel general refieren que el usuario posee capacidad para pensar en forma lógica y coherente. Muestra un afecto depresivo, así como rasgos de personalidad centrados en sí mismos, con preocupaciones frecuentes a nivel somático, actitud demandante, lo que se ve reflejado en el desarrollo de relaciones sociales interpersonales. El análisis detallado de las pruebas aplicadas permite observar lo siguiente:

A nivel de **pensamiento**, el Test de Rorschach muestra que el usuario es capaz de percibir el entorno de manera realista. Sin embargo, ante períodos de estrés muy elevados podría mostrar alteraciones de pensamiento en forma encubierta, tal como lo refleja la subescala Sc 6 del MMPI-2 (Experiencias sensoriales extrañas, $T=79$), donde el usuario reporta sentimientos de cambio de la percepción del yo; a la vez en algunas ocasiones podría presentar distorsiones a nivel de su imagen corporal. Lo anterior, es congruente con lo comentado por el usuario a lo largo de las sesiones de evaluación.

En cuanto al afecto, se evidencia a través del Test Rorschach y MMPI-2 (escala de Depresión, $T=83$) que el usuario es susceptible a episodios depresivos. En el MMPI-2, la subescala Depresión subjetiva, ($T=76$) refleja negación de alegría, falta de energía y desesperanza. Así mismo, el MMPI-2 también refleja en la sub escala de Retardo psicomotor

($T=76$) tendencia por parte del usuario a mostrar enlentecimiento en su ejecución de diversas actividades, disminuyendo su eficacia.

A través del Rorschach se muestra que el estrés situacional crea más demandas de las que el usuario puede hacer frente con sus capacidades de adaptación y afrontamiento, esto puede reducir su nivel usual de efectividad para resolver problemas. El exceso de estrés impuesto sobre la preexistencia de pocas capacidades de afrontamiento, desencadenan un estado de vulnerabilidad. De esta manera, al poseer pobre control de sus emociones, en circunstancias percibidas como amenazantes, el usuario podría estar propenso a mostrar desorganización, ansiedad, y sintomatología depresiva.

Así mismo, en relación al **concepto personal**, de acuerdo al Test de Rorschach tiende a valorarse a sí mismo desfavorablemente, lo cual recrudece sus episodios de depresión, provocando actitudes negativas hacia sí mismo y una sensación de insatisfacción personal.

Por otra parte, la prueba MMPI-2 en la escala de Hipocondriasis, ($T=78$) refleja en el usuario preocupación constante centrada en la salud y su funcionamiento somático. Sin embargo, es importante recalcar que el usuario tiene una condición médica real en la columna vertebral, lo cual intensifica dichas preocupaciones. De la misma manera, la escala Histeria conversiva ($T=93$) y Lasitud- Malestar ($T=76$) señalan que pese a la preocupación que podría manifestar el usuario en el funcionamiento físico y mental, se esfuerza por mantener una buena apariencia con el objetivo de no hacer evidente a otros su necesidad de atención y falta de seguridad. Así, la prueba MMPI-2 evidencia que el usuario podría utilizar como



estrategia de resolución la conversión del afecto; además tiende a utilizar el mecanismo de defensa de racionalización.

Lo anterior repercute en las **relaciones interpersonales**, donde se puede apreciar en el Test Rorschach una limitada capacidad para establecer vínculos cercanos con otros, aunque el usuario demuestre interés en la interacción social.

DISCUSIÓN

La disociación es entendida como aquel proceso en el que las experiencias y los sucesos psicológicos normalmente relacionados están desprendidos entre sí y dan lugar a una distorsión de la experiencia aprendida con alteraciones sutiles y profundas en la interpretación del significado de los sucesos personales e interpersonales.

Ha sido descrita desde hace 100 años, cuando Freud colaboró con Breuer para escribir un tratado sobre la histeria, al mismo tiempo Janet escribió acerca de la disgregación de la personalidad. En esa época, Freud y Breuer declararon que lo que se denominaba una “doble consciencia” era una descripción errónea del proceso de represión y una debilidad del yo. Por su parte, los discípulos de Freud, llevaron el psicoanálisis al mundo anglófono, al mismo tiempo que Breuer acuñaba el término de esquizofrenia (“mente dividida”), y el trabajo de Janet fue eclipsado, ya que las divisiones en la mente disociativa se combinaron con la esquizofrenia. No fue hasta la década de 1980 cuando empezó a corregirse este error con una nueva literatura sobre lo que se llamó Personalidades Múltiples.

Actualmente, no existen buenos modelos experimentales de represión, mientras que la evidencia de disgregación de los procesos mentales o disociación conforman una literatura científica creciente. El psicoanálisis y la psiquiatría contemporánea se apartan de la teoría estructural de Freud, ello, yo y superyó, y están incluyendo estudios sobre la Teoría del Vínculo.

De esta manera, una confluencia de trabajos de diferentes disciplinas han llegado a la conclusión de que un “modelo de la mente” es el de los “estados de la mente” como los bloqueos básicos de la mente.(4)

Ante estas circunstancias, es posible que la disociación referida a procesos de despersonalización, desrealización, microamnesias, confusión de Identidad y alteración de la identidad, puedan ser suscitados como consecuencia de un evento traumático.

TRAUMA – DISOCIACIÓN

Al hacer alusión al trauma, es remontarse en la historia donde han quedado numerosos recuerdos o “heridas de la humanidad” de eventos dolorosos registrados como huellas de nuestra memoria. Investigar el trauma psicológico es enfrentarse cara a cara con la vulnerabilidad del ser humano, que queda a expensas ya sea de un evento de la naturaleza o del “mal” promovido en la raza humana. Es por ello, que al hablar de trauma nos referimos a su origen griego, que quiere decir “herida. (7)

En numerosos trabajos se ha afirmado que el trauma agudo o crónico es un antecedente común de los fenómenos disociativos. Cuando se produce un acontecimiento traumático, en



numerosas ocasiones aparecen reacciones agudas de tipo disociativo, normalmente de corta duración, que tienden a desaparecer de forma espontánea. (6)

Este tipo de reacciones ayuda a la persona a preservar el control en una situación en la que su integridad física y psicológica se ve amenazada. Sin embargo, en otras ocasiones los síntomas disociativos ocurren de forma periódica provocando un estrés significativo en la persona que los padece. (6)

Por su parte, Solvey y Ferrazano, indican que ante estas categorías, el usuario podría presentar la presencia de insensibilidad al dolor, despersonalización y desrealización, síntomas también presentes en procesos de disociación. (7)

De esta forma, Gabbard (4) señala lo siguiente en referencia a la asociación de criterios diagnósticos de la disociación y experiencias de trauma:

1. Las experiencias abrumadoras asociadas a amnesia disociativa y fuga disociativa pueden estar relacionadas con sentimientos intensos e intolerables, intenso conflicto intra psíquico, circunstancias externas terribles o sucesos traumáticos explícitos.
2. Las experiencias abrumadoras asociadas al trastorno de identidad disociativa casi invariablemente implican un trauma en la infancia, como malos tratos, abandono, circunstancias externas terribles o enfermedad médica y tratamiento dolorosos. La confusión o la alteración de identidad se asocian al trastorno de identidad Disociativa y en los casos de fuga Disociativa que implican la

formación de una identidad alternativa. En la amnesia Disociativa y en los casos de fuga Disociativa sin la formación de una identidad alternativa, la identidad se ve afectada porque el sentimiento de sí mismo del individuo, varón o mujer, está distorsionado por el fracaso en integrar información importante o conflictos intra psíquicos o sentimientos intensos e intolerables.

Al apreciarse la comorbilidad entre los síntomas de disociación y eventos de trauma, es importante retomar la psicobiología de las áreas cerebrales implicadas en las respuestas del individuo. En referencia a esto, Le Doux acota lo siguiente:

“Cuando cierta región del cerebro se daña, animales y humanos pierden la capacidad para apreciar la significación emocional de ciertos estímulos sin pérdida en la capacidad para perder el estímulo. La representación perceptual de un objeto y la evaluación de la significación emocional de ese objeto son procesados por separado en el cerebro”

En esta línea, Frewen y Lanius, en el artículo “Neurobiología de la disociación: unión y desunión de mente- cuerpo – cerebro”, realizan una revisión de estudios de la correlación neutral de las experiencias disociativas valoradas por neuroimagen funcional a través de tomografía por emisión de positrones (PET) y Resonancia Magnética (RMf) con referencia a las definiciones psicológicas de organización de Van der Kolk, disociación primaria, secundaria y terciaria.

Disociación Primaria: se refiere a la intrusión en la consciencia consciente de recuerdos traumáticos fragmentados, principalmente en forma sensorial más que verbal: “Los



recuerdos del trauma se experimentan inicialmente como fragmentos de los componentes sensoriales del suceso como imágenes visuales, sensaciones olfatorias auditivas o cinéticas u oleadas intensas de sentimientos”.

Los hallazgos existentes están generalmente de acuerdo con las observaciones clínicas que sugieren que, en lugar de procesar los recuerdos traumáticos de manera reflexiva, las respuestas disociativas primarias en el TPET implican revivir de forma emocional y fenomenológicamente los recuerdos traumáticos como si estuvieran ocurriendo en el momento del recuerdo. Estas experiencias pueden corresponder a la hiperrespuesta inicial de la amígdala a los estímulos desencadenantes de miedo del trauma, aumentando temporalmente la salida de asociaciones sensoriales registradas en las regiones somatosensoriales occipital y parietal, y suplantando la influencia sobre la consciencia de asociaciones simbólicas mediadas por el lenguaje y que inducen afecto menos inmediatamente. El aumento de la salida de representaciones de memoria sensorial traumática puede superar la entrada de estímulos talámicos sensoriales sobre la corteza, lo que da lugar a distorsiones de la percepción derivadas de la memoria traumática que invaden la consciencia.

Disociación secundaria: refiere el “abandono” mental del cuerpo y la observación de lo que ocurre desde cierta distancia durante los momentos del trauma.

El autor subraya que este distanciamiento psicológico de la propia consciencia consciente limita el dolor y el distrés y “saca

a las personas fuera del contacto con sus sentimientos y las emociones relacionadas con el trauma, los anestesia...”. Las respuestas disociadas secundarias no mostraron el aumento significativo de la frecuencia cardíaca típicamente asociada con las respuestas de revivir disociaciones primarias. Esta respuesta sugiere una posible supresión reforzada de los circuitos de emoción límbica en la disociación secundaria. Sin embargo, el aumento de la activación del lóbulo temporal en la disociación secundaria es consistente con la hipótesis que establecen un paralelismo entre la despersonalización inducida por un trauma psicológico y las experiencias provocadas por la epilepsia del lóbulo temporal. De esta forma, en las experiencias disociativas secundarias, en combinación con la actividad distribuida temporoparietal, es consistente con una supresión del afecto corporal.

Disociación Terciaria: se refiere al desarrollo de “estados del yo que contienen una experiencia traumática o identidades complejas con patrones cognitivos, afectivos y conductuales distintivos.” También afirman que los estados o las identidades pueden representar diferentes emociones o diferentes componentes de una o más experiencias traumáticas y son centrales al perfil diagnóstico de trastorno de identidad Disociativo. Se sabe poco acerca de la neurobiología subyacente a la disociación terciaria. Hallazgos claves recientes observan que la desorganización del vínculo y el trauma relacional que ocurre precozmente en la infancia son predictores importantes de experiencias disociativas, declaradas posteriormente durante la adolescencia y la vida adulta. Estos hallazgos probablemente son paralelos a la naturaleza plástica y



susceptible del micro arquitectura del cerebro en este período formativa del desarrollo. Se necesitan futuras estudios de la neuroimagen de la disociación terciaria.

INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Al indagar la incidencia de la disociación en distintas patologías se evidencia investigaciones, donde sobresale el estudio de la prevalencia de los trastornos disociativos en los pacientes psiquiátricos extra hospitalarios.

En este estudio se muestra una prevalencia de un 29% de trastornos disociativos quedando sub registrada a nivel ambulatorio. Dicha incidencia se incrementa en población de condición socioeconómica baja. El aumento de experiencias disociativas entre la población de clase media y clase baja de la localidad en estudio, es consecuencia de experiencias de riesgo social, que podría vulnerabilizar al individuo, para propiciar mecanismos disociativos. (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt y Lipschizts, (3)).

En esta misma línea, el estudio denominado "Patología psiquiátrica en pacientes con crisis no epilépticas psicógenas derivadas a una unidad de epilepsia de un hospital general", se evidencia que de una muestra de 46 usuarios que consultaron en el Hospital Clínico de Barcelona, se registró una tasa de antecedente de experiencias traumáticas del 30, 43% con un sub registro de experiencias disociativas (1).

Por otra parte, en el artículo "Trastornos disociativos en mujeres con trastorno alimentarios", no se concluye resultados contundentes en relación si la presencia de trastornos disociativos son exclusivos en

mujeres con trastornos alimenticios, esto debido al reducido tamaño de la muestra, sin embargo sí se aprecia que en la muestra total de 34 mujeres, un 47% reportan antecedentes de abuso sexual y presentan a su vez, síntomas disociativos. No obstante, los autores aclaran que un 53% no presentan experiencias de abuso sexual, pero si son claros los procesos de disociación (3). De esta manera, a través de estudio de Oberst, Baltá, Sánchez y Rangil se aprecia la correlación del trauma de índole sexual y/o doméstico con mayor incidencia de la sintomatología Disociativa. (3)

En relación a esto, Solvey y Ferrazano destacan que hasta hace algunos pocos años se subestimaban la frecuencia e intensidad de los hechos de violencia que son una rutina habitual en la vida cotidiana, doméstica y sexual de muchas mujeres. En los años setentas Ann Burgess y Linda Holstrom describieron los efectos psicológicos de la violencia suscitada a partir de las experiencias dadas en la Sala de Emergencias del Hospital Boston, donde fueron estudiados 92 mujeres y 37 niños sobrevivientes de abuso sexual y violación (7).

A partir de este estudio, se describió el "síndrome de víctima de violación", donde se ve que estos pacientes experimentan la violación como un episodio que pone en riesgo su vida, con miedo a la mutilación y a la muerte, sufriendo de insomnio, náuseas, hiperalerta y pesadillas; así como síntomas disociativos o de anestesia. Estos cuadros se asemejan a los padecidos por los veteranos de guerra que estuvieron en combate (7).

Después de 1980, cuando se legitimó el concepto de estrés postraumático, se pudo ver claramente que el síndrome psicológico observado en sobrevivientes de violación,



violencia doméstica (mujeres o niños golpeados) e incesto era el mismo que el observado en veteranos de guerra. Los tres estudios comenzaron a fundamentar el concepto de trauma psicológico (7).

CONSIDERACIONES FINALES

En el caso clínico que se presentó la sintomatología clínica disociativa debutó posterior al regreso del usuario de la Guerra. Sin embargo, en su historia clínica se registran antecedentes asociados a experiencias traumáticas durante la infancia, tal como la muerte de la madre, dificultades de socialización, vínculo distante con su figura parental y posterior abandono de éste, los cuales generaron carencias afectivas, reduciendo sus capacidades de afrontamiento, esto sumado a estresores ambientales que intensifican los niveles de estrés situacional. Añadido a factores heredofamiliares con predisposición a padecer de ansiedad y depresión, incrementando el riesgo y la vulnerabilidad del usuario.

De esta forma, creció en medio de relaciones marcadas por maltrato psicológico, negligencia, abandono y duelos no resueltos. Lo anterior fomentó en el usuario un patrón de desconfianza básica, como resultado de un vínculo primario inseguro con sus figuras parentales (de acuerdo a la Teoría del Apego, del Bolwby), provocando una imagen de sí mismo frágil y vulnerable, percibiendo el mundo como amenazante. A partir de experiencias de crianza lo llevan a dudar de la disponibilidad y respuesta de las figuras de apego, hacia el cual se desarrollan sentimientos de desamparo.

Pese a esto, cuenta con recursos intelectuales y el apoyo de una tía abuela que constituyen factores protectores, que le ayudaron a enfrentarse a circunstancias adversas. Sin embargo, ante la pérdida de su tía, decide en enlistarse en el servicio militar como una manera de buscar “protección y amparo” en el Gobierno; así como desarrollar grupos de pertenencia que le brinden status y reconocimiento.

No obstante, las experiencias de fracaso laboral inciden en niveles de estrés significativos que superan su capacidad de afrontamiento, debido a que se encuentra con una realidad distinta a sus expectativas, generándole frustración y provocando desorganización y recrudeciendo sus conflictos internos.

Ante experiencias de dolor el usuario ha optado por utilizar estrategias de disociación para disminuir su malestar, así como lo manifiesta Spiegel en 1986 (7) el papel inicialmente adaptativo de la disociación, es amortiguar el impacto de la experiencia traumática, sin embargo, se convierte en un proceso desadaptativo que interfiere seriamente en el funcionamiento normal de la persona. De alguna manera, ante experiencias de dolor intenso el ser humano busca estrategias de sobrevivencias, algunas mal canalizada, en un intento de automedicación para obtener el alivio buscado.

De esta forma, el caso clínico que nos ocupa evidencia el mecanismo de disociación a nivel terciario, por cuanto el usuario desarrolla un estado del yo capaz de adquirir vida propia, trasladándose de un país a otro, contando con recursos de sobrevivencia.



Las pruebas psicológicas utilizadas para la valoración del usuario, constituyeron pruebas válidas y confiables para identificar rasgos de personalidad y alteración de pensamiento, las cuales fueron útiles para clarificar en el usuario la presencia o no de psicosis y/o trastornos de personalidad, evidenciando en él experiencias disociativas y no otras patologías mentales.

Si bien existen instrumentos válidos a nivel de evaluación psicológica para la detección de síntomas disociativos, éstos no logran discriminar sintomatología diferencial entre el cuadro disociativo y otras patologías.

A partir del caso expuesto, se determina que es preciso ampliar la investigación a fin de aclarar los factores personales como lo son aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y funcionamiento de personalidad. A la vez, los factores ambientales que desencadenan la probabilidad de procesos disociativos ante experiencias de trauma.

De esta manera, el clínico podrá determinar factores de riesgo y protectores en los usuarios, así como realizar diagnósticos diferenciales, y/o identificar comorbilidades entre entidades clínicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baillés, E., Pintor, L., Torres, X., Fernández – Egea, E., De Pablo, J., y Arroyo, S. Patología Psiquiátrica en pacientes con crisis no epilépticas psicógenas derivados a una unidad de epilepsia en un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2004; 32 (1-2-3): 76- 81
2. Chefetz, R.. *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica: Trastornos Disociativos: una ventana abierta a la psicobiología*. Masson. España. 2006; 29 (1).
3. Foote, B, Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. y Lipschitz, D. Prevalencia de los trastornos disociativos en los pacientes psiquiátricos extrahospitalarios. *The American Journal of Psychiatry*. 2006; 9 (6): 332-338.
4. Gabbard, G. *Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos: Tomo II*. Washington: American Psychiatric Publishing. 2009.
5. Lescano, R. *Trauma y EMDR: un nuevo abordaje terapéutico*. 1° ed. Buenos Aires: EMDRIA Latinoamérica, 2004.
6. Oberst, U., Baltá, M., Sánchez, L. y Rangil, T. Trastornos disociativos en mujeres con trastornos alimentarios. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 2001; 28 (2): 284-290.
7. Pérez, S. y Galdón, J. Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2003; 8 (2): 85-108.