

## T.8 TRASTORNOS DISOCIATIVOS

### I. INTRODUCCIÓN

### II. DELIMITACIONES CONCEPTUALES

#### **A. EL CONCEPTO DE DISOCIACIÓN**

Los trastornos disociativos tienen la peculiaridad de contener en su denominación el mecanismo específico que le da lugar (su etiología).

Disociación = separación estructurada de los procesos mentales (pensamientos, emociones, conciencia, memoria e identidad) que normalmente están integrados.

Orígenes: se encuentran en la primera psiquiatría dinámica aunque sus antecedentes más lejanos se remontan en las prácticas cristianas asociadas con la cura de almas, en el mesmerismo, en el magnetismo animal o en la hipnosis.

El concepto de disociación fue descrito satisfactoriamente por primera vez por **Janet**.

- Identificaba las estructuras elementales del sistema mental como **automatismos psicológicos**.
- Cada automatismo unía cognición, emoción y motivación con acción, reflejando la trilogía de la mente.
- El repertorio completo de automatismos psicológicos estaba unido en un único y unificado flujo de conciencia, accesible a la conciencia fenoménica introspectiva y al control voluntario.
- Sin embargo, bajo ciertas circunstancias podía ocurrir que uno o más automatismos se dividieran del resto, funcionando fuera de la conciencia e independientemente del control voluntario (**desagregación/disociación** = ruptura de la vida mental, que normalmente se halla integrada por diversos componentes; y falta de integración entre diversas partes de la personalidad)

Este concepto es ≠ al de **represión** mantenido por Freud:

- ♦ Los automatismos disociados de Janet constituían “ideas fijadas” con **algún grado de autonomía**.
- ♦ los describía como subconscientes (opuestos a inconscientes) y consideraba la represión como uno más de los mecanismos posibles de disociación.
- ♦ El funcionamiento de estos automatismos disociados proporcionaba el mecanismo para los principales síntomas de la histeria: producía ideas, imágenes y conductas que se entrometían en la acción y el pensamiento consciente.

Pero las tesis de Janet fueron oscurecidas por la segunda psiquiatría dinámica, es decir, por los planteamientos freudianos (sexo, agresión, sueños y represión)

¡¡La disociación es considerada desde el principio como uno de los mecanismos de la histeria.

#### **B. EL CONCEPTO DE HISTERIA**

La histeria = T. disociativos + T. somatoformes.

- (1941) Condición en la que los síntomas mentales y físicos (de origen no orgánico) se producen y mantienen por motivos nunca totalmente conscientes, dirigidos a alguna ganancia real o imaginaria.  
Dos elementos importantes: la simulación de un trastorno y la ganancia inconsciente.

CIE-9: “T. mentales en los que los motivos (que parecen inconscientes) producen o bien restricción del campo de conciencia (T. Disociativos) o bien T. de las funciones motoras y sensoriales (T. somatof.: conversión) que parecen tener ventajas psicológicas o valor simbólico.

Actualmente:

- Se evita la noción de “propósito inconsciente”.

- Los actuales sistemas de clasificación no recogen la propiedad de la *belle indifférence*.
- Hay enemigos del término como diagnóstico (ej. Slater); otros subrayan la necesidad de usarlo con precaución.

### **III. LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS**

En común:

1. Está deteriorada la integración de la emoción, la sensación, el movimiento y/o el pensamiento.
  - Pero no hay desintegración como en la esquizofrenia.
  - La compensación puede ser tan buena que haga que no se note.
  - Ausencia de trastorno físico que explique los síntomas.
2. Presencia de estresores psicológicos traumáticos que preceden al trastorno (p.ej. Abusos infantiles)
  - Por ello, a veces se han considerado como variedades del TEPT
  - Los estresores son claros y la relación también (vs T. somatoformes)

### **A. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS**

Por su etiqueta, no es fácil clasificarlos en sistemas ateóricos.

Rasgo común:

- Para el DSM-IV: alteración (repentina o gradual, transitoria o crónica) de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno.
- Para la CIE-10: pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales.

¡¡Ambas emplean el criterio de la función afectada (no del órgano afectado).

Pero también hay ≠:

- La ubicación del T. por conversión (como T. somatoforme vs como T. disociativo)
- El tratamiento y ubicación de la despersonalización (en la CIE está en T. neuróticos)

Hay otros intentos clasificatorios. P.ej. :

-El de **Tyner** basada en la función afectada.

Cuando la disociación afecta al nivel más alto de organización (la personalidad): trast. de personalidad múltiple.

El resto se clasifica de acuerdo con las funciones afectadas.

Quedando así:

1. Disociación de la personalidad: personalidad múltiple.
2. Disociación de conductas complejas: fuga y estados de trance.
3. Disociación de movimientos o sensaciones: histeria de conversión.
4. Disociación de la función cognitiva: amnesia psicógena.
5. Disociación de la percepción: despersonalización.
6. Otros tipos de disociación: trance y estados de posesión, estados de disociación de corta duración en adolescentes y jóvenes adultos y la pseudodemencia histérica o síndrome de Ganser.

-El de **Kihlstrom**:

1. Anestesia disociativa: ceguera/ sordera/analgesia psicógena y otros T. de la sensación y percepción.
2. Parálisis disociativa: afonía psicógena y otros T. funcionales de la función motora.
3. Amnesia disociativa: amnesia, fuga, personalidad múltiple, despersonalización y disociación, y otros T. funcionales de la memoria y la conciencia.

### **Cuadros considerados T. disociativos:**

#### **1. La amnesia disociativa (psicógena)**

La amnesia psicógena es un componente muy común en los trastornos disociativos, pero también existen casos en los que es la característica predominante, siendo por tanto el diagnóstico principal.

Es el diagnóstico grave más sencillo de entender:

Pérdida de memoria personal que no puede explicarse por un olvido normal, enfermedad o daño cerebral. Es típicamente retrógrada. A veces afecta de manera exclusiva a un acontecimiento traumático, y otras, a un lapso de tiempo mayor.

#### **Criterios diagnósticos (DSM-IV- TR):**

- a) La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, demasiado extensa como para ser explicada a partir del olvido ordinario.
- b) La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno disociativo de identidad y no es debida a efectos de sustancias o a una condición médica general.

No existen apenas diferencias con el CIE-10. Pero sí con el DSM-III-R, en este:

- no se señala que los hechos no recordados son de naturaleza traumática o estresante
- la incapacidad se define como repentina.
- se sitúa después del T. de personalidad múltiple y de la fuga psicógena. Y en el DSM-IV y CIE-10 ocupa la 1<sup>a</sup> posición.

**Janet:** Cuatro categorías para las distintas formas en las que podía manifestarse esta anomalía, recogidas por el DSM-III-R:

##### **1. Amnesia localizada:**

- es el tipo más común
- fallo en recordar hechos que ocurrieron durante un periodo específico de tiempo, normalmente el de las primeras horas siguientes al trauma o del propio hecho traumática.
- bastante corriente entre supervivientes de catástrofes naturales o de delitos violentos.

##### **2. Amnesia selectiva:**

Similar a la anterior pero hay un recuerdo parcial de los hechos que ocurrieron en ese periodo.

##### **3. Amnesia generalizada:**

- pérdida completa de memoria del pasado del paciente
- suele estar presente en la personalidad múltiple.

##### **4. Amnesia continua:**

- desde un punto concreto del pasado, hasta el presente incluyéndolo
- es el único caso en el que existe amnesia anterógrada de carácter psicógeno.

**Nemiah** distingue 3 tipos de amnesia psicógena:

- 1. Localizada:** afecta a un periodo de tiempo que va desde horas hasta semanas.
- 2. Sistematizada:** afecta solo a acontecimientos específicos y al material relacionado con ellos.
- 3. Generalizada:** implica una pérdida transitoria de memoria de la vida completa del individuo (difícil de distinguir de la amnesia de la fuga psicógena).

La amnesia psicógena se puede considerar como una reacción a estresores graves: violaciones, accidentes catastróficos... Tiene una incidencia mayor en tiempos de guerra o tras desastres naturales, pudiendo ser un síntoma de TEPT.

Se pueden encontrar casos en los que la amnesia funcional o psicógena se asocie a daño cerebral.

≠ entre la amnesia psicógena y la orgánica:

- Pérdida de identidad personal (vs) poco frecuente, salvo demencias muy avanzadas.
- Aprendizaje de material nuevo (vs) afectación
- La información olvidada que puede ser recordada mediante hipnosis o barbitúricos (vs) no

¡¡Cuando se diagnostica de amnesia psicógena, nunca se elimina la posibilidad de que se esté fingiendo.

## 2. La fuga disociativa (Psicógena)

Se caracteriza por un estrechamiento de la conciencia, errando lejos del entorno habitual, con amnesia posterior para lo ocurrido.

- Buen contacto con el ambiente; comportamiento adecuado, quizá más desinhibido.
- Puede darse pérdida de identidad, o asunción de otra identidad falsa.
- De pocas horas a varias semanas.
- Puede viajar distancias considerables.
- Marcadas diferencias en incidencia y presentación entre culturas.
- Suelen estar relacionados con estresores importantes como en el TEPT.
- La recuperación se presenta como una conciencia espontánea de la situación. Cuando la situación se resuelve el paciente suele sufrir amnesia lacunar para el periodo de fuga.

### Criterios del DSM-IV-TR:

- a) La alteración predominante es la existencia de un viaje repentino e inesperado lejos del hogar o lugar habitual de trabajo, con incapacidad para recordar el propio pasado.
- b) Confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva identidad (parcial o completa)
- c) La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno disociativo de identidad y no es debida a los efectos directos de una sustancia (drogas) o condición médica general (p.ej. epilepsia del lóbulo temporal).

### ≠ con la CIE-10:

Resalta que no se deteriora el mantenimiento del cuidado básico de sí mismo, ni la interacción simple con extraños (poner gasolina, preguntas por una calle).

### ≠ con el DSM-III-R:

No incluía el criterio b (la confusión sobre la identidad personal) y lo situaba después del T. de personalidad múltiple.

Fisher distinguía 3 tipos de fugas:

1. Amnesia para la propia historia personal, junto con cambio de identidad y nuevo domicilio.
2. Amnesia acompañada de pérdida (pero no cambio) de identidad personal.
3. Regresión a un periodo anterior de la propia vida, con amnesia para el intervalo de tiempo desde el presente hasta el momento en que se situaba la persona, pero sin cambio de identidad. (Este tipo de fuga es difícil distinguir de la amnesia psicógena).

### Factores predisponentes para la fuga psicógena (Kopelman y Pratt):

- Estresores precipitantes: peleas maritales, problemas económicos, guerras...
- Estado de ánimo deprimido
- Intentos de suicidio
- Historia previa de trauma craneal
- Historia previa de abuso de alcohol
- Epilepsia
- Otras neurosis
- Otros factores orgánicos
- Tendencia a mentir

De estos, Pratt destaca dos:

- Suicidio: nunca ha ocurrido durante la fuga, pero puede darse cuando el sujeto ha vuelto en sí, lo que le induce a pensar que la fuga es un sustituto del suicidio en los cuadros depresivos.
- Relación entre haber padecido síndrome amnésico (por trauma craneal, epilepsia o alcohol) y la probabilidad de padecer una fuga psicógena en presencia de depresión o factores estresantes.

Hay que diferenciar el estado de fuga de la fuga epiléptica, la poriomanía y el frenesí ya que comparten sintomatología, pero no etiología.

- El inicio en la poriomanía suele ir precedido de un aura y su duración es sólo de unos pocos minutos, raramente de horas.
- En ambos casos de epilepsia las personas se comportan como si estuviesen intoxicados, sin rumbo. Tb suelen aparecer movimientos azarosos y conductas estereotipadas y violentas.
- En el frenesí (poco frecuente en occidente) parece estar en trance, pudiendo incluso llegar a matar. Después del trance no lo recordará. Más en hombres.

### 3. Trastorno disociativo de identidad (Personalidad Múltiple)

Es un trastorno infrecuente (+ en mujeres) que parece iniciarse en la infancia, aunque no llama la atención hasta mucho después.

#### Crterios según el DSM-IV-TR

- a) Presencia de dos o más identidades distintas o estados de personalidad (cada uno con sus pautas relativamente constantes de percibir, relacionarse y pensar sobre el ambiente y sobre el yo).
- b) Por lo menos, dos de esas identidades o estados de personalidad toman el control de la conducta de la persona de forma recurrente.
- c) Incapacidad para recordar información personal importante que es demasiado extensa como para ser explicada por un olvido ordinario.
- d) No es debida a efectos directos de una sustancia o de una condición médica general. En los niños los síntomas no son atribuibles a compañeros de juego imaginarios o a otros juegos con fantasía.

#### ≠ con el DSM-III-R:

- Cambios de nombre.
- No estaban incluidos los criterios c y d.
- No se hablaba de identidades sino de personalidades y se ubicaba en primera posición.

ii La personalidad múltiple es el único trastorno de personalidad específico que es diagnosticado como trastorno mental.

Se diferencia de los trastornos de personalidad en que pueden darse hasta 100 personalidades en el mismo individuo en diferentes momentos. También se diferencia de "cambio de personalidad" (CIE-10) en que a menudo este es un proceso insidioso y no reversible.

#### Características que distinguían a estas personalidades (Taylor y Martin):

1. La cualidad general de la personalidad como un todo.
2. El ajuste social o corrección de la conducta.
3. La identidad sexual o la orientación heterosexual.
4. Las diferencias en lenguaje, edad o destrezas.
5. La anestesia en una o más modalidades sensoriales o parálisis en uno o más miembros.

Las personalidades pueden aparecer de forma simultánea o sucesiva. **Ellenbergner** clasifica el trastorno en tres categorías:

1. Personalidades múltiples sucesivas (es el caso más usual) con amnesia simétrica o asimétrica (en función de si las personalidades conocen o no a las otras y comparten sus memorias)

2. Personalidades simultáneas (el caso más infrecuente).
3. Agrupaciones de personalidades.

Tipo de conocimiento entre las personalidades:

- a) **Mutuo**: las personalidades pueden conocerse entre sí y existir un continuo de memoria. En este tipo de relación se producen extrañas conversaciones entre personalidades.
- b) **Mutuamente amnésicas**: amnésicas simétricas: ninguna personalidad sabe nada de la otra.
- c) **Amnésicas asimétricas**: existe amnesia en una sola dirección: la personalidad A no conoce nada de la personalidad B, pero la B sí conoce de la A.

**Kihlstrom**: el problema de este trastorno es discernir qué yo es el primario. Criterios:

- Existe la tendencia de identificar la personalidad primaria con la que tiene más cualidades convencionales y socialmente deseables.
- Pero tb a la personalidad que controla la identidad durante más tiempo o a la que se manifiesta con más frecuencia.

¿Cuál es el estado de consciencia de una personalidad cuando no está dominando la consciencia?:

- Se supone que cuando una personalidad no está gobernando la conducta, permanece inactiva en el inconsciente.
- Algunas veces, la personalidad puede vivir una existencia separada por debajo de la superficie, mientras que la otra personalidad domina la consciencia y está en contacto con el mundo exterior: es el estado de **coconciencia** (Prince =el mundo aparece mutuamente conocido por distintas personalidades)

En la práctica clínica es difícil escapar al concepto dinámico de ganancia secundaria ya que las personalidades suelen tener un propósito protector y a menudo sigue a un suceso traumático.

**Sims** duda de la autenticidad de la personalidad múltiple, a menudo considerada como:

- Yatrogénica: creada por el interés del clínico en el caso.
- Simulada: creada por el paciente durante actos delictivos.

Escasos estudios experimentales (y los pocos son estudios de caso único) a pesar de ser uno de los trastornos que más problemas jurídicos y legales plantea (cada vez es apelado con mayor frecuencia).

#### 4. La despersonalización

Este trastorno designa un cambio particular en la consciencia de sí mismo, el individuo se siente como si fuera irreal.

Se suele acompañar de **desrealización** (=el paciente pierde el sentimiento de realidad que tenía de sí mismo o del entorno).

La persona es consciente de estas contradicciones entre su experiencia subjetiva y la realidad objetiva.

**Criterios según el DSM-IV-TR:**

- a) Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse distanciado, o como si uno fuera observador externo del cuerpo o de los propios procesos mentales (sentir como si se estuviera en un sueño).
- b) Durante la experiencia de despersonalización, permanece intacto el sentido de la realidad.
- c) La despersonalización causa molestias clínicamente significativas o deterioros en el funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes.

- d) La experiencia de despersonalización no puede ser explicada por otro trastorno como esquizofrenia, otro trastorno disociativo, ni por trastorno de estrés postraumático, ni trastorno de ansiedad, y no es debido a los efectos directos de una sustancia o a una condición médica general.

**La CIE-10:**

- Incluye en esta categoría experiencias de desrealización y de despersonalización. El DSM-IV solo incluye experiencias de despersonalización.
- No considera que se asocie a molestias notables.

Ambas clasificaciones enfatizan la despersonalización como un síntoma que se da en el T. por angustia, depresión, esquizofrenia, considerándose como un fenómeno secundario. En otras ocasiones, parece ser la experiencia primaria, y los otros síntomas son secundarios.

**Tyrer** señala que la despersonalización parece fuera de lugar dentro de los trastornos disociativos.

Si las características esenciales del trastorno disociativo son los trastornos en la identidad, la memoria o la consciencia, la despersonalización no parece ajustarse a dichas características.

Para él es un T. de percepción alterada casi en una forma pura.

Dirá que es menos un trastorno de identidad de lo que pueda ser un trastorno de personalidad límite o un transexualismo.

En las clasificaciones previas a la despersonalización se incluía entre las neurosis.

**5. El trastorno de conversión (la histeria de conversión)  
(EL PUNTO 5 NO ENTRA PARA EXAMEN)**

**6. El Síndrome de Ganser**

Descrito por Ganser como síndrome de las respuestas aproximadas (*Vorbeireden*) (=respuestas erróneas pero muy cercanas a la respuesta correcta).

En la descripción original de Ganser también estaban presentes: trastornos de conciencia, estigmas históricos, amnesia para ese periodo, historia reciente de daño cerebral, estrés emocional severo, alucinaciones auditivas o visuales.

Este síndrome es bastante infrecuente y según Sims cuando se da en las prisiones es más probable que se dé en los prisioneros que esperan juicio

El DSM- IV lo incluye dentro de los T. Disociativos no especificados.

Sus síntomas aparecen también en otros trastornos psiquiátricos (depresión, esquizofrenia...) y trastornos orgánicos cerebrales. En estos casos se debe clasificar por la patología primaria.

Ha habido una polémica considerable: ¿es primariamente orgánica o histérica?

**B. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Se podría decir que los trastornos disociativos son claros, poco ambiguos y fácilmente identificables ya que las características principales se focalizan en quejas corporales o pérdidas específicas de funciones. Sin embargo, los clínicos se enfrentan a múltiples cuestiones

como: “¿seguro que es psicógeno?, ¿son conscientes o inconscientes?, ¿está fingiendo (especialmente importante en la psicología forense)?

El problema con el diagnóstico de los Trastornos disociativos y los somatoformes es que el investigador no recibe información diagnóstica positiva más allá del primer estadio del diagnóstico: la presentación del síntoma.

Además, se debe excluir cualquier T. físico antes de diagnosticarlo. Y es muy difícil estar totalmente seguros de que se hayan excluido todos.

Algunos indicios para diferenciar entre trastornos disociativos y síndromes orgánicos mentales:

Trastornos disociativos	Síndromes orgánicos mentales
Pérdida de memoria limitada al material psicológicamente significativo. MLP y MCP igualmente afectada.	Pérdida de memorias con significado, así como no importante. MCP más deteriorada que la MLP
Trastornos de identidad (desorientación personal) sin desorientación temporal ni de lugar.	Solo ocurre la desorientación personal si también se da la desorientación temporal y de lugar
Los síntomas agudos mejoran temporalmente con tranquilizantes.	Los tranquilizantes exacerbaban los síntomas
La pérdida de memoria, la confusión o el cambio de personalidad se desarrollan en el contexto de estrés emocional.	Los síntomas se desarrollan en el contexto de una enfermedad física o por el uso de frecuentes sustancias psicoactivas
No hay fluctuación de síntomas, excepto con relación al estrés	Los síntomas fluctúan impredeciblemente
Puede haber historia anterior de conversión u otros síntomas psicógenos	No hay historia de síntomas mentales o físicos psicógenos

Por último, hay otros síntomas parecidos. P.ej. los delirios de pasividad (esquizofrenia).

En ambos la experiencia de actividad se vivencia como fuera del control personal, pero la fenomenología es diferente:

- En la pasividad esquizofrénica existe consciencia del sí mismo, conciencia normal del tiempo y tiene memoria. Lo que ocurre es que se da una pérdida de la atribución personal.
- En los estados histéricos hay disociación del sí mismo (no es consciente del acto y del sí mismo al mismo tiempo). Se produce un deterioro en la unidad del sí mismo.

**IV. ALGUNOS INTENTOS DE EXPLICACIÓN.**

1. **Freud:** En la base de la histeria están los mecanismos de represión y regresión a la etapa fálica.
2. **El conductismo:** el histerismo se mantiene por los refuerzos que suponían las ganancias primarias.
3. **El cognitivismo:** Intenta explicar el mecanismo, la disociación. Y lo hace en la línea de Janet.

Desde el cognitivismo:

- a) T<sup>a</sup> Neo-disociativa de Hilgard.

El aparato mental consta de un conjunto de estructuras cognitivas ( $\approx$  Janet) que supervisan, organizan y controlan el pensamiento y la acción en diversos ámbitos.

Cada una de estas estructuras puede enviar/no inputs y outputs, y están organizadas jerárquicamente. En el vértice hay una estructura de control y supervisión que facilita que se produzca la conciencia fenomenológica y la intencionalidad.

Pero en determinadas circunstancias, el “vértice” se ve obligado a intervenir, interrumpiendo con ello la integración y organización de las estructuras inferiores. Así, se puede romper la conexión entre dos de estas estructuras que pasarán a funcionar independientemente. O bien, se puede romper la conexión entre el vértice y el resto. El resultado será que nos quedamos en un estado de “conciencia dividida”.

Los elementos claves son: la conciencia y el control voluntario.

≠ entre el inconsciente freudiano y la mente disociada:

En la mente disociada:

- Los contenidos no conscientes no se restringen a sexualidad, agresividad.
- Los procesos mentales no conscientes no son necesariamente irracionales o distintos a los conscientes: solo son no accesibles.
- No necesita estar motivada por propósitos de defensa, ni necesariamente tiene efectos de reducción de conflictos o ansiedad.
- Alude a la desconexión entre ideas o emociones, y están solo parcial o alternativamente fuera de la conciencia, pudiendo ejercer influencia sobre los procesos no disociados.
- Implica una división vertical.

En la represión:

- Se opera sobre un conjunto de ideas inaceptables, situadas en el profundo inconsciente y a las que no se tiene acceso.
- Implica una división horizontal.

≠ entre los planteamientos disociativos y algunas teorías cognitivas:

Aunque las explicaciones aluden a la automatización de la conducta (¡y mucha no está automatizada!) no explican la intencionalidad de los procesos disociativos ni la incapacidad para integrar aspectos compartimentalizados de la experiencia.

## **b) La teoría de Kihlstrom**

Considera los trastornos disociativos como trastornos de memoria.

La memoria tiene un papel central: lo que se disocia de la experiencia consciente es la memoria autobiográfica.

P.d.p: la conciencia consciente requiere que la representación mental del acontecimiento se conecte con alguna representación mental del sí mismo como agente o experimentador de ese acontecimiento.

Basándose en los modelos de redes asociativas de la memoria entiende que en los trastornos disociativos se produce una pérdida de conexión entre las memorias autobiográficas y la representación mental del sí mismo.

Los deterioros de memoria se sitúan en la memoria episódica explícita, ya que mantienen intacta tanto la memoria semántica como la memoria de procedimientos.

Reconoce que deja sin resolver lo que ocurre en el T. de personalidad múltiple.

- c) Actualmente, muchos enfoques enfatizan la relación entre disociación y acontecimientos traumáticos (la necesidad de escapar psicológicamente de ellos). P. ej.

**Van der Hart, van der Kolk y Boon:**

Modelo jerárquico de disociación. Clasifican la disociación en 3 niveles:

- 1) Disociación primaria: Procesamiento fragmentado (no integrado) del acontecimiento traumático.
- 2) Disociación secundaria: percibe el acontecimiento sin un impacto emocional completo.
- 3) Disociación terciaria: desarrollo de identidades separadas.

**V. CONCLUSIONES**

- Aunque no hay datos fiables sobre incidencia y prevalencia, no son tan raros e infrecuentes como se pensaba.
- Señalar la importante relación con los casos de abuso infantil.
- Actualmente se investiga dentro de un marco de conocimiento general (memoria, atención, conciencia, personalidad).
- Se sigue pensando que están mal ubicados en los sistemas de clasificación.

**NOTA:**

EXCLUYEN COMO MATERIA DE EXAMEN:

- EL PUNTO III.A.5.
- LA TABLA 8.1.