

## LOS FENÓMENOS DISOCIATIVOS: UNA REVISIÓN CONCEPTUAL

SANDRA PÉREZ y M. JOSÉ GALDÓN

Universidad de Valencia

(Aceptado en septiembre de 2002)

En el presente trabajo se lleva a cabo una revisión del concepto de disociación y de los fenómenos asociados, haciendo un recorrido desde las posturas clásicas, como la de Janet, hasta los planteamientos que actualmente se centran en el estudio de los fenómenos disociativos. Se aborda, además el planteamiento acerca de la existencia de un continuo de experiencias disociativas, o modelo dimensional, que actualmente se formula conjugado con un modelo tipológico, y se hace una breve revisión de los estudios que se han centrado en las relaciones entre la variable disociación y ciertas variables que tradicionalmente han sido asociadas a este concepto, como la hipnotizabilidad o la represión. Finalmente, se exponen los planteamientos de aquellos autores que mantienen una actitud crítica respecto a este tipo de experiencias.

Palabras Clave: Disociación, represión, hipnosis, hipnotizabilidad, absorción, tendencia a la fantasía.

### *Dissociative phenomena: A conceptual review*

The purpose of the present paper has been to review the concept of dissociation and associated phenomena, starting from classic approaches (i.e., Janet), to the current views focussing on the dissociative phenomena study. Moreover, the assumption about a continuum of dissociative experiences, or dimensional model, is also reviewed as well as its relationships with a typological model. The studies focussed on the relation between dissociation and some variables traditionally linked to this concept, as hypnotizability and repression, are also discussed. Finally, the criticisms and doubts about the dissociative experiences are addressed.

Key words: Dissociation, repression, hypnosis, hypnotizability, absorption, fantasy proneness.

### INTRODUCCIÓN: LA VISIÓN CLÁSICA

Cuando tratamos de encontrar los orígenes del estudio de los fenómenos disociativos, podemos remontarnos siglos atrás, aunque es a partir del siglo XIX cuando una serie de autores, interesados de forma específica en el estudio de la histeria, trataron de explicar el tipo de experiencias que se consideraban en la base de este trastorno: Bertrand, Braid, Liébeault, Briquet, Bernheim, Binet, Prince o James, dedicaron en sus trabajos

un importante lugar al análisis de estos fenómenos.

Sin embargo, no será hasta los años 1870-1880 con Charcot cuando el concepto de histeria adquirió cierto grado de estabilidad nosográfica. En la elaboración de su teoría sobre la histeria, Charcot (1889) señaló la importancia del componente psicológico en este trastorno: el trauma psicológico subjetivo que seguía al acontecimiento traumático, y que producía un estado hipnótico en el que las ideas traumáticas eran aisladas de la conciencia. Éstas, a su vez, se convertían en síntomas histéricos a través de un mecanismo: *la realización*. No obstante, enfatizó como característica fundamental del trastorno la existencia de alteraciones de

origen orgánico que eran las que condicionaban la sugestionabilidad histérica.

Sin negar la importancia de las aportaciones previas, fue Pierre Janet el principal exponente del campo de estudio de la disociación. Compartiendo en sus ideas parte de las concepciones de Binet y Charcot, difirió de éstos en la consideración de la histeria como una alteración psicológica, en lugar de orgánica, en la que la *désagrégation psychologique* constituía el fenómeno fundamental. Janet (1889) propuso el término *désagrégation* para referirse a los fenómenos de «no integración» y lo situó en el terreno de la anormalidad, considerando que en la base de estos fenómenos patológicos existía una debilidad mental constitucional, que a su vez se asociaba a una carencia de parte de la energía psíquica que obligaba al individuo a alejar de la conciencia ciertos elementos bajo situaciones de estrés.

En su tesis *L'Automatisme Psychologique* (1889) Janet establece el mecanismo que supuestamente se halla en la base de todos los fenómenos disociativos. En su opinión, la conciencia puede ser concebida como un campo en el que determinados elementos ocupan el plano principal, mientras que otros son relegados a otro más secundario, pudiéndose acceder a ellos con relativa facilidad. En el individuo enfermo se produce un estrechamiento del campo de conciencia, y se reduce el número de fenómenos que pueden ser explorados simultáneamente, hecho que lleva a procesos subconscientes o procesos mentales activos no percibidos por la conciencia. Con el término *automatisme psicológico* Janet se refirió al fenómeno resultante de la disociación, esto es, a determinados sistemas de ideas (recuerdos, cogniciones, sensaciones, emociones y voliciones) que no son integrados de forma consciente por el individuo y, como consecuencia, producen síntomas que son percibidos

como ajenos a la voluntad y funcionan independientemente de la conciencia y del principal sistema de síntesis personal. Entre estos elementos separados de la conciencia y los contenidos conscientes se produce una interacción a un nivel subconsciente.

Janet destacó el papel de las ideas fijas en la histeria: el material disociado o no integrado se manifestaría, bajo determinadas circunstancias, en forma de ideas fijas (*idées fixés*) (Janet, 1907), llevando a los fenómenos histéricos (Perry y Lawrence, 1984). Partiendo de la conexión idea-acción, Janet se plantea el problema de las acciones involuntarias: en condiciones normales toda idea se conecta a una acción a través de la reflexión, que da lugar a determinados deseos o creencias y éstos, a su vez, motivan la mencionada acción. En el caso de los fenómenos disociativos la relación idea-acción no estaría mediada por los procesos intermedios y el resultado serían los automatismos y la aparición de ideas fijas.

Con estos planteamientos y después de un minucioso análisis de las características fundamentales de la histeria, Janet la definió como *una forma de depresión mental caracterizada por el estrechamiento del campo de conciencia y por una tendencia a la disociación y emancipación de los sistemas de ideas y funciones que constituyen la personalidad* (Janet, 1907). En esta definición, Janet destacó la relevancia de la debilidad o depresión mental en el origen de la histeria en particular y de las neurosis en general, así como la importancia de los mecanismos disociativos en la aparición de los síntomas o, empleando términos de Janet, de los estigmas característicos de esta enfermedad.

El papel que este autor otorgó a los factores hereditarios y el situar la disociación en el terreno de la anormalidad ha sido magnificado y criticado por numerosos autores que han situado a Janet del lado

de los científicos marcadamente biologicistas del siglo XIX. Sin embargo, aunque el espíritu preponderante de su época le llevara a destacar los factores hereditarios y constitucionales —que a finales del siglo XIX se incluían bajo el nombre de «degeneración mental» heredado de Morel y que, aunque había perdido todo su significado, seguía utilizándose de forma rutinaria—, Janet mantuvo que las afirmaciones fisiológicas podían ser traducidas a hechos psicológicos y que la concepción psicológica tenía superioridad. Este planteamiento le situó en un acercamiento

diferente al de Charcot. No obstante, y como señalan Kihlstrom, Glisky y Angiulo (1994), aunque Charcot y Janet diferían en el rol de la diátesis constitucional y de las lesiones orgánicas en la histeria, ambos estaban de acuerdo en un punto central: la histeria es fundamentalmente una alteración de la conciencia.

También surgieron importantes divergencias en el estudio de los procesos mentales inconscientes entre Janet y Freud, dando lugar a duros enfrentamientos entre ambos (en la Tabla 1 se ofrece un breve resumen de los principales puntos de

Tabla 1. Divergencias entre disociación y represión: La polémica Janet-Freud

Represión Freud	Disociación Janet
✓ Términos "disociación", "desconexión" o "división" como sinónimos de "represión", "defensa", "olvido intencional".	✓ Sobregeneralización del término "represión". Represión = uno de los <i>posibles</i> mecanismos que llevaban a la disociación. Fase transitoria de una serie de operaciones mentales más compleja.
✓ <i>Mecanismo de defensa motivado</i> contra ideas de carácter sexual (aunque no necesariamente consciente, intencional o voluntario (*)). No existe una relación simple entre consciencia y represión.	✓ <i>Mecanismo no defensivo</i> . Un proceso psicopatológico no podía deberse a la voluntad o motivación. La represión es función de la sugestión, emoción y fatiga ya presentes en la mente del paciente.
✓ Su empleo no implica patología: la disociación o represión no implican una condición psicopatológica ausente en los individuos normales.	✓ La represión no era un mecanismo de defensa normal: implica una debilidad innata en la capacidad de síntesis psíquica. Para Janet, en el individuo sano la represión = olvido efectivo: el material excluido de su consciencia es tmb excluido de su memoria.
✓ <i>Modelo Conflicto Psicológico</i> : La persona tiene la fuerza necesaria para reprimir activamente los recuerdos y afectos traumáticos y protegerse del dolor asociado a ellos → lucha activa entre elementos.	✓ <i>Modelo Psicopatológico</i> : El individuo enfermo presenta un déficit en la energía mental o tensión psicológica.
✓ <i>Las ideas en conflicto -reprimidas-</i> son transformadas y relegadas al inconsciente → proceso más activo que en la disociación.	✓ <i>Las ideas disociadas son separadas</i> de la consciencia para pasan a formar parte de una segunda consciencia o subconsciente (en lugar de integrarse en la personalidad del sujeto) sin sufrir transformación.
✓ El desacuerdo de Freud respecto a Janet no era a propósito del término (disociación vs. represión), sino de lo que se derivaba de él: debilidad vs. defensa motivada.	✓ El desacuerdo de Janet respecto a Freud era respecto al término (represión) y a lo que se derivaba de él: no se da en el individuo sano/ no es motivado-consciente.

divergencia que caracterizaron la polémica entre ambos). En «*Sobre los mecanismos psíquicos del fenómeno histérico*» (1893), Freud establece una nueva teoría de la histeria en la que defiende que el empleo de la represión/disociación no era un reflejo de anormalidad, rechazando el concepto del estrechamiento de la mente de Janet. Los síntomas histéricos estarían, según Freud, relacionados con un trauma psíquico de naturaleza sexual. A partir de esta idea, introdujo en 1894 el concepto de *defensa* (*abwehr*) haciendo alusión a un elemento motivador del olvido: ciertas ideas, recuerdos, impulsos, sentimientos y fantasías —sexuales— resultaban tan dolorosos para el self, que eran *forzosamente excluidos* de la conciencia. El concepto de defensa lleva inherente una comprensión dinámica de la formación de síntomas (opuesta a la idea de debilidad mental), en la que los elementos cognitivos y afectivos que son disociados de la memoria (al inconsciente) a través de la represión (fuerza activa) tienden a emerger a la conciencia dando lugar a los síntomas histéricos. Para Freud el afecto era el elemento patógeno central. El elemento «cognitivo» determinaba la forma del síntoma, pero era la fuerza motivadora del afecto lo que generaba el síntoma (Nemiah, 1984).

El auge del Psicoanálisis posterior a los *Estudios sobre la Histeria* de Breuer y Freud (1895) contribuyó a desacreditar el concepto de disociación y a sustituirlo por un modelo de represión. Aunque Freud y Janet concedieron un papel primordial al trauma psicológico en la formación de los síntomas, fue a partir de la introducción del concepto de *defensa* cuando se hicieron más evidentes las diferencias entre la teoría psicoanalítica y las concepciones sobre la disociación de la época, contribuyendo de una forma pronunciada al declive del interés por el estudio de la disociación que caracterizó las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX.

Sin embargo, a partir de la década de los 70, una serie de factores fomentaron un interés renovado por los fenómenos disociativos, dando lugar a lo que muchos autores consideran una nueva etapa en el estudio de la disociación. Entre estos factores cabe destacar: la inclusión En el DSM-III de los trastornos disociativos como una categoría diagnóstica independiente; el Movimiento Feminista que dio lugar a un aumento de las investigaciones centradas en el abuso sexual y físico infantil, y en otros traumas que supuestamente producían secuelas disociativas (Ross, 1996; Spiegel y Cardeña, 1991); el mayor número de diagnósticos de *trastorno disociativo de identidad (TDI)* y del *trastorno de estrés postraumático (TEP)* que se detectó en muchos de los excombatientes de la Guerra de Vietnam (Ross, 1996; Spiegel y Cardeña, 1991); y el reconocimiento creciente de la hipnosis —ligada tradicionalmente al estudio de los trastornos disociativos y la histeria— como un área de investigación científica válida (Spiegel y Cardeña, 1991). Todos estos factores impulsaron la organización en 1984 de la primera conferencia sobre el TDI en Chicago, y favorecieron la creación de revistas para el estudio de la hipnosis y la disociación: *The American Journal of Clinical Hypnosis* (1983), *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (1984), y *The Journal of Traumatic Stress and Dissociation*, (ambas de 1988). La última, fundada por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Personalidad Múltiple y la Disociación —ISSD—, desapareció en el año 2000 para dar paso, ese mismo año, a *The Journal of Trauma and Dissociation*.

#### PLANTEAMIENTOS ACTUALES

La publicación en 1977 de «*Divided Consciousness*» de Ernest Hilgard, don-

de expone su Teoría Neodisociativa, fue uno de los hechos que contribuyeron a esta nueva etapa en el estudio de la disociación. Sus planteamientos han sido considerados, por algunos autores, como el resurgir de las concepciones clásicas de Janet y, por otros, como una posición menos extrema y más innovadora que la postura clásica. El principal postulado de la esta teoría afirma que el funcionamiento mental está organizado en una serie de subestructuras de control de la conducta y pensamiento dispuestos en un orden jerárquico y de interdependencia. La teoría neodisociativa asume tres ideas básicas sobre el funcionamiento cognitivo (Hilgard, 1994): 1) Existen sistemas cognitivos subordinados o subestructuras de control, cada uno con cierto grado de unidad, persistencia y autonomía de funciones; 2) Existe algún tipo de control jerárquico que maneja la interacción o competición entre las estructuras; y 3) Debe existir una estructura de control a un nivel superior. Para Hilgard (1977) la «superestructura de control central» o *ego ejecutivo* unifica la experiencia consciente, planifica, maneja, y controla las funciones y conductas iniciadas por el resto de subestructuras.

Con el término «Neodisociación», Hilgard propone una nueva visión de los fenómenos disociativos y establece alguna discrepancia respecto a la teoría clásica de Janet. Así, la disociación *per se* no es un fenómeno patológico puesto que abarca experiencias que van desde la normalidad (p.ej., automatismos) hasta la patología, planteando ya la idea del «continuo disociativo» (Bernstein y Putnam, 1986; Frankel, 1990, 1996) que comentaremos más adelante. Por otra parte, y al igual que Janet, asume la noción de *disociación parcial*, en la que se dan interferencias entre las estructuras porque la desconexión no es total (Hilgard, 1991).

Hilgard tradujo los fenómenos disociativos al lenguaje de la hipnosis y trató de

explicarlos a través de experimentos en el contexto de laboratorio. Aunque Hilgard no dio una definición concreta de la disociación, habló de una *restricción de la autonomía del ego* (similar al *estrechamiento del campo de conciencia* de Janet), a consecuencia de la cual el ego ejecutivo mantiene el control sólo de ciertas funciones, ya que las sugerencias hipnóticas toman parte de ese control provocando alteraciones en la jerarquía. Desde la perspectiva neodisociativa, se considera la hipnosis como un cambio total en la condición o estado de la persona sujeta a diferencias en la profundidad dependiendo del momento, aunque a este cambio de estado se le llama «condición hipnótica» para evitar entrar en la controversia estado-trance, sobre todo debido a la aceptación del gradualismo de la postura neodisociativa.

La evidencia empírica más directa que apoya la teoría neodisociativa es la relacionada con el «observador oculto». Hilgard (1977) introdujo esta metáfora para referirse a la parte de la mente que, bajo hipnosis, permanece sin hipnotizar y mantiene intacto su funcionamiento pero que, al estar separada (disociada) de la parte hipnotizada por una barrera amnésica, no permite a la persona ser consciente del control disponible a menos que se le den las instrucciones pertinentes para ello. La evidencia empírica disponible a este respecto es, sin embargo, contradictoria, y los estudios que han tratado de probar este fenómeno son objeto de diversas críticas debido, por ejemplo, al reducido número de sujetos de la población hipnotizada que manifiesta el observador oculto (Hilgard, 1986; Nogrady, McConckey, Laurence y Perry, 1983), los sesgos de preselección según los niveles de hipnotizabilidad en estos experimentos (Hilgard, 1994) y el papel que juegan las expectativas de los sujetos acerca del tipo de respuestas que se espera de ellos en el contexto hipnótico

(Kirsch y Lynn, 1998; Spanos, 1991; Spanos y Hewitt, 1980), por citar algunas.

La teoría neodisociativa de Hilgard contribuyó de forma decisiva a la renovación del interés por los fenómenos disociativos característico de la década de los 80 en adelante, suscitando un gran número de investigaciones con el objeto de probar o rebatir sus postulados.

Partiendo de los presupuestos de la psicología cognitiva Spiegel (1990) ha definido la disociación como una *separación estructurada de los contenidos o procesos mentales que normalmente estarían integrados o serían procesados juntos (como los pensamientos, percepciones, emociones, conciencia, memoria e identidad)* (Spiegel y Cardeña, 1991, p. 367; Maldonado y Spiegel, 1998, p. 59).

Para este autor la disociación está estrechamente relacionada con la conciencia, con el concepto de conflicto/trauma y con la unidad del self (Vermetten, Bremner y Spiegel, 1998): en primer lugar, la disociación implica una falta de conexión entre diferentes partes de la conciencia o memoria, que da lugar a un estado de conciencia diferente al normal. Segundo, establece una conexión estrecha entre este concepto y el de conflicto y/o trauma, destacando aquellas posturas que han considerado el trauma como uno de los factores fundamentales en la aparición de los fenómenos disociativos. En tercer lugar, la unidad del self o de la memoria autobiográfica constituye para Spiegel una muestra de la integración de la experiencia personal, que se ve afectada ante ciertas circunstancias dando lugar a las experiencias disociativas. Spiegel (1990), basándose en William James, señala que las personas construimos nuestro sentido de continuidad personal al mantener una corriente consistente de memoria, integrando experiencias dispares bajo un sistema superior de identidad personal. Sin embargo, cuando se produce un estado de emer-

gencia para la persona, como sucede en el caso de las experiencias traumáticas, se desencadena una reorganización defensiva en la que el self se construye separando ciertos elementos de la conciencia. La persona no va a ser consciente de esa información, siendo sólo accesibles las sensaciones y emociones asociadas al evento, aunque de un modo descontextualizado y difícil de integrar en el self episódico (Vermetten *et al.*, 1998). En este sentido, el proceso de disociación puede verse como un intento de preservar alguna forma de control y seguridad frente al estrés desbordante, aunque a su vez está ligado a la pérdida de control de determinadas funciones psicológicas y físicas.

Para comprender los procesos disociativos, Spiegel (1990) hace referencia a los modelos de procesamiento paralelo (Rumelhart y McClelland, 1986) que presuponen un patrón de almacenamiento del material en subunidades coherentes, que a su vez pueden incluir redes de significado o conexiones entre afecto y contenido. En estos modelos la activación de una red tiende a inhibir la activación de otra y, según Spiegel, esto mismo sucede en la disociación que implica algún tipo de acceso dividido o paralelo a la conciencia, donde varios sistemas pueden co-ocurrir de forma aparentemente independiente. Bajo este supuesto, el concepto de disociación describe y explica los síntomas de fragmentación y pérdida de las funciones integradoras, y asume además que se dan cambios en la continuidad de la conciencia debido a la organización paralela de determinados sistemas o estratos en dicha conciencia (Vermetten *et al.*, 1998).

Spiegel considera disociativos sólo aquellos procesos que se refieren a la *compartimentalización* de experiencias inaccesibles —al menos temporalmente—, y no a la conducta automática debido al sobreaprendizaje. Entiende el fenó-

meno de la disociación como un constructo dimensional cuyas manifestaciones de diferente intensidad se distribuyen a lo largo de un continuo que va de la normalidad hasta la patología y sostiene, al igual que los autores comentados hasta ahora, que tanto las conductas como las cogniciones disociadas puedan ejercer una influencia en los componentes no disociados (Spiegel, 1990).

Dentro de las investigaciones centradas en las experiencias disociativas patológicas, Kihlstrom (1984) propone la teoría neodisociativa de Hilgard (1977) como base para explicar la disociación. Toma también, como punto de partida, la idea de James relativa a que la «consciencia consciente» requiere que la representación mental de un acontecimiento se conecte con alguna representación mental del sí mismo como agente o sujeto que experimenta ese acontecimiento. Para Kihlstrom la disociación implica un fallo en la integración de pensamientos, sentimientos, recuerdos y acciones en un sentido de conciencia unificado. En este sentido, la disociación puede llevar a eliminar el contexto espacio-temporal que normalmente está asociado a la memoria de eventos, produciendo una alteración de la memoria episódica y autobiográfica. Así pues, Kihlstrom (1994) considera la disociación como el mecanismo debido al cual, bajo determinadas circunstancias, ciertos procesos o elementos mentales son codificados de forma no consciente (disociados), asociándose unos con otros pero no con las representaciones del self y el contexto.

Partiendo de la taxonomía que realiza la psicología cognitiva sobre los tipos de estructuras de conocimiento que están almacenadas en la memoria, Kihlstrom (Kihlstrom y Schacter, 1991; Schacter y Kihlstrom, 1989) considera que en los fenómenos disociativos se produce una separación de los elementos declarativos de la memoria —en concreto de la

memoria episódica explícita. No obstante, como el mismo autor señala (Kihlstrom, 1984), también es importante tener en cuenta la forma en que el conocimiento sobre procedimientos se organiza y recupera ya que los procesos disociativos en sí mismos —es decir, aquéllos por los que las características episódicas son separadas y después reconectadas con las representaciones semánticas— forman parte del repertorio individual de dicho conocimiento. El hecho de que los contenidos mentales subconscientes no estén conectados con la memoria episódica no significa que no puedan influir en los pensamientos y acciones en curso y, en este sentido, Kihlstrom (1984) asume la disociación como un fenómeno parcial y característico del funcionamiento normal. Al mismo tiempo señala que algunas personas son más propensas a disociar que otras, haciéndoles más vulnerables a las manifestaciones disociativas bajo condiciones de estrés.

Kihlstrom (1994; Kihlstrom *et al.*, 1994) considera que la disociación implica, fundamentalmente, una alteración en la consciencia que puede afectar a las diferentes áreas del funcionamiento mental. Siguiendo este planteamiento, clasifica los trastornos disociativos según las áreas de funcionamiento que se ven afectadas por la alteración de la consciencia y diferencia entre aquéllos que implican una alteración en la memoria e identidad (incluyendo fenómenos como la amnesia, la fuga, el TDI y la despersonalización y desrealización); aquellos que suponen alteraciones en la sensación y/o percepción (incluye la ceguera, la sordera, la anestesia /analgesia y la parálisis/debilidad) y aquéllos que ven afectada las acciones voluntarias (p.ej., la afonía, la retención urinaria, la debilidad localizada, la parálisis de extremidades, etc.). En este sentido, ha criticado la separación establecida a partir del DSM-III entre los trastornos de conversión y los trastornos

disociativos al no tener en cuenta, en su opinión, la principal característica que está en la base de ambos trastornos: que los síntomas son mentales y pseudoneurológicos, y que en ellos se ven implicadas las funciones de control de la consciencia.

Otro autor representativo de la investigación actual es sin duda Putnam, que ha dedicado gran parte de su trabajo al estudio de estas experiencias en población infantil (Putnam, 1985, 1992, 1993). En su opinión, aunque la mayoría de las definiciones de disociación se centran en el fallo del individuo al integrar la información, las investigaciones sugieren que la disociación contiene varias dimensiones básicas, como las alteraciones en la memoria e identidad, las experiencias de influencia pasiva, y los fenómenos de trance/absorción. En este sentido, entiende la disociación como un *complejo proceso psicofisiológico que produce alteraciones en el sentido del self, en la accesibilidad a la memoria y al conocimiento, y en la integración de la conducta* (Putnam, 1994, p. 175)

Putnam defiende la existencia de un continuo de experiencias disociativas que incluye desde los episodios breves y transitorios de disociación dependientes de la situación que se dan en población normal, como por ejemplo los vacíos que se producen cuando nos desconectamos de una conversación (Putnam, 1991), hasta los casos extremos donde las experiencias disociativas pueden llegar a ser desadaptativas al exceder ciertos límites en la frecuencia o intensidad, o al ocurrir en contextos en los que son inapropiadas (Putnam, 1989). En este sentido, los sujetos normales manifestarán una menor variedad y frecuencia en este tipo de experiencias que los pacientes con trastornos disociativos (Bernstein y Putnam, 1986), quienes además experimentarán profundas alteraciones en el sentido del self (como sucede en el trastorno diso-

ciativo de identidad -TDI), y en la disponibilidad de la información y los recuerdos, aunque admite que resulta difícil delimitar cuándo un individuo ha cruzado el umbral de la patología disociativa. Estas ideas se vieron reflejadas en la elaboración de la Dissociative Experiences Scale, DES (Bernstein y Putnam, 1986), la escala de evaluación de la disociación utilizada en mayor número de investigaciones en este campo y que mide experiencias disociativas de amnesia, absorción e implicación imaginativa y despersonalización-desrealización. No obstante, para Putnam (1994), muchas de las experiencias disociativas que en los adultos se consideran patológicas, en los niños y adolescentes se van a ver incluso de forma positiva, tal y como sucede con los fenómenos imaginativos y de «hacer-creer», como «el compañero imaginario». Este autor apunta que algunos fenómenos de carácter disociativo son más frecuentes en la población normal infantil, mientras que otros aparecen con relativa facilidad en adolescentes, como ciertas alteraciones en el sentido del self e identidad, que evolucionan paralelamente al desarrollo de sus distintos self sociales.

Otros autores han abordado el tema de los fenómenos disociativos desde una perspectiva psicoanalítica. Así, Nemiah ha conjugado el concepto de disociación con el de conflicto psicológico y entiende la disociación como un mecanismo defensivo. En su opinión, este término hace referencia a «una exclusión de la consciencia y a la inaccesibilidad del recuerdo voluntario de eventos mentales —aislados o en grupos— de varios grados de complejidad, como recuerdos, sensaciones, sentimientos, fantasías y actitudes» (Nemiah, 1993, p. 106). Coincide con autores cognitivos en el tipo de fenómeno que constituye la disociación y difiere de los presupuestos clásicos de los que parte, en su caso más cercanos a Freud que a Janet. De acuerdo con su



orientación analítica, considera la hipnosis y el inconsciente dinámico como fenómenos de especial relevancia para la comprensión de las condiciones disociativas (Nemiah, 1989). No establece una diferencia clara entre los conceptos de represión y disociación, empleándolos en muchas ocasiones de forma intercambiable (del mismo modo que hizo Freud). Sin embargo, en algún momento se ha referido a la primera como una fuerza defensiva, considerando la segunda como la distribución disociada de ciertos contenidos o como el mecanismo que mantiene la separación (Nemiah, 1984). Asume que, aunque los contenidos disociados se hacen inconscientes debido al proceso disociativo, no son eliminados de la suma total de contenidos mentales y, por tanto, pueden irrumpir en la conciencia espontáneamente viéndose ésta afectada por síntomas ajenos al ego (Nemiah, 1998). Por último, concibe la disociación patológica como una alteración significativa en el sentido de identidad y, siguiendo a Janet, como una alteración en la memoria, dado que la persona no es capaz de integrar determinadas sensaciones o movimientos (Nemiah, 1998). Al igual que Kihlstrom (1994), considera que los síntomas sensoriomotores manifestados por los pacientes con trastorno de conversión son de naturaleza disociativa y que, por tanto, no tiene sentido incluirlos en una categoría distinta como si se tratara de condiciones clínicas no relacionadas (Nemiah, 1993).

Ross, también de orientación analítica, entiende la disociación como el mecanismo de defensa que se halla en la base del resto de mecanismos defensivos (p.ej., antes de que un determinado material pueda ser proyectado, debe ser disociado de sus conexiones psíquicas normales). Manifiesta, además, que no existe una buena definición para este concepto debido a que toda definición limitada a

áreas concretas del funcionamiento mental restringe la significación amplia del mismo. Por ello, en su opinión, la *disociación es lo contrario de asociación* (Ross, 1997, p. 116). Ross (1989, 1997), al igual que el resto de autores contemporáneos, considera la disociación como un constructo dimensional que se distribuye a lo largo de un continuo y propone un esquema general de la disociación, muy similar al de Cardeña (1994), según el cual ésta puede concebirse según cuatro combinaciones posibles: disociación normal y anormal, con determinantes biológicos o psicosociales cada una de ellas. Para este autor, la mayoría de las veces dichas distinciones son imposibles de hacer en la práctica y, en este sentido, este esquema es sólo una forma de organizar las ideas, ya que las causas psicológicas y biológicas pueden coexistir y a veces el límite entre lo normal y lo patológico no es fácil de delimitar.

La disociación patológica puede adoptar, en su opinión, dos formas: puede representar un fallo en la asociación normal o puede presentarse como una disociación anormal, es decir, dos elementos que normalmente están conectados se disocian o dos elementos normalmente disociados mantienen una separación rígida uno del otro (Ross, 1997). Al igual que los autores comentados anteriormente, Ross (1994, 1997) señala que los trastornos disociativos, tal y como se describen en el DSM-IV se limitan de forma arbitraria a los ámbitos de la memoria e identidad. Según este autor, la disociación puede ocurrir en cualquier área del funcionamiento mental, y afectar a una o varias de las funciones psíquicas incluyendo la sensación, memoria, funcionamiento motor, sentimientos y cogniciones. De acuerdo con su visión amplia del concepto, va mucho más allá en su conceptualización de los trastornos de naturaleza disociativa considerando, por ejemplo, que en la base del trastorno de control de

impulsos habría una disociación simple de la conducta (Ross, 1997).

La falta de unanimidad en la delimitación de los fenómenos disociativos ha llevado a algunos autores, como Cardeña (1994, 1997), a intentar clarificar el campo de experiencias o «dominios» de la disociación, analizando los diversos usos que en la literatura psicológica se le ha dado al término y los supuestos teóricos que subyacen a cada uno de ellos. De las distintas acepciones del término recogidas por este autor, la primera hace referencia a la disociación como sistemas o módulos mentales semi-independientes que no son accesibles a la consciencia y/o no están integrados dentro de la identidad, volición y memoria consciente. Dentro de esta acepción se incluyen, a su vez, varios usos del término: el primero conlleva una concepción amplia de la disociación que incluye las percepciones y conductas que ocurren fuera del conocimiento consciente, uso criticado por Cardeña por ser indistinguible de términos como «subliminal» o «automático» y que nos llevaría a concluir, en su opinión, que vivimos en un estado de perpetua disociación. Según este autor, y correspondiéndose con el segundo uso del término incluido en esta acepción, el término disociación debería aplicarse únicamente a situaciones en las que cierta información presente o previa, que en circunstancias normales debería ser accesible al individuo, no lo es. Esta concepción tiene como antecedente las ideas de Janet, y es la que actualmente subyace a la noción de los trastornos disociativos. El tercer uso de esta acepción se refiere a la disociación como conductas y percepciones inconsistentes con el informe verbal introspectivo de la persona. Es decir, hace referencia a las inconsistencias entre los informes del individuo acerca de lo que está experimentando y lo que su conducta o fisiología sugieren que deberían experimentar. Es común encon-

trarnos con este tipo de disociación en la hipnosis (p.ej., cuando se sugieren alucinaciones negativas) o, refiriéndonos a un tipo de disociación patológica, en el trastorno de conversión.

En la segunda acepción, la disociación implica una alteración de consciencia en la que se experimenta una desconexión de algunos aspectos del sí mismo o del medio ambiente, e incluye experiencias como la despersonalización y la desrealización. Este uso del término, en otras ocasiones, ha sido empleado —según Cardeña de forma errónea— para referirse a fenómenos que no suponen desconexión alguna con el medio ambiente, sino una sensación exagerada de contacto entre el self y el exterior, como es el caso de las experiencias de «éxtasis». Según este autor, el término «disociación» se debería utilizar exclusivamente, en este contexto, para hacer referencia a desviaciones cualitativas de los modos normales de experimentar en las que tiene lugar, como aspecto central de la experiencia, una desconexión inusual del self y/o del medio.

Finalmente, en la tercera acepción la disociación se entiende como un mecanismo de defensa, considerándolo un constructo teórico que hace referencia al rechazo intencional de información que causaría ansiedad o dolor (Freud, 1936). Dentro de este contexto defensivo, el término disociación alude a los motivos por los que ocurren los fenómenos comentados en las acepciones anteriores. Sin embargo, para Cardeña (1994, 1997), los mecanismos disociativos no siempre atienden a propósitos defensivos. En lugar de ello, propone que la disociación debe verse como una modalidad general del funcionamiento mental y que puede ser elicitada por diferentes procesos, incluyendo la intención deliberada de la persona.

Cardeña (1997) ha diferenciado los fenómenos disociativos en función de las

áreas de funcionamiento que se ven afectadas: (1) en el sentido del self y el medio ambiente (que incluyen las experiencias de despersonalización y desrealización), (2) en las sensaciones físicas, que incluirían fenómenos como las analgesias y/o anestésias inducidas por el estrés elevado, por el trauma o bajo hipnosis, y las disociaciones en el sentido de agencia personal (o de control de la propia conducta), que estarían representadas por las conductas aparentemente involuntarias que se dan como consecuencia de las sugerencias hipnóticas, (3) en la memoria personal, y (4) en el sentido de identidad concreta y continua, estrechamente ligadas a las alteraciones en la memoria. A su vez, señala una diferenciación de estos fenómenos en función de su etiología predominantemente neurológica o psicológica, y de si se trata de manifestaciones de procesos «normales» o patológicos. En este sentido, considera inadecuado el hecho de determinar si una experiencia disociativa es o no patológica basándonos únicamente en indicadores objetivos y cuantificables como la frecuencia de ocurrencia, la cronicidad y la duración de la experiencia. En su opinión, se hace necesario llevar a cabo una evaluación subjetiva y sociocultural de la experiencia, teniendo en cuenta el grado de estrés que provoca, el grado de control sobre el inicio, curso y final del fenómeno, cómo es interpretada por la persona, los desencadenantes externos o internos que la producen y el grado en que las respuestas disociativas son la única respuesta ante ciertos desencadenantes.

Antes de concluir este apartado, es ineludible dedicar algunos comentarios a la idea de la existencia de un continuo de experiencias disociativas o, lo que es igual, de un modelo dimensional que actualmente se plantea conjugado con un modelo tipológico de la disociación.

La idea de un *continuo disociativo* en el que se sitúan las experiencias disocia-

tivas de menor a mayor complejidad, frecuencia y gravedad, fue inicialmente aceptada por la mayoría de autores actuales, como anteriormente hemos comentado (p.ej., Hilgard, 1977; Braun, 1986; Ross, 1985; Bernstein y Putnam, 1986), aunque esta idea se remonta al trabajo de autores del siglo XIX como Morton Prince o William James quienes, en tiempos de Janet, ya diferían de la idea de anormalidad que para éste llevaban asociados los fenómenos disociativos. En los presupuestos básicos de un modelo continuo, la disociación es representada como una única dimensión en la que se incluyen las diferentes experiencias disociativas que tienen en la base un mecanismo básico del funcionamiento mental y que están presentes en todos los individuos en mayor o menor grado. En la población no clínica, el estrés grave puede incrementar la gravedad y prevalencia de los síntomas disociativos transitorios si la persona ocupa una posición elevada en el continuo de disociabilidad (Vermetten *et al.*, 1998). En este continuo, los trastornos disociativos representarían las formas más graves y crónicas de disociación (Bernstein y Putnam, 1986). Sin embargo, no existe un acuerdo claro respecto a los límites en los que habría que situar la barrera entre disociación normal y patológica. Este hecho, entre otros, ha llevado a algunos de los autores que inicialmente plantearon la idea del continuo (p.ej., Ross, Putnam) a buscar en un modelo tipológico explicaciones complementarias.

Algunos trabajos empíricos han tratado de probar el carácter dimensional de la disociación hallando, efectivamente, que mientras en un gran porcentaje de la población se dan un número reducido de experiencias disociativas, un pequeño porcentaje experimenta un gran número de éstas (Bernstein y Putnam, 1986; Ross, Josie y Currie, 1990). Sin embargo, en el estudio de Bernstein y Putnam (1986) se

halló una distribución leptocúrtica de los datos poniendo en entredicho, en opinión de Kihlstrom (1994), la existencia de un continuo de experiencias disociativas y sirviendo de apoyo a la idea del *modelo tipológico* de la disociación patológica.

Waller, Putnam y Carlson (1996) han analizado la evidencia empírica de los modelos dimensional y tipológico de la disociación basándose en las investigaciones previas que empleaban la DES (Bernstein y Putnam, 1986) y otras escalas de disociación, y en una serie de procedimientos estadísticos que distinguen entre constructos dimensionales y tipológicos. Los resultados obtenidos sugieren que existe un tipo o clase específica de individuos con tendencia a la disociación patológica, frente a otra clase que tiende a experimentar diferentes grados de disociación sin llegar a «patologizar». Éstos hallazgos, por tanto, apoyan la idea de que, ciertos individuos, aunque tengan frecuentemente experiencias disociativas normales, nunca manifestarán disociaciones patológicas. Por el contrario, algunas personas que ocupen la parte superior del continuo y manifiesten experiencias disociativas normales con relativa frecuencia, en determinado momento podrán dar un «salto cualitativo» hacia la disociación patológica por el efecto de algunos factores, como un acontecimiento traumático, el trauma crónico, o ciertos factores predisponentes, entre otros.

#### VARIABLES ASOCIADAS A LA DISOCIACIÓN

Los fenómenos disociativos han sido frecuentemente enmarcados en un modelo de diátesis-estrés. En un modelo de este tipo, se incluyen diversas variables que hipotéticamente contribuyen a que el individuo manifieste experiencias diso-

ciativas bajo determinadas circunstancias. A continuación se examinan las más significativas.

#### *Trauma y Disociación*

Desde los trabajos pioneros de Charcot y Janet, los fenómenos disociativos han sido considerados como una forma de respuesta a la percepción subjetiva de eventos traumáticos. Janet (1889) reconoció la naturaleza adaptativa de la disociación en el contexto del trauma agudo, y las consecuencias patológicas a largo plazo si los recuerdos y afectos disociados (ideas fijas) no eran recuperados y asimilados en la conciencia de sujeto. Más recientemente, en numerosos trabajos se ha afirmado que el trauma agudo o crónico es un antecedente común de los fenómenos disociativos (para una revisión ver Spiegel y Cardeña, 1991). 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 (Putnam, 1985, 1989). 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. En tales casos, el papel inicialmente adaptativo de la disociación, que amortiguaba el impacto de la experiencia traumática, se convierte en un proceso desadaptativo que interfiere seriamente en el funcionamiento normal de la persona (Spiegel, 1986).

Así, desde una perspectiva funcional, Vermetten *et al.*, (1998) han concebido la disociación como una respuesta ante estímulos desbordantes o traumáticos, en la que se produce la activación súbita de un

estado alterado de conciencia. Bajo dicho estado, los procesos mentales y psicofisiológicos son reorganizados para amortiguar el impacto inmediato del trauma (Maldonado y Spiegel, 1994), codificándose de un modo específico los recuerdos y afectos asociados al trauma. Aunque tales defensas puedan ser adaptativas en un principio, algunas víctimas de trauma son capaces de disociar recuerdos, sentimientos y sensaciones corporales que en un futuro serán las responsables de las quejas somáticas para las que no se encuentra una explicación física, o de los pensamientos intrusos que escapan al control voluntario (Rodin, de Groot y Spivack, 1998; Vermetten *et al.*, 1998), en ocasiones interpretados como un intento de procesar la información traumática (Maldonado y Spiegel, 1998).

Si bien el trauma puede ser el responsable de la aparición de síntomas disociativos, lo cierto es que no todas las personas víctimas de trauma desarrollarán este tipo de síntomas, y por tanto es necesario identificar qué factores adicionales están implicados en la aparición de esta sintomatología. Por lo general, cuanto más temprano se produzca el trauma en la vida de una persona, mayores secuelas psicológicas producirá y esto puede deberse, según Maldonado y Spiegel (1994), a que los mecanismos de defensa y los modos de afrontamiento que modulan la forma en que la persona percibe las experiencias no hayan tenido ocasión de desarrollarse.

Otro de los factores implicados en la aparición de la fenomenología disociativa es, según Terr (1988, en Meichembaum, 1994), el tipo de acontecimiento traumático por el que la persona ha atravesado: por una parte, el trauma *Tipo I* deriva de un único evento traumático que sucede de forma inesperada e impredecible y lleva a poner en marcha mecanismos de defensa y afrontamiento de forma espontánea. El trauma *Tipo II*

surge como resultado de la exposición prolongada a eventos traumáticos graves. En palabras de Horowitz (1997), cuando la persona no es capaz de poner en marcha una respuesta al trauma deviene «paralizado o atascado». Además, si la exposición al trauma se produce en la adolescencia o en la edad adulta, la respuesta normalmente se ajusta más al Trastorno de Estrés Post-traumático (TEP) que al diagnóstico de otro trastorno disociativo como el Trastorno Disociativo de Identidad (TDI) (Putnam, 1985; Spiegel, 1984). La mayoría de los autores que han analizado el TDI están de acuerdo en que su desarrollo se relaciona principalmente con el trauma prolongado que comienza en la infancia, a menudo en el propio núcleo familiar, interrumpiendo el desarrollo normal de la personalidad.

Por último, autores como Rodin *et al.* (1998) han destacado el papel que juegan las relaciones parentales al plantear la asociación entre trauma, disociación y somatización. En su opinión, estos dos últimos procesos pueden implicar alteraciones en el procesamiento de la experiencia emocional. Al igual que la disociación, la somatización puede estar relacionada con una tendencia a sentirse desbordado por estados afectivos intensos y poco diferenciados. Uno de los factores que va a determinar los efectos que una situación traumática tendrá sobre la persona es la capacidad previa de experimentar, tolerar y confiar en la propia experiencia emocional, así como la disponibilidad emocional de otros significativos. Los contextos que no sólo contribuyen a provocar situaciones de intensa emocionalidad, sino que además no proporcionan el apoyo emocional que ayudaría a modular e integrar esas experiencias, es más probable que lleven a la disociación, somatización y otras alteraciones en el sentido del self.

### *Hipnosis y Disociación*

El estudio de los fenómenos disociativos ha estado estrechamente ligado al estudio de la hipnosis desde la época clásica. La hipnosis fue uno de los procedimientos terapéuticos por excelencia para el tratamiento de la histeria, y en la obra de Janet ya se conceptualizó la disociación como una forma de hipnosis, especificando que la hipnosis podía ser definida como la transformación momentánea del estado mental de un individuo, inducida artificialmente por una segunda persona, que resultaba suficiente para producir disociaciones de la memoria personal (Haule, 1986). Al mismo tiempo Prince (1890), contemporáneo de Janet, fue uno de los primeros autores que planteó la posibilidad de crear otras personalidades por medio de la hipnosis.

En la actualidad, son numerosos los autores que sostienen la existencia de una estrecha conexión entre ambos fenómenos, llegando algunos a considerar la hipnosis como una forma de disociación controlada y la disociación como una forma de autohipnosis espontánea (Frischholz, 1985; Kluft, 1984; Spiegel, 1986). Desde esta perspectiva, el *modelo autohipnótico* de la disociación considera que un individuo que se enfrenta a una situación traumática pondrá en marcha sus capacidades hipnóticas innatas para provocar un estado de autohipnosis como respuesta defensiva para alejarse del dolor provocado por dicho evento; el empleo frecuente de tales mecanismos facilitará el desarrollo y mantenimiento de condiciones disociativas patológicas (Maldonado y Spiegel, 1998).

Spiegel, uno de los representantes del modelo autohipnótico, considera que la disociación, junto con la absorción y la sugestionabilidad, constituyen los mecanismos que dan lugar a la hipnosis (Spiegel, 1990). En hipnosis, la disociación implica una forma de acceso paralelo o

dividido a la consciencia que favorece el mantenimiento de ciertas experiencias fuera del principal campo de consciencia, mediatizado por la intensa absorción característica del trance hipnótico (Spiegel, 1990; Cardeña y Spiegel, 1990; Maldonado y Spiegel, 1998). Ambos procesos representan aspectos esenciales de la hipnosis: la capacidad de absorción permite al individuo implicarse totalmente en las sugerencias hipnóticas, y la capacidad de disociación le permite desconectarse de otros niveles de conciencia, dando lugar a un modo diferente de procesar la información.

Para apoyar la conexión entre disociación e hipnosis se han señalado una serie de argumentos: algunos autores han destacado las elevadas puntuaciones en hipnotizabilidad halladas en los pacientes con trastornos disociativos, TEP y en sujetos víctimas de trauma infantil (Frischholz, Lipman, Braun y Sachs, 1992; Nash y Lynn, 1986; Spiegel, 1984; Spiegel y Cardeña, 1991); otros aluden a la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos disociativos (Kluft, 1982; Putnam, 1989; Spiegel y Cardeña, 1991) y, por último, algunos se basan en la evidencia sobre la posibilidad de crear bajo hipnosis, en sujetos sanos altamente hipnotizables, síntomas análogos a los manifestados en el TDI (Hilgard, 1986; Kampman, 1976).

Sin embargo, otros autores cuestionan la validez de estas argumentaciones. Por ejemplo, Kihlstrom *et al.* (1994) señalan que la elevada hipnotizabilidad hallada en pacientes con TDI o TEP, no permite determinar si es causa o consecuencia de la disociación y/o trauma, o si dicha relación es el resultado de otros factores (p.ej., contextuales). Por su parte, Putman y Carlson (1998) destacan que no todos los estudios donde se observaron estos resultados utilizaron instrumentos estandarizados sobre capacidad hipnótica e incluso, en aquellos donde sí se utiliza-

ron, se obtuvieron correlaciones más débiles cuando se aplicaron a sujetos con un diagnóstico disociativo distinto al TDI. Por otro lado, estos últimos autores también revisan los resultados de algunos estudios (Di Tomasso y Routh, 1993; Putman, Helmers y Horowitz, 1995) donde no se encontraron diferencias en hipnotizabilidad entre víctimas de abuso y otros grupos de sujetos. Respecto a la eficacia terapéutica de la hipnosis, Putnam y Carlson (1998) aluden a dos estudios en los que la hipnosis no modificó las características clínicas básicas de los pacientes con TDI (Putnam, Guroff, Silberman, Barban y Post, 1986; Ross y Norton, 1989). Por último, algunos autores (p.ej., Hilgard, 1984) señalan la necesidad de ser cautos respecto a las diferencias clínicas de las manifestaciones que pueden aparecer bajo hipnosis y los síntomas clínicos característicos del TDI.

Con el objetivo de analizar empíricamente las relaciones entre hipnosis y disociación, algunos trabajos han tratado de evaluar las correlaciones existentes entre las escalas que miden hipnotizabilidad y disociación clínica. Sin embargo, la mayoría de ellos han revelado que las correlaciones entre ambas escalas o bien no son significativas (Segal y Lynn, 1993; Nadon, Hoyt, Register y Kihlstrom, 1991; Spanos, Arango y DeGroot, 1993) o son bajas y explican un porcentaje pequeño de la varianza (Frischholz *et al.*, 1992; Di Tomaso y Routh, 1993). En algunos de estos estudios se comparó la relación entre disociación e hipnotizabilidad cuando ambas escalas eran administradas juntas o de forma separada, encontrando incrementos en la relación debido a la administración conjunta. Por ello, hay autores que señalan que el efecto del contexto juega un papel fundamental en esta relación que depende, básicamente, de las expectativas generadas por el modo de administrar ambas medidas (Spanos *et al.*, 1993). Cuando se ha tratado de justi-

ficar las bajas relaciones entre las mencionadas variables, se ha hecho alusión a la existencia de dos tipos de hipnosis, una clínica y otra experimental, y al carácter multidimensional de la hipnosis experimental (Bowers, 1991; Frankel, 1990), justificado por la existencia, entre las personas con una elevada hipnotizabilidad, de un subgrupo que manifiesta experiencias de trance profundo o, en general, fenómenos que requieren respuestas a las sugerencias de mayor dificultad (Barret, 1992). Este tipo de experiencias podría, según algunos autores, no estar contenido en las escalas de hipnotizabilidad y ser precisamente el componente más asociado a las experiencias disociativas que se incluyen en las escalas de disociación (Bowers, 1991; Frankel, 1990).

Desde posturas más escépticas, se considera que la hipnosis no es más que el resultado de las expectativas generadas en la persona de lo que se espera que suceda en ese contexto (Frankel, 1990; Spanos *et al.*, 1993). Así, mientras que Spanos (1996) niega la existencia de procesos disociativos en la hipnosis, Frankel (1990) resta importancia al papel jugado por estos procesos y la ve, fundamentalmente, como una invitación explícita para imaginar.

En suma, a pesar del paralelismo que tradicionalmente se ha establecido entre hipnosis y disociación, no podemos decir que empíricamente dicha relación haya sido inequívocamente demostrada.

### *Represión y Disociación*

Retomando el debate que en su día mantuvieron Janet y Freud, diversos autores han tratado de analizar las relaciones entre los conceptos de represión y disociación. Partiendo de las diferencias establecidas por Hilgard (1977) entre el inconsciente freudiano y la mente diso-

ciada, aludiendo a la distinción entre división horizontal versus vertical de la mente, otros autores como Bower (1990), Counts (1990), Kihlstrom y Hoyt (1990), Ross (1997) y Spiegel (1990) destacan el carácter defensivo de la represión a la que consideran —siguiendo a Janet— como una forma o variante defensiva de la disociación.

Para Hilgard (1977) la noción de inconsciente de Freud implica una división horizontal de la mente donde, como consecuencia de las fuerzas represivas, la mente inconsciente se sitúa debajo de la mente consciente, rigiéndose de acuerdo a diferentes principios: el principio del placer vs. el de realidad. La barrera horizontal previene el acceso directo de los contenidos inconscientes a la consciencia, que sólo podrían conocerse de una forma indirecta o distorsionada. Sin embargo, la disociación implica una división vertical de la mente consciente y alude a la desconexión entre diversas ideas o emociones, que están sólo parcialmente o alternativamente fuera de la consciencia, pudiendo ejercer diferentes tipos de influencias sobre los procesos no disociados. Siguiendo este esquema, Kihlstrom y Hoyt (1990) señalan que la barrera disociativa imposibilita temporalmente el acceso de ciertos contenidos mentales a las funciones ejecutivas.

Según Spiegel (1990), la diferencia existente entre represión y disociación reside en lo que le sucede al material que es mantenido fuera de la consciencia y compara ambos conceptos en base a las reglas de organización del material inconsciente y a las de interacción entre los contenidos mantenidos fuera de la consciencia. Para este autor, la *represión* proporciona reglas de organización del material inconsciente que son bastante vagas: el material reprimido está ligado más al *ello* que al *superyo*, o es simplemente inconsciente. En la *disociación*, sin embargo, dos o más contenidos men-

tales incompatibles se organizan de modo que se excluyen mutuamente de la consciencia, estando ciertos contenidos asociados a determinados afectos. Las reglas de interacción que se dan en la disociación se ajustan al modo de funcionamiento de los modelos de procesamiento paralelo (modelos PDP). Las reglas que gobiernan los procesos represivos son para este autor algo más vago y general, y por tanto más difíciles de enmarcar en una formulación cognitiva. Finalmente, ambos procesos —represión y disociación— *pueden* atender a propósitos defensivos, pero difieren en las reglas de acceso del material a la consciencia. El contenido disociado no requiere de una transformación en su acceso a la consciencia (Spiegel, 1990), mientras que el material reprimido e inconsciente sí necesita de dicha transformación, probablemente debido a su ubicación en un lugar más profundo de la mente.

Por su parte, Bower (1990) considera que la represión representa un tipo de «olvido motivado» de deseos y eventos que puede ocurrir durante tres momentos diferenciados: durante la fase inicial del aprendizaje o de codificación; en la fase de almacenamiento, o durante la fase de recuerdo. Se podría encontrar, según este autor, una relación entre el primero de estos momentos con el mecanismo de la supresión, que en ocasiones se ha considerado como un intento consciente y deliberado de no pensar en el material doloroso. La persona tiene acceso introspectivo a este proceso, pero con la práctica puede convertirse en automático y la capacidad de acceso introspectivo se va desvaneciendo, dando lugar a la represión inconsciente. Respecto a los otros dos momentos en los que la represión puede ocurrir, el segundo hace referencia al intento deliberado de no traer a la consciencia cierto material, o ciertas claves asociadas a dicho material, evocando en su lugar diferentes contenidos no rela-



cionados u opuestos a la idea que pretende olvidar. Los fallos en el recuerdo, o tercer momento, están para este autor sujetos a las mismas reglas que producen el olvido en las teorías de la memoria. Bower (1990) concibe la represión como una forma de «olvido motivado» diferente de la disociación, a la que considera —al igual que Spiegel— como un mecanismo más general ligado a la hipnosis y diferente del olvido.

Elderyi (1990) parte de una conceptualización de la represión similar a la que Freud propuso al principio de su trayectoria: este mecanismo supone no pensar deliberadamente en cierto material porque resulta doloroso o molesto, es decir, supone una «evitación cognitiva». Para este autor la represión puede concebirse además como un proceso relacionado con la memoria, en el que la persona omite o reconstruye ciertos materiales (de contenido intelectual o emocional) con un propósito defensivo. Dicho mecanismo afecta al conocimiento declarativo (del mismo modo que proponen Kihlstrom y Hoyt, 1990), mientras el conocimiento sobre procedimientos se mantiene intacto. Aunque reconoce que tal distinción es una simplificación, ésta le permite indicar que la represión puede tener diferentes efectos en diferentes módulos o sistemas mentales, e interpretar que los síntomas representan las secuelas del trauma/conflicto que persisten en un formato procedural (Elderyi, 1994). Por otro lado, en su opinión, la represión no es siempre un mecanismo de naturaleza patológica ya que, en ocasiones, puede resultar adaptativo y favorecer la reducción de síntomas en lugar de incrementarlos.

Respecto a la relación represión-disociación, Elderyi (1990, 1994) está de acuerdo con Janet en que la represión o disociación defensiva de Freud (que empleó ambos términos indistintamente) es una forma o variante de la disociación.

Sin embargo, considera que el debate centrado en la disociación/represión como defensa/deficiencia no tiene sentido, dado que ambos mecanismos cumplen su propósito: mantener alejados de la consciencia ciertos contenidos.

### *Absorción, Tendencia a la Fantasía y Disociación*

Las experiencias disociativas han sido frecuentemente asociadas con otras variables del funcionamiento normal como la absorción y la tendencia a la fantasía.

La absorción se ha definido como «una disposición a entrar, bajo determinadas circunstancias, en estados psicológicos caracterizados por una reestructuración de la fenomenología del self y el mundo (es decir, de la forma en que la persona experimenta el propio self y lo que le rodea). Estos estados más o menos transitorios pueden tener carácter de experiencia disociativa o integrativa aguda. Pueden reflejar además un foco interno o externo de reminiscencias, imágenes o imaginaciones» (Tellegen, 1992, p. 1, citado en Kihlstrom *et al.*, 1994)

Tal y como se describe en la definición, la desconexión de algunos aspectos de la realidad —característica de la disociación— no constituye un elemento imprescindible en todas las experiencias de absorción. Como señalan Vermetten *et al.* (1998), las experiencias de absorción y las disociativas no son fenómenos similares sino complementarios y no se dan invariablemente de forma conjunta, de modo que la absorción puede o no implicar una desconexión de ciertos elementos del principal campo de conciencia. Esta relación permitiría explicar por qué en algunos estudios empíricos las relaciones entre ciertas experiencias disociativas y las experiencias de absorción no muestran correlaciones demasiado elevadas, tal y como sería de esperar si consi-

deráramos la absorción como un fenómeno de carácter disociativo.

Las personas con una elevada *tendencia a la fantasía* son «aquéllas que se implican de forma profunda y duradera en fantasías e imaginaciones» (Lynn y Rhue, 1986, 1988), y que «...viven gran parte del tiempo en su propio mundo —un mundo de fantasía e imaginación» (Wilson y Barber, 1981). Estas personas suelen ser además más hipnotizables, creativos e imaginativos que aquéllos que puntúan bajo en tendencia a la fantasía (Lynn y Rhue, 1986).

Putnam y Carlson (1998) llevaron a cabo una revisión de estudios encaminados a establecer las relaciones existentes entre tendencia a la fantasía, absorción, disociabilidad e hipnotizabilidad. Los resultados sugerían las siguientes tendencias: la *Absorción* parece estar relacionada de forma moderada a elevada con la tendencia a la fantasía, y de forma moderada con la disociación y con la hipnotizabilidad. La *Tendencia a la Fantasía* correlaciona de forma moderada a elevada con la disociación y de forma moderada con la hipnotizabilidad. Finalmente, la relación más fuerte se da entre la tendencia a la fantasía y la absorción, mientras que la disociación y la hipnotizabilidad están más relacionados con las variables anteriores que entre ellas mismas (Putnam y Carlson, 1998).

La tendencia a la fantasía, por su elevada relación con la absorción, podría ser considerada como una variable que contribuye a la aparición de este tipo de experiencias y, del mismo modo que sucedía en esta última, puede ir en ocasiones asociada a experiencias disociativas. Resulta más difícil determinar el modo en que esta variable contribuye a la disociación: tal vez ciertas experiencias tempranas lleven al niño a implicarse en fantasías para alejarse de la realidad y el empleo habitual de estas estrategias favorezcan la aparición de experiencias diso-

ciativas en un futuro. En cualquier caso, la única evidencia empírica disponible es de carácter correlacional y no proporciona datos que permitan probar estas hipótesis.

## LAS CRÍTICAS

Hasta ahora hemos revisado algunos de los acercamientos que tratan de explicar el concepto de disociación y la amplia gama de fenómenos relacionados con este constructo. Sin embargo, existe otra serie de planteamientos que mantienen una actitud crítica respecto a este concepto y a toda la serie de implicaciones que de él se derivan. De entre éstos cabría destacar, el acercamiento sociocognitivo defendido por Spanos —basado en modelos del aprendizaje social y de la teoría del rol y en hipótesis iatrogénicas para explicar los fenómenos disociativos—, y el planteamiento de Frankel, representante de una postura menos escéptica que, sin negar la existencia de los fenómenos disociativos, hace especial hincapié en el papel que juegan otros procesos igualmente importantes como la imaginación, la motivación o las alteraciones en la atención.

La postura más escéptica respecto a la disociación y los trastornos disociativos ha sido la mantenida por Spanos, que llevó a cabo un gran volumen de investigaciones con el propósito de rebatir la realidad de este fenómeno. Spanos es el principal representante de la visión constructivista o sociocognitiva que considera el trastorno disociativo de identidad (TDI) y los fenómenos que suceden bajo hipnosis como una mera construcción social. Sus investigaciones se han centrado en un enfoque cognitivo-conductual de la hipnosis, con el objeto de descartar la concepción de estado alterado de consciencia o trance. Afirma que la *concepción de la hipnosis* como un estado alte-

rado de consciencia es un mito: desde la perspectiva sociocognitiva, la hipnosis es un proceso dependiente del contexto, en el que la voluntad del sujeto para adoptar el rol de hipnotizado le lleva al empleo de sus habilidades cognitivas e imaginativas. Dependiendo de las concepciones del sujeto respecto a cómo debe responder a las demandas situacionales, de las claves —más o menos explícitas o ambiguas— que le sean dadas por el terapeuta y del *feedback* proveniente de diferentes fuentes, y de la motivación por presentarse a sí mismos como «buenos» sujetos hipnóticos, la persona asumirá un rol determinado (Spanos y Coe, 1992). Considera que las sugerencias hipnóticas son comunicaciones que llevan a la construcción de situaciones «*como si*» y propone, por tanto, que en la hipnosis no se produce otra cosa que la simple relajación y ciertas expectativas inducidas por la situación (para una revisión, ver Spanos, 1991, 1994).

También ha tratado de explicar, basándose en los resultados de sus trabajos, fenómenos como las falsas memorias, las posesiones demoníacas, o el TDI (Spanos, 1996). Para este autor la idea de que el TDI es un trastorno mental que se produce de forma natural es un fraude. En lugar de ello, concibe las identidades como una construcción regida por normas sociales, estas identidades son establecidas, legitimadas y mantenidas a través de la interacción social. La perspectiva sociocognitiva da una explicación particular del TDI: Las personas que reciben el diagnóstico de personalidad múltiple (o de identidades disociadas) actúan *como si* poseyeran dos o más identidades diferentes y muchas de ellas dicen tener amnesia respecto a las otras personalidades con las que residen. Estas manifestaciones no son más que una forma de autopresentarse que atiende a ciertos propósitos, y que frecuentemente son legitimadas y mantenidas por las expec-

tativas del terapeuta. Para Spanos los sujetos que frecuentemente crean elementos imaginativos (con una supuestamente elevada *tendencia a la fantasía*), que poseen una alta tolerancia a las creencias exóticas, una debilidad por lo dramático y cierta capacidad para dejarse absorber por ellas, tendrían una mayor facilidad para desempeñar el rol de la multiplicidad cuando contaran con las motivaciones necesarias y se dieran las inducciones contextuales propicias para tales manifestaciones (Spanos, 1996).

Destaca además otros factores que prueban el carácter social del TDI, y que refieren a las variaciones a lo largo de la historia en: a) *la prevalencia del trastorno*, sujeta a notables oscilaciones dependiendo del periodo histórico en que nos encontráramos, de la cultura, de la orientación clínica predominante en la época. b) *el número de identidades manifestadas por el paciente*: mientras que en el siglo XIX lo normal era que se manifestaran dos personalidades por paciente, posteriormente se ha ido produciendo un incremento en este número. Los síntomas histéricos, al igual que la conducta hipnótica, están al servicio de la consecución de ciertas metas sociales y pretenden mantener la autopresentación del sujeto, en lugar de reflejar una serie de ideas separadas de la consciencia normal como proponen otros teóricos. En suma, las necesidades del paciente, la validación del terapeuta, las creencias que poseen ambos sobre la enfermedad y sus causas, y el proceso de diagnóstico y tratamiento son, para Spanos, las variables que determinan las manifestaciones y moldeamiento del rol de histérico (Spanos, 1996).

Frankel (1990) no cuestiona la veracidad de los procesos disociativos, pero ha criticado el excesivo peso que se le ha dado en ciertos trastornos, argumentando que existen otros mecanismos igualmente importantes que se han visto

eclipsados por este concepto. Respecto a la conexión trauma-disociación, Frankel señala que se ha sobrevalorado el papel de esta relación a expensas de otros factores psicológicos igualmente importantes tales como el contexto cultural y psicosocial, el contagio y las influencias sugestivas por parte del clínico. Del mismo modo, entiende los *flashbacks* típicos de los trastornos postraumáticos no como el producto de la disociación, sino como imágenes visuales producto de la imaginación (Frankel, 1996). En esta línea, postula la necesidad de considerar las disociaciones como un fenómeno parcial que se produce con un cierto grado de control consciente. En otras palabras, en aquellos momentos en los que la persona necesite escapar de una situación desbordante, pondrá en marcha ciertos mecanismos (como la imaginación o la distracción) para alejarse del malestar asociado a dicha situación. Este autor también mantiene que en las experiencias disociativas ciertas conductas, ideas o *fantasías* se activan de forma automática sin ser la persona consciente de ello —al menos totalmente—, de tal modo que las experimenta como ajenas al *ego*. Frankel enfatiza que esos recuerdos no son siempre verdaderos y que aunque la hipótesis que conecta el trauma a un mecanismo protector como la disociación resulta atractiva, no ha sido lo suficientemente probada. En su lugar, la ansiedad, las alteraciones en la memoria, o la inatención selectiva que a menudo acompañan a los episodios traumáticos también deberían ser considerados como variables fundamentales (Frankel, 1996).

En cuanto a la visión de la *hipnosis* como una experiencia de disociación controlada en la que la persona puede acceder al material disociado, Frankel la considera sólo una forma de presentar la hipnosis aceptada socialmente y de ganar la confianza del paciente. En otras palabras, es sólo una opción teórica. Este

autor cree que el paradigma del recondicionamiento es capaz de explicar de forma más satisfactoria el éxito de la hipnosis clínica: los recuerdos y afectos asociados al trauma son modificados y el paciente es recondicionado a experimentarlos de una forma menos amenazante en un contexto seguro en el que resulta más fácil enfrentarse a ellos. Frankel concibe la hipnosis no sólo como una licencia para imaginar, sino como una invitación totalmente explícita para hacerlo (Frankel, 1996).

#### ALGUNAS CONCLUSIONES

Los autores que hemos incluido en este trabajo son sólo una pequeña representación —no exhaustiva ni completa— de los que con sus estudios contribuyen al conocimiento actual sobre los fenómenos disociativos. Sin embargo, nos permiten apreciar la trayectoria que ha seguido este concepto hasta nuestros días, partiendo fundamentalmente de las ideas básicas de Janet. Hilgard constituyó el eslabón entre las concepciones clásicas y las contemporáneas, traduciendo al lenguaje cognitivo los postulados de Janet, y abonando el terreno para seguir completando la tarea que en su día éste mismo inició. Actualmente, la mayor parte de planteamientos teóricos coinciden en el tipo de mecanismo que supone la disociación, existiendo divergencias en el tipo de contenidos que son disociados (conductas, recuerdos, afectos, etc.), o en el origen de estos procesos (acontecimientos traumáticos, procesos psicodinámicos, etc.). Comparten también otros presupuestos básicos, entre ellos, la consideración de este fenómeno como un mecanismo normal del funcionamiento mental, de carácter parcial —produciéndose, en este sentido, interferencias entre los contenidos disociados y conscientes—. Sin embargo, se requiere un mayor

esfuerzo por esclarecer y unificar las distintas posturas existentes. En este sentido, la investigación básica en este campo de estudio debe dirigirse a establecer unos límites y consideraciones básicas comunes que garanticen que cuando se hable de disociación se esté haciendo referencia a un mismo fenómeno.

A pesar de que la idea de la existencia de un continuo de experiencias disociativas ha sido mantenida y compartida por una gran cantidad de autores en este campo, recientemente se ha planteado la necesidad de matizar la idea del continuo. Tal y como algunos autores han planteado (Frankel, 1996; Waller *et al.*, 1996), el modelo dimensional puede ser compatible con un modelo tipológico en que se sitúen las experiencias disociativas de carácter patológico. Resta por dilucidar qué papel juega exactamente la disociación en aquellos fenómenos a los que ha sido vinculada —p.ej., la hipnosis— y si, realmente, al hablar de absorción y tendencia a la fantasía estamos haciendo referencia a experiencias equiparables a aquéllas en las que se produce una desconexión.

En definitiva, y tal y como plantea Frankel (1990), es necesario evitar la sobreinclusión en la que caen muchos de los autores que consideran disociativas experiencias que podrían ser explicadas por otra serie de fenómenos. Este hecho plantea la necesidad de que futuras investigaciones apunten hacia el estudio fenomenológico de los mecanismos que están a la base de las experiencias disociativas y esclarecer el tipo de relación existente entre disociación y ciertas variables de personalidad, cognitivas y emocionales.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernstein, E.M., y Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bower, G.H. (1990). Awareness, the unconscious, and repression: An experimental psychologist perspective. En J.L. Singer (Dir.), *Repression and dissociation. Implications for Personality, Theory, Psychopathology, and Health* (pp. 209-231). Chicago: University of Chicago.
- Bowers, K.S. (1991). Dissociation in hypnosis and multiple personality disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39, 155-176.
- Braun, B.G. (1986). *Dissociation: An Overview. Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. Washington DC.
- Breuer, J., y Freud, S. (1974). *Studies on Hysteria*. Harmondsworth, England: Pelican (Original en inglés 1895).
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Dir.), *Dissociation, Clinical and Theoretical Perspectives* (pp. 15-31). Nueva York: Guilford.
- Cardeña, E. (1997). The Etiologies of Dissociation. En S. Powers y S. Krippner (Dir.), *Broken Images and Broken Selves* (pp. 61-87). Nueva York: Bruner.
- Cardeña, E., y Spiegel, D. (1990). Suggestibility, absorption, and dissociation: An integrative model of hypnosis. En F. Schumaker (Dir.), *Human Suggestibility* (pp. 93-107). Nueva York: Routledge.
- Counts, R. (1990). The Concept of Dissociation. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18, 460-479.
- Charcot, J.M. (1889). *Clinical lectures on the diseases of the nervous system* (Vol. 3). Londres: New Sydenham Society.
- Di Tomasso, M.J., y Routh, D.K. (1993). Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation. *Child Abuse and Neglect*, 17, 477-485.
- Elderyi, M.H. (1990). Repression, reconstruction, and defense: History and integration of the psychoanalytic and experimental frameworks. En J.L. Singer (Dir.), *Repression and dissociation. Implications for Personality, Theory, Psychopathology, and Health* (pp. 1-31). Chicago: University of Chicago.
- Elderyi, M.H. (1994). Dissociation, defense and the unconscious. En D. Spiegel (Dir.),

- Dissociation. Culture, Mind and Body* (pp.3-20). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Frankel, F.H. (1990). Hypnotizability and Dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 823-829.
- Frankel, F.H. (1996). Dissociation: The clinical realities. *American Journal of Psychiatry*, 153, 64-70.
- Freud, S. (1894). The defence neuro-psychoses. En E. Jones (1957), *Sigmund Freud, Collected Papers* (Vol. I). Nueva York: Basic Books.
- Freud, S. (1946). *The Ego and the Mechanisms of Defence*. (Trans. C. Baines). Nueva York. International Universities Press. (Original en inglés 1936).
- Freud, S. (1959). On the psychical mechanism of hysterical phenomena. En Ernest Jones (Dir.), *Sigmund Freud: Collected papers* (Vol. 1). Nueva York: Basic Books. (Original en inglés 1893).
- Frischholz, E. (1985). The relationship among dissociation, hypnosis and child abuse in the development of multiple personality. En R.P. Kluft (Dir.), *Childhood Antecedents of Multiple Personality* (pp. 99-126). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Frischholz, E.J., Lipman, L.S., Braun, B.G., y Sachs, R.G. (1992). Psychopathology, hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1521-1525.
- Haule, J.R. (1986). Pierre Janet and dissociation: The first transference theory and its origins in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 86-94.
- Hilgard, E.R. (1977). *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Actions*. Nueva York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1984). The hidden observer and multiple personality. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 248-253.
- Hilgard, E.R. (1986). *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Actions*. (Versión ampliada). Nueva York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Dirs.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives* (pp. 83-104). Nueva York: Guilford.
- Hilgard, E.R. (1994). Neodissociation Theory. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Dirs.), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives* (pp. 32-51). Nueva York: Guilford.
- Horowitz, M.J. (1997). *Stress response Syndromes. PTSD, Grief, and Adjustment Disorders*. Northvale, Nueva Jersey: Jason Aronson.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme Psychologique*. Paris: Felix Alcan.
- Janet, P. (1920). *The Major Symptoms of Hysteria*. Nueva York: Hafner. (Original en inglés 1907).
- Kampman, R. (1976). Hypnotically induced multiple personality: An experimental study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 215-227.
- Kihlstrom, J.F. (1984). Conscious, subconscious, unconscious: a cognitive perspective. En K.S. Bowers y D. Meichembaum (Dirs.), *The Unconscious Reconsidered* (pp. 149-211). Nueva York: Wiley.
- Kihlstrom, J.F. (1994). One hundred years of hysteria. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Dirs.), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives*. Nueva York: Guilford.
- Kihlstrom, J.F., y Hoyt, I.P. (1990). Repression, dissociation and hypnosis. En J.L. Singer (Dir.), *Repression and dissociation. Implications for Personality, Theory, Psychopathology, and Health* (pp. 181-208). Chicago: University of Chicago.
- Kihlstrom, J.F., y Schacter, D.M. (1991). Functional Amnesia. En L.R. Squire (Dir.), *Encyclopedia of Learning and Memory*. Nueva York: McMillan.
- Kihlstrom, J.F., Glisky, M.L., y Angiulo, M.J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 117-124.
- Kirsch, I., y Lynn, S.J. (1998). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 123, 100-115.
- Kluft, R.P. (1984). Multiple personality disorder in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 121-134.
- Lynn, S.J., y Rhue, J.W. (1986). The fantasy prone person: Hypnosis, Imagination and creativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 404-408.
- Lynn, S.J., y Rhue, J.W. (1988). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antece-

- dents, and psychopathology. *American Psychologist*, 43, 35-44.
- Maldonado, J.R., y Spiegel, D. (1998). Trauma, dissociation and hypnotizability. En J.D. Bremner y Ch.R. Marmar (Dir.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 57-106). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Meichembaum, D. (1994). *Treating Post-Traumatic Stress Disorder. A Handbook and Practice Manual for Therapy*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Nadon, R., Hoyt, I.P., Register, P.A., y Kihlstrom, J.F. (1991). Absorption and hypnotizability: Context effects re-examined. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 144-153.
- Nash, M.R., y Lynn, S.J. (1986). Child abuse and hypnotic ability. *Imagination, Cognition and Personality*, 5, 211-218.
- Nemiah, J.C. (1984). The unconscious and psychopathology. En K.S. Bowers y D. Meichembaum (Dir.), *The Unconscious Reconsidered* (pp. 49-87). Nueva York: Wiley.
- Nemiah, J.C. (1985). Dissociative disorders. En H. Kaplan y B. Sadock (Dir.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4ª ed. (pp. 942-957). Baltimore MD: Williams & Wilkins.
- Nemiah, J.C. (1989). Janet redivivus: the centenary of L'Automatisme Psychologique. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1527-1529.
- Nemiah, J.C. (1993). Dissociation, conversion, and somatization. En D. Spiegel (Dir.), *Dissociative Disorders: A Clinical Review* (pp. 104-117). Lutherville: Sidran Press.
- Nemiah, J.C. (1998). Early concepts of trauma, dissociation and the unconscious: Their history and current implications. En J.D. Bremner y Ch.R. Marmar (Dir.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 1-26). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Nogrady, H., McConckey, K.M., Laurence, J.R., y Perry, C. (1983). Dissociation, duality, and demand characteristics in hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 23-235.
- Perry, C., y Laurence, J.R. (1984). Mental processing outside of awareness: the contributions of Freud y Janet. En K.S. Bowers y D. Meichembaum (Dir.), *The Unconscious Reconsidered* (pp. 9-48). Nueva York: Wiley.
- Prince, M. (1890). Some of the revelations of hypnotism. En N.G. Hale (Dir.), *Psychotherapy, and Multiple Personality, Selected Essays* (pp. 37-60). Cambridge, M.A: Harvard University Press.
- Putnam, F.W. (1985). Pieces of the mind: Recognizing the psychological effects of abuse. *Justice for Children*, 1, 6-7.
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder*. Nueva York: Guilford.
- Putnam, F.W. (1991). Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 489-502.
- Putnam, F.W. (1992). Dissociative disorders in children and adolescents: A developmental perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 519-532.
- Putnam, F.W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect*, 17, 39-45.
- Putnam, F.W. (1994). Dissociative disorders in children and adolescents. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Dir.), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives* (pp. 175-189). Nueva York: Guilford.
- Putnam, F.W., y Carlson, E.B. (1998). Hypnosis, Dissociation, and Trauma: Myths, metaphors, and mechanisms. En J.D. Bremner y Ch.R. Marmar (Eds.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 27-56). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, F.W., Guroff J.J., Silberman, E.K., Barban, L., y Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Putnam, F.W. Helmers, K., y Horowitz, L.A. (1995). Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1-11.
- Rodin, G., de Groot, J., y Spivak, H. (1998). Trauma, Dissociation and Somatization. En J.D. Bremner y Ch.R. Marmar (Dir.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 161-178). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ross, C.A. (1985). DSM-III: Problems in diagnosing partial forms of multiple personality disorder. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 75, 933-936.

- Ross, C.A. (1989). *Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features and Treatment*. Nueva York: Wiley.
- Ross, C.A. (1994). Dissociation and Physical illness. En D. Spiegel (Dir.), *Dissociation. Culture, Mind and Body* (pp. 171-184). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ross, C.A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. En L.K. Michelson y W.J. Ray (Dir.), *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives* (pp. 3-24) Nueva York: Plenum Press.
- Ross, C.A. (1997). *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features and Treatment of Multiple Personality*. Nueva York: Wiley.
- Ross, C.A., Josie, S., y Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547-1552.
- Rumelhart, D.E., y McClelland, J.L. (1986). *Parallel Distributed Processing: Explorations in the Microstructure of Cognition, Vol. 1: Foundations*. Cambridge: MIT Press.
- Segal, D., y Lynn, S.J. (1993). Predicting Dissociative experiences: Imagination, hypnotizability, psychopathology, and alcohol use. *Imagination, Cognition, and Personality*, 12, 287-300.
- Schacter, D.M., y Kihlstrom, J.F. (1989). Functional Amnesia. En F. Boller y J. Grafman (Dir.), *Handbook of Neuropsychology* (Vol. III, pp. 209-231). Nueva York: Elsevier Science.
- Spanos, N.P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Dir.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives* (pp. 324-361). Nueva York: Guilford.
- Spanos, N.P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: A sociocognitive perspective. *Psychological Bulletin*, 116, 143-165.
- Spanos, N.P. (1996) *Multiple Identities and False memories. A Sociocognitive Perspective*. Washington DC: American Psychological Association.
- Spanos, N.P., Arango, M., y De Groot, H.P. (1993). Context as a moderator in relationships between attribute variables and hypnotizability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 71-77.
- Spanos, N.P., y Coe, W.C. (1992). A social psychological approach to hypnosis. En E. Fromm y M.R. Nash (Dir.) *Contemporary Hypnosis Research* (pp. 102-130). Nueva York: Guilford.
- Spanos, N.P., y Hewitt, E.C. (1980). The hidden observer in hypnotic analgesia: Discovery or experimental creation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1201-1214.
- Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101-110.
- Spiegel, D. (1986). Dissociation, double binds and posttraumatic stress in multiple personality disorder. En B.G. Braun (Dir.), *Treatment of Multiple Personality Disorder* (pp. 61-78). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D. (1990). Hypnosis, dissociation and trauma: Hidden and overt observers. En J.L. Singer (Dir.), *Repression and dissociation. Implications for Personality, Theory, Psychopathology, and Health* (pp. 121-142). Chicago: University of Chicago.
- Spiegel, D., y Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.
- Vermetten, E., Bremner, J.D., y Spiegel, D. (1998). Dissociation and hypnotizability: A conceptual and methodological perspective on two distinct concepts. En J.D. Bremner y Ch.R. Marmar (Dir.), *Trauma, Memory and Dissociation* (pp. 107-160). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Waller, N.G., Putnam, F.W and Carlson, E.B (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- Wilson, S.C., y Barber, T.X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life stories of excellent hypnotic subjects («somnambules»): Preliminary report with female subjects. En E. Klinger (Dir.), *Imaginary. Vol. 2. Concepts, Results, and Applications* (pp. 133-152). Nueva York: Plenum.