

**A. Fernandes Abreu, C. Nuñez Sande, B. Pinal
Fernández, B. Martínez Alonso.**

XXIV Vigo, Hospital Álvaro Cunqueiro, Servicio de
Psiquiatría, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Correspondencia:

Dra. Belén Martínez Alonso
Servicio de Psiquiatría,
Hospital Álvaro Cunqueiro (XXIV Vigo)
Estrada Clara Campoamor, 341,
36212 Vigo, Pontevedra
maria.belen.martinez.alonso@sergas.es

*La disociación en niños y
adolescentes: la variabilidad
en la expresión clínica a
propósito de dos casos*

*Dissociation in children and
adolescents: the variability
in clinical expression in
relation to two cases*

RESUMEN

El término disociación ha pasado de constituir una entidad nosológica a ser relegado a un síntoma, apareciendo disgregado en las diferentes clasificaciones internacionales actuales, lo que lo lleva a ser un concepto teórico, confuso y generador de controversia. El diagnóstico por exclusión que esto implica, hace que sea un trastorno infradiagnosticado en la práctica clínica, lo que trae consigo la escasez de publicaciones, especialmente en población infanto-juvenil. Se debe entender cómo la respuesta a un fenómeno postraumático expresándose clínicamente dependiendo de la propia resiliencia del sujeto. Se exponen dos casos clínicos contrapuestos (disociación mente-mente vs mente-cuerpo) que han necesitado ingreso hospitalario. Se precisarían más publicaciones sobre esta patología, para ofrecer a los clínicos un enfoque amplio que facilite el diagnóstico de la disociación como entidad mórbida y no únicamente como diagnóstico de exclusión, así como su tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: disociativo, post-traumático, teoría disociación estructural.

ABSTRACT

The term dissociation has gone from being a nosological conception to being relegated to a symptom, appearing

nowadays, disintegrated into different international classifications, which leads to a theoretical, confusing and controversial concept generator. The diagnosis of exclusion that this entails, makes it an underdiagnosed disorder in clinical practice, which brings about the shortage of publications, especially in child population. It should be understood as the response to a post-traumatic phenomenon, variably expressed depending on the resiliency of the subject. We expose two counterposed clinical cases (mind-mind vs mind-body dissociation) that needed hospitalization. More publications focused on this disease are needed to offer clinicians a wide focus to help on diagnosis, treatment and prognosis as a disorder and not being only an exclusion-diagnosis syndrome.

Keywords: dissociative, post-traumatic, structural dissociation theory.

INTRODUCCIÓN

La disociación constituye, en la actualidad, un concepto teórico, confuso y generador de controversia. Por un lado, el término “disociación” se utiliza en la literatura para designar conceptos diferentes en el que se incluyen síntomas, mecanismos psíquicos y trastornos mentales, lo que podemos ver reflejado en el uso de este término en las distintas clasificaciones internacionales (Tabla 1). Por

otro los fenómenos disociativos no necesariamente son todos patológicos, estando inmersos en un “continuum” desde la normalidad.

El fenómeno de la Disociación se ha intentado definir desde diversos marcos teóricos, a nivel conceptual, etiopatogénico y clínico. Las dificultades en el concepto y su delimitación clínica como una entidad polimórfica, se traducen en el cuestionamiento de su validez nosológica y han generado una gran variabilidad a nivel de estimación epidemiológica (1,2).

Una nueva concepción de la Disociación, es la recogida por González-Vázquez (3), partiendo de la Teoría de la Disociación Estructural propuesta por Van der Hart (4); Este autor plantea la disociación como un mecanismo vertical en el que los estados mentales no se diferencian por el mayor o menor nivel de conciencia, pudiendo coexistir sistemas mentales separados. Sería la disociación entendida como fragmentación y como fenómeno postraumático, que es la concepción más ampliamente desarrollada en el momento actual.

Otro mecanismo disociativo sería la escisión horizontal en la que existirían “niveles” de contenidos conscientes (el sujeto puede acceder libremente) y otros en un plano más soterrado (de difícil acceso, represión), comprensible desde las teorías psicoanalíticas (5).

Estudios que abordan el riesgo de presentar síntomas disociativos incluyen a las personas expuestas al estrés, las mujeres y los niños, como los grupos más vulnerables. La mayor parte de la literatura apunta a los antecedentes de vivencias traumáticas (postraumáticos) como uno de los factores más claros de vulnerabilidad individual, y que aumenta sustancialmente el riesgo de victimización posterior (6). Las experiencias infantiles estresoras precoces podrían generar una disfunción y cambios estables en distintos sistemas reguladores neuroendocrinos como el eje hipofisario-suprarrenal, cambios estructurales a nivel del sistema nervioso central, con traducción en la organización, desarrollo y funcionamiento psicológico del niño y posterior adulto. Diversos autores (7,8) han relacionado el patrón de apego desorganizado-desorientado con los trastornos disociativos.

En la práctica clínica se debe prestar especial atención a la sintomatología, sin olvidar la historia sociobiográfica, ya que la no consideración de sucesos traumáticos previos podrían llevar a un diagnóstico diferencial erróneo.

En la literatura no se recogen diferencias significativas

a nivel de criterios diagnósticos en niños frente a los adultos, si bien la expresividad clínica varía conforme a la edad. Los síntomas disociativos se agrupan en tres grandes bloques: amnesia, desrealización/despersonalización y confusión/alteración de identidad (Steinberg) (9). Las partes disociadas se manifestarían en forma de síntomas negativos (anestesia, amnesia) y positivos (pseudocrisis, flashbacks, alucinaciones auditivas).

En lo niños pueden presentarse conductas regresivas, pérdida de interés por las actividades que antes realizaban, cambios en la modalidad de sus juegos, y un mayor número de síntomas físicos que los adultos (cefalea, cansancio, dolor abdominal y molestias respiratorias subjetivas). En la clínica se diferencia la dualidad de la disociación en mente-mente (disociación psicológica) y mente-cuerpo (disociación somatoforme).

Centrándonos en las características de los fenómenos disociativos y las posibles especificidades de este cuadro en niños y adolescentes, se exponen dos casos clínicos de dos pacientes (preadolescente y adolescente) atendidos en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de nuestro Servicio de Psiquiatría, ambos con clínica disociativa, que precisaron ingreso en la Unidad de Hospitalización, resaltando la importancia de su identificación, dificultades diagnósticas, de abordaje y tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Disociación MENTE-MENTE

Cuadro que motiva su ingreso

Paciente de 15 años, de nacionalidad francesa, que ingresa en el Servicio de Psiquiatría para estudio y tratamiento de un cuadro agudo a los pocos días de iniciar su estancia académica en España. En los dos primeros días muestra una buena adaptación, hasta que se inicia, de forma aguda, un cuadro con sensación de cansancio, astenia y agotamiento, con deseos de dormir, quejas de cefalea, permaneciendo en el domicilio de la familia de acogida sin salir. Progresivamente se van sumando al cuadro inicial insomnio, con inquietud psicomotriz, conductas y movimientos estereotipados repetitivos sin funcionalidad (tocamientos de cuerpo y cara, apertura de boca, a modo vocalizaciones forzadas pero sin emitir sonido alguno, abrir y cerrar cajones, se prueba collares y pulseras...). Insomnio pertinaz previo al ingreso. Acude

"Disociación" en las clasificaciones internacionales			
	CIE - 10	CFTMAE-R-2000	DSM 5
Predominio síntomas disociativos	Trastornos disociativos (de conversión) (F44) <ul style="list-style-type: none"> • Amnesia disociativa (F44.0) • Fuga disociativa (F44.1) • Estupor disociativo (F44.2) • Trastornos de trance y posesión (F44.3) Otros (F44.8) <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Ganser (F44.80) • Trastorno de personalidad múltiple (F44.81) 	Trastornos neuróticos con preponderancia histórica(2.0): Síndrome de Briquet Ciertas personalidades múltiples	Trastornos disociativos: <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de identidad disociativo (300.14) • Amnesia disociativa (300.12) • Amnesia con fuga disociativa (300.13) • Trastorno de despersonalización/ desrealización (300.6) • Otro • trastorno disociativo especificado (300.15) • Síndromes crónicos y recurrentes de los síntomas disociativos mixtos • Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva intensa y prolongada • Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes • Trance disociativo • Trastorno disociativo no especificado (300.15)
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno disociativo transitorio (conversión en la infancia o adolescencia) (F44.82)* • Trastorno disociativo de conversión mixto (F44.7) • Trastorno disociativo de conversión sin especificación (F44.9) 		
Predominio síntomas conversión	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la motilidad (F44.4) • Convulsiones disociativas (F44.5) • Anestias y pérdidas sensoriales disociativas (F44.6) 	Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales (2.7): <ul style="list-style-type: none"> • Disarmonías neuróticas 	Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (1) <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de conversión (Trastorno de síntomas neurológicos funcionales) (300.11)
	Nota: excluye despersonalización y desrealización por considerar que afectan de forma limitada y no pérdida funcional (F48.1). Incluido en Otros trastornos neuróticos (F48)		(1)Nota: En DSM IV Trastornos somatomorfos <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de conversión • con síntoma o déficit motor con convulsiones y crisis • con síntoma o déficit sensorial de presentación mixta
Tabla 1: Disociación en las clasificaciones internacionales *Diagnóstico establecido en casos expuestos			

a Urgencias en Estado semimutista: sólo musitaciones "mamá, mamá...", como única verbalización ante entrevista. La inquietud psicomotora se alivia y contiene con el abrazo que busca de forma activa. El cuadro se identificó como un Episodio Disociativo Agudo versus Psicótico Agudo con clínica maniforme.

Historia psicobiográfica / antecedentes personales
 Paciente natural de Colombia, en donde es adoptada al año y medio de edad, conjuntamente con su hermana melliza y un hermano dos años mayor. Los padres adoptivos son de nacionalidad francesa. Residen en Francia con una historia previa de buena adaptación al

medio socio-escolar, estudiante de 3º ESO y adecuada adquisición de hitos básicos del desarrollo. No conocimiento de datos previos a la adopción, ni respecto a su familia biológica. Los padres en el momento del ingreso se encuentran en Argentina por motivos laborales, previamente hacía tan solo unos meses, en otro intento de una estancia académica en nuestro país, en concreto en Madrid, presentó un episodio similar tanto en la clínica, como en el inicio agudo y remisión en poco tiempo, que requirió un ingreso breve. Durante un viaje a su país de origen hace años, se señala otro episodio con ansiedad y angustia durante los primeros días del viaje familiar, que se resolvió sin intervención ni tratamiento. En informe médico actual previo a su llegada a España se recoge que no estaba tomando ningún tratamiento farmacológico en la actualidad, ni pasado. Refieren ausencia de hábitos tóxicos. Reside en nuestra comunidad para aprender castellano, con una familia de acogida que no habla francés.

Evolución Hospitalaria

Durante su ingreso hospitalario, se mantiene los primeros días una tendencia de la clínica al polimorfismo y variabilidad, aunque con una progresiva mejoría y estabilización. Mantiene episodios de vinculación desinhibida, dispersa y no selectiva, con necesidad de contacto físico (abrazos, caricias...). Discurso por momentos más acelerado con presión del habla, contenidos fragmentarios y sexualizados. Aporta material gráfico a modo de escritos que nos va aportando a lo largo de su hospitalización. (Figura 1).

Persiste alteración del patrón del sueño, con insomnio de conciliación y despertares nocturnos frecuentes. Negativa inicial a ingesta que requirió aporte intravenoso. En el comportamiento mostraba estados desde la puerilidad con signos regresivos, adoptando posturas fetales, tono de voz infantilizado y actitud de “belle indifference”, como ausente, a otros momentos con predominio de irritabilidad y disforia, marcada reactividad, con gestos evitativos/negativistas como taparse la cara con las manos, la boca, alejarse físicamente, negarse a comer..., llegando a la agitación y desorganización conductual. No presencia de sintomatología sensorial-perceptiva-alucinatoria, aunque la paciente si se queja de alta sensibilidad a los ruidos, a la luz, a modo de estado de activación de aurosal. Quejas

frecuentes de cefaleas. Se objetiva durante las entrevista y a medida que transcurre las mismas fatigabilidad, empeorando sus respuestas y estado clínico.

Pasados los primeros días conforme progresa la hospitalización se evidencian periodos con menor inquietud psicomotriz, alivio de ansiedad, discurso más centrado y un estado emocional más estable. Este último estado es el que se va consolidando hasta el alta. Afirma que nota que “no tiene tanta necesidad de hablar todo el rato en tono alto”, y expresa deseos de “comprender y entender... lo que me pasó en Madrid... es como volver atrás, a Colombia...”. Ella misma sugiere cómo volver a hablar su lengua madre originaria pueda tener relación con un estado estresor, “al llegar y hablar otro idioma, mi idioma... en el cole, en casa y familia nueva, al principio me siento muy cansada y tengo que ponerme a dormir...”, “después ya no comprendo nada”. Afectación en nivel de conciencia previo, a modo de desencadenante de los episodios. El cuadro evoluciona desde una presentación

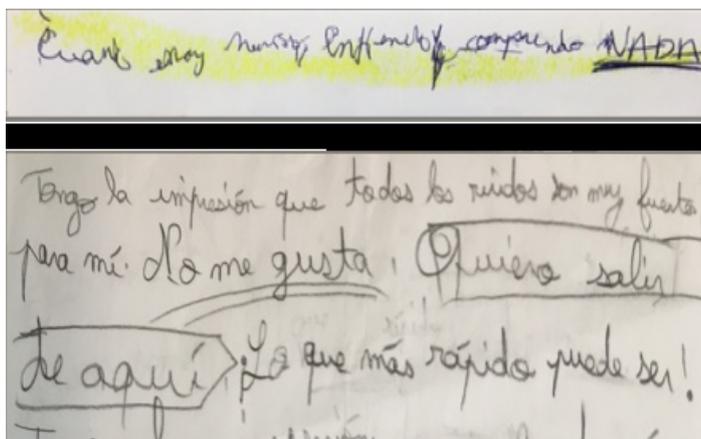


Figura 1. Material gráfico Caso 1: al inicio de la hospitalización y a los 8 días del transcurso de la misma

aguda con una duración recortada de aproximadamente 15 días, con restablecimiento del estado de la paciente “ad integrum”, y preocupación e interés progresivo por su estado, el viaje de regreso de su padre y el retorno a su país. No se evidencia una afectación anímica autónoma, ni psicopatología en las esferas de pensamiento, lenguaje, percepción o impulsos. Se descarta etiología orgánica con exploración física y pruebas complementarias (analíticas, neuroimagen cerebral, punción lumbar, EEG...) dentro de la normalidad. Se introdujo tratamiento sintomático

psicofarmacológico con benzodiazepinas, sin lograr una respuesta o alivio al control del cuadro y de los episodios de agitación, por lo que se introdujo risperidona (hasta 3 mg/día), siendo modificada posteriormente a olanzapina hasta dosis de 10 mg/día, obteniéndose una mejoría en la última semana en el alivio sintomático y clínica de la paciente. Al alta y traslado a su país de residencia se recomendó seguimiento especializado del episodio y control del tratamiento.

Caso 2: Disociación MENTE-CUERPO

Cuadro que motiva el ingreso

Varón de 12 años que ingresa en el servicio de Pediatría para estudio y contención de escalada de “crisis” (inicialmente etiquetadas de crisis de ansiedad) autolimitadas, de aproximadamente unos diez días de evolución, que progresivamente van adquiriendo una mayor complejidad y sintomatología abigarrada.

En el momento de su ingreso, estos episodios se iniciaban con presentación de imágenes mentales en forma de flashbacks de situaciones problemáticas para el paciente (especialmente problemas con compañeros en el ámbito escolar según refería), acompañadas de incontinencia afectiva, hiperventilación, autolesiones por medio de golpes con los puños en su cabeza y de ésta contra la pared, impresión de desconexión del medio, junto con estereotipias motoras en forma de giro cefálico e inversión de ambos globos oculares.

Historia psicobiográfica/antecedentes personales

El paciente es el mayor de dos hermanos, residente en domicilio familiar con ambos padres en un contexto rural. En su historia biográfica se reseña un cambio de domicilio hace 3 años desde una gran ciudad de otra comunidad, por varias cuestiones, entre ellas la búsqueda teórica de un entorno “más tranquilo” para los problemas psiquiátricos de la madre. La madre refiere antecedentes de varios ingresos hospitalarios en Unidades de Agudos de Psiquiatría, tanto en esta comunidad como en la de origen, con diagnóstico de Trastorno Personalidad mixto, Distimia y varios intentos de autolisis. El padre refiere que los problemas de la madre han condicionado la dinámica familiar durante todos estos años, objetivando una preocupación constante de ambos hermanos por la salud de su madre (con la que especialmente el paciente mantiene un fuerte vínculo afectivo y emocional) así como el temor, transmitido por ella, de que los Servicios

Sociales y de Menores puedan intervenir para “hacerse cargo de ellos”.

Entre los antecedentes del paciente, se señala un descenso progresivo del rendimiento escolar durante los últimos cursos de Primaria, así como problemas relacionales con sus pares, así como una probable situación de acoso escolar en las últimas semanas.

Evolución intrahospitalaria

Durante los primeros días de su ingreso, que se prolonga unas tres semanas en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica específica de Niños y adolescentes, presenta numerosos episodios similares a los descritos, de corta duración pero muy frecuentes (unos 3-4/día) con signos evidentes de agotamiento físico posterior y con lagunas mnésicas en el período postcrítico. Se descarta etiología orgánica (epileptógena, estructural, metabólica...) con exploraciones físicas y resultados de todas las pruebas complementarias realizadas (analíticas, EEG, RMN...) dentro de la normalidad.

En los períodos intercríticos mantiene un discurso coherente y una conducta normalizada aunque marcada por unos rasgos de personalidad ansioso-fóbicos y una elevada dependencia materna. A la exploración psicopatológica, en los períodos intercríticos no existe un trastorno del contenido o forma del pensamiento, alteraciones senso-perceptivas o del lenguaje. El paciente describe recuerdos durante las crisis de “visiones de personas muertas, sangre, compañeros que vienen a matarle”, reconoce irrealidad de estas percepciones, enmarcándolas psicopatológicamente en ilusiones visuales, junto a la existencia de sueños vividos y fenómenos de flashback de varios episodios concretos en los que el refería haberse sentido humillado y amenazado por varios compañeros (punto que la familia confirma aunque no así el centro escolar). No se identifica una alteración anímica ni ideación autolítica estructurada, pero sí pensamientos rumiativos en torno a ese estresor escolar a la vez que una preocupación subyacente por la salud de su madre, con una significativa indiferencia respecto a la situación de su ingreso y la alarma que en su entorno crea estos episodios y sus conductas durante los mismos.

Durante las dos semanas antes de su ingreso el paciente había acudido en varias ocasiones a su USMIJ de forma urgente, figurando la impresión diagnóstica de sintomatología ansiosa-depresiva de características

adaptativas a estresor escolar, con gestos autolesivos mediante cortes en antebrazos para alivio de “malestar interno” según refería el menor, sin evidenciarse clínica afectiva primaria o ideación autolítica estructurada. El menor recibía, con anterioridad, atención psicológica desde hacía dos años por dificultades en mecanismos de afrontamiento y habilidades sociales, con tendencia a minusvaloración, elevada inseguridad, necesidad de agrandar, pobre autoconcepto y baja tolerancia a la frustración, presentando empeoramientos afectivos reactivos a las hospitalizaciones de la madre, pero no había recibido nunca tratamiento farmacológico ni presentado conductas auto u heteroagresivas. En las atenciones urgentes previas al ingreso, se había iniciado tratamiento con clonazepam 1mg/d de forma sintomática con nula respuesta.

Durante los primeros días de su ingreso, se ajuste al alza la dosis de clonazepam en solución de 2.5mg/ml hasta un total 2mg/día repartidos, iniciando de forma paralela risperidona solución 1mg/día y paroxetina solución 10 mg/día., consiguiendo una contención de la escalada de crisis, pero no una remisión completa de las mismas, que se exacerban preferentemente en presencia de su madre y/o ante frustraciones/límites.

A la semana de su ingreso en Pediatría se decide su traslado a una unidad específica de hospitalización psiquiátrica del niño y adolescente, por la aparatosidad de las crisis, su dificultad de contención en una planta de pediatría de Escolares y con el objetivo de filiación diagnóstica y observación del menor, en un entorno controlado fuera de su dinámica familiar. A los dos días de su ingreso, las crisis desaparecen completamente, objetivándose sintomatología adaptativa a estresores familiares y escolares, así como escasos recursos de afrontamiento y de expresión emocional por parte del menor, sin psicopatología que oriente a un trastorno psiquiátrico primario/mayor en el momento actual.

CONCLUSIONES

A diferencia de la clínica en el adulto, los cuadros disociativos en niños y adolescentes se caracterizan por la presencia de un mayor número de síntomas físicos, pérdida de interés y conductas regresivas.

En los casos expuestos puede establecerse la dualidad clínica de la disociación mente-mente (disociación psicológica) y mente-cuerpo (disociación somatoforme); en el caso 1 se trataría de una disociación más

psicológica, con sintomatología negativa, (la paciente se muestra mutista, negativa a la ingesta, con nivel de conciencia fluctuante, por momentos desconectada del medio, perpleja, bloqueos del pensamiento) y sintomatología positiva (a modo de desinhibición maniforme, conductas motoras repetitivas, agitación y desorganización conductual). En el caso 2 predomina la disociación somatoforme (mente-cuerpo), destacando la presencia de síntomas positivos: flashbacks, autolesiones, hiperventilación, estereotipias motoras y pseudocrisis con periodo postcrítico y agotamiento posterior.

En relación a los mecanismos disociativos, dentro del marco teórico anteriormente descrito, podría sugerirse, al menos de estos casos, que predomina un mecanismo de disociación horizontal, probablemente enmarcado en el contexto del desarrollo evolutivo y estructuración de personalidad de los paciente adolescentes.

Para una correcta filiación diagnóstica es necesario realizar un buena psicopatobiografía, prestando especial atención e identificando las marcadas influencias e interferencias del entorno sociofamiliar y contexto relacional, así como la importancia de antecedentes de experiencias traumáticas previas, ya que es importante recalcar que la disociación se vincula a un fenómeno postraumático.

Ambos casos presentan alteraciones de la dinámica familiar y traumas previos junto con otros factores de vulnerabilidad personal.

El tratamiento se basa en la contención de la sintomatología y medidas encaminadas a la resolución de la situación estresora y reaseguramiento del entorno. La hospitalización aunque en sí mismo es estresora, en estos casos con elevado desbordamiento conductual e imposibilidad de manejo ambulatorio, y contexto estresor del entorno, resulta y refuerza en sí mismo una medida terapéutica.

El tratamiento psicofarmacológico (la bibliografía (3) recoge pautas de antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, topiramato, naltrexona) va dirigido fundamentalmente a la contención de los niveles de ansiedad extrema, favoreciendo una recuperación ad integrum en ambos casos que pueda permitir una retirada posterior del mismo, sumado a medidas psicoterapéuticas de apoyo y afrontamiento que desbordan al paciente.

Actualmente se plantea el diagnóstico diferencial de estos cuadros, tanto desde un punto de vista longitudinal como lineal, con distintos trastornos: Trastornos

psicóticos, Trastornos afectivos y ansiosos, Trastornos por somatización, Trastorno de personalidad límite y Trastorno de control de impulsos. Por otra parte, la posible existencia de comorbilidades es un predictor de gravedad.

La existencia de un terreno con poca especificidad diagnóstica, clínica y de tratamiento de la Disociación en niños y adolescentes, requiere más aportaciones que permitan a los profesionales un mayor conocimiento y guía en el tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedl MC, Draijer N, de Jonge P. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric inpatients: the impact of study characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 423-8.
2. Ross C. Epidemiology and assessment of dissociation and dissociative disorders. In: Sanchez-Planell L D-QC, editor. *Dissociative states*. Barcelona: Springer; 2000. p. 44-9.
3. González Vázquez A. *Trastornos Disociativos, Diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pléyades, S.A.; 2010.
4. van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2005; 18: 413-23.
5. Grau Martínez A, Meneghelo J. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Madrid: Ed. Panamericana S.A.; 2000.
6. Yehuda R, et al. Putative Biological, mechanisms for the association between early life adversity and the subsequent development of PTSD. *Psychopharmacology(Berl)* 2010; 212: 405-17.
7. Siegel DJ. *La mente en desarrollo*. Bilbao: Ed Descleé de Brouwer; 2007.
8. Main, M; Hesse, E. *Ataccamento disorganizzato e disorientato nell'infanzia e stati dissociati nei genitori*. En: Ammaniti, M.; Stern, D; eds *Ataccamento e psicoanalisi*. Bari: Laterza; 1992
9. Steinberg M. *¿Quién soy realmente? La disociación, un trastorno tan frecuente como la ansiedad y la depresión*. Javier Vergara Editor, 2002.