DISOCIAR PARA SOBREVIVIR: EL CEREBRO FRENTE AL TRAUMA

AUTOR: MARÍA PAULA RUENES SIERRA

RESUMEN

La disociación es una estrategia neurobiológica que el cerebro activa frente a experiencias traumáticas que superan la capacidad de procesamiento emocional y físico. A diferencia del "soñar despierto", la disociación implica una desconexión automática de la realidad con el fin de proteger la integridad mental y emocional. Este artículo explora los mecanismos cerebrales que intervienen en la disociación, los distintos trastornos clínicos asociados (como el TID, la amnesia disociativa y la despersonalización) y la forma en que estas condiciones pueden presentarse como consecuencias de traumas, particularmente en etapas tempranas de la vida. Se analiza también un caso clínico ilustrativo y se discute la importancia de una evaluación empática, informada y libre de estigmas. Comprender la disociación permite educar sobre el verdadero significado de esta experiencia, dejando atrás el mal uso del término en la vida cotidiana y permitiendo un diagnóstico más preciso, así como una intervención que ayude a integrar la experiencia traumática de forma segura.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, se experimenta la sensación de "desconectarse" de la realidad y de que la mente divaga en pensamientos, imágenes o escenarios imaginarios. A este fenómeno se le denomina "daydreaming" o "soñar despierto" y suele confundirse erróneamente con disociar [1]. Disociarse constituye una estrategia de supervivencia neurobiológica ante experiencias que sobrepasan la capacidad de procesamiento emocional, mental y físico [1,2]. En realidad, se trata de dos mecanismos muy distintos de la mente, que se manifiestan en contextos diferentes.

El "daydreaming" es un estado mental en el que la atención se desvía del entorno inmediato y se enfoca en cualquier pensamiento, imagen o escenario que cruza por la mente. Es un proceso natural que ocurre cuando se está relajado o desocupado, y puede ser tanto espontáneo como intencional [1,3]. Soñar despierto se relaciona con la Red Neuronal por Defecto (DMN, Default Mode Network), una región del cerebro que se activa cuando no se está concentrado en una tarea específica; en otras palabras, es como el "piloto automático" del cerebro [2]. Aunque este mecanismo puede parecer una distracción, resulta inofensivo, ya que ayuda al cerebro a procesar información, hacer conexiones creativas, resolver problemas y consolidar recuerdos [1,3].

DESARROLLO

La disociación, en cambio, es una respuesta del cerebro ante sentimientos intensos, confusos o dolorosos. Aparece como una

estrategia automática que permite a la mente separarse de la realidad para evitar sentirse desbordada. Por este motivo, la disociación y el trauma están íntimamente conectados [4].

Ante un peligro extremo, el cuerpo activa sus respuestas de supervivencia: lucha, huida o congelación. Cuando luchar o escapar no resulta posible, la congelación se convierte en la única opción viable, y la disociación es una parte fundamental de ese estado [4]. Durante una experiencia traumática, el cerebro puede entrar en un estado alterado de conciencia y, en fracciones de segundo, elige una forma de "desconectarse" del dolor para protegerse del impacto emocional. En este proceso, la conciencia puede fragmentarse, como si se dividiera en partes para evitar colapsar. Esa experiencia no desaparece, sino que se guarda "fuera del tiempo", de forma no integrada. Después del evento traumático, la mente intenta volver a la normalidad, aunque permanezca un vacío emocional o sensorial difícil de identificar [4,5].

"El cuerpo no tolera la sensación de la ausencia, así que elige la ausencia de una sensación".

El trauma no siempre proviene de eventos extremos como abuso sexual o violencia. También puede originarse en experiencias emocionales más sutiles, como padres que no responden a las necesidades afectivas del niño, rechazo emocional constante o privación afectiva. Estas vivencias, especialmente en la infancia, pueden aumentar la vulnerabilidad para presentar síntomas disociativos en la adultez [3,5].

Muchos describen la disociación como una experiencia fragmentada (recuerdos que aparecen como piezas sueltas), congelada en el tiempo (no parecen parte del pasado) o aislante (la persona se siente sola, incluso rodeada de gente). Percepciones sensoriales como un olor, una luz o una sensación corporal pueden reactivar el recuerdo traumático, como si estuviera ocurriendo nuevamente. Esos flashbacks no siguen una narrativa, sino que irrumpen con fuerza, dejando a la persona atrapada en su experiencia [3,5].

La disociación permite a muchas personas continuar con su vida, pero lo hace al precio de ocultar una parte de su experiencia. Comprender este mecanismo no solo es clave para la psicología, sino también para fomentar una mirada más humana y compasiva hacia quienes han pasado por el trauma. Los síntomas disociativos no son simples "problemas psicológicos", sino intentos sofisticados del cerebro para protegerse cuando las emociones o el dolor resultan insoportables. Es como si la mente, al enfrentarse a algo que no puede procesar, eligiera fragmentarse antes que colapsar por completo [4-6]. Esta respuesta no surge para causar sufrimiento, sino para permitir que, de alguna forma, se pueda seguir adelante, aunque sea a costa de desconectarse de partes de sí misma o de la realidad [4,5].

La disociación se manifiesta de diversas formas, cada una con matices propios, pero todas comparten un origen común: el intento del sistema nervioso de reducir el impacto emocional de experiencias que sobrepasan la capacidad de integración de la persona. En ese proceso, la conciencia puede

fragmentarse, dejando fuera del tiempo y de la narrativa personal aquello que no pudo ser procesado [3,4].

Desde la perspectiva clínica, los trastornos disociativos constituyen un grupo de condiciones psiquiátricas caracterizadas por alteración significativa de funciones psicológicas normalmente integradas, como la memoria, la conciencia, la identidad o la percepción del entorno. Según el Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (12ª edición), estos trastornos representan respuestas complejas a situaciones traumáticas, en especial cuando ocurren durante la infancia, y su expresión clínica depende en gran medida del tipo de trastorno y de la historia personal del paciente [6].

Uno de los principales y más estudiados es el trastorno de identidad disociativo (TID), antes conocido como "trastorno de personalidad múltiple". Se caracteriza por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad distintos, cada uno con su propio patrón de percepción, memoria y comportamiento. Estas identidades suelen alternarse en el control de la conducta, acompañadas con frecuencia de amnesia disociativa. También pueden coexistir síntomas como despersonalización, desrealización y episodios de fuga disociativa. Este trastorno representa la forma más compleja de disociación, en la que la fragmentación del yo se hace evidente de forma clínica. Estudios epidemiológicos han señalado que, mientras en la infancia la distribución por género es equitativa, durante la adolescencia se observa un predominio significativo en mujeres, con una proporción estimada de 8:1, lo que sugiere factores biopsicosociales implicados en su aparición [7,8].

Otra forma común de disociación es la amnesia disociativa, que se presenta como una incapacidad para recordar información autobiográfica relevante, generalmente vinculada con eventos traumáticos. Esta pérdida de memoria no puede explicarse por olvido ordinario ni por causas neurológicas, y puede presentarse en forma localizada, selectiva o generalizada. En algunos casos, se acompaña de fuga disociativa, en la que la persona realiza un viaje inesperado y no recuerda su identidad ni los acontecimientos recientes. Se ha estimado que este tipo de amnesia afecta aproximadamente del 2% al 6% de la población general en países occidentales [5].

También se encuentra el trastorno de despersonalización/desrealización, caracterizado por episodios persistentes o recurrentes de sensación de desapego del propio cuerpo o de irrealidad del entorno. A diferencia de los trastornos psicóticos, en este caso la persona conserva intacta su prueba de realidad. La prevalencia de experiencias transitorias de despersonalización o desrealización oscila entre el 26% y el 74% en la población general, especialmente durante eventos traumáticos, y alcanza un 2.5% cuando los síntomas son persistentes y clínicamente significativos [5,9].

Más allá de estas categorías, existen otros cuadros clínicos disociativos que no encajan del todo en las definiciones anteriores. Se agrupan bajo el nombre de otros trastornos disociativos especificados, e incluyen

fenómenos como el trance disociativo, episodios de posesión que no pertenecen a prácticas culturales aceptadas, reacciones disociativas agudas y alteraciones de identidad derivadas de persuasión coercitiva prolongada, como el lavado de cerebro. Por otro lado, se contempla también la categoría de trastorno disociativo no especificado, que permite diagnosticar casos clínicamente relevantes en los que los síntomas disociativos no cumplen todos los criterios para los trastornos clásicos, pero afectan de forma significativa la funcionalidad del individuo [6].

Las manifestaciones clínicas de la disociación pueden ser muy variadas. Algunas personas experimentan amnesia, como si ciertos fragmentos de su vida hubieran desaparecido; otras se enfrentan a la despersonalización, una sensación extraña de verse desde fuera del cuerpo, sin poder intervenir; mientras que otras experimentan desrealización, en la que el mundo parece distante, borroso o artificial. La confusión de identidad también puede aparecer, con dudas persistentes sobre quién se es, qué se siente o qué se quiere. En los casos más graves, se desarrolla una alteración de identidad, en la que distintas partes del yo toman el control de forma discontinua, generando episodios de desorientación, amnesia y conductas que la persona no puede explicar.

En definitiva, los trastornos disociativos muestran cómo la psique humana puede fragmentarse como un intento de supervivencia ante el trauma. Reconocer esta diversidad de manifestaciones es esencial para realizar un diagnóstico preciso y ofrecer una atención clínica empática, profunda y culturalmente informada.

Cuando una persona se disocia, no solo se aleja emocionalmente de lo que ocurre. En realidad, detrás de esa desconexión aparente, el cerebro despliega una serie de mecanismos automáticos, diseñados para proteger a quien está al borde de ser arrasado por una avalancha emocional o traumática. No es solo una reacción psicológica; es una reorganización biológica que busca evitar el colapso [7].

Todo comienza cuando el cuerpo detecta que no puede ni luchar ni huir. Entonces, activa su sistema nervioso simpático y entra en modo defensa. En este estado, la sangre se redistribuye y los vasos sanguíneos se contraen, provocando zonas del cuerpo con menor flujo sanguíneo, es decir, isquémicas. Estas áreas pueden volverse menos sensibles, adormecidas o incluso dejar de sentirse momentáneamente. Es como si partes del cuerpo quedaran "desconectadas" de la percepción habitual, replicando físicamente lo que la mente intenta hacer emocionalmente: reducir la exposición al sufrimiento [7].

Pero no basta con tensar los músculos o frenar las emociones. El cerebro va un paso más allá y libera su propio analgésico. Como si supiera que la situación es demasiado dolorosa, se segregan endorfinas y encefalinas, opioides endógenos naturales capaces de adormecer no solo el dolor físico, sino también bloquear las emociones. En plena disociación, muchas personas refieren "no sentir nada", aunque estén viviendo lo insoportable. No es que no importe; es que el

cerebro está anestesiando desde dentro [7].

Mientras tanto, la corteza prefrontal, encargada de coordinar emociones, recuerdos y decisiones, puede entrar en una especie de cortocircuito. Saturada de información del mundo exterior y superada por la magnitud del peligro, deja de integrar adecuadamente las señales internas y externas, como los recuerdos corporales y emocionales. Por ello, en estos estados, la persona puede actuar en piloto automático, sin registrar del todo lo que está sucediendo, lo que afecta el funcionamiento de estructuras reguladoras como el tallo cerebral, prosencéfalo, amígdala, hipocampo y el cíngulo anterior [7].

Esto es el cerebro, en su modo más primitivo, asegurando la supervivencia sin detenerse a pensar, interpretar y categorizar lo que vivimos, enviando respuestas al sistema nervioso autónomo para modular nuestras emociones y reacciones fisiológicas.

Con el tiempo, si el evento traumático no se integra emocionalmente, este patrón puede mantenerse de forma crónica. De hecho, estudios de neuroimagen han evidenciado que, en personas que han atravesado traumas importantes, los lóbulos prefrontales modifican su actividad. Sin intervención, esta desregulación persiste, afectando la capacidad de sentir, recordar y vivir en conexión consigo mismas y con los demás [7].

Por eso resulta fundamental trabajar las experiencias traumáticas o disociativas en psicoterapia, para que el cerebro reorganice su actividad, fortaleciendo la integración emocional y la percepción consciente [7].

Disociar no es solo "irse mentalmente". Es todo un cuerpo y un cerebro entrando en un estado de suspensión, una especie de limbo entre el sentir y el no sentir, entre estar y no estar. Lo que fue diseñado como una defensa momentánea, a veces se convierte en una forma habitual de estar en el mundo [4,5].

DISCUSIÓN

Se describe el caso de una adolescente que sufrió abusos sexuales continuos por parte de su padre, quien tenía adicción al alcohol, y de otro amigo de la familia. Fue amenazada con la perpetración de abusos sexuales sobre sus hermanos menores si llegaba a revelar lo sucedido. La adolescente comenzó a experimentar pensamientos suicidas, pero sentía que debía mantenerse con vida para proteger a sus hermanos. Tras sufrir violaciones por parte de su padre y de varios de sus amigos, huyó de casa precipitadamente. Se trasladó hasta una zona de la ciudad donde había vivido anteriormente, creyendo que allí encontraría a su abuela, con quien había vivido antes de que comenzaran los abusos. Viajó sola utilizando transporte público y caminó por las calles sin llamar la atención. Después de aproximadamente ocho horas, fue detenida por un policía. Al interrogarla, no logró recordar acontecimientos recientes ni indicar su dirección actual, insistiendo en que vivía con su abuela. Durante la evaluación psiquiátrica inicial, era consciente de su identidad, pero creía que la fecha era dos años anterior, decía tener dos años menos de su edad real e insistía en que

ninguno de los acontecimientos recientes había tenido lugar.

La historia clínica de esta adolescente revela un cuadro de trauma severo y sostenido, lo cual representa un factor crítico en el desarrollo de trastornos disociativos. Según se describe en el Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (12ª edición), la disociación surge frecuentemente como respuesta protectora frente a experiencias abrumadoras, sobre todo durante la infancia o la adolescencia [6]. Este caso ilustra cómo la disociación puede surgir como estrategia defensiva para evitar el colapso emocional. La paciente comenzó a presentar pensamientos suicidas, pero al mismo tiempo sentía la necesidad de seguir viva para proteger a sus hermanos, lo que refleja una contradicción que podría interpretarse como parte de un proceso disociativo destinado a contener el conflicto emocional insoportable [6].

La conducta de huida y la búsqueda de la casa de la abuela representan un episodio de fuga disociativa, una forma clínica de amnesia disociativa que implica desplazamientos inesperados y la incapacidad de recordar información autobiográfica reciente. La paciente se comportó de manera aparentemente funcional, pese a encontrarse profundamente alterada en su estado mental [6].

Al ser detenida, se hallaba desorientada: no recordaba hechos recientes ni su dirección actual, afirmando vivir con su abuela como si los dos últimos años no hubiesen existido. Además, aseguraba tener dos años menos de su edad real y negaba por completo los eventos traumáticos vividos en ese lapso. Este fenómeno se conoce como alteración de la identidad autobiográfica, en la cual la persona regresa mentalmente a una versión anterior de sí misma como mecanismo de protección.

Durante la evaluación psiquiátrica, la paciente conservó la conciencia de su identidad, lo que permitió descartar un episodio psicótico. En los trastornos disociativos, la prueba de realidad suele permanecer preservada, salvo en crisis agudas. No se observaron delirios ni alucinaciones, aunque sí existía una marcada alteración de la orientación temporal y una negación estructurada de los hechos traumáticos.

El diagnóstico más probable es el de amnesia disociativa con fuga disociativa. No obstante, el caso podría evolucionar hacia un trastorno de identidad disociativo si, con el tiempo, se identifican estados alternos de conciencia, fragmentación de la identidad o recuerdos escindidos [6].

Desde el punto de vista clínico, se recomienda realizar una evaluación psiquiátrica completa, con énfasis en la entrevista clínica. Para apoyar el diagnóstico, pueden emplearse herramientas estructuradas como la SCID-D o la Dissociative Experiences Scale (DES), útiles para valorar la gravedad y características de los síntomas disociativos. Es fundamental descartar causas neurológicas mediante estudios complementarios, dado que cuadros como la epilepsia del lóbulo temporal pueden simular síntomas disociativos. El

tratamiento más eficaz consiste en psicoterapia centrada en el trauma, en un entorno seguro que facilite la reconstrucción de la narrativa personal y el procesamiento emocional de las experiencias traumáticas [9].

Este caso refleja cómo el diagnóstico de la disociación se basa en reconstruir cuidadosamente la historia del paciente, prestando atención a lagunas de memoria y a la relación entre identidad, conciencia y entorno. Requiere una mirada empática y libre de prejuicios, ya que muchas personas acuden a consulta por síntomas como ansiedad, insomnio o depresión, sin saber que, detrás de ellos, subyacen experiencias traumáticas profundamente disociadas como mecanismo de supervivencia [6].

CONCLUSIONES

Comprender la disociación implica ir más allá del lugar común que la confunde con distracción o "soñar despierto". Lejos de ser un fenómeno superficial, la disociación es una estrategia neurobiológica profunda que el cerebro activa cuando la realidad se vuelve insoportable. Frente a experiencias que sobrepasan los límites del procesamiento emocional, físico y mental, como el abuso, el abandono o el trauma crónico, la mente elige protegerse fragmentándose antes que colapsar [4,5].

Aunque durante años se subestimó o malinterpretó, hoy se reconoce que la disociación no es un fenómeno raro ni marginal. De hecho, se estima que entre el 1% y el 5% de la población mundial presenta algún tipo de trastorno disociativo, lo cual equivale a entre 81 y 405 millones de personas en el mundo a lo largo de su vida, lo que refleja no solo su frecuencia, sino también la urgencia de abordarlo desde una perspectiva clínica y social más informada y compasiva [8].

A lo largo de este artículo se ha expuesto cómo esta desconexión abarca desde formas sutiles como la despersonalización o la desrealización, hasta manifestaciones más complejas como la amnesia disociativa o la alteración de la identidad. Todas ellas comparten un origen común: la necesidad urgente del organismo de asegurar la supervivencia ante un entorno percibido como amenazante. Esta respuesta, aunque adaptativa en su inicio, puede volverse disfuncional si se cronifica, aislando a la persona de aspectos fundamentales de sí misma y de su historia [4,5].

Los hallazgos científicos actuales evidencian que disociar no es únicamente una vivencia emocional, sino también un fenómeno con repercusiones corporales y cerebrales. Desde la liberación de endorfinas hasta la desactivación funcional de áreas como la corteza prefrontal o el hipocampo, el cerebro se reorganiza para sobrevivir, aunque este proceso tiene el costo de la pérdida de sentido, continuidad y conexión con la realidad presente [7].

Por ello, resulta indispensable que los profesionales de la salud mental adopten una mirada informada, empática y no patologizante hacia la disociación. Más que una alteración que deba eliminarse, constituye una señal de que existió dolor, y

de que la mente utilizó sus recursos para no quebrarse. Reconocer esto no solo transforma la forma de diagnosticar y tratar, sino que permite ofrecer al paciente algo aún más valioso: un espacio seguro para recordar, sentir e integrar aquello que en algún momento resultó demasiado para soportar [4,5].

Disociar, en definitiva, no es rendirse ante el dolor, sino representa una forma desesperada y profundamente humana de seguir adelante en circunstancias que sobrepasan las capacidades individuales.

REFERENCIAS

1. Suttie J. What daydreaming does to your mind. Greater Good Science Center, University of California, Berkeley; 2021 Jul 5. Disponible en: https://greatergood.berkeley.edu/article/item/what_daydreaming_does_to_your_mind
2. Lucas Sosa L. La red neuronal por defecto: ¿El cerebro se apaga? NeuroClass. 2023 Dic 13. Disponible en: https://neuroclass.com/la-red-neuronal-por-defecto-el-cerebro-se-apaga/
3. Psicología y Trauma. Disociación y trastornos disociativos. Disponible en: https://psicologiaytrauma.es/disociacion/
4. Mayo Clinic. Trastornos disociativos: Síntomas y causas. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dissociative-disorders/symptoms-causes/syc-20355215
5. MSD Manuals. Amnesia disociativa. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-disociativos/amnesia-disociativa
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
7. Cano M, Iruarrizaga I. Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. Anales de Psicología. 2004;20(2):221-243. Disponible en: https://www.um.es/analesps/v20/v20_2/05-20_2.pdf
8. Anderson K. How common is dissociative identity disorder (DID)? Healthline. 2022 Jun 28. Disponible en: https://www.healthline.com/health/how-common-is-did#medical-attention
9. Elsevier. Avances genéticos en el trastorno por estrés postraumático. Disponible en: https://www.elsevier.es/pt-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-avances-geneticos-el-trastorno-por-S0034745016301251