



Universidad Zaragoza

**Problemática Conceptual y Diagnóstica del Trastorno
Disociativo de la Identidad**

Revisión Bibliográfica

Autor/es: Adrián Sánchez Carrillo

Director/es: Ginesa López Crespo

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Universidad de Zaragoza

2014

Indice

• Resumen/Abstract	3
• Introducción	4
• Etiología: Del Trauma al T.D.I.	5
• T.D.I.: La Concepción Actual	8
• T.D.I.: Dificultades Diagnósticas	
- La alta comorbilidad	9
- Los pacientes son difíciles	12
• Diferencias Epidemiológicas Poblacionales	14
• Críticas al Diagnóstico del T.D.I.	15
- Defensa y apoyo empírico	16
• La Evidencia del T.D.I.: Estudios de Neuroimagen	18
• Conclusión	19
• Bibliografía	21

Resumen

En el siguiente estudio se presenta una revisión teórica acerca de la situación actual del Trastorno Disociativo de la Identidad. Este diagnóstico sigue creando discrepancias entre muchos de los profesionales acerca de si dicho fenómeno mental es correcto, ha de ser reclasificado de otra manera o por otra parte, es facticio y ha de ser suprimido de los manuales de diagnóstico de psicología y psiquiatría. Esta incompatibilidad de criterios crea una negligencia diagnóstica ya que, según la tendencia teórica de la región, se produce o no ante casos cualitativamente idénticos. De esta manera, la siguiente revisión presenta el análisis del trastorno haciendo una comparativa entre los estudios de los principales países en los que se está observando dicho desarreglo.

Palabras clave: Trastorno Disociativo de la identidad, Criterios Diagnósticos, Actualidad, Discrepancia Teórica.

Abstract

The following survey presents a theoretical review concerning the Dissociative Identity Disorder current situation. This diagnosis keep creating disagreement between numerous professionals about if that psychic phenomena is accurate, if it has to be reclassified or moreover, it's factitious and has to be annulled by the psychiatrist and psychologist diagnosis manuals. Indeed, such criteria incompatibility creates a diagnostic negligence inasmuch as, under the theoretical trend region, occurs or not in the face of qualitatively identical cases. Thus, the following revision presents the disorder analysis making a comparative between the studies from the main countries in which this upset is being perceived.

Keywords: Dissociative Identity Disorder, Diagnostic Criteria, Present, Theoretical Discrepancy

Introducción

El trastorno Disociativo de la Identidad (T.D.I.) se ha configurado como un trastorno raro o como menos, poco común hasta finales de 1980. Tras su inclusión en el DSM-III el número de diagnósticos se ha incrementado encarecidamente en E.E.U.U. (Sar et.al, 1998). Dicho incremento ha llevado consigo que muchos de los profesionales de la psiquiatría y la psicología pongan en entredicho la veracidad de tal trastorno.

De esta manera comienza una lucha teórica en la que, por un lado se contempla el hecho de que es un artificio, un trastorno creado iatrogénicamente bajo el empeño de profesionales que desean corroborar científicamente la existencia del mismo (Spannos, 1994), por otro está el de profesionales que no creen que sea un trastorno inducido pero que no debe considerarse como un trastorno independiente, sino como un fenómeno que ha de ser reclasificado dentro de otros trastornos. (Fahy, 1988, North, Ryall, Ricci y Wetzel , 1993).

Finalmente, el enfoque más aceptado por la comunidad clínica, y desde el cual se va a abordar este estudio, es el denominado como traumagénico, que es el modelo que contempla el T.D.I. como resultado de una experiencia traumática en la infancia, más frecuentemente caracterizada como un abuso sexual.

Como se observará más adelante, a parte de este marcado escepticismo diagnóstico, al T.D.I., le acompañan otros problemas como la alta comorbilidad con otras afecciones psicológicas y la alta dificultad de detección de los síntomas en los pacientes.

Así, queda evidenciada la problemática del diagnóstico de este trastorno que, a pesar de llevar un relativo largo recorrido dentro del mundo clínico, sigue levantando todo tipo de opiniones entre los expertos y por tanto produciendo en la actualidad una diferencia diagnóstica en diferentes poblaciones mundiales.

De este modo, se procederá a examinar la etiología y formación de dicho trastorno a través del trauma, siguiendo con la actualidad terminológica del T.D.I., discutiendo las diferentes opiniones y estudios sobre el mismo tema y concluyendo sobre la necesidad de un reconceptualización del mismo y de sus criterios diagnósticos.

Etiología: Del trauma al T.D.I.

La experiencia de sucesos extremadamente estresantes o de naturaleza traumática produce en los seres humanos una reacción normal caracterizada entre otros aspectos por sentimientos de terror, sensación de profunda vulnerabilidad e indefensión, miedo a resultar seriamente dañados y miedo a perder la vida. Además, en ocasiones, pueden presentarse sentimiento de remordimientos o sentimientos de culpa por lo que durante el evento se pudo haber hecho y no se hizo o simplemente por la forma en que se reaccionó (Sosa y Capafóns, 2005).

En ocasiones, los síntomas de estrés postraumático pueden presentarse muchos meses o incluso años después del episodio traumático, cuando la persona vive una situación que recuerda o simboliza la situación del trauma original. Los síntomas pueden llegar a cronificarse, persistiendo durante años e incluso durante décadas y en ocasiones durante toda la vida.

Las principales diferencias se encuentran entre los eventos traumáticos causados por la naturaleza y los causados por el hombre. Cuando se trata de eventos traumáticos perpetrados por el hombre los niveles de estrés postraumático suelen ser superiores en intensidad y duración, lo que puede llevar a un aumento en el número de trastornos mentales y alteraciones en la salud física de las víctimas. Las experiencias traumáticas causadas por el hombre suelen asociarse con cuadros clínicos más complejos y con mayores dificultades para el ajuste psicológico posterior de las víctimas (Lev-Wiesel, 2008)

El tipo de reacción frente a un evento traumático depende también del nivel de desarrollo emocional, social y cognitivo que tiene el individuo en el momento de la experiencia traumática, especialmente cuando se trata de experiencias traumáticas que se producen en la infancia, cuando el desarrollo de las habilidades cognitivas, emocionales y sociales aún no se han completado. En general cabe esperar que cuando la experiencia traumática se produce en épocas más tempranas de la vida, más severas pueden ser las respuestas traumáticas (Sosa y Capafóns, 2005)

Además, la evidencia ha puesto de manifiesto que el abuso sexual infantil lleva a la manifestación de síndromes postraumáticos extremadamente complejos con manifestaciones severas en el plano de los afectos, comportamiento autolesivo y

destrutivo, problemas de aprendizaje, importantes manifestaciones disociativas y somatoformes así como severos déficits en autoconcepto. (Sosa y Capafóns,2005)

El núcleo es siempre el dolor. Debajo de los síntomas están latentes escenas traumáticas graves. Aunque los trastornos disociativos no estén clasificados cerca del trastorno de estrés post traumático (T.E.P.T.), muchos autores los consideran los dos extremos de lo que ha dado en llamarse el Espectro Postraumático, en el que también estarían incluidos los trastorno de personalidad limite (T.P.L.). Los trastornos disociativos y en especial el T.D.I., son resultado de traumas psicológicos graves y repetidos que se inician generalmente en la infancia. Trauma y disociación están conectados, pero esta conexión no es directa ni exclusiva. En las personas con diagnóstico de T.D.I. la incidencia de abuso sexual es del 85-90% pero no olvidemos que en muestras clínicas la prevalencia de abuso sexual en mujeres también es muy alta: 44-77% (Tilman, 1994)

Esta establecido que los síntomas debilitantes se dividen en tres grupos: (1) recolección recurrente intrusiva del evento traumático como sueños o “flashbacks”,(2) evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y (3) síntomas persistentes de incremento del arousal caracterizados por hipervigilancia, ansiedad e irritabilidad (Dobbs y Wilson, 1960, Horowitz et al., 1980). Recientes estudios han encontrado una relación entre los síntomas del T.E.P.T. y el T.D.I.(Lev-Wiesel, 2008).

Los síntomas disociativos permiten a la persona evitar temporalmente el dolor y la angustia de la situación (Silverg, 1998, González, 2008). La disociación, es una forma de defenderse de la experiencia traumática, que con el tiempo se constituye en una forma de manejar cualquier tipo de estrés. Como respuesta frente a un evento traumático externo es eficaz a nivel emocional: el individuo se desconecta de una emoción de otro modo intolerable.

Según cita Anabel González (2008): *“Los síntomas disociativos se agrupan en tres grandes bloques: amnesia, desrealización/despersonalización y confusión/alteración de identidad (Steinberg, 2002)”*:

1. Amnesia

La amnesia cumple una función a la hora de manejar el trauma. Para sobrevivir a una situación angustiosa y a una emoción intolerable, pacientes funcionan como si el hecho “no hubiera ocurrido”. Esto les permite seguir adelante con la vida diaria, manteniendo al margen los contenidos traumáticos.

Uno de los mecanismos implicados es la memoria dependiente del estado. La información almacenada en un estado mental se recuperará posteriormente con más facilidad cuando la persona se encuentra en ese mismo estado. Los datos pueden no estar disponibles si el individuo está en otro estado mental (Steinberg, 2002)

En el caso concreto de la T.D.I., las partes que se encargan de las situaciones cotidianas con frecuencia presentan amnesia para los traumas previos. Necesitan estar libres de esta información y de la repercusión emocional que representarían para poder ocuparse de afrontar la vida diaria. Cuando el paciente experimenta una reacción emocional de rabia o tristeza puede activarse un estado mental diferente en el cual los recuerdos traumáticos están claramente presentes.

2. Despersonalización/Desrealización

La desrealización puede responder a una supresión de las funciones superiores de la conciencia. La realidad no se percibe en conjunto sino solo como elementos aislados.

La percepción es distinta y se vive con extrañeza. Con frecuencia en la respuesta al trauma agudo, los componentes emocionales de la experiencia no se perciben, como defensa frente a un grado de activación emocional intolerable para el individuo.

En el caso de la despersonalización ocurre algo similar. Si un niño sufre algún tipo de maltrato físico, desconectarse del cuerpo representa para él un mecanismo de supervivencia: le está pasando al cuerpo pero no a él. El no está allí. Cuando se trata de un abuso sexual, suelen añadirse cogniciones de que el cuerpo es “malo” o “sucio”, culpándolo de haber sufrido el abuso.

3. Fragmentación de la Conciencia: Confusión y Alteración de la Identidad

Los sentimientos opuestos de querer al único padre que se tiene y odiarlo por el maltrato al que expone a su propio hijo no pueden coexistir en la mente de un niño. Por ello, alterna entre un estado mental y otro sin que pueda desarrollar una metaconciencia que abarque ambos. Cuando para poder amar a un sujeto maltratador en sus momentos “buenos” el niño aparta de su mente los recuerdos del abuso y sólo los tiene presentes cuando vuelve a ser abusado y siente un odio terrible hacia ese adulto, empiezan a construirse las barreras amnésicas que remarcarán la separación entre esos estados del yo. En algunos casos fragmentarán gravemente la mente del niño y luego del adulto, generándose un T.D.I.”

TID: La concepción actual

El DSM-IV define el Trastorno Disociativo de la identidad como: “la existencia de dos o más identidades o personalidades en un individuo, cada una con su propio patrón de percibir y actuar con el ambiente. Al menos dos de estas personalidades deben tomar control del comportamiento del individuo de forma rutinaria, y están asociadas también con un grado de pérdida de memoria más allá de la falta de memoria normal. A esta pérdida de memoria se le conoce con frecuencia como tiempo perdido o amnésico. Para ser diagnosticado, los síntomas deben ocurrir independientemente del abuso de sustancias o una condición médica general (inducción).

Incluye como criterios diagnósticos:

“A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).

B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. ej., crisis parciales complejas)”.

Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juegos fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.”

Paula Dell (2006) realiza una crítica de los criterios diagnósticos del DSM-IV afirmando que éstos deberían ser reformulados. Afirma también que el T.D.I. presenta dos grandes grupos de fenómenos disociativos, de los cuales solo uno se ve definido en el DSM-IV: el cambio de una personalidad a otra con amnesia concomitante. La segunda agrupación con las intrusiones en el funcionamiento ejecutivo y el sentido de sí mismos por otras personalidades. El DSM IV no menciona dichas intrusiones.

Por otro lado algunos autores (Brown et.al., 2008) piensan que por su similitud con el Trastorno por conversión y algunos de los somatoformes, el T.D.I. ha de ser reclasificado junto a estos en el DSM-5.

La realidad del DSM-5 es que a diferencia del volumen IV-TR crea un apartado específico para los Trastornos Disociativos. En ellos se engloba como trastornos el T.D.I. 300.14 (F44.81), Trastorno de Amnesia Disociativa 300.12 (F44.0), que incluye el apartado especificar si: con fuga disociativa 300.13 (F44.1) , Trastorno de despersonalización/desrealización 300.6 (F48.1). Otro trastorno disociativo especificado 300.15 (F44.89) y Trastorno Disociativo No Especificado 300.15 (F44.9).

A parte de esto, amplía los criterios diagnósticos, el criterio **A** lo amplía diciendo: *“Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.”* , incluyendo también el criterio **B** dentro de este, y añade un criterio **C**: *“Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.”* y un **D** : *“La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada”*.

A pesar de las diferentes opiniones de los estudiosos del tema, queda de manifiesto que el A.P.A. no considera los estudios realizados o en su defecto no los cree correctos o relevantes.

Dificultades Diagnósticas

La alta comorbilidad

Uno de los principales problemas es que el T.D.I. puede cursar con muchos trastornos puesto que comparte una gran elevada sintomatología con todos ellos, por eso es importante que los profesionales realicen un exhaustivo diagnóstico diferencial, pero que no cometan el error de no incluir los criterios diagnósticos apropiados y realizar el diagnóstico del T.D.I. por mero descarte (González, 2008).

Según Anabel González (2008), hay varios de los trastornos con los que cursa dicha afección a los que propone su diferenciación más elemental con el mismo:

- Trastornos Psicóticos, Esquizofrenia

En este caso ambos pueden cursar con alucinaciones auditivas, alteraciones conductuales importantes e ideas extrañas o delirantes. Sobre todo cuando las alucinaciones auditivas son prominentes y la personalidad del paciente no tiene rasgos histriónicos, es fácil que el diagnóstico del profesional se incline más a la psicosis que hacia la disociación. Ocurre a veces a la inversa: una psicosis reactiva breve, o un cuadro psicótico general, existe un desencadenante externo o se da en una personalidad histriónica, reciba un diagnóstico erróneo de trastorno disociativo. En el T.D.I. no se observa la incoherencia, pérdida de asociaciones y síntomas negativos característicos de la esquizofrenia. Algunos pacientes disociativos muy graves y desestructurados, con cambios constantes y rápidos de estado mental, pueden presentar dificultades diagnósticas en este punto.

Las alucinaciones auditivas en el T.D.I. son percibidas por el paciente como auténticas voces, no son fantasías ni imaginaciones, suelen ser intrapsíquicas (80% de los casos), hacen referencia a escenarios traumáticos, conversan con el paciente o entre sí e intentan influir y controlar la conducta de éste. Las de los pacientes esquizofrénicos son mayoritariamente extrapsíquicas (80%), son menos elaboradas y simples y pueden ser incoherentes y fragmentarias, Las voces de un paciente disociativo pueden, con una entrevista específicamente dirigida, mantener una conversación consistente con el

terapeuta, lo que no ocurre en el paciente psicótico. Por último, las alucinaciones disociativas son modificables (no generadas ni eliminadas) mediante sugestión.

- Trastornos Afectivos Y Ansiedad

La mayoría de los pacientes con T.D.I. tienen síntomas ansioso-depresivos. La sintomatología es fluctuante y muy variable, pero en algunos casos es crónica. Es suele ser la principal demanda del paciente en consulta y de no explorarse específicamente otros síntomas, se convertirá en el diagnóstico clínico.

Otra situación a considerar es el diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar. Tanto en este trastorno como en el T.D.I. aparecen cambios marcados en la conducta y en episodios agudos del Trastorno Bipolar pueden aparecer alucinaciones auditivas. En el T.D.I. solemos encontrar una historia de trauma precoz, generalmente pueden identificarse circunstancias ambientales que disparan los cambios, más que una oscilación periódica entre estos dos estados.

- Trastorno Del Espectro Traumático

El T.E.P.T., el T.P.L. y los trastornos disociativos y conversivos, así como los trastornos de somatización y algunos trastornos alimentarios, se han propuesto como un grupo de patologías asociadas a un trauma, que constituirían un continuum que va desde T.E.P.T. al T.D.I.. Por tanto aquí no cabría hablar de diagnóstico diferencial ya que son trastornos de base común y en los que es fácil que existan síntomas coincidentes. Refleja especial importancia entonces evaluar sistemáticamente síntomas disociativos y en particular síntomas del T.D.I. en pacientes con antecedentes traumáticos.

- El Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Algunos pacientes no refieren alucinaciones sino pensamientos intrusivos egodistónicos, reconocen estos pensamientos como propios aunque “no como totalmente suyos”. Si los impulsos internos nunca llegan a dominar la conducta no podemos hablar de un T.D.I. completo pero si de un trastorno Disociativo no especificado. A diferencia del paciente obsesivo, los pensamientos suelen ser más variables, dirigidos al sujeto, con frecuencia la personalidad principal establece discusiones internas con estas partes disociadas manteniendo diálogos o peleas con ellas.

- El Trastorno de Control de Impulsos

Muchos pacientes con T.D.I. tienen conductas impulsivas y dedican gran parte de su energía a controlar sus impulsos. En estos pacientes, a diferencia de otros trastornos con problemas de impulsividad, pueden detectarse partes disociadas que toman el control en ese momento, el individuo no es capaz de recordar todo o parte de la conducta y podemos encontrar otros síntomas y signos de disociación en la entrevista

- Embriaguez Patológica y Adicciones

Sujetos con T.D.I. abusan del alcohol. En los pacientes disociativos el alcohol es un deshinibidor y facilita que determinadas partes tomen el control, sobre todo partes agresivas que el resto del sistema consigue a duras penas controlar.

Una sustancia digna de mención son los opioides. Los sistemas de placer y recompensa en las víctimas de maltrato o traumas graves en la infancia están enormemente afectados, bien es sabido que la tendencia a autolesionarse responde a una búsqueda de la descarga opioide posterior.

Las adicciones pueden representar una búsqueda de gratificación, que el paciente no siente que pueda conseguir de un modo normalizado a partir de sus relaciones interpersonales o de la vida cotidiana. Y, con la ambivalencia que normalmente caracteriza a estos casos, el placer se consigue mezclando con una conducta autodestructiva como es el abuso de sustancias.

En resumen, es fácil que un paciente con T.D.I. haga abuso de sustancias. Esto en parte es una comorbilidad, aunque probablemente el trastorno central sea el T.D.I. y no el abuso de tóxicos. Sin embargo, el T.D.I. puede pasar desapercibido en un paciente toxicómano.

Los pacientes son difíciles

Kluft (1897) Describe una serie de signos sugestivos de T.D.I. entre pacientes psiquiátricos:

1. *Tratamientos fallidos previos*
2. *Tres o más diagnósticos previos*
3. *Concurrencia de síntomas psíquicos y somáticos*
4. *Síntomas y niveles de funcionamiento fluctuantes*

5. *Dolores de cabeza importantes y otros síndromes dolorosos*
6. *Distorsiones en el tiempo, lapsos de tiempo o amnesia franca*
7. *Le comentan conductas que no recuerda*
8. *Otros notan cambios observables*
9. *Descubre objetos, producciones o escritos entre sus pertenencias que no recuerda haber hecho o que no reconoce*
10. *Oír voces (más del 80% experimentadas como intrapsíquicas, que se experimenta como algo separado del individuo y con frecuencia inducen al paciente a hacer alguna actividad)*
11. *El paciente utiliza el “nosotros” en sentido colectivo refiriéndose a sí mismo o habla de sí en tercera persona.*
12. *Se hacen evidentes otras personalidades por medio de las entrevistas y la terapia*
13. *Historia de abuso sexual en la infancia*
14. *Incapacidad para recordar eventos infantiles entre las edades de 6 y 11 años*

En entrevistas breves es especialmente difícil detectar signos de multiplicidad como las transiciones de un alter a otro. En entrevistas prolongadas al paciente le resulta difícil mantener un control absoluto y a lo largo de entrevistas sucesivas se van observando inconsistencias en el comportamiento, recuerdos diferentes o amnesias. Algunos pacientes hacen un esfuerzo inmenso por ocultar o disimular sus síntomas y en otras ocasiones son sencillamente incapaces de recordarlo (González, 2008).

Anabel González, en su libro *Trastorno Disociativo: Diagnóstico y tratamiento* (2008) expone varias dificultades diagnósticas inherentes al paciente en el tratamiento:

- .La actitud de ocultación o minimización

La mayoría de los pacientes resta importancia a muchos de sus síntomas, en cierto modo se ha acostumbrado a vivir con ellas. El T.D.I. se genera en la infancia, tienen una continuidad evolutiva, no suponen por lo general un cambio en la experiencia subjetiva del paciente. Crecen con ellos y muchas veces los consideran normales.

En otros casos los ocultan (los síntomas) deliberadamente, como la alucinaciones auditivas. Esto se produce cuando se da cuenta de que no es algo frecuente, de que no le pasa a todo el mundo y no lo suelen comentar hasta que cogen mucha confianza, y lo hacen con temor a que les tomen por locos.

En un número importante de casos, la persona no tiene conciencia de lo que le ocurre, solo podemos obtener información de indicadores directos. No relatan que tengan lapsos de memoria pero a lo mejor, cuando relatan sus actividades de la semana se hace evidente que hay trozos del periodo de los que no puede aportarnos ningún detalle.

- La evaluación de la amnesia

La amnesia en el trastorno de identidad disociativo no se presenta como en los casos de amnesia disociativa. El paciente no llega a consulta desorientado acerca de quién es o con olvidos evidentes de información personal. El T.D.I. es un trastorno crónico y la amnesia se presenta de modo episódico a lo largo de los años. La mayoría de las veces les sucede a lo largo de su vida cotidiana y lo comentan a posteriori en consulta: El relato es incompleto o con lagunas, “despierta” en medio de una actividad que no entiende porque está haciendo, cuando cuentan su biografía no son capaces de aportar ningún dato de determinado años. Los pacientes pueden ser o no conscientes de sus lagunas de memoria.

A veces se presentan como contradicciones en el relato. Estas, pueden ser interpretadas por el clínico como falsedad, aunque no exista una finalidad o ganancia evidente que motive esa conducta.

- .La presencia de partes disociadas

A veces, hacen referencia espontáneamente a una personalidad alternativa. No es un síntoma que se esté habituado a explorar y muchos terapeutas interpretan de otra forma o de forma errónea. En la mayoría de los casos, es un dato que los pacientes ocultan, bien por miedo, bien porque piensan que es normal, o bien por la consigna de secretismo que envuelve a todos los síntomas (Entiéndase en los casos de abuso sexual como secreto/confidencia).

Otro indicador de partes disociadas son las alucinaciones auditivas. Existe la creencia por parte de muchos terapeutas de que las alucinaciones disociativas no son verdaderas alucinaciones y tienden a considerarse elaboraciones fantásticas o deliberadas simulaciones. Las características psicopatológicas son diferentes de las alucinaciones esquizofrénicas, pero el paciente lo refiere como auténticas voces en su cabeza, que interaccionan con él. A lo largo de las sesiones, se suele esclarecer, que esas voces se corresponden con parte, que en distintas circunstancias controlaban la conducta

de la paciente. Suelen existir barreras amnésicas entre ellas: no recuerdan en un estado mental cosas que ocurrían en otro, es decir, tienen recuerdos biográficos diferentes.

Diferencias Epidemiológicas Poblacionales

Como se comentaba previamente, el T.D.I. no es un trastorno a gusto de todos, o en su defecto, cualitativamente válido. A esto, se le puede añadir que en según qué zonas existe una tendencia diagnóstica diferente o véase como una tendencia dominante.

A nivel global, según Lev-Wiesel, (2008) cita, la patología afecta al 1% de la población general y tal vez hasta un 5-20% de los pacientes psiquiátricos que reciben otros diagnósticos (Ellason, Ross, y Fuchs, 1996).

Sin embargo, en países como en EEUU se habla de porcentajes de entorno al 15-20% de diagnósticos de trastornos disociativos entre los pacientes psiquiátricos, mientras que a partir de Europa se consideran fenómenos bastante raros. Van der Hart (1993) afirma que en la mayor parte de los países europeos la actitud profesional más extendida es decir que: “el trastorno de personalidad múltiple no existe ahí”(González, 2008)

Sar, (2001) expone que los estudios sobre trastornos disociativos en Estambul (Turquía) produjeron una prevalencia ligeramente superior al 10% entre pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios. Aunque son todavía considerables, estas tasas fueron inferiores en Holanda, Alemania y Suiza [entre pacientes hospitalizados (entre el 4,3 y el 8%)]. Un estudio finlandés encontró tasas más altas para pacientes psiquiátricos ambulatorios (14%) y pacientes hospitalizados (21%). Un estudio realizado entre ingresos en urgencias en Estambul produjo la tasa más alta (35,7%)

Críticas al diagnóstico del T.D.I.

Independientemente que tanto el A.P.A. como la O.M.S. lo definen como un trastorno clínicamente válido e independiente de otros, muchos autores han discrepado abiertamente y han realizado estudios intentando demostrar que esto no es así.

Según Cleaves (1996), el caso más claro es el de Spannos (1994) que crea lo que pasó a denominarse el “*Modelo Sociocognitivo del Trastorno de la Identidad (M.S.T.I.)*” (1994), en el que el supuesto traumagénico es erróneo y que el trastorno representa el resultado de una terapia iatrogénica (Aldridge-Morris, 1989, Chodoff,

1987, McHugh, 1993, Merskey, 1992, Simpson, 1988, Spanos, 1994, Spanos, Weekes, & Bertrand, 1985).

Las asunciones de este modelo exponen, en primer lugar que la existencia de varios “alter” es un comportamiento que se produce una vez producido el diagnóstico de “múltiple personalidad”, y segundo que dicho diagnóstico se produce en personas altamente sugestionables y que generalmente conforman un patrón de personalidad histriónico. Por ejemplo Spannos (1994) añade que la culpa de en gran parte la tiene la difusión y conceptualización del trastorno en los medios públicos. David H. Cleaves (1996), añade también que según Spannos y North et.al (1994) existe cierta motivación positiva por parte de los pacientes a presentar estos síntomas ya que reciben un tratamiento especial o preferente lo que les hace ganar atención.

También presenta varios estudios (Spannos et.al., 1985, 1986) de role playing en los que perfectamente podía inducir la sintomatología y por tanto crear la patología artificialmente.

Cleaves, (1996) pone de manifiesto que algunos autores (Frankel, 1994, Ofshe & Walters, 1993, Spanos, 1994, Spanos & Burgess, 1994) en apoyo al modelo socio cognitivo, declaran también que el trauma no es inherente al T.D.I. y que todos los reportes verbales de estos pacientes acerca de traumas ocurridos en la infancia no pueden ser considerados como verdaderos ya que son pacientes que buscan llamar la atención y en cualquier caso de que el trauma se hubiere producido, ha de ser contemplado como mera coincidencia.

Lilienfeld, et al. (1999), añaden que, el T.D.I. en una experiencia gobernada por normas y con metas dirigidas a la representación de múltiples roles que se han creado, legitimado y mantenido por refuerzo social. Afianzan esto diciendo que el refuerzo social cumple un papel fundamental en la etiología del trastorno y argumentan que algunos autores (Boor, 1982) califican el incremento de la patología en la población como una epidemia ya que de la cifra citada en 1970 como 79 casos registrados a aumentado a 6.000 en un periodo de 16 años hasta 1986.

Finalmente Lilienfield et.al. (1999) añaden que tras las críticas del M.S.C.I., se ha producido una gran aceptación del modelo traumagénico del T.D.I. y las críticas no han sido contestadas, gracias a que su mayor exponente, Spannos, falleció en 1994.

Defensa y apoyo empírico al T.D.I.

En respuesta a esta postura teórica, muchos autores se alzan con diversos estudios y postulaciones que no solo ponen de manifiesto la incoherencia del M.S.C.I. sino también presentan pruebas fehacientes de porqué el T.I.D. es un trastorno diferenciado e independiente de los demás.

Por un lado, Cleaves en su estudio: *The Sociocognitive Model of Dissociative Identity Disorder: A Reexamination of the Evidence* (1996) pone de manifiesto en cada apartado la ilogicidad de cada postulado del M.S.C.I. A modo de resumen, la afirmación de que tienen una motivación a padecer la enfermedad por la discriminación positiva por parte de los profesionales la califica como “infundada” y argumenta que la mayoría de la atención que reciben los pacientes siempre es desde un punto escéptico y crítico. Añade también, que de fingir un trastorno, fingirían uno en el que el tratamiento no fuese tan hostil o desapetente para los pacientes.

A nivel general, Cleaves (1996) expone que el M.S.C.I. es un modelo defectuoso y con carencia de apoyo empírico por las siguientes cuestiones: (a) *El modelo se basa en numerosas suposiciones incorrectas acerca del T.D.I. en cuanto a su psicopatología subyacente, la presentación clínica, la evaluación, y el tratamiento recomendado en la actualidad,* (b) *gran parte de los datos que han presentado no pueden abordar el tema de la etiología para ningún mental,* (c) *muchas de las inferencias que se han hecho a partir de los datos disponibles no son válidas,* y (d) *existe evidencia que desconfirma directamente que el modelo que no ha sido abordado por sus proponentes.*

Respecto a la recreación del trastorno en laboratorio y de los síntomas de multiplicidad y disociativos, Anabel González (2008) expone que: “ *Diversos autores exponen cómo pueden crearse diversos síntomas del T.D.I. mediante manipulación experimental o sugestión y pueden inducirse en sujetos sugestionables conductas parecidas pero, que puedan inducirse síntomas similares a un trastorno no significa que el trastorno en sí sea una construcción*”

En relación a si el origen es o no causado por un trauma, más concretamente un abuso sexual en la infancia, Sosa y Capafons (2005) citan que : “ *Además, la evidencia ha puesto de manifiesto que el abuso sexual infantil lleva a la manifestación de síndromes postraumáticos extremadamente complejos con manifestaciones severas en el plano de los afectos, comportamiento autolesivo y destructivo, problemas de aprendizaje, importantes manifestaciones disociativas y somatoformes así como severos déficits en autoconcepto.*”

La Dra. Rachel Lev-Wiesel, en un estudio del T.D.I. reflejado en víctimas de abusos sexual infantil manifestó que las personas que sufrieron un abuso sexual posterior a los 16 años reportaban mayor desórdenes de ansiedad y depresión mientras que aquellos pacientes que desarrollaron un T.D.I. han documentado historias de repetido trauma en una etapa de desarrollo emocional temprana, generalmente antes de los 9 años.

A este efecto, Tilman (1994) añade que trauma y disociación están conectados, pero esta conexión no es directa ni exclusiva. En las personas con diagnóstico de T.D.I. la incidencia de abuso sexual es del 85-90% pero no pase desapercibido que en muestras clínicas la prevalencia de abuso sexual en mujeres también es muy alta: 44-77%. Carolyn Spring, (2011) en su guía para el trabajo con T.D.I. expone que generalmente se genera en la infancia como respuesta a la evitación de eventos traumáticos y cita a colación de esto que de acuerdo a un reciente estudio de Brand, el 86% de la muestra con T.D.I. manifestó haber sufrido una experiencia de abuso sexual en la infancia.

Schmidt cita a Haddock (2001): "*Si un individuo es traumatizado en una etapa de la infancia temprana y la experiencia es tan sobrecogedora que es incapaz de procesarla, el niño probablemente disocie para sobrevivir*".

La evidencia empírica del T.D.I.: Estudios de neuroimagen

Nijenhuis, et.al.(2002), afirman que las partes disociadas de la persona no solo se caracterizan por una forma de percepción, reacción y pensamiento propias sino que también producen diferentes respuestas psicobiológicas que no pueden ser reproducidas mediante los simuladores de T.I.D. control, entre ellas actividad electrodermal, E.E.G., potenciales evocados visuales, fluencia de la sangre cerebral (F.S.C.), variables del sistema nervioso autónomo, variables ópticas y arousal. Afirma también que las principales regiones afectadas son directa o indirectamente las relacionadas con el procesamiento emocional y de la memoria (Nijenhuis et al. 2002, Dorahy 2001).

En un estudio con el objetivo de evaluar como los pacientes procesan los recuerdos neutros y los traumáticos autobiográficos, desde el estado de identidad neutra y desde el estado de identidad traumático, usando un paradigma de provocación de síntomas en un diseño factorial de dos por dos, Nijenhuis, et. al. (2005) comprobaron que los dos estados o las "dos identidades" estaban asociadas con el funcionamiento de diferentes redes neuronales, a pesar de no encontrar diferencias en la fluencia de sangre

cerebral o de la activación de diferentes áreas cerebrales. Finalmente concluyen que el T.D.I. y el T.E.P.T. están inexorablemente relacionados ya que se produce el mismo tipo de activación regional en ambos.

En un estudio posterior pero de las mismas características del anterior, Nijenhuis et al. (2005) demuestran cambios específicos en la actividad cerebral localizada en consonancia con su capacidad para generar al menos dos estados mentales diferentes de conciencia de sí mismo, cada uno con su propio acceso a la memoria autobiográfica traumática. Los resultados ponen de manifiesto la existencia de diferentes patrones de flujo sanguíneo cerebral regional para distintos sentidos del self. Presentan también evidencia de la corteza prefrontal medial (C.P.F.M.) y las cortezas asociativas posteriores a tener un papel integral en la experiencia consciente. Así, acercan el "sentido de sí mismo" en un cerebro con alteraciones en la percepción de uno mismo.

Sar et al. (2001) en otro estudio, confirmaron su hipótesis de que hay diferencias de perfusión bilateral en regiones las frontal y occipital entre pacientes con T.D.I. en comparación con el grupo control. Por otro lado, los resultados replicaron los hallazgos de un estudio anterior (Forrest 2001) que demostró también que el T.D.I. producía un descenso de la perfusión en regiones orbitofrontales. Adicionalmente, éste estudio documentó también el incremento de perfusión en las regiones frontal y occipital superior y medial bilateralmente.

Conclusión

En lo anteriormente expuesto, queda de manifiesto que se trata de un fenómeno que se consolida como trastorno oficial en el D.S.M.-III en 1980 y que, pasados ya 34 años de su arraigo, sigue levantando discrepancias entre los diferentes profesionales.

Si bien mayoritariamente pasa desapercibido, otras veces no se aprueba su diagnóstico, otras se busca y diagnostica de manera iatrogénica y las que menos, solo unos pocos consideran su presencia. ¿Ha de suprimirse de los manuales diagnósticos? ¿Se adoctrina en esta problemática?

Como se refleja en el artículo 6º del código deontológico en referencia a la actividad general de el/la psicólogo/a, se demanda solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales, por lo que, está en la ética de todo profesional adecuarse a un plan teórico general en el que todo usuario se juzgue bajo el mismo rigor profesional, ya que las personas, a pesar de las influencias

culturales, presentan los mismos problemas a uno y otro lado del charco ¿No es la depresión algo universal?. ¿Por qué no sucede esto con el T.D.I.?

Por otra parte, si se trata de una afección tan compleja y abstracta resultaría interesante que se hiciese mayor hincapié a la hora de adoctrinar psicólogos que se dediquen al área clínica y que dejase de tratarse de un trastorno diagnosticado la mayor parte del tiempo por omisión, se reajustasen los criterios diagnósticos como demandan los estudiosos del tema y por tanto, se abandonasen síntomas descriptivos aceptados como que “los pacientes han recibido tratamientos anteriores fallidos o al menos 2 o 3 diagnósticos diferentes” (Kluft, 1897) (recuérdese aquí que pocos pacientes son diagnosticados como T.D.I. la primera vez).

Para finalizar, prevalecer que este estudio es una mera recopilación de información que nace a raíz de las incongruencias que existen a la hora del estudio del mismo, no busca apoyar ninguna de las opiniones anteriormente expresadas, si no que en su defecto, demuestra la incongruencia con la que se encuentra el lector que intenta indagar e investigar sobre el tema en cuestión, algo que después de casi tres décadas y media, parece razonable, estuviera resultado.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed., Texto rev.)*. Washington: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Baños, R.M. y Belloch, A. (2009). Trastornos disociativos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos, *Manual de psicopatología* (pp. 213-233). Madrid: McGraw Hill.
- Brown, R.J., Clynsid, Cardeña,E., Nijenhuis, E., Sar, V. y Van der Hart, O. (2007). Should Conversion Disorder Be Reclassified as a Dissociative Disorder in DSM-V? *Psychosomatics*, 48, 369–378.
- Bru, M. T., Santamaría, M., Coronas, R. y Cobo, J. V. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 200-204.
- Capafons, J.I. y Sosa, C.D. (2005). *Estrés Postraumático*. Madrid: Síntesis D.L.
- Cardeña, E. y Weiner, L.A. (2010). La evaluación de los trastornos disociativos a lo largo de la vida. En V. E. Caballo, *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 153-168). Madrid: Ediciones Piramide.
- Caruth, C. (1995). *Trauma: Explorations in memory* . Baltimore: University of Johns Hopkins.
- Dorahy, M.J. (2001). Dissociative identity disorder and memory disfunction : The current state of experimental and its future directions. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 771-795.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman M.J. (2003). *Tratamiento del Estrés Postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Gleaves, D. H. (1996). The Sociocognitive Model of Dissociative Identity Disorder: A Reexamination of the Evidence. *Psychological Bulletin*, 120(1), 42-59.

- Gleaves, D.H. y May, M.C. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21(4), 577-608.
- González, A.B. (2008). *Trastornos Disociativos (Diagnóstico y Tratamiento)*: Lightning Source Incorporated.
- Hensley, B.J. (2010). *Manual Básico de EMDR*. Bilbao : Desclée de Brouwer.
- Huntjens, R.J.C., Petersb, M.L., Woertmanc, L., Van der Hart, O. y Postmand, A. (2007). Memory transfer for emotionally valenced words between identities in dissociative identity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 775-789.
- Huntjens, R.J.C., Postma, A., Van der Hart, O. y Petersb, M.L. (2005). Procedural memory in dissociative identity disorder: When can inter-identity amnesia be truly established? *Consciousness and Cognition*, 14, 377-389.
- Lev-Wiesel, R. (2008). Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. *Children and Youth Services Review*, 30, 665-673.
- Lev-wiesel, R (2005). Dissociative identity disorder as reflected in drawings of sexually abused survivors. *The arts in psychotherapy*, 32, 372-381.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Kirsch, I., Chaves, J.F., Sarbin, T.R., Ganaway, G.R., y Powell, R.A. (1999). Dissociative Identity Disorder and the Sociocognitive Model: Recalling the Lessons of the Past. *Psychological Bulletin*, 125(5), 507-523.
- Malacrea, M. (2000). *Trauma y reparación: el tratamiento del abuso sexual en la infancia*. Barcelona : Paidós, D.L.
- McLewin, L.A. y Muller, R.T. (2006). Childhood trauma, imaginary companions, and the development of pathological dissociation. *Agression and Violent Behaviour*, 11, 531-545.
- Mercklebach, H., Devilly, G.J. y Rassina, E. (2002). Alters in dissociative identity disorder Metaphors or genuine entities. *Clinical Psychology Review*, 22, 481-497.

- Olivera, A. (2010). *Trastorno Disociativo de Identidad: ¿hecho o artificio?*. Recuperado el 2 de abril de 2014, de <http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas>
- Perez, F. y Mestre, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 144-149.
- Peters, M.L., Uytterlinde, S.A., Consemulder, J. y Van der Hart, O. (1998). Apparent Amnesia on Experimental Memory Tests in Dissociative Identity Disorder: An Exploratory Study. *Consciousness and cognition*, 7, 27-41.
- Reinders A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A.M.J., Willemsen, A.M.J. y den Boer, J.A. (2003). One brain, two selves. *NeuroImage*, 20, 2119-2125.
- Reinders A.A.T.S., Nijenhuis, E.R.S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A.M.J., Willemsen, A.M.J. y den Boer, J.A. (2002). Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study. *Biol Psychiatry*, 60, 730-740.
- Sar, V. (2006). El ámbito de los trastornos disociativos: una perspectiva internacional. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 227-244.
- Sar, V., Akyüz, G. y Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatric Research*, 149, 169-176.
- Sar, V., Unalb, S.N. y Ozturka, E. (2007). Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatric Research: Neuroimaging*, 156, 217-223.
- Schmidt, T. (2007). Integrative Research Paper: Dissociative Identity Disorder. *Abnormal Psychology*, 3141.
- Simeon, D., Knutelska, M., Yehuda, R., Putnam, F., Schmeidler, J. y Smith, L.M. (2003). Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Function in Dissociative Disorders, Post-Traumatic Stress Disorder, and Healthy Volunteers. *Biol Psychiatry*, 61, 966-973.

- Sno, H.N. y Schalken, H.F.A. *Dissociative Identity Disorder: diagnosis and treatment in the Netherlands* (2010). Recuperado el 2 de abril de 2014, de <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es/>
- Spring, C. (2011). *Brief guide to working with dissociative identity disorder*. Recuperado el 2 de abril de 2014, de <http://www.pods-online.org.uk/>
- Van der Hart, O. (2008). *El yo atormentado : la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao : Desclée de Brouwer.
- Yargıç, L.I., Sar, V., Tutkun, H. y Alnayak, B. (1998). Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 345-351.

/