



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**Trastorno Disociativo de Identidad: ¿hecho o
artificio?**

Nº 295

Alejandra Olivera

Tutora: Héctor Fernández Alvarez

Departamento de Investigaciones
Mayo 2010

Índice

Agradecimientos.....	5
Resumen	5
Introducción.....	6
Desarrollo del trabajo	8
Abordajes históricos	9
Abordajes actuales.....	15
Conclusión.....	27
Referencias bibliográficas	29
Apéndices.....	32

Podría decirse que la entrega de esta tesina marca un hito: un sitio en donde se reúnen múltiples caminos de experiencia y conocimiento. Un punto de llegada, a la vez que de partida.

Es en este punto en el que se mira hacia atrás, en reflexión, y se ven pasar a aquellas personas que aportaron al crecimiento personal y profesional de diferentes maneras, a veces inimaginables. Por lo que, es a ellos, a quienes quisiera dedicarles esta tesina.

Antes que nada, mi primera dedicación, junto a mi agradecimiento va para mi tutor, el Dr. Héctor Fernández Álvarez, quien me acompañó y corrigió pacientemente cada avance, leyendo desde los aviones, recortando momentos posibles entre los congresos y los seminarios. Por las circunstancias en que hemos debido trabajar, merece un doble reconocimiento.

A mi marido y amigo Danny, quien fue solucionando cada inconveniente para que pudiera dedicarme a pensar y a escribir, mientras me iba adaptando a vivir fuera de mi país. Tampoco hubiera podido lograr esto sin su cariño infinito y eficacia.

Al equipo de Aiglé que me facilitó la tarea a través de su atletismo en la escalera de la biblioteca, su calidez y sentido de familia. A Alejandra y a Beatriz, que han sido para mí, un ejemplo de dedicación y trabajo.

A Ramón, gracias a cuya generosidad pude crecer en el conocimiento y la práctica clínica.

Al personal del Hospital Moyano, Servicio de Guardia y de Emergencias, por haberme abierto las puertas, regalado información, libros, almuerzos y cariño.

Y por supuesto, a Cristina...

Resumen:

El trastorno disociativo de identidad (DID), criterio diagnóstico que se ubica dentro de los trastornos disociativos (DSM-IV, 1984) ha sido un tema sumamente controversial a lo largo de su historia.

Por un lado, porque sus antecedentes tan enigmáticos, lo han vuelto un tópico bastante atrayente, apto para una profusa literatura burguesa. En este sentido, su aceptación no se ha visto facilitada; sobre todo si se considera al diagnóstico, como <<un acto ligado a la cultura.>> Minuchin (1980; p.125).

Una de las controversias que se ha venido desarrollando, ha sido acerca de su etiología: diferentes posiciones la consideran ya sea, post traumática, iatrogénica o intrapsíquica.

Otra dificultad, reside en la operatividad de sus dimensiones, puesto que al encontrarse en el terreno sindromático de lo nosológico, al tiempo que, en el de lo transnosológico, por la comorbilidad que tienen los síntomas disociativos y psicóticos, -característicos del trastorno disociativo de identidad- con otras patologías, no termina de definirse si constituye en si mismo una entidad nosológica per se, o es una mezcla sui generis de varias patologías.

Esta sumatoria de cosas, como es de prever, impacta a la hora de pensar en la validez de un diagnóstico diferencial tan impactante, trayendo consecuencias gravísimas, según algunos investigadores, para quienes, padeciendo un DID, son diagnosticados con esquizofrenias, depresión con síntomas psicóticos, trastornos bipolares de ciclado rápido y trastornos Límite de la personalidad, entre otros.

Hoy en día se cuenta con herramientas sumamente sofisticadas para la observación y medición del intrincado funcionamiento de los procesos neuro/fisio/cognitivos. Esto ha permitido un gran avance en las investigaciones. A estas se suman los beneficios del meta análisis que está generalizándose más y más, lo que permite trabajar con una gran masa de sujetos, en diferentes puntos del planeta.

Esto sitúa al profesional interesado en posición de poder avalar o desestimar, de forma más aquilatada, cuestiones que antes iban desde lo netamente fenomenológico, hasta la opinión personal.

Estimo importante, por lo tanto, presentar al lector, con una revisión de la información teórica y empírica de este trastorno junto a la de las últimas investigaciones realizadas. Estas, en su conjunto podrán o no mostrar una consistencia tal como para pensar al trastorno disociativo de identidad, como una entidad nosológica válida per se.

Introducción

El trastorno disociativo de identidad (DID) anteriormente conocido como personalidad múltiple (American Psychiatric Association (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) es uno de los enigmas más fascinantes en la psicología clínica.

Esta condición, ha sido bastante polémica, ya que como refieren Holmes et al. (2005), fue un tópico verdaderamente atrayente para una extensa literatura burguesa. Basta un ejemplo, con el clásico de Robert Louis Stevenson (1886) "Dr. Jekyll and Mr. Hyde", que hoy día se cita en los tribunales de justicia ante alegatos de DID. (Mitchel, E.W., 2004).

Es posible, así también, que uno de los principales problemas, se haya relacionado con la resistencia que ha producido su nomenclatura: ¿qué es lo que se quiere decir cuando nos referimos a que los pacientes "contienen" dentro de si una serie de personalidades diferentes? ¿qué significa un trastorno de *personalidad múltiple*?, este modo de referirlo ha dado lugar a una mala interpretación de la naturaleza esencialmente disociativa de estos trastornos. (Hunter, 1998). Para la colectividad psiquiátrica el trastorno disociativo de identidad, ha implicado y aún implica algo sumamente exótico, raro y no enteramente respetable (Ross, 1989), algo así como admitir que se cree en los extraterrestres: pone sin dudas la reputación profesional a prueba. (Ross, op.cit.).

De igual modo, factores respecto a su etiología, que involucra severo abuso físico y sexual infantil, perpetrado por personas íntimamente allegadas a la víctima, descubiertos en la pacata sociedad del siglo XIX, han oscurecido gravemente el desarrollo de las investigaciones por casi un siglo. (Ross, op.cit.).

En los puntos anteriormente mencionados, es importante detenerse; cuando, como dice Minuchin (op.cit): «consideramos el diagnóstico como un acto ligado a la cultura».

El trastorno disociativo de identidad, es difícil de diagnosticar, debido en parte, a su comorbilidad y solapamiento con otras patologías, lo cual promueve que sea confundido con las esquizofrenias, por los síntomas Schneiderianos concordantes y comunes en el DID, (Bliss, 1980; Kluff, 1987; Rosenbaum, 1980) y, la labilidad de humor que produce el "*switching*" de personalidades, se ha prestado a ser interpretada como un trastorno bipolar de ciclado rápido, y trastorno borderline de la personalidad, y es común así también el diagnóstico de trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos. (Bliss; Kluff; Rosenbaum, op.cit).

Las personas que padecen este trastorno, aunque a veces tienden a estabilizarse con los años - las "personalidades" (alters) pueden volverse "durmientes"- mientras cursan, poseen un nivel de riesgo suicida que debe ser atendido, y requieren tratamientos psicoterapéuticos extensos y sobre todo específicos, de integración. (Ross, 1997). De los cien casos estudiados por Putnam et al. (1986), el 61 % de los pacientes tuvo intentos de suicidio serios y el 71 % gestos suicidas. El 53 % relató tentativas de suicidios u homicidio. En el 34 % de estos casos una o varias personalidades llegaron a mutilarse seriamente el cuerpo para castigar a otro alter.

De estos cien casos un paciente logró suicidarse. Con tan altos niveles de automutilación, intentos y gestos suicidas, cada paciente es un candidato para el suicidio, por lo que las estadísticas de los actuales logros, se desdibujan en función de la terrible gravedad del cuadro.

Un estudio epidemiológico conducido en la población general (n=1055) mostró que las experiencias disociativas no tendrían ninguna correlación con género, o niveles socioeconómicos como estado civil, nivel de educación, dimensiones de la casa, lugar de nacimiento e importancia de la religión en la vida diaria. Ross; Colleen, Duffy & Ellason (2002).

Los datos disponibles hasta el momento indicarían que el predominio de los trastornos disociativos en la población general es de aproximadamente el 10 %. Esto incluiría un 1 % para el trastorno disociativo de identidad. De los pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados que padecen DID, refieren Ross; Colleen, Duffy & Ellason (op.cit.), generalmente hasta el 4 % no habrían sido diagnosticado con trastorno disociativo de identidad u otro trastorno disociativo.

Otro estudio realizado por Kluff (1998), que abarca parte de las últimas investigaciones realizadas, arroja las siguientes cifras:

Tabla I

Estudio en Pacientes Internos		Porcentaje de DID	Porcentaje de otros trastornos disociativos
Canadá			
Ross et al. (1991)	SS	5.4	20.7
Horen et al. (1995)		6.0	17.0
Estados Unidos			
Saxe et al. (1993)		4.0	15.0
Latz et al. (1995)		12.0	46.0
Holanda			
Boon & Draijer (1993)		5.0
Noruega			
Knudsen et al. (1995)		4.7	8.2
University Clinic Pacientes Internos y Externos			
...			
Turquía			
Tutkun et al. (1998)		5.0	

El trastorno disociativo de identidad, permanece por lo tanto, uno de los desafíos más grandes en psicopatología. (Kluft, op.cit.).

El énfasis en la aplicación de metodología científica, ha ido ganando terreno en el campo de la psicología clínica. Esta necesidad, surge, a fin de poder dar cuenta de la etiología y etiopatogenia subyacente, a los procesos psicopatológicos, y en función de lograr un mejoramiento del encuadre que atañe al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los diferentes trastornos.

El trabajo que aquí se desarrolla tiene como *objetivo general* el de explorar el progreso que se ha realizado en las investigaciones, acerca del trastorno disociativo de identidad.

Los *objetivos específicos* de esta tesina son:

- Exponer y contrastar las teorías, respecto a la etiología de los trastornos disociativos, en la antigüedad y hasta 1800:

- Teorías uterinas.
- Teorías místicas. En este punto se desarrollará fenómeno conocido como “stigmata”, según ha sido planteado por la ciencia.
- Teorías demoníacas.

- Exponer y contrastar las teorías acerca de su etiología desde 1800:
 - Teoría metapsicológica psicoanalítica.
 - Teorías traumatogénicas.
 - Teorías iatrogénicas.

- Exponer los modelos de redes neuropsicológicas de Bowers y de Yates & Nasby.
- Exponer las teorías que postulan al trastorno disociativo de identidad como un modelo de continuum, y las que lo postulan como un modelo categórico.
- Exponer las evidencias empíricas del modelo nosológico Vs. el modelo transnosológico de los trastornos disociativos. Dentro de estos modelos se presentarán los diagnósticos diferenciales con respecto a:
 - la esquizofrenia.
 - el trastorno border de la personalidad.
 - el trastorno por estrés post traumático.

- Exponer información científica acerca de alteraciones neurológicas asociadas al trastorno disociativo de identidad
- Cambios de perfusión cerebral en pacientes con trastorno disociativo de identidad.
- Reducción del volumen hipocámpico y amigdalino en pacientes diagnosticados con trastorno disociativo de identidad.

- Exponer el resultado de las investigaciones respecto a aspectos específicos del trastorno disociativo de identidad que operando en conjunto, lo individualizan de otras entidades nosológicas:
 - mecanismos de switching de personalidades en el DID.
 - investigaciones respecto a los cambios de escritura.
 - amnesias: sus peculiaridades.

Esta tesina está dirigida básicamente a quienes trabajan en el campo de la salud mental. Tiene el propósito de presentar al lector con una revisión de la evidencia empírica producida por las investigaciones realizadas hasta la fecha, por lo que la función última, que de esta se desprende, será la de avalar o no, la existencia del trastorno disociativo de identidad como una entidad diagnóstica per sé.

Desarrollo del trabajo

El siguiente trabajo se encuentra constituido por dos ejes: por un lado, un *eje histórico, teórico y clínico*. Este eje, se desarrolla a partir de los primeros documentos que testimonian acerca de aquellas expresiones, que hoy, se entienden como signos disociativos; hasta su especificación, e inclusión en el DSM-IV. American Psychiatric Association. (1984). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), como trastorno disociativo de identidad, y, las últimas teorías al respecto.

Un segundo *eje*, es el la *investigación* desarrollada a partir del instrumental con el que se ha venido contando en los últimos años. Este eje agrupa investigaciones puntuales, realizadas sobre sujetos que padecen un trastorno disociativo de identidad, que exploran por ejemplo; cómo es el funcionamiento cognitivo de estos pacientes, cómo es el proceso de recuperación mnésica, etc.

Este encuadre va a ocasionar, por momentos, que debamos volver sobre nuestros pasos, en función de un desarrollo comparativo, por lo que los ejes, a veces se entrecruzarán.

Unas de las razones para esto, es la necesidad de contrastar conocimientos. Puesto que en la actualidad algunos de los criterios elaborados siglos atrás continúan vigentes -lo tenemos ejemplificado en la revisión de Ellert Nijenhuis (1999) acerca de los estudios recientes de disociación somatomorfa, que se inicia con una breve frase de Briquet, “*La histeria es una enfermedad general que modifica todo el organismo*” y que abre luego con una discusión acerca del trabajo de Janet -.

En otros casos, no tan afortunados, ciertos criterios que ya han sido superados por amplia evidencia empírica, continúan en ciertos ámbitos, desgraciadamente, gozando de buena salud. Por lo que es de rigor, que las posturas teóricas sean evaluadas, a la luz del conocimiento científico.

Uno de los marcos para el desarrollo del trabajo, será el de las investigaciones en neurociencias cognitivas, entendiendo por estas: Ferrali, (2004, p.1): <<el estudio de las bases nerviosas de la cognición, término que se refiere a los procesos intelectuales, vale decir pensamiento, memoria, atención y percepción >>. Otro, el de la psicofisiología, que, Ferrali, (op.cit): << tiene como objeto el estudio de la relación que se establece entre la actividad fisiológica y los procesos psicológicos en seres humanos (por ejemplo EEG), y el de la neuropsicología que, Ferrali, (op.cit): <<estudia los efectos de las lesiones cerebrales en pacientes humanos.>> , así también las llevadas a cabo por estudios taxonómicos.

Para tales fines, la autora se guiará por publicaciones científicas especializadas actuales.

Seguidamente se realizará una síntesis lo mas completa posible, que nos llevará eventualmente a las conclusiones respecto a la validez o no, del trastorno disociativo de identidad como criterio diagnóstico.

“La pregunta acerca de “¿ qué es un individuo? “ parece ser fácil de responder. Es suficiente indicar algún objeto individual como un ejemplo.

Pero teniendo en cuenta la complejidad de los sistemas que componen aquello que llamamos individualidad, llegamos a la conclusión de que un individuo es un compuesto: una individualidad múltiple.”

Boris Sidis (1904).

Abordaje histórico de los fenómenos disociativos

Los fenómenos disociativos pueden ser reconocidos a lo largo de la historia universal. Han incluido tanto cuestiones fenomenológicas tales como, estados hipnóticos, sonambulismo, posesiones demoníacas, “canalizaciones” espiritistas, sanaciones carismáticas, así como ciertos efectos somatosensoriales; tal es el caso de las conversiones histéricas, amnesia psicogénica, etc.

Dentro de los trastornos disociativos, el trastorno disociativo de identidad, puede llegar hoy por hoy, a ser entendido como una categoría compleja y crónica dentro de lo que conocemos como trastorno por estrés post traumático.

Si bien la disociación es el rasgo fundamental de este trastorno, ésta se encuentra íntimamente ligada a su etiología y a su fenomenología particular como se verá más adelante.

El Trastorno Disociativo en la Antigüedad, hasta 1800

Las doctrinas eróticas y demoníacas.

Hipócrates, sabía poco acerca de la “histeria” (del griego ὑστέρα, “matriz”) y su tratamiento. En uno de sus aforismos, comenta Ingenieros (1958), nos encontramos con esta presunción pronóstica:

“Muliere ab uterina passione veratoe, aut difficulter parturienti, stornutatio, superviens, bono”.

Nadie supondrá que los médicos de hoy en día faltarán al respeto al creador de la medicina naturista, si se permiten dudar del buen o mal presagio de los estornudos, que aparecen en el curso de una histeria o en los partos difíciles.

Desde entonces, refiere Ingenieros en su texto de 1904 (op.cit), la ciencia, no ha podido definir la histeria en una fórmula general aceptable, por cuantos estudian su patología y modalidad clínica. Sin lugar a dudas mucho ha cambiado desde entonces!

Se podría dividir la historia de la “histeria” fundamentalmente en tres períodos:

- El primer período, es aquel, en el que florecen dos concepciones empíricas, a saber: la genital y la mística, que atribuyen a la “histeria”, una base uterina o demoníaca, respectivamente.
- El segundo período es el que localiza a la histeria en el sistema nervioso, Sobre este, se efectuaron estudios clínicos completos, de la enfermedad, según lo permitieron las limitaciones de la época.
- En el tercer período se investiga la etiopatogenia de los fenómenos observados y surgen diversas teorías psicológicas, nosológicas y fisiológicas.

En el primer período se encuentran, refiere Ingenieros (op.cit) dos teorías igualmente absurdas: la uterina, que fue más afortunada, pues tuvo un gran auge entre los hombres de ciencia, y, por otro lado, la mística, que cayó en manos de masas fanatizadas.

(Recordemos que en esos tiempos, la histeria masculina era poco o nada conocida, por lo que toco al sexo femenino cargar con este triste monopolio de la neurosis histérica).

Para situarse en la Antigüedad, el lector tiene que recordar, que la concepción del universo cosmogónico, transitaba entre espíritus, dioses y demonios, por lo que muchos pueblos antiguos, tenderán

a explicar las enfermedades y la muerte, como resultado de las intervenciones sobrenaturales de sus deidades irritadas. Tanto los dioses del Olimpo como sus contra dioses, los del Averno, tenían poderes semejantes. Ingenieros (op.cit).

Puede observarse, que la histeria se desenvuelve por largos períodos alterando entre estas dos teorías, de modo tal que cuando las enfermas no parecían víctimas de su útero, se las consideraba pues, poseídas por algún tipo de espíritu maléfico. Por lo que estos debían ser expelidos del organismo mediante purificaciones, abluciones, sacrificios y fumigaciones. Ingenieros (op.cit).

A pesar de que la histeria fue llamada el “mal sagrado”, para Hipócrates esta condición nada tenía que ver con lo místico o lo sobrenatural, mas bien era una enfermedad que podía ser ocasionada por la llegada de la primavera, Hipócrates (sec.III, afor.20) o por el otoño, Hipócrates (op.cit., afor. 22).

Plutarco admitía que la locura era causa de la “inspiración”, y confiesa que solamente los niños, los viejos o los de constitución débil pueden creerse obsesionados por un demonio perverso. Plutarco (Dion; 2).¹

La teoría uterina tuvo aún otros seguidores, que la propusieron como un mal de expresión fisiológica. Mientras Hipócrates, Areteo y Celso consideraban al útero como un animal ubicado en el vientre y a la histeria como el efecto de las peregrinaciones de ese animal exasperado por el apetito genésico (irrefrenable deseo de concebir), Galeno, Recio y Fernet, la atribuían al estancamiento o descomposición de la esperma y la sangre en la matriz, de los cuales partía un vapor maligno que se distribuía por todas las regiones del organismo. Ramos Mejía (1897).

En la Edad Media, se identificaron los trastornos mentales de la histeria con la posesión satánica. En esa época pareciera que cada persona que alucinaba era automáticamente convertida en “santa”, y cada melancólica, en pecadora. Las manifestaciones mas leves, monosintomáticas, como algecias, no llamaban para nada la atención. Sólo había posesión donde existían alucinaciones terribles, contorsiones, aullidos o impulsiones genitales licantrópicas como los de las beatas de Santa Eulalia. Ramos Mejía (1897).

Durante sus alucinaciones, las poseídas se auto acusaban espontáneamente de haber frecuentado el infierno...de este “auto de fe”, a la hoguera, solamente había un paso.

Puede observarse, que curiosamente, la concepción demoníaca aparece con intermitencias, y se intensificará en momentos de mayor fanatismo colectivo o misticismo patológico. Esa concepción continúa presente de un modo u otro hasta nuestros días, paralela a los avances de la ciencia. Se evidencia en los informes de Montgomery (1976).²

Esta fase da lugar a la teoría mística, la cual va a coexistir, con otra fase en la Edad Media: la erotomaníaca y sensual, que validará la antigua teoría uterina. Aparece en escena, como anteriormente lo hiciera Mesalina, la esposa del Emperador Claudio en la antigua Roma, el prototipo de mujer que se entrega a “desmanes libidinosos”, dice Ingenieros (op.cit) llega al extremo en que la vemos involucrarse con inverosímiles ceremonias de magia, ritos macabros y misas negras.

“Se nos presenta como un ser fantástico, versátil, como la vela de un barco dispuesta a derivar con el capricho de todos los vientos” (esta frase de Ingenieros (op.cit.) remite seguramente a la sugestionabilidad de las personalidades histéricas).

En estas vertientes duales, encontramos la singularidad más clásica de esta patología: lujuria y misticismo, que han llenado los informes antropológicos de los antiguos cultos paganos; fiestas del culto fálico en India, el Tantra, el amor sexual en las religiones caldeas, el culto a Priapo y al dios Baal.

Stigmata³

El fenómeno de “stigmata” se refiere a marcas corporales, o sensaciones de dolor en lugares correspondiente a las heridas de crucifixión de Jesús.

El término se origina con la frase de Pablo en cartas a los gálatas donde dice, que llevaba en su cuerpo las “señales (estigmas) de Jesús.” (6:17). Catholic Encyclopedia (2007).

Los stigmati (personas que padecen estigmas) principalmente son asociados a la fe Católica Romana. Muchos, son miembros de órdenes religiosas. La mayoría de los informes acerca de los stigmati son referidos a la población femenina. Catholic Encyclopedia (op.cit.).

La vida de los santos estigmatizados, tal como son descritos por sus biógrafos, rebosan de hechos singulares, cuyo análisis psicopatológico, aporta una valiosa contribución al estudio de los accidentes histéricos.

El misticismo de los creyentes suele revestirlos de atributos milagrosos, mientras la incredulidad de los escépticos, cree resolver la cuestión viendo en ellos simples leyendas, comenta Ingenieros (op.cit.).

1. Este modo de citar es textual de Ingenieros (op.cit.). No se encuentra referenciado.

2. Ver Montgomery (1976) informes sobre conferencias acerca de posesión demoníaca llevadas a cabo por la Sociedad Medica Cristiana en Notre Dame (1975) y Willson (1976).

3. Este apartado queda a discreción del lector, por tratarse de una cuestión de fe.

Tales hechos, como el sudor de sangre, lejos de ser negados por la ciencia, recibieron de ella su más indiscutible consagración. Ya no atribuidos a intervenciones diabólicas o divinas, sino pensados e investigados como fenómenos de la patología mental, que pueden observarse y repetirse experimentalmente en la clínica, donde su determinismo y etiopatogenia son estudiados tanto como otros accidentes tróficos de la histeria.

En una de sus obras Gilles de la Tourette, dedica un estudio a dos de los más significativos casos de "stigmata": Francisco de Asís y Louise Lateau (1850-83), ésta última estudiada también por Bourneville (1878).

Bourneville refiere que Luise Lateau, en períodos de éxtasis y delirios, reproducía la escena de la crucifixión. Sus estigmas consistían en una amplia equimosis en la frente, correspondiendo con la corona de espinas, otra en el costado imitando el lugar de inserción de la lanza, y en pies y manos; además, refiere que llevaba en su espalda una llaga viva, de la que manaban grandes cantidades de gotas de una serosidad transparente teñida de sangre. Ingenieros (op.cit).

Estos fenómenos son investigados por primera vez con Charcot, quien decía que la patología histérica unía los trastornos psíquicos a los orgánicos, resultando en una alteración de los tejidos. Fue él quien llamó a estos fenómenos, trastornos tróficos.

Está comprobado, que una intensa alucinación, producida por ejemplo, por los extensos ayunos, puede producir heridas de tipo somático; dermatografismo, asfixia, hematomas, etc. (Ingenieros, op.cit).

Las investigaciones sobre los sujetos estigmatizados, concluyen que no se trata de cuestiones sobrenaturales, productos de la intervención divina, y, como es de esperar, esta posición es sumamente discutida por la Iglesia Católica. Según la Enciclopedia Católica (op.cit.), hubieron sesenta y dos estigmatizadas reconocidas por la Iglesia antes del siglo XIX, y veinte desde entonces hasta hoy día.

Entre las más famosas figuran:

- Anne Catherine Emmerich (1774-1824), Agustina;
- (Beata, N.T.) Isabel Canori Mora (1774-1825), Terciaria Trinitaria.
- Anna María Taigi (1769-1837)
- María Dominica Lazzari (1815-48).
- María de Moerl (1812-68) y Luisa Lateau (1850-83), Franciscanas.

La autora concuerda con Ross (1989) cuando expresa que estando dispuesto a creer, que la posibilidad de posesión podría existir, es importante por razones tanto clínicas como religiosas no interpretar los trastornos disociativos como posesiones, porque estos errores de interpretación son de mala praxis, tanto clínica como religiosa.

No tiene sentido exorcizar estados disociativos, no por que no sean "demonios", sino porque son parte de la persona en su totalidad.

Trastorno disociativo y las doctrinas clínicas hasta 1800

Observadores concienzudos, tomaron en cuenta la fragilidad de la doctrina uterina de la histeria, comenta Ingenieros (op.cit), algunos la atribuyeron más bien a un principio acre y bilioso esparcido en el cerebro, otros a ciertos humores mezclados en la sangre.

Boerhave, Pomme, Hoffman, Sauvage, Linnee, Blackmore, etc, la consideraban una enfermedad nerviosa en general. Otros opinaban que estaba relacionada con la médula espinal. Otros volviendo a la teoría visceral bajo otra forma, la ubicaron en el estómago o en sus inmediaciones, Purcell, Pitcarn, Hunauld, Vogel, o en los pulmones o el corazón, Hygmore, o en la vena porta, Stahl. Ingenieros (op.cit.).

Estudios científicos a partir del 1800⁴ : el apogeo del sistema nervioso.

Examinando la literatura científica producida, Hacking (1992), identifica cuatro olas sucesivas de interés en la personalidad múltiple desde 1800 en adelante, que es cuando comienza el llamado apogeo del sistema nervioso.

Se encuentran algunos informes esporádicos que se refieren a la *conciencia doble* en Europa y América. El término "personalidad" comienza a ser aplicado a casos similares, referidos a cambios en los estados de conciencia, desde 1875 en Francia, cuando algunos casos de *personalidad doble* fueron descritos. Esto fue seguido por un período de gran interés en los Estados Unidos, que duró hasta la primera mitad del siglo veinte (Carlson, 1981; Hacking, 1991)⁵.

Mientras que psicología y la psiquiatría intentaban, lentamente desprenderse de la filosofía y la fisiología al final del siglo XIX, los clínicos en Europa y los Estados Unidos se vieron enfrentados por manifestaciones "histéricas" que seriamente desafiaron su sentido acerca de que es lo mental y que, lo físico, lo normal y lo anormal.

4. Autores como Ellenberger (1971) han desarrollado extensamente investigaciones acerca de este período, sobre el cual la autora no se extenderá tan ampliamente, por exceder el marco de esta tesis.

5. La ola más cercana comenzó en los '70 y para 1982 se describía como una epidemia. (Boor, 1982).

Es a partir de estos momentos cuando comienza a entenderse el paradigma de la histeria como el de la *disociación*, y se rompe, la ilusión del self unitario. Spiegel (1994).

Muchos vieron, en la tradición de Binet, Janet y Jung (1935 – 1968 p.188), a la constitución histérica, como manifestaciones de sub personalidades, y a la neurosis en si misma, como “la disociación de la personalidad debido a la existencia de complejos”, muchos de los fundadores de la psicoterapia y la psicofisiología, como Charcot, Binet, y Janet, entre otros, en Francia, Breuer y Freud en Austria, Prince y James, entre otros en los Estados Unidos, comentan Cardeña & Rijnhuis (2000), trataron y estudiaron pacientes que presentaban a veces condiciones realmente impresionantes y sobrecogedoras. Algunos de los síntomas, como los ataques repentinos de ceguera, semejaban a aquellos que obedecían a patologías graves, pero no fueron asociados con ningún daño perceptible anatómico o fisiológico. Otros pacientes que sufrían amnesias o identidades marcadamente diferentes dentro del mismo individuo, manifestaron serios déficit cognitivos, y que tampoco respondían, aparentemente, a cuestiones orgánicas. Estas condiciones insólitas, refieren Cardeña & Rijnhuis (op.cit.), pusieron en vilo los modelos puramente asociativos de la mente, que se remontaban al menos a Aristóteles, y la tan estricta separación de lo mental de lo físico que Descartes propuesto en el siglo XVII.

La condición de “histeria” inspiró a estos grandes teóricos para elaborar modelos en los cuales factores supuestamente mentales y somáticos se encontraban unidos, o conceptualizados al menos, como aspectos de una unidad. Entonces quedó demostrado con fenómenos hipnóticos o similares, que aspectos psicológicos pueden perceptiblemente, afectar la fisiología, (Cardeña & Bear, 1996; Spiegel & Vermetten, 1994).

Estudios contemporáneos muestran en forma muy convincente, que las observaciones clínicas de Janet, y sus ideas teóricas eran exactas: Los síntomas principales de la histeria, que incluyeron tanto disociación psicológica como somatomorfa, son tan característicos de los Trastornos Disociativos siglo XX como lo eran los de la histeria en el siglo XIX.

Un salto principal hacia adelante de aquella época a esta, es que actualmente la disociación somatomorfa por ejemplo, -altamente característica en el DID- puede ser perfectamente medida usando el Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20), un instrumento que sirve tanto al clínico como a intereses de investigación. Cardeña & Rijnhuis (op.cit.)

Jean Martin Charcot (1825-1893)

Desde el punto de vista clínico, la escuela de Charcot (1870 a 1880), llegó a una concepción de la histeria que todavía podría llamarse “clásica”. La considera una neurosis, una afección meramente funcional, sin lesión orgánica permanente del sistema nervioso. Charcot describe a la histeria con cierta entidad nosográfica de la siguiente manera:

<<el trauma psicológico subjetivo que sigue al acontecimiento traumático produce un estado hipnótico en el que las ideas traumáticas son aisladas de la conciencia. Estas, a su vez se convierten en síntomas histéricos a través de un mecanismo: la realización>>.

Sus manifestaciones se agrupan en dos clases de síntomas:

- **Estigmas:** Los estigmas son los fundamentos del edificio clínico, dados por síntomas patognómicos espontáneos y fijos, como:
- **Trastornos de la sensibilidad:** anestias cutáneas o profundas, cegueras, hiperestusias.
- **Trastornos motores:** akinesias, paresias.
- **Trastornos psíquicos:** amnesias, abulias, estrechamiento del campo de la conciencia, inestabilidad.

Accidentes: Los accidentes son episódicos y movedizos. Abarcan trastornos sensitivos, musculares, respiratorios, circulatorios, que pueden perturbar todos los sistemas y todas las funciones, como vértigo, afonía, éxtasis, disfagia, edema, fiebre etc.

Charcot no definió el valor atribuido a la “psíquis”. El mas bien postuló una sinergia entre lo psíquico y lo físico. Ingenieros (op.cit).

José Françoise Felix Babinski (1857-1932)

Describió, en 1896, en un artículo de apenas 28 líneas la existencia de un reflejo normal en la planta del pie, y sugirió la posible relación de éste con algunas alteraciones orgánicas del sistema nervioso central, específicamente para diferenciar la hemiparesia histérica, de la orgánica: un tipo de diagnóstico diferencial. (Jay, V. 2000).⁶

6. Fig.I en Anexo.

Pierre Janet (1859-1947)

El hipnotizador francés Pierre Janet comenzó su carrera como un filósofo, que usó la hipnosis para explorar la propensión disociativa de la mente humana.

Después de su disertación doctoral en filosofía, completó sus estudios de medicina, y, con el patrocinio de J. M. Charcot, abrió un laboratorio en el Hospital Salpêtrière en París. Haule (1986).

Antes de 1900, Janet notó que ciertos estados “sonambólicos” eran la condición esencial, de la que, la histeria, la hipnosis, los cambios de personalidad, y el proceso mediúmnico, eran variaciones.

La palabra “somnambulismo” significaba mucho más que paseos nocturnos durante el sueño para Janet. Él extendió este concepto, hasta incluir cualquier clase de actividad realizada, mientras se permanece en una condición de disociación. Haule (op.cit.).

La escritura automática por ejemplo, era asimismo considerada sonambólica, porque se realizaba con una parte de la personalidad, mientras la otra parte, permanecía en la ignorancia completa de lo realizado por la primera.⁷

Los estados sonambólicos, por lo tanto, fueron entendidos como fenómenos por los cuales dos o más estados de conocimiento, disociados por una barrera amnésica, podrían funcionar, al parecer, con independencia el uno del otro. Y que, por lo general afectaban el organismo entero, encontrando su expresión en las perturbaciones somatomorfes, de sensación, movimiento, habla, visión, y audición, así como perturbaciones cognitivas y de memoria, y el sentido de identidad. Cardeña & Rijnhuis (op.cit.).

La histeria, según Janet, era entonces, una forma patológica de somnambulismo en la cual la disociación aparecía independientemente, por sí sola, por “motivos neuróticos”, cuando situaciones desfavorables interferían en la vida del individuo, produciendo algún tipo de ruptura o fragmentos que generaban mini personalidades, o, si se adherían una personalidad alternativa.

A los cambios en la personalidad, Janet los consideraba, como una condición del estado somnambulístico, así como el estado de trance de los mediums, en las sesiones espiritistas, eran, según él, una especie de somnambulismo semi voluntario que implicaba, además, la atribución de causalidad a supuestos seres desencarnados, espíritus, agentes externos al individuo. Haule (op.cit.).

La conciencia podía entonces determinarse, como un campus donde ciertos elementos ocupaban un plano principal, mientras que otros ocupaban uno secundario. Janet (op.cit.), aseveraba que se producía un estrechamiento del campo de la conciencia, reduciéndose así en número de fenómenos que podían ser explorados simultáneamente. Este hecho, es el que llevaba a procesos mentales activos no percibidos por la conciencia y el principal sistema de síntesis personal.

Janet se refirió, al proceso hipnótico como “la influence somnambulique”, una suerte de “somnambulismo artificial”, una disociación inducida por el terapeuta con fines experimentales o terapéuticos: una imitación deliberada de la histeria. Haule (op.cit.)

Pero... ¿qué es lo que se encontraba en la base de estos fenómenos sonambólicos de estas pacientes histéricas? En su tesis, “L’automatisme psychologique”, Janet (1889) propone que, las histéricas “caían” víctimas de la disociación por una debilidad en la integración de los elementos psíquicos. Por lo que esta condición obedecía a una degeneración, o por causas hereditarias, -llamó a esta predisposición “degeneración mental”, término que hereda de Morel. Ellenberger (1970, p.539) -, estrés, trauma o la interacción entre estos.

La idea de que una paciente con trastornos disociativos debido al estrés post traumático, fuera teñida de “degeneración mental”, comenta Ross (1989), contribuyó a desacreditar al trastorno de personalidad múltiple a favor del diagnóstico de esquizofrenia, considerándose por lo tanto un trastorno de origen orgánico.

Janet (1907), reunió bajo el antiguo nombre de “histeria” lo que hoy conocemos como trastorno disociativo de identidad; trastorno borderline de la personalidad, en relación a las características de la personalidad, ilustrado por Millon (1998), personalidades limítrofes, en relación a la gravedad en la estructura, en la definición de Kernberg (1979), trastorno por estrés post traumático, conversiones y trastornos somatomorfos (DSM-III 1980), por compartir el mecanismo disociativo: lo que se conoce hoy día en psiquiatría como un gran “cajón de sastre”.

Alfred Binet (1857-1911)

Binet, escribió dos grandes tratados sobre disociación: “Sobre la doble conciencia”, publicado en 1890, y “Alteraciones de la personalidad”, publicado en 1896. Estos dos volúmenes contienen una gran riqueza de teoría, observaciones clínicas y evidencia experimental respecto al trastorno disociativo de identidad - citado bajo su antigua nomenclatura, trastorno de personalidad múltiple- y disociación, y han sido reeditados bastante recientemente. Binet (1977a, 1977b).

7. En la página 45 se desarrollan las investigaciones respecto a la escritura automática.

Binet observó que los alters pueden ser producidos en experimentos sobre sujetos normales con una gran capacidad de hipnotizabilidad, adelantándose en esta conclusión a Spanos et al. (1986). Estos alters suelen ser como modelos incompletos y artificiales de la personalidad múltiple. La conciencia dual es un mecanismo común de hallar en la clínica de los trastornos psiquiátricos, que incluye somatización, conversión, disociación, clasificados en el DSM-III y DSM-III-R (op.cit) y que suelen asociarse a parálisis, amnesias, escritura automática, alucinaciones visuales, pensamientos obsesivos y muchos otros fenómenos. Un elemento destacado de sus observaciones, que da por tierra no obstante, con muchas especulaciones acerca de la teoría iatrogénica, (la creación de "alters" de manera artificial por parte de los terapeutas) al respecto dice, que los alters creados experimentalmente, solamente pueden ser "llamados a presentarse" por la persona que los creó, mientras que alters creados en forma "autohipnótica", pueden ser llamados por cualquiera, y también desaparecer espontáneamente. (Binet, op.cit.).

Binet trabajó en investigaciones básicamente con el criterio del "observador oculto" en los estados hipnóticos, que luego desarrolló Hilgard⁸- el o.o. se refiere a una parte del yo que permanece atenta y observando los acontecimientos bajo los estados hipnóticos - utilizando numerosos procedimientos en relación al dolor, el tacto, la audición, memoria y otras facultades. Para los estándares de la psicología experimental sus métodos eran bastante rústicos, aunque pioneros en su época.

Como el lector puede observar, Binet considera que el tipo de disociación que ocurre en el DID, responde a una forma de autohipnosis.

Sigmund Freud (1856-1939)

Los síntomas histéricos estarían, según Freud, relacionados con el concepto de defensa (abwehr). Este hace alusión a que situaciones dolorosas para el self, serían un elemento motivador para olvido: de ideas, de recuerdos, etc., y que serían forzosamente excluidos por un proceso de represión, de la conciencia, hacia el inconsciente, generando síntomas.

Mientras trataba a Emma, en 1896, Freud presentó a sus colegas un documento llamado "*Über die Aetiologie der Hysterie*" (Sobre la etiología de la Histeria), en el cual aseveraba que traumas relacionados con abusos físicos sexuales en la niñez eran la causa de la histeria en la vida adulta. En estos momentos Freud trabajaba con pacientes como los de Binet, Janet y Prince. Ross (1989).

Freud en 1905, se retracta públicamente de la teoría del abuso físico y sexual en la niñez, como causa de la patología de sus pacientes "histéricas", tal como lo testimonia su correspondencia a Wilhelm Fliess. Freud (1895).

Sus escritos posteriores dan cuenta de una nueva teoría en torno a este padecimiento: la metapsicológica: los síntomas histéricos disociativos pasaron a ser para Freud una solución de compromiso que conllevaban la satisfacción de un deseo.

El cambio de posición de Freud respecto a la etiología de abuso sexual a fantasías construidas alrededor del complejo de Edipo, ocurren entre 1895 y 1903, momentos en los que había comenzado una gran controversia generalizada dentro del ámbito psiquiátrico respecto a la etiología de los trastornos disociativos de identidad. Según las investigaciones, Ross (op.cit.) la comunidad psicológica de finales del 1800 estaba dividida en dos campos - un grupo muy pequeño, que creía que efectivamente, las mujeres con serios problemas psicológicos que declararon haber sido sexualmente abusadas en la niñez, realmente lo fueron, y el grupo de los que no lo creían.

Antes de Freud, se trabajaba muchísimo con la investigación sobre personalidades múltiples, pero con el crecimiento de la popularidad de las teorías de Freud y la incredulidad generalizada en la comunidad psiquiátrica acerca del abuso sexual en la niñez, el diagnóstico de personalidad múltiple cayó radicalmente, en pos del de esquizofrenia. (Ross, 1989).

El auge del psicoanálisis en aquellos tiempos, contribuyó, según la mayoría de los investigadores actuales, (Putnam, 1989, Kluft, 1984, Cardeña 1989) a desacreditar el concepto de disociación como respuesta al terrible dolor, resultado del abuso físico y sexual en niños por parte de adultos de su círculo íntimo familiar y a sustituirlo por el modelo de represión, y complejo de Edipo. Esto propició un declive por el interés de la investigación de sus causas traumáticas reales durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX: por más de setenta años. Ross (op.cit.).

William James (1842-1910)

En sus "Principios de Psicología", James (1950), se refirió a una pluralidad de "selves" en el individuo normal, que incluía a niveles sociales, materiales, espirituales y al ego puro.

Algunos errores fueron cometidos respecto a la comprensión de este trastorno según la opinión de Spiegel (1994), uno fue el de asumir en la "predisposición biológica", algún tipo de defecto mental (con-

8. El modelo de Hilgard se encuentra desarrollado en la página 38.

cepto que ya se ha visto elicitado por Janet). Esto no refleja lo que nos muestra la experiencia en los pacientes con personalidades múltiples una vez que se logra integrarlas. No es ningún signo de defecto mental en absoluto. Esta predisposición si mas bien se hubiera visto como una habilidad o un talento se hubiera acercado mas a la realidad asevera Spigel (op.cit.).

El segundo error era de tratar de forzar la desaparición de los “alters” y favorecer dominio de una personalidad dominante. Error, porque los alters “malos” tienen una función, y sólo parecen ser “malos” porque su papel es mal entendido: su propósito es lograr la supervivencia de la persona. Según Ross (1989 p.27), esta clase de tratamiento es una versión secular de un exorcismo que definitivamente no cura el dolor, no resuelve los conflictos, ni conduce a la integración, sino que refuerza la disociación. Como resultado de estos graves errores, los tratamientos de personalidades múltiples se vieron muchas veces interrumpidos.

Sidis, B.,(1867-1923) Godart, S.P., Prince, M.(1854-1929)

Sidis, B. & Goodhart, S. P., fueron los primeros en hacer un diagnóstico de personalidad múltiple. (Ross, 1997).

Publicaron un caso de estudio llamado “Hanna”, bajo el título “Personalidad múltiple”, una investigación empírica acerca de la naturaleza de la individualidad humana” (1904)⁹ con una dedicación a William James, que se transcribe a continuación:

To professor William James of Harvard University

Who has drawn my attention to the vast and important domain of abnormal mental life, who has inspired me with love for the study of the varieties of human experience, who has given me his sympathy and hearty support in many an hour of trial, this work is affectingly dedicated.¹⁰

Boris Sidis”

“Al profesor William James, quien ha llamado mi atención hacia el vasto e importante territorio de la vida mental anormal, quien me ha inspirado con amor en el estudio de las variedades de la experiencia humana, quien me ha brindado su compasión y caluroso apoyo en muchos momentos de prueba, dedico este trabajo afectuosamente”.

Por el año 1905, Sidis (op.cit.) relataba en su publicación (op.cit.), que casos de doble personalidad no eran abundantes en la literatura de psicopatología, todavía más raros eran los casos donde la disociación era de una tal intensidad, para producir una amnesia tan profunda, que la extensa pérdida de contenido mental hacía al paciente volver a un estado de infancia temprana, al estado de un bebé como recién nacido: esto había ocurrido en el caso “Hanna”. En este caso se manifestaba una disociación completa y una pérdida total de contenido mental hasta el tiempo del trauma.

En las disociaciones anteriormente observadas, en los casos de personalidad doble o múltiple la amnesia era parcial. El paciente había perdido una parte de su experiencia de vida. Esta pérdida, podía cubrir un período de unas horas a varios años; o, afectar prácticamente el todo de la experiencia de vida del paciente, Sidis (op.cit.).

Boris Sidis también co-editó el “Journal of Abnormal Psychology” (1906) junto a Morton Prince, quien escribió extensamente sobre TPM (trastorno de personalidad múltiple). Su libro “The dissociation of personality” (1905/1978) al que todavía se hace referencia, ha sido reeditado luego de setenta y tres años.

Aportes en la actualidad: Modelos Teóricos

Modelo de redes neuropsicológicas

La perspectiva de los modelos de redes neuropsicológicas contribuyó a la comprensión de los fenómenos disociativos.

Entre estos modelos, podemos mencionar el de Bowers (1981), y el de Yates & Nasby (1993).

Modelo de Bowers

Con el objetivo de explicar como se ve afectado el proceso de aprendizaje Bower desarrolló un modelo. De acuerdo con este modelo, existiría un sistema de redes compuesto por nodos de memoria y nodos emocionales. La memoria sería almacenada en los nodos de acontecimientos y, para ser recuperada, sería necesario que el nodo correspondiente fuera activado por encima de su umbral de excitación.

A mayor número de conexiones, más alta sería la probabilidad de ser activado. Habría una intersección entre la excitación emocional y la excitación contextual;

por lo que la excitación de nodos emocionales sería sumada a la excitación contextual por los que le resultaría más fácil para alcanzar el umbral de activación.

Este autor señaló que los nodos afectivos que reciben signos afectivos opuestos, se inhibirían mutuamente. Por los que datos de la memoria que fueron asociados con ciertos afectos, serían más fácil-

9

10. Imagen 1 en Anexo.

mente recuperados bajo los mismos estados emocionales y más inaccesible bajo estados emocionales diferentes. Bowers (op.cit.).

La adaptación de este modelo a los fenómenos disociativos sugiere lo que las personas que padecen DID o fugas disociativas organizarían sus recuerdos bajo un estado emocional extremo, por lo que apenas serían accesibles bajo el estado emocional cotidiano y frecuente en el individuo. Bowers (op.cit.).

Modelo de Yates & Nasby

El modelo de Yates & Nasby fue creado para explicar la disociación post traumática. Comparte algunos conceptos con el modelo de Bower, basado en el mismo modelo de redes neurales. El cambio principal es que Yates & Nasby asumen, que existiría una inhibición directa entre los nodos emocionales y los nodos de acontecimientos.

Si bajo circunstancias traumáticas un nodo emocional es excitado intensamente, esta conexión excitatoria o inhibitoria entre los nodos emocionales y los de memoria, podría ir hacia una dirección –unimodal-, de forma semi permanente. Por lo tanto inhibir las conexiones mutuas.

Grupos de nodos emocionales con una constelación de nodos de memoria que han sido asociados excitatoriamente, podrían constituir el centro de varias personalidades auto representadas.

Estos modelos, sin embargo no nos dan una explicación completa de otros rasgos de estados disociativos.

Modelos que la postulan a la disociación como un *continuum* y modelos *categoricos*.

En su formulación original, Pierre Janet (1889) vio a la disociación clínica como una discontinuidad en la conciencia que raras veces era experimentada por individuos sanos. (Perry & Laurence, 1984).

Sus contemporáneos, William James (1890/1983) y Morton Prince (1905/1978), discreparon, argumentando que la disociación es un continuum o una variable cuantitativa que va de un grado menor a uno mayor dependiendo de cada uno.

A partir de allí se fueron desarrollando dos criterios que abarcaron no solamente el territorio de la disociación, sino de casi toda la psicopatología.

Modelo de *continuum*

Este modelo, planteado por William James, Morton Prince, Hilgard y Spiegel (1902/1985), sostiene que la disociación puede ir desde la normalidad como en la ensoñación diurna, el abstraerse ante a una película, o como es el caso de ciertas conductas automáticas, pudiendo llegar hasta lo patológico, tal como lo encontramos en los trastornos disociativos de identidad en el DSM IV (op.cit).

Van der Hart, Van der Kolk, and Boon (1996) refieren a que se podría dividir los estados patológicos de disociación en tres grupos:

- **Disociación Primaria:** separación de dos elementos psíquicos o mentales. Las experiencias traumáticas se procesan por partes, más que integradas a una totalidad. Estamos acostumbrados a pensar que la disociación involucra separación de la emoción. Esto es parcialmente cierto. No siempre lo que está separado es la emoción. Muchos pacientes tienen una emocionalidad muy alta a pesar de estar disociados. Lo que puede separarse son dos contenidos, psíquicos o mentales, como, pensamiento y emoción, dos emociones, emoción de emoción, cognición de sensación corporal, etc
- **Disociación Secundaria o peritraumática:** La experiencia esta separada de su correlato somatosensorial, sin integración narrativa personal. (van der Kolk). Se separa el yo observador del yo experimentador, lo vemos en los casos de desrealización, y despersonalización, así como extrañamiento del contexto. Esta separación es acompañada por estados de la mente que son distintos a los estados normales. La disociación peritraumática es un pronosticador de trastorno por estres post traumático en el futuro.
- **Disociación Terciaria:** aparece en el trastorno disociativo de identidad (DID), donde constelaciones cognitivas, emocionales, somato perceptivas, y conductuales se organizan en diferentes sistemas de sub-yoes según Khilstrom (1992) que son diferentes aspectos del sujeto, poco permeables entre si. Lo vemos en las barreras mnésicas comunes en estos casos.

Modelo *categorico*

El modelo *categorico* fue sostenido por Janet (1930), quien aseveró que el mecanismo de disociación era en si mismo patológico y que individuos que presentaban este tipo de disociación distaban de ser normales, puesto que tenían un déficit en la energía constitucional.

Este es el modelo que encontramos en el DSM IV (op.cit). Lara, S. (2003).

Waller, N.; Putnam, F. W.; & Carlson. E. B. (op. cit.) proponen a partir de lo que se desprende de los estudios taxométricos, que hay dos tipos distinguibles de fenómenos disociativos:

- experiencias disociativas *no patológicas*, que son las manifestaciones de un *rasgo* disociativo
- experiencias disociativas *patológicas*, que son las manifestaciones de una *clase de variable latente*.

Por lo que no se podría hablar de un continuum sino de algo cualitativamente diferente cuando se hace referencia al trastorno disociativo de identidad. Al respecto dicen; Waller, N.; Putnam, F. W., & Carlson. E. B. (op.cit.): <<Creemos que los procedimientos taxométricos desarrollados por Meehl (1973) y otros (Meehl y Golden, 1982; Waller y Meehl, 1996) proveen un método sustentable para distinguir los constructores tipológicos de los dimensionales en las ciencias conductuales.>>

Cardeña (1997) por su lado, considera que utilizar el término disociación para aquellas situaciones cotidianas que se relacionan más bien con la capacidad atencional o incluso con fenómenos como el “no-mind” de los estados meditativos, lleva a confusión, por lo que el prefiere llamar con este nombre a el resultado de un mecanismo por el cual, información que debería ordinariamente ser accesible al sujeto, no lo es.

Cardeña, (op.cit), ha diferenciado los fenómenos disociativos en relación a las áreas de funcionamiento que se ven afectadas:

En el sentido del self y medio ambiente que incluye experiencias de despersonalización y desrealización.

En las sensaciones físicas, que incluyen fenómenos como analgesias inducidas por stress elevado, por el trauma, o bajo hipnosis; y las que están en relación a la propia conducta como por ej; por acciones involuntarias, o como lo que sucede en la conciencia bajo sugestión hipnótica, en el sentido de la agencia personal.

- En la memoria personal.
- En el sentido de la identidad concreta y continua, estrechamente ligada a la memoria.

Diferencia estos fenómenos en función de su etiología predominantemente neurológica o psicológica y si se trata de procesos normales o patológicos, basándose únicamente en indicadores objetivos y cuantificables, como frecuencia de ocurrencia, cronicidad y duración de la experiencia.

Es necesario, refiere Cardeña (op.cit.), llevar a cabo una evaluación más profunda, teniendo en cuenta la evaluación subjetiva como la sociocultural, el grado de estrés que produce, de control sobre el inicio, el curso y final del fenómeno, como es interpretado por la persona, desencadenantes internos y externos y el grado en que las respuestas disociativas son la única respuesta ante ciertos desencadenantes.

Aunque algunos sigan sosteniendo la posibilidad de una diferencia cualitativa entre las formas normales y patológicas de disociación (p.ej., Frankel, 1990), la mayor parte de investigadores conceptúa la disociación como un recorrido a lo largo de un continuum de estados “normales” disociativos como el soñar despierto (Singer, 1966) a las formas más patológicas representadas por el DSM IV (op.cit).

En la opinión de la autora, estos dos modelos en apariencia contrapuestos, no son excluyentes, sino que mas bien se pueden ver como complementarios.

Modelos que postulan la etiología del trastorno disociativo de identidad: teorías traumatogénicas y teorías iatrogénicas.

Durante los últimos treinta años se han continuado elaborado teorías y realizando extensas investigaciones respecto al trastorno disociativo de identidad y según Glaves, May & Cardeña, (2001), varias cuestiones vienen siendo discutidas, en el campo de la salud mental: la primera concierne a la etiología del fenómeno. Respecto a esto hay dos posiciones básicas:

Teorías traumatogénicas: disociación como respuesta a una situación disruptiva.

Los que proponen la teoría traumatogénica (Glaves, 1996; Kluft, 1985; Putnam, 1989; Spiegel, 1984; Ross, 1989; International Society for the Study of Dissociation, 2002; Kisiel & Lyons, 2001; Martinez-Taboas & Guillermo, 2000; Nash, Hulse, Sexton, Harralson & Lambert, 1993; Siegel, 2003; Spiegel & Cardena, 1991) sostienen que el DID se desarrolla como respuesta a un trauma abrumador durante la infancia, antes que nada de tipo físico y de abuso sexual. Tal vez una forma compleja de estrés post traumático, o trastorno por estrés agudo (Pelkovitz et al., 1997; Van der Kol, 1996).

Considerando que la mayoría de las personas que han padecido abuso en su infancia, no desarrollan este tipo de patología, se ha propuesto un modelo de diathesis vulnerabilidad-estrés, en el cual una predisposición a la disociación estaría interactuando con la situación disruptiva, favoreciendo el desarrollo de trastornos de tipo disociativo. (Glaves & May, 2001).

Es importante hacer aquí un pequeño desvío, que nos conducirá a los avances en investigación respecto a la etiopatogenia y etiología del trastorno disociativo de identidad, en relación al estrés post traumático.

El efecto de la irrupción de una situación fáctica en el psiquismo, refiere Benyakar (2003), replantea la posición determinista de los que ubican al inconsciente o a los procesos neuropsicológicos como “únicos generadores” del desorden.

El hecho de que ciertos eventos disruptivos puedan producir reacciones psíquicas, comenta Benyakar (op.cit), hace que postulemos conceptos integracionistas que pueden entender la interacción del hombre con su medio, (Merwin, et al. 1988; Milgram, 1993; Miller, et al.1994; Weaver et al. 2000; Wilson, 1989;). Esta posición es la que lleva a Benyakar (op.cit) a postular el concepto de *desordenes disruptivos*. Estas disrupciones pueden ser desencadenantes de diferentes fenómenos. Bajo esta luz, es posible ubicar al trastorno disociativo de identidad como *una forma compleja de desorden disruptivo* (estrés post traumático, o trastorno por estrés agudo). Pelkovitz et al.&; Van der Kol, (op.cit).

Entendemos por “trauma”, a la respuesta que genera una situación disruptiva en el psiquismo humano, y que conlleva la presencia de trastornos emocionales en el sujeto. Cualquier hecho grave de carácter amenazante, exige un esfuerzo importante de afrontamiento, el que se manifestará de diferentes maneras. Disiente con esta postura teórica de la Escuela Antimimética, que considera que los eventos traumáticos pueden producir consecuencias, positivas, negativas o neutras. Leys (2000).-

El DSM-IV (1984) define al trastorno de estrés post traumático bajo las siguientes características:

- A. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muerte o amenaza para su integridad física o la de los demás.
- B. La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intenso.
- C. Como consecuencia de esta exposición la persona ha desarrollado una serie de síntomas disociativos. (3 ó más)
 - Amnesia emocional.
 - Amnesia disociativa.
 - Desrealización.
 - Despersonalización.
 - Reducción de la atención.

Distinguimos para trauma: (siempre pensando en el concepto trauma como el de una respuesta a eventos disruptivos):

Trauma de tipo I

Un único evento traumático en forma inesperada e impredecible, lleva a poner en marcha mecanismos de defensa y afrontamiento en forma espontánea.

Trauma de tipo II

Exposición prolongada a eventos traumáticos graves.

La disociación se considera una respuesta adaptativa a una situación disruptiva, esta respuesta es innata y aprendida al mismo tiempo, y ocurre, durante e inmediatamente después de el/los hecho/s. No obstante el uso crónico de mecanismos disociativos, como manera de tratar con las situaciones disruptivas puede llevar a una falla en el procesamiento de las mismas desde el punto de vista emocional y cognitivo, y por lo tanto resultar en reacciones post traumáticas más severas.

Refiere Horowitz (1997), que cuando una persona no es capaz de poner en marcha una respuesta la situación traumática ya sea del tipo fight o fly (lucha o huida) deviene un sujeto paralizado. Respecto a esto, Ludwick (1983) asevera que compartimos el mecanismo que tienen algunos animales, como la zarigüeya, que le permite *congelarse* frente al predador, y así pasar por muerta.

La autora infiere por lo tanto que, *congelarse* podría entenderse como el equivalente a *disociarse*.

A fines de los años setenta, el movimiento feminista dio lugar a que se investigara más sobre el abuso sexual, psicológico y físico infantil y otros traumas asociados a la producción de secuelas disociativas. Hubo a partir de entonces, un reconocimiento creciente de la hipótesis del abuso infantil y de lo traumático, como área de investigación científicamente válida para la etiología del trastorno disociativo de identidad. Ross, (1997), entiende a la disociación, como un mecanismo de defensa, pero no de fantasías edípicas sino de situaciones traumáticas reales.

Si bien errores y distorsiones que pueden ocurrir en la recuperación mnésica (Kihlstrom, 2002) son consecuencias naturales del proceso reconstructivo, esto no invalida la experiencia traumática real.

Como el lector puede apreciar, la definición del estrés pos traumático en el DSM IV (op.cit.), aunque se encuentra bajo “trastornos de ansiedad”, opina la autora, que esta se relaciona más con trastornos disociativos que con trastornos de ansiedad, lo cuál acerca más al trastorno disociativo de identidad a lo disociativo del estrés post traumático.

Teorías iatrogénicas

Los que proponen la teoría iatrogénica, (McHugh, 1993; Merskey, 1992; Spanos, 1994) sostienen que el trastorno disociativo de identidad no sería de naturaleza post traumática, y que ni siquiera podría considerarse un diagnóstico “realista”, sino que es mas bien un artificio producido por la psicoterapia y los medios de comunicación masivos.

De acuerdo con esta teoría, los psicoterapeutas serían responsables por el desarrollo de estos trastornos, sugiriéndoles a sus pacientes el concepto de multiplicidad, usando hipnosis para crear síntomas, haciendo preguntas guiadas respecto a la sintomatología para llegar al criterio buscado, y reforzando los comportamientos, consistentes con este criterio (Spanos, 1994) Al respecto dice, que las personas “actúan” identidades múltiples, y se comportan como si ellos poseyeran dos o más personalidades, cada uno con sus propios caprichos característicos, memorias, y repertorio conductual, bajo nombres diferentes. Este fenómeno ocurre en muchas culturas; en la cultura norteamericana, con frecuencia lo etiquetan trastorno disociativo de identidad. Spanos (op.cit.).

La autora sostiene, que Spanos no justifica las barreras mnésicas que son comunes en el trastorno disociativo de identidad, y que estas difícilmente fueran comunicables por la cultura ni los medios masivos. Por otro lado, el hecho de haber podido producir algun tipo de disociación en forma experimental, que lleve similitudes con el DID, y actuar un trastorno disociativo de identidad se parece tanto a lo real, dice Kluf (2003) como a alguien que en un teatro bajo trance hipnótico se cree una gallina: “nadie intentaría cocinarle”. Si bien es cierto que las expectativas de los terapeutas pueden influenciar aspectos de la fenomenología del DID, esto no resulta invalidante para la condición misma.

Los estudios epidemiológicos de Turquía y Noruega en las que el DID no ha formado parte de la cultura popular, ni han sido expuestos a influencias que les sugestionaran, muestran las mismas cifras epidemiológicas que USA y Holanda, donde esas influencias son más fuertes. (Kluf, op.cit.).

Discusión acerca de ambas teorías

Hay muchas críticas (Careña, 1997b, Elzinga et al., 1998; Gleaves, 1996; Ross, Heber, Norton & Anderson, 1989) basadas en el creciente cuerpo de investigaciones acerca de los trastornos disociativos, que desafían seriamente al modelo iatrogénico. Es tan mínimo el soporte empírico para este modelo etiológico, que nos lleva a recomendar que sea abandonado definitivamente, dice Glaves (1996). Las investigaciones más recientes sobre los trastornos disociativos no apoya (y de hecho desconfirma) el modelo sociocognitivo. No existe ninguna razón para dudar que la conexión entre el Trastorno Disociativo de Identidad y el trauma producido en la niñez.

Glaves (op.cit.) refiere a que las recomendaciones de tratamiento que siguen el modelo de sociocognitivo pueden ser dañinas porque ellas implican hacer caso omiso de la sintomatología postraumática de las personas que padecen este trastorno.

Aportes teóricos actuales en relación a los aportes de las ciencias.

Ernest R. Hilgard (1904-2001)

Uno de los aportes fundamentales de las últimas décadas ha sido realizado por Hilgard, quien básicamente trabajó en psicología experimental. Sus planteamientos han sido considerados como un resurgir de las concepciones clásicas de P. Janet por algunos y por otros como menos extrema e innovadora.

En la publicación de su libro “Divided Consciousness”, expone su teoría neodisociativa. El principal postulado de esta teoría, afirma que el funcionamiento mental está organizado en una serie de subestructuras de control de la conducta y pensamiento dispuestas en orden jerárquico e interdependientes.

Asume tres ideas básicas:

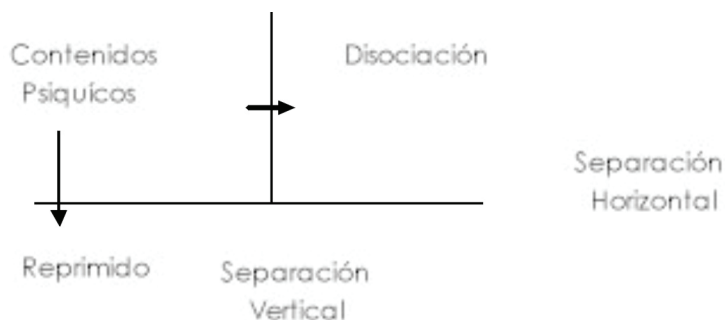
- Existen sistemas cognitivos subordinados, o subestructuras de control, cada uno con cierto grado de unidad, persistencia y autonomía de funciones.
- Existe algún tipo de control jerárquico que maneja la interacción o competencia entre las estructuras.
- Existe una estructura de control a nivel superior: la superestructura o Ego Ejecutivo, unifica la experiencia consciente. Planifica, maneja y controla las funciones y conductas iniciadas por el resto de las subestructuras.

Asume también, como Janet, la noción de disociación parcial, en la que se dan interferencias entre estructuras por que la desconexión no es total (Hilgard, 1991).

Hilgard tradujo los fenómenos disociativos al lenguaje de la hipnosis, hablando de una restricción autónoma de ego similar al estrechamiento de conciencia de Janet, a consecuencia de la cual el ego ejecutivo mantiene el control sólo de ciertas funciones.

La evidencia empírica más directa que apoya la teoría de la neodisociación es la del “*observador oculto*”. Este concepto se refiere a la parte de la mente que, bajo hipnosis, permanece sin hipnotizar y mantiene intacto su funcionamiento, pero al estar disociada de la parte hipnotizada por una barrera amnésica, no permite a la persona ser consciente del control disponible, al menos que se le den las instrucciones pertinentes para ello.

Por otro lado, es innovadora su concepción de diferenciación entre “separación vertical” y “separación horizontal” en el trastorno disociativo, considerando la separación horizontal como represión y la vertical como disociación. (Jorn, 1982), no obstante afirma que :<< Separación y disociación son lo mismo. La represión es una forma de disociación. El material disociado no es inconsciente. Simplemente esta disociado. Esto es muy diferente de lo que se supone “inconsciente” que solo puede ser recuperado usando técnicas “profundas”.>>. Ross (1997) :<<En lo referente a la disociación no hay nada “profundo” ni “escondido”.>>



Mucho de lo que se pensaba que era material inconsciente, es el resultado de un ego disociado. Aunque el término disociación, carece de una conceptualización coherente, ya que ha sido tomado por muchos investigadores, no es prematuro identificar el dominio de la disociación, como “un concepto del dominio de los fenómenos hipnoticos”, el lector podrá constatar, que nos acercamos nuevamente a Pierre Janet y a sus teorías de los “estados sonambúlicos” en la disociación.

Surgimiento del trastorno disociativo de identidad en el DSM III (op. cit.).

Antes del DSM III (op.cit) el trastorno disociativo de identidad, ocupó las filas de lo que se llamó neurosis histérica (APA, 1968). Esta asociación entre “histeria” y disociación, data por lo menos de tiempos tan remotos como aquellos en los que trabajaban Janet y Freud y otros pioneros de la clínica a fines del siglo XIX. (Breuer & Freud 1955; ver Spiegel & Cardeña. 1991). En 1980, el DSM III incluye el diagnóstico de personalidad múltiple. (DSM-III, 1980). En 1984, este se redefine en el DSM IV como trastorno disociativo de identidad. (DSM-IV, 1984). De esta manera describe el DSM IV (op.cit.), a los criterios que deben ser utilizados para su diagnóstico:

<<Criterio para trastorno disociativo de identidad

(trastorno de personalidad múltiple)

- A. Presencia de dos o más identidades o estados de la 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 la personalidad controlan en forma recurrente el comportamiento del individuo.
- C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por un olvido ordinario.

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o una enfermedad médica (p.ej., crisis parciales complejas) Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juego fantasioso o compañeros de juego imaginarios.>>

Podemos observar, cinco rasgos esenciales del trastorno disociativo de identidad (DID) según el DSM IV (op.cit). El núcleo del problema es que el DID puede incluir lesiones o perturbaciones en la identidad, la memoria, o el contenido del pensamiento, por intrusión de información que afecta un aspecto disociado de la mente, en otro. Afecta así mismo la voluntad para poder controlar lo que ocurre, dificultando el proceso interruptor, produciendo una transición de una identidad o estados de personalidad, a otros.

Refiere Kluff (2003), que las lesiones o daños de la identidad pueden incluir:

- presencia de las personalidades -llamadas "alters"- .
- estados de despersonalización.
- ausencia o confusión sobre la identidad.
- la presencia combinada (co-presencia) de dos o más identidades.

Ross (1997) así mismo, comenta que, la descripción del trastorno disociativo de identidad en el DSM-IV (op.cit), se limita de forma arbitraria a los ámbitos de memoria e identidad, cuando de hecho puede ocurrir en cualquier ámbito del funcionamiento mental y afectar una o varias funciones psíquicas, incluyendo la sensación, funcionamiento motor, sentimientos y cogniciones.

El criterio diagnóstico del DID, aunque claramente delineado, no resulta del todo "operativo", aseveran Elzinga, Van Dyck, & Spinoven (1998). El criterio "A" particularmente se ha considerado muy ambiguo en la definición de "identidades" y "estados de la personalidad" esta descripción no resulta específica, sino más bien subjetiva (Piper, 1994).

Las investigaciones demuestran que estos criterios, no obstante, están presentes en mayor o menor grado, en la gran mayoría de los sujetos diagnosticados con DID (Boon; Draijer, 1993a,b; Steinberg et al., 1993).

El resultado de investigaciones a gran escala, ilustra al lector, respecto a la prevalencia de estos criterios para el DID. (Tabla I).

La metodología que se utiliza, varía desde lo informal (Putnam, Guroff, Silverman, Barban, & Post, 1986) hasta lo más rigurosa (Boon & Draijer, 1993a, b). (Gleaves, May & Cardeña, 2001).

Tabla II¹¹

Rasgo principal	Putnam et al., 1986 (n=100)	Coons Et al., 1988 (n=50)a	Ross et al., 1989 (n=236)	Ross et al., 1990ab (n=102)	Boon & Draijer, 1993 (n=71)
• Amnesia	98.0	100.0	94.9	100.0	99.0
• Alteración de la identidad	—	—	—	81.4	100.0
• Despersonalización	55.0	38.0	—	—	100.0
• Desrealización	—	—	—	56.9	73.1
• Alucinaciones auditivas	22.0	72.0	71.7	82.4	94.0
• Abuso Infantil	97.0	96.0	88.5	95.1	94.4

Aunque no es un síntoma, el abuso infantil fue referido consistentemente, por las personas que padecen DID.

David Spiegel (1945-)

Spiegel refiere, a que existe la activación de una red, en los procesos mentales ligados a la conciencia, que tendería a inhibir la activación de otra.

Esto mismo, ocurre en la disociación: varios sistemas pueden co-ocurrir de manera aparentemente independientes, y así logran, inhibirse unos a otros

Bajo este supuesto el concepto de disociación describe y explica los síntomas de fragmentación y pérdida de funciones integradoras y asume además que se den cambios en la continuidad de la conciencia, debido a la organización paralela de determinados sistemas o estratos en la conciencia. (Vermetten et al., 1998).

Respecto al modelo de Spiegel, investigaciones realizadas en el Departamento de Biología Psiquiátrica del University Medical Center Groningen en Netherlands, confirman que los pacientes que padecen el Trastorno Disociativo de Identidad funcionan como dos o más identidades o estados de identidad disociativos (DIS).

Nos encontramos, refieren Reinders, E. et al., (2000), con estados de identidad neutros (NIS) y 'estados de identidad traumáticos' (TIS). Los NIS inhiben el acceso a memorias traumáticas, y así, permiten el funcionamiento de vida cotidiana. Los TIS tienen el acceso y la responsividad a estas memorias traumáticas.

En investigaciones que se realizaron con grupos experimentales, se midieron tres parámetros:

11. Los valores están representados por el porcentaje de sujetos. (Gleaves, May & Cardeña, 2001).

- psicobiológicos: posiciones subjetivas (emocional y sensomotriz).
- respuestas cardiovasculares (ritmo cardíaco, tensión arterial, variabilidad de ritmo cardíaco).
- flujo regional de sangre al cerebro, determinado con H (2) (15) y con emisión de positrones.

Los resultados de las pruebas neurobiológicas muestran diferencias significativas: existen reacciones psicobiológicas, respuestas cardiovasculares y flujo regional de sangre en el cerebro, diferentes, por parte de los estados de identidad diversos en los trastornos disociativos de identidad.

John Kihlstrom

Kihlstrom, propone la teoría neodisociativa de Hilgard como base para explicar la disociación.

Toma también la idea de James relativa a que la conciencia *consciente* requiere que la representación mental de un acontecimiento se conecte con alguna representación mental de si mismo como agente o sujeto que experimenta ese acontecimiento.

La disociación implica un fallo en la integración de sentimientos, pensamientos, recuerdos y/o acciones en un sentido de conciencia unificado. En este sentido puede llevar a eliminar el contexto espacio-temporal que normalmente está asociado a la memoria de eventos produciendo una alteración en la memoria episódica y autobiográfica. Es una disrupción en uno o ambos procesos de control y/o awareness.”(habilidad para estar consiente, sentir o percibir.)¹²

Ciertos procesos mentales son codificados en forma no consciente, asociándose unos con otros, pero no con las representaciones del self y del contexto. Se produce así, una separación de los elementos declarativos de la memoria, pero también de algunos aspectos de la memoria procedural.

F.W. Putnam

Se dedicó a estudiar la disociación más que nada en la población infantil.

Refiere que, según diferentes síntomas disociativos que se agrupan en el DES *Disociation Experience Scale* (1986), los sujetos normales, manifiestan una menor variedad y frecuencia de tipos de fenómenos, como por ejemplo, las “ausencias” que se producen durante una conversación, el grado en que se abstraen en la imaginación, despersonalización, desrealización, disponibilidad de los recuerdos, etc., que la que manifiestan las personas diagnosticadas con trastorno disociativo de identidad.

Esta escala (DES) mide las experiencias disociativas de amnesia, grado de implicación imaginativa, despersonalización y desrealización.

Putman (op.cit) dice que muchas experiencias que en adultos se consideran patológicas, en niños, son normales, (por eso el *DVM IV* (op.cit.) aclara en su último punto que: << en los niños los síntomas no deben confundirse con juego fantasioso o compañeros de juego imaginarios>>) así también, son experiencias que pueden ocurrir en adolescentes, porque se produce durante este período una alteración del sentido del self, que evoluciona paralelamente al desarrollo de sus distintos selves sociales.

Existe, (Putman; Waller; y Carlson, 1996) un tipo o clase específica de individuos con tendencia a la disociación patológica, frente a otras clases que tienden a experiencias de disociación sin llegar a “patologizar”.

Fenomenología específica del trastorno disociativo de identidad

Amnesias.

El DID, se presenta con su fenomenología específica, tal como se ha visto descrita por el DSM IV (op.cit.). Entre los criterios citados, se encuentra a la incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por un olvido ordinario. Esto no significa que los pacientes padezcan una amnesia total entre todos y cada uno de los estados de identidad. Los grados de amnesia pueden ser variables, y existir entre varias identidades o sólo entre algunas, y puede ser mutua o unidireccional, p. ej., la identidad B puede saber todo respecto a la identidad A, pero la identidad A ignorar completamente a la identidad B. (Ellenberger, 1970; Janet, 1907; Peters, Uyterlinde, Consemulder, & Van der Hart, 1998).

La mayoría de las investigaciones concuerda con que el DID se acompaña por una perturbación en la memoria *episódica*, parecen discrepar en cuanto a si las identidades comparten la memoria implícita, como el priming y la memoria procedural (Merkelbach, Devilly, & Rassin, 2001) o la expresión de información que no se recuerda haber aprendido de manera consciente (Schachter, 1987). Putnam (1997) por ejemplo, asevera que se dan fluctuaciones en el nivel de capacidades básicas, como hábitos, o que diferentes identidades dejan de disponer de ciertos conocimientos, y, que estas son las formas clásicas de disfunción de memoria en pacientes disociativos.

12. Definición de awareness dada por Wikipedia: <http://en.wikipedia.org/wiki/Awareness>.

Cardeña (2000) señala que en el 89% de pacientes con amnesia disociativa, se pierde la memoria explícita para las experiencias personales, mientras que la memoria implícita que se utiliza para el conocimiento general, habilidades, hábitos, y respuestas condicionadas se encuentra intacta.

Mecanismos de switching en el trastorno disociativo de identidad

El fenómeno conocido como "switching", es el proceso de cambio por el que las personas que padecen un trastorno disociativo de identidad, conmutan de una "personalidad" a otra y es el fenómeno conductual principal en esta patología. (Putnam, 1989, p.117).

Por consiguiente, el switching, es la experiencia más crucial para entender en el DID la teoría, la investigación, y el tratamiento.

La fenomenología experimental se ha dedicado a estudiar esta manifestación.

Los cambios en la escritura

Las diferencias en los rasgos de escritura en las personas que padecen un trastorno disociativo de identidad, han sido observadas por psicoterapeutas y grafólogos forenses.

Se ha realizado estudios que determinaron que en muestras de escritura producida por sujetos diagnosticados con DID, la letra varía considerablemente más, que lo que se esperaría de la escritura producida por una misma persona en diferentes momentos. Yank (1991).

Las diferencias en los rasgos de escritura en sujetos con DID, ha sido considerada un tópico importante por los clínicos familiarizados con este trastorno (Kluft, 1987a; Putnam, 1989). A menudo, es una herramienta interesante porque contiene información específica, acerca de emociones o recuerdos de identidades diferentes o estados de la personalidad, que se encuentran, bajo una barrera amnésica, entre unos y otros. (Putnam, op.cit.).

El estudio de los rasgos de la escritura de documentos, se lleva a cabo por expertos que trabajan generalmente en el ámbito legal y se dedican a la identificación y la comparación de la documentación. Es una tarea sumamente compleja, que puede desenmascarar similitudes o diferencias que no son en absoluto evidentes para ojo inexperto (Bradley, 1986).

El patrón de escritura, que distingue a una persona de otra, ha sido atribuido a una serie de cuestiones como, capacidades preceptuales, fisiología, sistema músculo esquelético, sistema nervioso, el desarrollo intelectual, las emociones, y motivaciones del escribiente (Bradley, op.cit.), así como la educación y la ocupación (Saudek, 1933). Esta combinación de rasgos se refleja en un individuo como si fuera su huella digital, y el modelo personal es prácticamente imposible de duplicar íntegramente. Smith, (1984). La probabilidad de que suceda una duplicación en sólo 12 características de las 500 o más encontradas en una página típica manuscrita, es de 1 en 241 millones. Esto ya lo comentaba Osborn en 1946. La única excepción a esta regla es la existencia de semejanzas en la escritura de por ejemplo, gemelos monocigotas. (Peeples & Morris, 1986). Se pueden observar algunos ejemplos de escritura realizada por el mismo paciente la Fig. IV a y b, en el Apéndice.

Las investigaciones realizadas desde el marco de la psicofisiología, han demostrado que la disociación extrema produce diferencias en las condiciones fisiológicas presentadas por los alters de los individuos con DID. Estas variaciones incluyen efectos diferenciales en la respuesta a la medicación (Putnam, et. al.1986), diferencias en estudios electroencefalográficos (Braun, 1983; Putnam, 1984), alergias y cambios dermatológicos en los diferentes alters, y diferencias ópticas (Miller, 1990).

Estas variaciones no podrían ser simuladas o creadas deliberadamente por los controles normales de la mente (Miller,op.cit.; Putnam, 1984).

Como las personas que cometen crímenes bajo estados disociativos de identidad, son inimputables, el sistema legal es quien se ha tenido que ocupar extensamente de tratar con este tipo de investigaciones, justamente por las simulaciones que los sujetos implicados en un crimen pudieran utilizar para alegar insanía.

Todo esto abre otro inmenso abanico de posibilidades respecto al estatus ontológico que se desprende del trastorno disociativo de identidad, tanto en el terreno legal como filosófico, evidenciado por ejemplo, en varios artículos publicados en el Journal of the American Academy of Psychiatry & Law.

Trastorno disociativo de identidad, en relación a otras patologías.

Modelo nosológico Vs. modelo trans-nosológico

Otro tema importante, es la conceptualización de la disociación como un fenómeno transnosológico asociado a otras entidades psiquiátricas, versus la conceptualización de la disociación como una categoría nosológica individual. Lara, S.(op.cit.).

Este debate surge a partir de investigaciones que han mostrado que los síntomas disociativos no son raros en muchas categorías psiquiátricas, llevando a algunos autores a señalar la aparente falta de especificidad de los síntomas disociativos.

Además, es importante subrayar, que hay varias dificultades en la evaluación de síntomas disociativos. Estas dificultades pueden ser atribuidas al empleo de medidas de autoinforme, al hecho de basar algunas evaluaciones sobre los recuerdos de los pacientes y al empleo de tests que, en principio no fueron diseñados para medir la sintomatología disociativa. Lara, S. (op.cit.).

En una investigación conducida por Kluft (1991) para evaluar el predominio de las experiencias de disociación en otros diagnósticos psiquiátricos utilizando los criterios del DSM IV (op.cit) el autor encontró que se manifestaban del 15 a 90 % en trastornos afectivos, del 35 a 100 % en trastornos de ansiedad y el 60 a 90 % en trastornos somatomorfos.

Hay también evidencia que documenta la existencia de síntomas disociativos en desórdenes psicóticos. Un estudio realizado con pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Ellason, J.W.; Ross, C.; Fuchs, D.L.;1997) mostró que tenían niveles más altos de disociación que el grupo de control. Los pacientes con síntomas preponderantemente positivos también presentaron niveles más altos de disociación que pacientes con síntomas preponderantemente negativos.

Varios estudios también han informado acerca de un alto predominio de experiencias disociativas en pacientes con trastornos alimentarios. Van der Linden, J.; Spinhoven, P.; Vandereycken, W.; van Dick, R. (1995).

Considerando la sintomatología disociativa en relación al Eje II, se encontraron varias correlaciones positivas en casi cada uno de los trastornos de personalidad.

La problemática del diagnóstico diferencial.

“Todo paciente tiene derecho a padecer al menos dos enfermedades contemporáneamente”

Más allá de las complicaciones que pueden llegar a acarrear al profesional lo que se refiere a lo transnosológico, el trastorno disociativo de identidad puede cursar con otras patologías, inclusive esquizofrenia.

Muchos profesionales muy bien entrenados, y orientados hacia la investigación, confunden regularmente los casos de DID. Esto no sucede por que sean estúpidos o incompetentes, refiere Ross (1989), sino porque han sido entrenados para pensar al DID como algo verdaderamente infrecuente y raro, y no se les entrenó para poder realizar las preguntas correctas para establecer su diagnóstico. De todos los diagnósticos falsos en psiquiatría, un diagnóstico falso de esquizofrenia es probablemente el más peligroso y el más difícil de revertir. (Ross, op.cit.).

Diagnóstico diferencial entre trastorno disociativo de identidad y esquizofrenia.

El trastorno disociativo de identidad es casi tan común como la esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad orgánica que afecta el cerebro, y su tratamiento involucra intervenciones psicosociales. (Ross, op.cit.). Cuando el trastorno disociativo de identidad coexiste con la esquizofrenia, el tratamiento se vuelve muy limitado, y el paciente podrá ser tratado por esquizofrenia.

La distinción entre el trastorno disociativo de identidad y la esquizofrenia ha sido problemática. Se le ha diagnosticado y se le diagnostica aún a un alto porcentaje de pacientes que padecen DID. La confusión en los diagnósticos parece girar en torno a la presencia de síntomas Scheiderianos, que se refieren a las formas de alucinaciones (ej. escuchar voces), que son síntomas en si mismo disociativos. Así también los delirios de referencia considerados patognomónicos de la esquizofrenia, experiencias pasivas, en las que se siente que otro está controlando las sensaciones. Todo esto indica que los síntomas Schneiderianos no solamente son comunes en el DID, sino que serían más indicadores de DID, que de esquizofrenia. (Kluft, 1989; Ross et al; 1990b).

El primer paso para el diagnóstico, es el análisis de las alucinaciones auditivas. Las voces de los pacientes disociativos tienden a ser coherentes, y se puede llegar a conversar y mantener un diálogo con ellas. Esto no se puede realizar con pacientes psicóticos, donde las voces son bizarras e irracionales, el paciente puede describir voces que son emitidas hacia un dispositivo en su cerebro que esta siendo controlado por la CIA. Estos episodios ocurren en las fases agudas en los pacientes psicóticos, y son controlables con medicación, mientras que en los pacientes con DID son crónicas, inclusive cuando el paciente esta teniendo un buen funcionamiento, y no responderán a medicación. Por eso es bueno cuestionarse el diagnóstico en aquellos pacientes que diagnosticados con esquizofrenia no responden a la fármaco terapia. Esto puede ocurrir por cuestiones biológicas y también por que el paciente no es un paciente orgánico.

Diagnostico diferencial entre estrés post traumático y trastorno disociativo de identidad.

No obstante, como se ha mencionado anteriormente el trastorno disociativo de identidad se consideraría una forma compleja de estrés post traumático, tiene características que son específicas, las cuales permiten puntuar un diagnóstico diferencial para dos patologías que comparten sintomatología, al punto de ser muchas veces confundida. Bliss; Kluff; Rosenbaum (op.cit).

Trastorno por estrés post traumático y trastorno disociativo de identidad: Un diagnostico diferencial ofrecido por las investigaciones respecto a la recuperación mnésica.

Estudios de recuperación mnésica realizados en pacientes con diagnóstico de estrés post traumático, demuestran que tienen características similares a las diagnosticadas en el trastorno disociativo de identidad. Es más, se estima que el DID es una forma compleja de PTSD.

Las siguientes investigaciones fueron realizadas en hospitales psiquiátricos de los Países Bajos, para estudiar la calidad de recuperación de los recuerdos de experiencias traumáticas almacenados en la memoria autobiográfica de 30 pacientes, diagnosticados con trastorno disociativo de identidad (DID). (Todos los participantes relataron una historia de abuso físico y sexual severo en la niñez).

En un mismo grupo experimental, se compararon las investigaciones referidas a la recuperación de recuerdos de experiencias traumáticas, con las de recuperación de recuerdos de experiencias no traumáticas, pero emocionalmente significativas. Los resultados de las investigaciones arrojaron que:

el 93.3 % relató algún período de amnesia para el índice el acontecimiento traumático, y el 33.3 % relató algún periodo de amnesia para experiencias significativas de la niñez.

Todos los participantes que habían padecido amnesia respecto al trauma refirieron que sus recuerdos al principio fueron recuperados en forma de flashbacks somatosensoriales.

De esto se desprende que, como en los pacientes con trastorno por estrés post traumático, los pacientes con trastorno disociativo de identidad, al menos en principio, recuerdan su trauma no como una narrativa, sino como una experiencia somatosensorial.

Sorprendentemente, sin embargo, y a *diferencia* de pacientes con trastorno por estrés post traumático:

Los pacientes con trastorno disociativo de identidad refirieron el mismo tipo de componentes somatosensoriales en la recuperación de recuerdos *no traumáticos*, pero emocionalmente significativos.

Este fenómeno que antes no había sido registrado, eleva cuestionamientos importantes en cuanto al modo en que se procesa la recuperación mnésica en personas con trastorno disociativo de identidad. (Van der Hart, O. et al. 2005).

Hay sin lugar a dudas una sustancial comorbilidad entre el trastorno por estrés post traumático y el DID. Boon y Draijer (1993c) determinaron que un 89% de pacientes con DID de un grupo de 49 sujetos, reunieron todos los criterios para TEPT.

Trastorno por estrés post traumático y trastorno disociativo de identidad: Un diagnóstico diferencial ofrecido por las investigaciones realizadas con la utilización del DES (Dissociative Experience Scale).

Ellason et al. (1996) encontraron, en otra investigación que un 79.2% de 107 pacientes diagnosticados con DID reunieron todos los criterios para TEPT. No obstante los pacientes se diferenciaron por la amnesia psicogénica. La diferencia del puntaje para el DES fue: 47.5 puntos Vs.28.8 puntos.

Diagnóstico diferencial entre trastorno disociativo de identidad y el trastorno límite de la personalidad.

Varios estudios identificaron solapamiento significativo entre algunos rasgos del DID y el trastorno límite de la personalidad (TLP). (Horevitz & Braun, 1984; Kemp, Gilbertson, & Torem, 1988; Lauer et al, 1993). Este solapamiento se origina en el alto grado de comorbilidad entre estos dos trastornos.

Los pacientes diagnosticados con DID, tienden a mostrar los síntomas de los pacientes diagnosticados con TLP, solamente que en forma más severa y crónica, según Kemp et al. (1988) que realizaron un estudio comparativo entre pacientes con DID y con TBP, que incluyó:

- Funcionamiento cognitivo
- Historia psicosocial
- Sintomatología clínica
- Funcionamiento global

Los autores no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo se observaron grandes diferencias en cuanto a las experiencias de amnesia y abuso infantil. Kemp et al. (op.cit), y el predominio de algunos síntomas Schneiderianos. (Boon & Draijer, 1993).

Los períodos de amnesia llegaron hasta un 80% en los pacientes con DID, contra un 0% en los pacientes con TLP. Mientras que el abuso sexual se informó de un 60% en los pacientes con DID, contra un 20% en los pacientes con TLP.¹³ Kemp et al.(op.cit.).

Si se considera el trastorno borderline de personalidad desde el punto de vista estructural de Kernberg (1966), el fenómeno de switching de estados de la personalidad en el DID, que lo caracteriza, si bien responde a un mecanismo de defensa, no podría ser considerado "splantung", mecanismo que de hecho ocurriría en el trastorno límite, que aunque el splantung puede perfectamente estar presente en el DID no es su condición necesaria. En su formulación de organización de personalidad límite, que Kernberg (op.it.) se refiere al splantung como "una activación alternativa de estados contradictorios del ego" (Kernberg, op.cit., p .238), y observó que la función del splantung es la de mecanismo defensivo que mantiene "estados afectivos primitivos que son contradictorios, separados unos del otros" (p.238). El splantung requiere ciertas suposiciones acerca la estructura psíquica. Entre otras cosas, esto hace necesaria la suposición de estados subyacentes del ego, contradictorios, organizados alrededor afectos polarizados introyectados.

Segundo, el splantug asume una organización de personalidad primitiva. Permeada de procesos primarios, que implican una carencia básica de integración.

Desde el punto de vista teórico este modo de evaluar puede ser muy útil para entender a la organización de las personalidades límite, pero no se aplican al trastorno disociativo de identidad, porque en la práctica clínica, (Horevitz y Braun, 1984; Kluff, 1984a):

<< los pacientes que padecen DID funcionan con un alto nivel de organización, y mecanismos de defensa primarios no impregnan necesariamente la estructura de personalidad de estos pacientes>>.

En tercer lugar, esta claro que muchos de los estados de personalidad que se presentan no son polarizaciones que se generan alrededor de estados de ego contradictorios (Confer & Ables, 1983; Schreiber, 1973). A menudo las características de estos estados de personalidad en los switching pueden superponerse considerablemente.

Hay, de hecho, mucha evidencia que sugiere que bajo los procesos disociativos existe una considerable unidad subyacente. Esta unidad se encuentra oscurecida por la disociación, más no, interrumpida por una hiancia estructural.

Lo que de aquí se desprende es que las diferencias, entre el trastorno disociativo de identidad y el trastorno límite de personalidad, no serían de tipo cuantitativo sino cualitativo.

A veces estas distinciones entre ambos son difíciles de llevar a cabo, pero fundamentales para un diagnóstico eficaz.

Diagnóstico diferencial entre trastorno disociativo de identidad y la epilepsia del lóbulo temporal.

En 1981 Marcel Mesulam publicó un informe detallado de 12 pacientes con manifestaciones clínicas, cuyos EEGs semejaban una epilepsia de lóbulo temporal (Mesulam, 1981). En siete de estos pacientes el cuadro clínico era compatible con el trastorno de personalidad múltiple, mientras que los otros cinco, tenían la ilusión de estar poseídos por una fuerza sobrenatural. (La autora sugiere que esto último no es un diagnóstico). Los EEGS de la mayoría de estos pacientes revelaron descargas de tipo epiléptico de los lóbulos temporales.

Otra investigación llevada a cabo por Brown et al. (1997) muestra que en un estudio que realizaron con 160 pacientes con trastornos disociativos los resultados arrojaron que una pequeña minoría de pacientes tiene anomalías no especificadas en los EEG.

El lóbulo más involucrado es el temporal, donde se encontraron disritmias.

Si bien el DID puede co ocurrir con ELT son dos trastornos completamente diferentes.

Según Ross (op. cit.), no hay razones para considerar un diagnóstico diferencial en este sentido, más que el que se consideraría en relación a cualquier otro trastorno neurológico.

Estudios neurológicos en torno al trastorno disociativo de identidad

Reducción del volumen hipocampal y amigdalino en pacientes diagnosticados con trastorno disociativo de identidad

Utilizando el método de resonancia magnética para medir los volúmenes del complejo hipocampo-amigdalino, en un grupo de 15 pacientes femeninos diagnosticados con trastorno disociativo de identidad,

13. Por una cuestión de espacio, la autora solamente se refiere al resultado de las investigaciones. Para más información el lector puede dirigirse a las referencias y encontrar allí el material de esta y otras investigaciones en su totalidad.

y 23 sujetos femeninos sin diagnóstico psiquiátrico, se compararon las medidas volumétricas de ambos grupos y los resultados fueron que el volumen hipocampal fue 19.2 % más reducido y el volumen amigdalino fue 31.6 % más reducido, en los pacientes con trastorno disociativo de identidad, en comparación con los pacientes sanos. (Vermetten; et al. 2006).

El complejo hipocampo-amigdalino modula la actividad del cortex prefrontal y de los núcleos subtalámicos, y a su vez recibe feedback, desde el córtex prefrontal. Soares & Mann, (1997).

Cambios de perfusión cerebral en pacientes con trastorno disociativo de identidad.

Sar, (2005), exponen que utilizando la Tomografía de Emisión de Positrones (una técnica conocida como SPECT que muestra cambios funcionales) se observaron cambios de perfusión cerebral en pacientes con trastorno disociativo de identidad, comparado con un grupo de control sano y no traumatizado.

La perfusión disminuye en la región orbito-frontal bilateral y aumenta en la región lateral temporal del hemisferio dominante, sugiriendo una hipótesis en que la región temporo-frontal estaría afectada en el trastorno disociativo de identidad.

Este fenómeno se ha visto en sujetos normales bajo inducción hipnótica (Spiegel, 2001).

Conclusión

Los criterios diagnósticos de los trastornos disociativos, se han visto constantemente atravesados por el monopolio de ideas del *zeitung* particular que les ha tocado vivir, reflejando los aspectos más fascinantes y controversiales del genero humano. Esto, sin lugar a dudas, revela algo acerca de la importancia de la relación entre contexto y patología.

Desde los tiempos más remotos, transitando por sus diferentes rostros, es a partir de 1800 que se produce un quiebre: el de la ilusión del self unitario. Es entonces, que los trastornos disociativos vuelven a emerger bajo el antiguo nombre de "histeria", y, en la tradición de Binet, Janet, Jung, Charcot y Freud comienza a considerarse como una afección meramente funcional, sin lesión orgánica permanente del sistema nervioso: una condición básicamente sonambúlica, un estado hipnoide.

Esta suerte de liberación de la histeria del territorio de lo orgánico, sufre un mal vuelco cuando es entendida como una condición de *degeneración* de la capacidad de integración, posiblemente heredada -criterio que la devuelve al terreno de lo orgánico- que aparece por motivos "neuróticos", cuando situaciones desfavorables interfieren en la vida del individuo, produciendo algún tipo de ruptura que genera mini personalidades, que funcionan independientemente, o se adhieren a una personalidad alternativa.

Más tarde, el DID sufre otro vuelco, tal vez el más trágico de toda su historia, después de la quema de "brujas", al ser desvinculado de su origen traumático real, motivo que según los investigadores, colocó a estas pacientes, por un lado en el terreno de la psicosis y por otro en el de la simulación y la mentira; por lo que a partir de las últimas décadas del siglo XIX, se produce un grave decaimiento de las investigaciones y tratamiento, y un cambio, a favor del diagnóstico de esquizofrenia.

Con Sidis y Godart, en los '50, la vieja "histeria" reaparece con otro nombre: el de "personalidad múltiple", por primera vez, y, para bien y para mal. Para bien, por que se recobra el interés en su investigación, para mal porque esta nomenclatura lo torna mas bien irreal y fantasioso, y no refleja, como tampoco lo hizo el DSM III, la cualidad disociativa intrínseca de este trastorno.

La guerra de Vietnam, trajo consigo el concepto de estrés post traumático, los ex combatientes abrieron una vía para la comprensión de los trastornos disociativos. Comienza a enténderselos como consecuencia de los eventos traumáticos de la guerra.

Alrededor de los '70, el movimiento feminista, ayudó a llevar a la luz cuestiones que se venían viendo desde los tiempos en que Freud estudiaba en Paris: la increíble cantidad de abuso sexual y físico de menores en manos de sus padres y parientes cercanos, y junto a esto surge el cuestionamiento de los límites de la vida "privada", y estas cuestiones comenzarán a pertenecer al ámbito de la vida pública. Esta parte de la investigación ocasiona que desafortunadamente la autora esté de acuerdo con Ross, cuando afirma que es más probable que se pueda encontrar una cura para la esquizofrenia antes que evitar el desarrollo de este trastorno, por que el abuso infantil aunque ha dejado de considerarse una cuestión privada, por las leyes que lo condenan, ocurre puertas adentro, lo cual, lo hace incontrolable.

Se calcula que hoy en día el 25% de los niños son abusados física y sexualmente. Estas cifras incluyen solamente los casos denunciados.

De todas las teorías respecto a su etiología, los estudios, indican contundentemente, que el DID es una forma compleja y crónica de PTSD, y no una construcción iatrogénica así como tampoco, el resultado de un deseo reprimido incompatible con el yo, en relación al complejo de Edipo.

En los '70 aparecen muchas publicaciones acerca de los trastornos disociativos, que propician un avance notable de las investigaciones.

Varios modelos teóricos se han desarrollado desde entonces. Los cognitivos ayudaron a tener una comprensión más clara de los fenómenos disociativos. Dentro de estos se encuentran los modelos de redes neuropsicológicas de Bowers (1981) y el de Yates & Nasby (1993).

Surgieron desde este marco, teorías brillantes como la de Hilgard, que postula *sistemas cognitivos* subordinados o subestructuras de control, cada uno con cierto grado de unidad, persistencia y autonomía de funciones, con algún tipo de control jerárquico, que maneja la interacción o competencia entre las estructuras y una estructura de control a nivel superior: la superestructura o Ego Ejecutivo, que unifica la experiencia consciente, planifica, maneja y controla las funciones y conductas iniciadas por el resto de las subestructuras, con este modelo, Hilgard se adelantó años en la comprensión del funcionamiento neuropsicológico. Hoy en día luego de años, se descubre que en este tipo de trastornos suele verse muchas veces afectado el lóbulo frontal, no como causa, sino como efectos secundarios a eventos traumáticos.

Spiegel continúa enriqueciendo estos modelos y refiere, a que la activación de una red, en los procesos mentales ligados a la conciencia, tendería a inhibir la activación de otra y que esto mismo ocurre en la disociación, donde varios sistemas pueden co-ocurrir de manera aparentemente independientes, y así lograr, inhibirse unos a otros.

Los modelos que postulan a la disociación como un *continuum* y modelos *categoricos*, continúan siendo un tema de debate si bien la balanza parece haberse inclinado hacia los modelos de continuum. La autora considera que sería interesante pensarlos de un modo integrado; porque no sería de extrañar que superado cierto rango dentro de un sistema disociativo, su cualidad cambie y se modifique, creando una categoría con connotaciones diferentes, y reversibles.

Respecto a las dificultades con el diagnóstico diferencial, es comprensible que se vieran marcadas por el modelo trans-nosológico, que implica su alta comorbilidad, pero no solamente. Muchos pacientes pasaron por, ó aun se encuentran bajo diferentes diagnósticos que no corresponden con su patología. Medicados como orgánicos, no siendo pacientes de tipo orgánicos. Muchos son tratados con técnicas psicoanalíticas como borderline, no siendo borderline.

Algunos clínicos creen que el DID es muy raro o no existe (Dell, 1988; Ross, 1989), esto tal vez es uno de los principales problemas a la hora de diagnosticar. Aún estando muy bien entrenados y enfocados hacia la investigación, muchos profesionales no conducen un examen apropiado del estado psíquico del paciente que incluya cuestionarios que puedan llevar a un diagnóstico correcto. A pesar de que las dimensiones en el DSM podrían ser más operativas, si el profesional se atiene a ellas, se encontrará más cerca de detectarlo, y, si lo sospecha, no debería dejar de utilizar las escalas diseñadas para este propósito (ej. el DES -Dissociative Experiences Scale-).¹⁴

La literatura de investigación sobre la disociación, es sumamente extensa, actualizada y se encuentra en las publicaciones especializadas, así como también en múltiples publicaciones psiquiátricas. Parte de esta literatura ha integrado esta tesina. Hoy día no se puede resolver en favor o en contra de la existencia de un trastorno simplemente por que no se "cree" en el: el DID no es una cuestión de fe.

Uno de los instrumentos más valiosos con los que cuenta nuestra sociedad, continúa siendo el interés del profesional por mantenerse informado y el grado de empatía que pueda desarrollar hacia el dolor humano; por lo que es de rigor que el profesional pueda mantener su entrenamiento y su apertura, para poder estar mas cerca de aquellos, quienes depositan muchas veces, su última esperanza en el. Tal vez esto implique sin lugar a dudas, el mejoramiento de las condiciones de operatividad hospitalarias.

Hasta ahora no se ha registrado evidencia de que este trastorno responda a causas neurológicas, u orgánicas sino más bien, a causas que radican en lo psicosocial, y que involucran abuso físico y/o sexual infantil en proporciones muy altas (94.2 %).

Como en muchas otras patologías, nos encontramos con dificultades en cruzar los dominios de lo cultural a través de lo fenomenológico, hacia lo neuropsicológico y somático. No obstante podemos comprobar que en el entretendido de la interacción mente-cuerpo se han producido resultados peculiares evidenciados en pruebas muy sofisticadas y claras acerca del proceso neuro/fisio/cognitivo disociativo, por cuestiones de espacio, sólo un mínimo grupo pudo ser presentado en esta tesina.

Como la fenomenología disociativa es muy variada, ya que incluye tanto estados hipnóticos, como conversiones "histéricas", fenómenos de ESP, "posesiones demoníacas", amnesia psicogénica, trastorno por estrés post traumático, "canalizaciones" espiritistas, sanaciones carismáticas y fugas, entre otras, hay que tener en cuenta, que aún en grupos poblacionales relativamente pequeños, una determinada secuencia normativa que regula la experiencia y el comportamiento, va a determinar que es lo normal y que lo patológico, así como lo religioso o lo secular - que tanto caracteriza a las alteraciones de conciencia,

14. La Escala de Experiencias Disociativas o Dissociative Experience Scale (DES) fue desarrollada por Eve Bernstein Carlson, Ph.D. and Frank W. Putnam, M.D. Copias del DES pueden obtenerse en la página del Instiuto SIDRAN.

memoria o identidad, que se presentan originalmente, como trastornos disociativos-. Cada investigación en el campo de la disociación tiene que enfrentarse tarde o temprano a este dilema. Por lo que es fundamental, cuando se piensa la clínica, incluir el marco cultural. Sin embargo, esto no va a significar, que hay que apoyar o normalizar cuestiones como el exorcismo de los estados disociativos.

El lector habrá podido apreciar a lo largo de la lectura de este trabajo, que la validez diagnóstica, no es un constructo unitario. Es, en su conjunto, que numerosas investigaciones, muestran una consistencia tal como para pensar, al trastorno disociativo de identidad, como una entidad nosológica válida per se.

Seguramente esta tesina habrá suscitado en el lector, más preguntas que respuestas. Si es así, la autora puede dar por cumplido su objetivo.

Queda aún mucho terreno por develar a partir de las investigaciones y la experiencia clínica, la que se espera nos lleve a recopilar más evidencia para poder encarar mejores modos de comprensión, de diagnóstico y tratamiento de esta fascinante patología, hoy por hoy llamada, trastorno disociativo de identidad.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1968). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2nd. ed.). Washington. D.C.: Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- Babinski, J. (1896) Etude d' réflexe.Comptes Rendus de la Société de Biologie.; 3: 207-208.
- Binet (1977a). Alterations of personality. Washington: University Publications of America.
- Binet (1977b). On double consciousness. : University Publications of America.
- Bliss, E. (1980). Multiple personalities: a report of 14 cases with implications for Schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 37, 1388-1397.
- Boon, S. & Draijer, N. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: a pilot study with the structural clinical interview for DSM III-R, dissociative disorders. American Journal of psychiatry, 148., 458-462.
- Boon, S.& , Draijer, N. (1993a). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. American Journal of psychiatry, 150., 489-494.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993b). Multiple personality disorder in the Netherlands: a study on reliability and validity of the diagnosis. Amsterdam; Swet and Zeitlinger.
- Bower GEH; (1981) Mood and Memory. American Psychological Association 1981. 36, pp. 129-148.
- Bradley, A. J. (1986). Training-program in questioned document examination. Denver, Colorado: Author.
- Breuer, J. & Freud, S. (1955). Studies on hysteria. En J. Strachey(Ed)
- The standard edition of the complete works of Sigmund Freud, vol 2 pp.3-305. London:Hogarth Press (trad. Del trabajo original publicado en 1895).
- Braun, B. G. (1983). Neuropsychological changes in multiple personality due to integration: a preliminary report. American Journal of Clinical Hypnosis, 26, 84-92. Braun, B.; Schwartz, G.; Kravitz, R.D.; Howard, M; Waxman, J. (1997).Frequency of EEG abnormalities in a large dissociative population: Dissociation Volume 10, No. 2, p. 120-124 :
- Cardeña, E.(1994) Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives. The Domain of Dissociation. New York: Guilford Press. p.18
- Cardeña, E. (1997a). The etiologies of dissociation. Broken Images, broken self. New York: Bruner/Mazel. pp.61-87
- Cardeña, E.; Nijenhuis, E.R.S. (2000) Journal of Trauma and Dissociation.Vol 1.4
- Catholic Encyclopedia. (2007). Mystical Stigmata (En red) disponible en <http://www.encyclopediacatolica.com/>.
- Devinsky, O.; Putnam, F.; Grafman, J.; Bromfield, E. Theodore, W.H. (1989). Dissociative states and epilepsy. Neurology 39:835-840.
- Ellason J.W., Ross C.A., Fuchs D.L. (1997). Assessment of Dissociative Identity Disorder with the Million Clinical Multiaxial. Psychol Rep. 1995 Jun. 76 (3Pt1), pp. 895-905.
- Ellenberger, H. (1979). The discovery of the unconscious. New York: Basic books.
- Ferrali, J.C. (2004) Psicofarmacología para el equipo de Salud Mental. Hojas Clínicas de Salud Mental. Año 1, Número 1, 1.
- Frankel, F.H. (1990). Hypnotizability and dissociation. American Journal of Psychiatry, 147, 823-829.
- Freud, S. (1985). The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fleiss, 1887-1904, J.M. Masson.

- Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Galdon, M. J.; Perez, S. (2003) Revista de psicopatología y psicología clínica: revista oficial de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología Vol. 8, Nº. 2, 85-108.
 - Graves, D.H (1996) Psychol Bull. Jul;120(1):42-59.
 - Haule, J.R. (1986) Transference theory and its origins in hypnosis, American Journal of Clinical Hypnosis..29: 86-94.
 - Hilgard, E. R. (1977). Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action. New York: Wiley-Interscience
 - Holmes, E., Brown, R. J., Mansell, W., Pasco Fearon, E., Hunterf, F., Frasilhoe, D. A., Oakleyg, (2005) Clinical Psychology Review, 25 , 1–23.
 - Horen S, Leichner P, Lawson J. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. Canadian Journal of Psychiatry 40: 185-191.
 - Horevitz, R. P., & Braun, B.G. (1984). Are multiple personalities borderline? An analysis of 33 cases. Psychiatric Clinics of North America,7. 69-83.
 - Hunter, M. (1998) ISSD NEWS, The International Society for the Study of Dissociation. Volume 16, Number 2.
 - Ingenieros, J. (1958). Histeria y Sugestion. Obras Completas. Buenos Aires: Elmer.
 - International Society for the Study of Dissociation (2002). Understanding dissociation: A videofilm.
 - James, W. (1950). Principles of psychology. New York: Courier Dover Publications.
 - Janet, P. (1907). The major symptoms of hysteria. New York: Macmillan.
 - Jay, V. (2000). The sign of Babinski. Archives of Pathology and Laboratory Medicine: Vol. 124, 6, pp. 806–807.
 - Jung, C.G. (1966). The psychology of the transference. En H. Read, M. Fordham, F. Adler, & W. McGuire (Eds.). R.F.C. Hall (Trans.). The collected works of C.G. Jung (serie Bollinger). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Trabajo original publicado en 1946): Vol. 16, pp. 163-323
 - Jodelet, D. 1986. La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría. Barcelona: Paidós.
 - Kemp, K., Gilbertson, A.D., & Torem, M. (1988). The differential diagnosis of multiple personality disorder from borderline personality disorder. Dissociation, 1, 41-45.
 - Kernberg, O. (1966) . Structural derivatives of objective relationships., International Journal of Psychoanalysis, 47, 236-253 .
 - Kihlstrom, J. (2002) Proteus: A Journal of Ideas on the subject of Memory Vol. 19, No. 2, Fall 2002.
 - Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 158, 1034.
 - Kluft, R .P. (1987). First-rank symptoms as a diagnostic clue to
 - Multiple Personality Disorder. American Journal of Psychiatry, 144 (3), 293-298.
 - Kluft, R. P. (1987a). An update on multiple personality disorder. Hospital and Community Psychiatry, 38, 363-373.
 - Kluft R.P..(1991). Multiple Personality Disorder. Ed AÊ.Tasman & SM Goldfinger.American Psychiatric Press. Review of Psychiatry Washington, pp. 161-188.
 - Kluft, R.P. (2003). Current Issues in Dissociative Identity Disorder. Bridging Eastern and Western Psychiatry, 1.1.
 - Knudsen, H.; Draijer, N.; Haslerud, J. ; Boe, T.; Boon, S.(1995) Dissociative disorders in Norwegian psychiatric inpatients. Paper presented at the Spring Meeting of the International Society for Study of Dissociation, Amsterdam, Holanda.
 - Latz, T.; Kramer, S.; Hughes, D. (1995) Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. American Journal of Psychiatry;152: 1343-1348.
 - Lara, S. (2003) Dissociation: historic elements and controversial issues. Bridging Eastern and Western Psychiatry, V.I N.1.
 - Lauer, J., Black, D. W., & Keen, P. (1993). Multiple personality disorder and borderline personality disorder: distinct entities or variations on a common theme?. Annals of Clinical Psychiatry, 5, 129-134.
 - Martinez-Taboas, A., Guillermo, B. (2000). Dissociation, psychopathology, and abusive experiences in a nonclinical Latino university student group. Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 6, 32-41.
 - Messulam, M. M.(1981) Dissociative states with abnormal temporal lobe EEG. Archives of Neurology 38, 176-181.
 - Miller, S. D. (in press). Optical differences in multiple personality disorder: a second look.
 - Millon, T. (1998). Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.
 - Minuchin, S. (1990). La locura y las instituciones. Barcelona: Gedisa. S.A.

- Mitchel, E.W., (2004). Culpability for Inducing Mental States: The Insanity Defense of Dr. Jekyll. Journal of the American Academy of Psychiatry & Law, 32:63–9.
- Montgomery, J.W. (1976). Demon Possession. Minneapolis: Bethany House.
- Nash, M. R., Hulsey, T. L., Sexton, M. C., Harralson, T. L., & Lambert, W. (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse, perceived family environment, psychopathology, and dissociation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 276-283.
- Nijenhuis, E.R.S. (1999). Somatoform Dissociation: Phenomena, Measurement, and Theoretical Issues. Assen, the Netherlands: Van Gorcum.
- Osborn, A. S. (1946). Questioned Doris went ps-a blerns (2da. ed.). Albany. New York: Boyd.
- Perry, C., & Laurence, J. R. (1984). Mental processing outside of awareness: The contributions of Freud and Janet. In K. S. Bowers & D. Meichanbaum (Eds.), The unconsciousness reconsidered. New York: Wiley.
- Peeples, E. E., & Morris, G. L. (1986). Genetic and environmental influences on graphological factors. Behavior Genetics, 16, 631.
- Putnam, F. W. (1984). The psychophysiological investigation of multiple personality disorder: A review. Psychiatric Clinics of North America, 7, 3.1-41.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: a review of 100 recent cases. Journal of Clinical Psychiatry, 47, 285-293.
- Putnam, F. W. (1989). Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. New York: Guilford.
- Redfield Yank, J (1991) Dissociation. March, Vol IV.N° 1.
- Reinders, E. et al. Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study. Biological Psychiatry, Volume 60, Issue 7, Pages 730-740 A.
- Rosenbaum, M. (1980). The role of the term schizophrenia in the decline of the diagnosis of Multiple Personality. Archives of General Psychiatry, 37, 1383 –1385.
- Ross, C.A.(1989). Multiple Personality Disorder: diagnosis, clinical features and treatment. New York: John Wiley and Sons.
- Ross, C.A., Anderson G., Fleisher W.P., Norton, R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. American Journal of Psychiatry 148: 1717-1720.
- Ross, C. A. (1997), Dissociative Identity Disorder. New York: John Wiley and Sons.
- Saxe G, van der Kolk, B., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall K, Lieberg, G., Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric memory: inpatients. American Journal of Psychiatry. 150: 1037-1042.
- Saudek, R. (1933). Anonymous Letters. London: Methuen.
- Sidis, B. (1904). Personalidad Múltiple: una investigación experimental en la individualidad humana. New York: D. Appelton &Co.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. Journal of Abnormal Psychology, 100, 366-378.
- Siegel, P. F. (2003). Dissociation and the question of history: What, precisely, are the facts?. Psychodynamic Psychology, 20, 67-83.
- Singer, J. L. (1966). Daydreaming: An introduction to the experimental study of inner experience. New York: Random House.
- Smith, E. J. (1984). Principles of forensic handwriting identification and testimony. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Somer, E.; Yishai, R (1997) Handwriting examination: Can it help in establishing authenticity in Dissociative Identity Disorder? Dissociation :Volume 10, No. 2, p. 114-119.
- Spanos, N.P. (1994) Psychol Bull. Jul;116(1):143-65.
- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. Journal of Abnormal Psychology.100, 366-378.
- Tutkun, H.; Sar, V.;Yargiuc, I.;Ozpulat, T; Yanik, M.; Kiziltan, E.; (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. American Journal of Psychiatry 155: Disease 1994; 182: 461-464. 800-805
- van der Hart, O., Bolt, H., van der Kolk,V.A. (2005) Memory Fragmentation in Dissociative Identity Disorder. Journal of Trauma & Dissociation, 6 (1) .
- van der Linden J.; Spinhoven P. ;van der Eycken W.; van Dick.,R. (1995). Dissociative and Hypnotic Experiences in Eating Disorder Patients: an Exploratory Study. American Journal of Clinical Hypnosis; Oct. 38(2), pp.97-108.
- Vermetten, E., Schmahl, C., Sanneke L., Loewenstein, L.J. & Bremner, J. D,(2006). **Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder**. American Journal of Psychiatry, 163,

630 - 636.

- Waller, N.; Putnam, F. W., & Carlson. E. B. (1996). Psychological Methods. American Psychological Association. Vol. I, N°3.: 300-321.
- Wilson, W.P. (1976). Hysteria and demons, depression and oppression, good and evil. En J.W. Montgomery (Ed.), Demon possession. Minneapolis: Bethany House.
- World Health Organization Regional Office for Europe. (1982). Changing patterns in suicide behavior: Report of WHO working group. Copenhagen: Euro Reports and Studies 74.
- Yates, J.L., Nasby W. (1993). Dissociation, affect, and network models of memory: An integrative proposal. Journal of Traumatic Stress, 6, 305-3

Todos los textos referenciados en inglés son traducciones personales de la autora.

Apéndices

Ilustración del movimiento plantar del signo de Babinski.

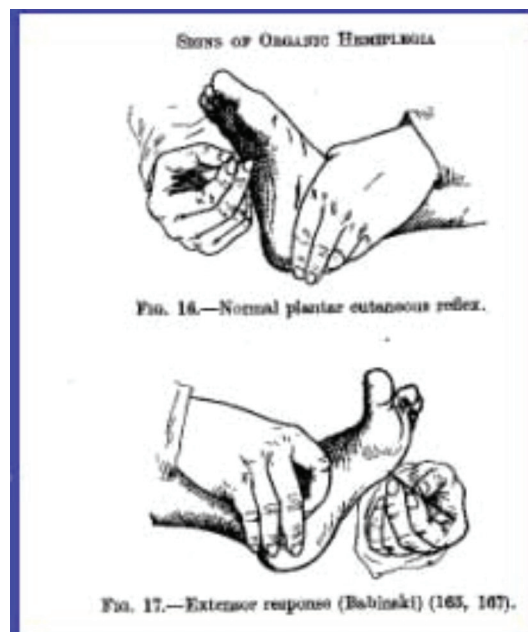


Fig.II

Primera página del libro de Sidis publicado en 1904

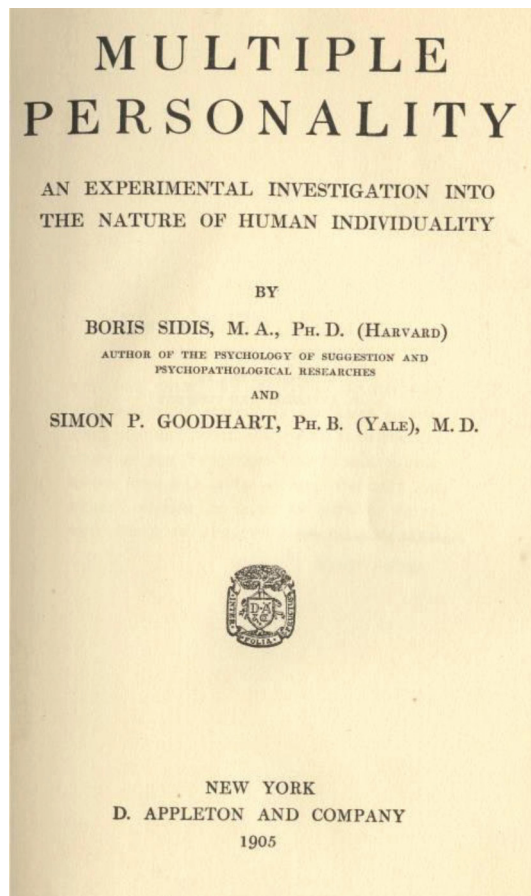


Fig. I
En www.sidis.net/boris_sidis_archives.htm, en Julio de 2007.

Estigmas

Fig.III a



Teresa Neumann



Fig.III b



Fig.IIIc
En www.tonyyouens.com/stigmata4.htm en julio 2007.

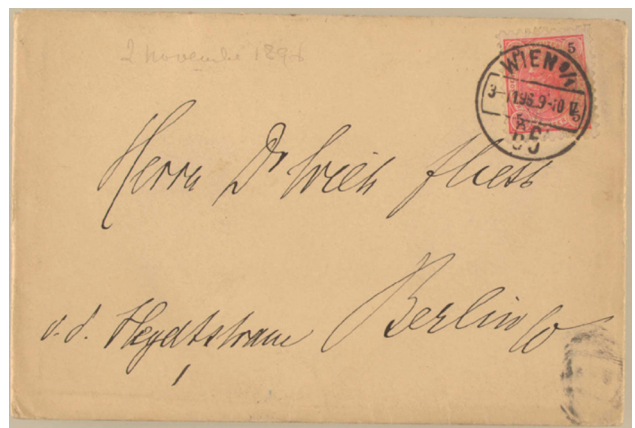
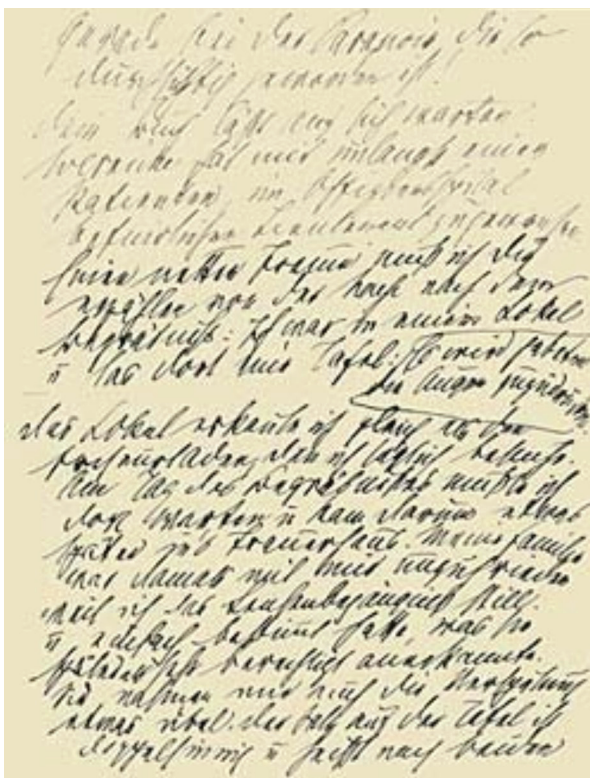


Fig. IV
Carta y sobre de una carta de Freud a Fleiss fechada 2 de noviembre de 1896.
Facsimiles del Congress Library de los Estados Unidos. En junio del 2007 en <http://www.loc.gov/exhibits/contact-exhibits.php>.

Cambios en la escritura producidas por dos diferentes alters o estados de personalidad.

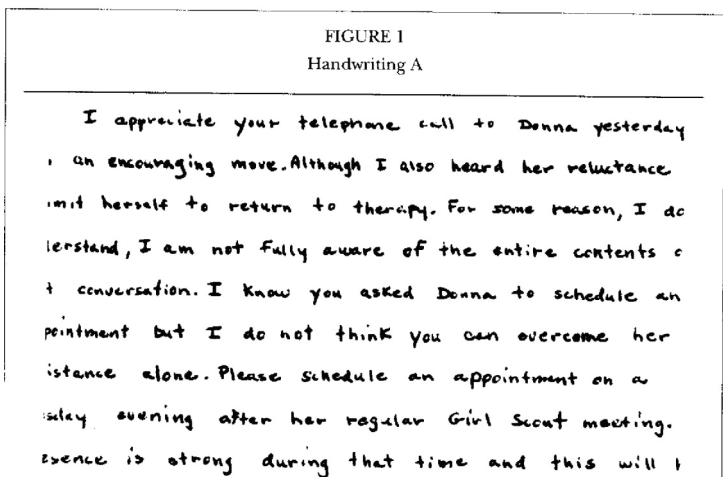


Fig.IVa

FIGURE 3
Handwriting C

I am sorry for the short note I left you
+ night. I really feel you deserve a bette
ration than a hastily written memo.
I feel I cannot come to see you any
for. When I started therapy with you
y months ago - I was depressed a
d myself. Here I am today - depres
despising me. This is no reflect
I see it on your ability to perfor

Fig.IVb

