



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER: DESCRIPTION, ETIOLOGY AND TREATMENT

Mikel Haranburu Oiharbide, Nekane Balluerka Lasa, Arantxa Gorostiaga Manterola

mikelharanburu@euskalnet.net

Identidad disociada, Falsos recuerdos, Biografía coherente

Dissociated Identity, False Memories, Coherent Biography

RESUMEN

Las personas con trastorno de la identidad disociativo muestran sucesivamente dos o más estados de la personalidad, juntamente con episodios de amnesia y problemas de funcionamiento neurocognitivo. Muestran habitualmente una sintomatología muy florida, lo cual dificulta su diagnóstico. Se caracterizan por variaciones en su sentido de self y por sus sentimientos de despersonalización. Es un trastorno que se suele desarrollar en la niñez, como consecuencia de episodios reiterados de maltrato, aunque se diagnostique más tarde. Los investigadores han tratado de explicar las razones por las que algunos de los niños que han sufrido maltrato han desarrollado el trastorno, mientras que otros no lo han hecho. La terapia tratará de que el paciente recuerde las experiencias traumáticas y recobre su control. Pero algunas de las técnicas utilizadas para recuperar la memoria de los recuerdos olvidados o reprimidos han llegado a crear falsos recuerdos en los pacientes. Esos falsos recuerdos han tenido sus consecuencias clínicas y jurídicas, debido a que han llegado a acusar a personas inocentes del maltrato del que supuestamente han sido víctimas. La corriente crítica contra la utilización de técnicas sugestivas de recuperación de recuerdos ha llevado a los investigadores a establecer criterios de diagnóstico más refinados. La terapia de este trastorno se propone asegurar la estabilidad del paciente, la integración de los sucesos traumáticos de su vida en una biografía coherente y la reunificación de las identidades.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

ABSTRACT

People with dissociative identity disorder show successively two or more personality states, as well as episodes of amnesia and neurocognitive functioning problems. They usually show a very florid symptomatology, which makes diagnosis difficult. They are characterized by variations in their sense of self and by their feelings of depersonalization. It is a disorder that usually develops in childhood, as a result of repeated episodes of abuse, although it is diagnosed later. Researchers have tried to explain the reasons why some of the children who have suffered abuse have developed this disorder, while others didn't. The therapy will try to make the patient remember the traumatic experiences and regain control. But some of the techniques used to recover the memory of forgotten or repressed memories have come to create false memories in patients. These false memories have had their clinical and legal consequences, because they have come to accuse innocent people of the abuse they have allegedly been victims of. The critical current against the use of suggestive memory recovery techniques has led researchers to establish more refined diagnostic criteria. The therapy of this disorder aims to ensure the stability of the patient, the integration of traumatic events of his life in a coherent biography and the reunification of identities

INTRODUCCIÓN

Consideramos que una persona tiene un trastorno disociativo cuando sus funciones psicológicas (percepción, memoria, emoción, conciencia, sentido del yo, conducta) no están integradas normalmente; cuando la persona no controla sus funciones psicológicas; cuando se observa discontinuidad y fragmentación en la identidad de la persona; cuando se producen intrusiones no deseadas de elementos ajenos en la conciencia y en la conducta de la persona.

Los trastornos disociativos que se describen en el DSM-5 son el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa, el trastorno de despersonalización o desrealización y otros trastornos disociativos especificados y no especificados. Las personas con trastorno disociativo tienen un funcionamiento neurocognitivo deficitario, con dificultades en la atención, la memoria y las funciones ejecutivas (1); experimentan intrusiones extrañas en su funcionamiento consciente y en su sentido de sí mismo; muestran disfunciones y alteraciones en las estructuras emocionales, como consecuencia del estrés y de los traumas psicológicos que han experimentado; muestran una deficiente elaboración de contenidos, derivada de un procesamiento cognitivo defectuoso; tienen pensamientos, emociones o impulsos intrusivos, alteraciones del sentido del self, cambios extraños en la percepción, síntomas neurológicos funcionales intermitentes.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Las personas con trastorno de la identidad disociativo muestran sucesivamente dos o más estados de la personalidad o episodios de posesión y de amnesia. La aparición y sucesión de identidades disociadas depende del entorno cultural. Los trastornos disociativos surgen habitualmente como consecuencia de sucesos traumáticos y van asociados al trastorno de estrés postraumático o al trastorno de estrés agudo. Las discontinuidades que se dan en la identidad o en la memoria de estas personas pueden no ser evidentes a los demás.

Fueron Charcot, Janet y Prince quienes comenzaron a teorizar sobre la disociación y a utilizar la hipnosis para recuperar el recuerdo de los sucesos traumáticos (2). Freud distinguió las patologías de la disociación, entre las que incluía la personalidad múltiple, y las patologías de la conversión, entre las cuales estaba la histeria. El DSM-I integró esta patología en la sección de la histeria. El DSM-III incluyó en 1980 este trastorno entre otras entidades psiquiátricas y el DSM-III-R describió en 1987 sus características esenciales. Desde los comienzos de su descripción el trastorno disociativo ha venido relacionándose con el trauma y la hipnosis, ya que las personas que se valen de la disociación para escapar de la situación traumática estresante suelen ser muy sugestionables. Cuando el trauma es insoportable la persona sugestionable se subdivide en múltiples identidades; si no es sugestionable, puede desarrollar un trastorno de estrés postraumático (3).

La persona con trastorno disociativo suele exhibir una sintomatología muy variada, lo que dificulta su diagnóstico y su tratamiento. La evolución de los estudios sobre la disociación se ha visto salpicada por un amplio historial de creación e inoculación de falsas memorias e identidades, lo que ha extendido el escepticismo sobre la existencia real de personalidades diferentes en una misma persona. Más aceptación ha tenido la concepción de que existen dentro de la misma personalidad identidades más o menos integradas (4).

Criterios diagnósticos del DSM-5: Trastorno de la identidad disociativo (5)

A. Disrupción de la identidad caracterizada por dos o más estados distintos de la personalidad, que en algunas culturas pueden ser descritas como una experiencia de posesión. La disrupción en la identidad implica discontinuidad en el sentido del self y en el sentido de control, acompañada por alteraciones relacionadas en el afecto, conducta, conciencia, memoria, percepción, cognición y/o funcionamiento sensorio-motor. Estos signos o síntomas pueden ser observados por los otros o referidos por la persona que los sufre.

B. Lagunas recurrentes en el recuerdo de sucesos diarios, de información personal importante y/o sucesos traumáticos que son inconsistentes con el olvido ordinario.

C. Los síntomas causan distrés o empeoramiento clínico significativo en el área social, ocupacional o en otro área importante de funcionamiento.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa extensamente aceptada. Nota: En niños, los síntomas no se explican mejor por compañeros de juego imaginarios o por otro juego de fantasía.

E. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (Por ejemplo, apagones o conducta caótica durante la intoxicación alcohólica) o alguna otra condición médica (Por ejemplo, convulsiones parciales complejas).

Rasgos para el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo

La persona que sufre un trastorno disociativo muestra alternativamente más de dos estados de personalidad. Experimenta una sensación subjetiva de conflicto, confusión e incertidumbre con respecto a su identidad, así como conductas objetivas que son expresiones observables de sus identidades. A lo largo de su desarrollo ha fracasado en la integración de partes de su identidad y de su memoria. La característica definitoria del trastorno disociativo de la personalidad es la coexistencia de dos o más estados de la personalidad o la posesión por un ente extraño (Criterio A). Esas identidades podrán diferenciarse en variables cognitivas, afectivas, lingüísticas u otras, y se exhibirán o se ocultarán dependiendo de variables externas como del entorno estimular y cultural, y de variables internas como el estrés, la motivación o la resiliencia. Las nuevas identidades pueden mantenerse solapadas durante largos períodos de tiempo y se mostrarán en situaciones de gran presión. En los casos de multiplicidad por posesión, las identidades alternas se exhiben más fácilmente. En las otras formas de multiplicidad la discontinuidad se encubre más fácilmente. Cuando las identidades alternas se encubren, pueden aparecer alteraciones inesperadas en el sentido del self y el sentido de control (Criterio A) y amnesias disociativas recurrentes (Criterio B).

Las discontinuidades en la identidad pueden reflejarse a modo de alteraciones en el sentido del self, falta de sentido de control de impulsos egodistónicos, percepción de voces de seres espirituales, sentimientos de despersonalización, falta de control de las diversas corrientes de pensamiento, sensación de que estas emociones, actitudes y conductas no son de uno mismo, cambios repentinos en actitudes y preferencias personales. Algunos síntomas se perciben y se sienten a nivel de introspección subjetiva, pero otras alteraciones afectan a la conducta y pueden ser observadas objetivamente.

Las personas con trastorno de identidad disociativo sufren amnesia disociativa que se manifiesta por lagunas en el recuerdo de experiencias personales significativas y alejadas en el tiempo; por el olvido de experiencias cotidianas o de acciones llevadas a cabo recientemente; por fugas disociativas en el transcurso de las cuales pueden hallarse en determinadas situaciones, sin recordar cómo han llegado a ellas.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Los niños a menudo no recuerdan enteramente los abusos que han sufrido; asimismo, muchas mujeres no recuerdan los abusos que han sufrido en la niñez. El nivel de la amnesia con respecto a los sucesos es proporcional al nivel de ansiedad producido por los mismos (6).

El paciente con trastorno disociativo puede exhibir diferentes identidades: una de ellas, por ejemplo la personalidad oficial, es pasiva, dependiente, culpable y depresiva; la identidad alternativa es dominante y agresiva. Cuando se le hace el diagnóstico puede mostrar, por ejemplo, entre dos y cuatro identidades, y a lo largo del tratamiento pueden ir apareciendo otras. Esas identidades pueden mostrar diferentes tipos de amnesia las unas con respecto a las otras: cuando la amnesia es simétrica, las identidades no tienen conocimiento las unas de la otras; cuando es asimétrica, la identidad A es amnésica con respecto a la B, pero la B guarda recuerdos de la A. Las identidades más pasivas son las que menos recuerdos comparten.

Se ha solido describir una sintomatología muy florida en las personalidades disociadas: cada identidad tiene su historia, su forma de ser, sus recuerdos, sus sentimientos, sus comportamientos y sus propias relaciones; la transición de una identidad a otra es muy rápida y va acompañada de transformaciones físicas: cambio en expresiones, mímica, lateralidad, estado de la salud (alergias, miopía, neuroimagen...) y hábitos (fumador). Pueden hablar a una identidad propia y alterna en tercera persona.

Los cambios de identidad debidos a la posesión por seres exteriores (deidades, demonios, fantasmas...) pueden producirse en un contexto de prácticas espirituales que impide que el estado de identidad cumpla con los requisitos del trastorno de identidad disociativo. Así, el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo por posesión requiere que el trastorno se dé independientemente de un contexto de práctica cultural o religiosa extendida. Las identidades que adopta la persona deben ser persistentes y deben producirse independientemente de la voluntad y del control de la persona, y deben tener como consecuencia un sufrimiento o una discapacidad clínicamente significativos.

Juntamente con las características principales de este trastorno (alteraciones de identidad, amnesia, sucesos estresantes), podemos observar rasgos comórbidos asociados a este trastorno: ansiedad, depresión, memoria disociada, conductas autolesivas y tendencias, abuso de sustancias.

Hay consenso entre los estudiosos del trastorno con respecto a que en el trastorno disociativo se disocian aspectos o estados de la misma personalidad, y no tanto diferentes personalidades.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Serán los estados alternativos los que dirigirán la conducta y los afectos de la persona. Cuando se active una determinada identidad, será ella la que lleve las riendas. Cuando las identidades alternativas están inactivas, se vuelven amnésicas con respecto a los sucesos que vive la persona (7). Así pues, en este trastorno, juntamente con la disociación y la amnesia, aparece una amplia variedad de síntomas: despersonalización, desrealización, alucinaciones acústicas, vivencias pasivas, lagunas temporales (8).

DESARROLLO DEL TRASTORNO

El trastorno disociativo es un trastorno crónico que puede aparecer en la niñez, entre los 5 y los 12 años, pero se diagnostica más tarde (8). No se conoce la prevalencia del trastorno disociativo en la infancia. En la infancia se conoce sobre todo el Trastorno Disociativo No Especificado. Los síntomas que se presentan en la niñez son cambios repentinos de humor y conducta, lagunas en la memoria, olvidos autobiográficos, fluctuación de la atención, creación de identidades alternas y amigos imaginarios, alucinaciones, trastornos del aprendizaje y de la conducta (9) (10).

La teoría más extendida o el modelo explicativo más usual defiende que este trastorno se ha generado en un entorno que ha maltratado al niño. Las personas que han desarrollado este trastorno han sido a menudo objeto de severos abusos físicos y psíquicos en su niñez e incluso en su adolescencia. Pueden asimismo haber sido víctimas de guerras, prostitución, apego desorganizado, terrorismo y múltiples procedimientos médicos dolorosos en su niñez. Hay una fuerte correlación entre síntomas disociativos y acontecimientos traumáticos. El 95% de las personas que sufren el trastorno disociativo han sido víctimas de abusos físicos y sexuales (11). El niño se sentía demasiado débil ante los abusos padecidos, y como no podía escapar físicamente de la situación, se evadía mentalmente y desarrollaba memorias específicas para traumas; se separaba o se disociaba mentalmente de la situación traumática, y después se olvidaba de esa situación. En esa situación traumática el niño disocia y compartimentaliza sus sentimientos positivos y negativos (12). Pero el trastorno disociativo que aparece en la niñez no presenta cambios de identidad y suele ir asociado a problemas de apego, concentración o memoria. Los cambios de identidad pueden aparecer en la adolescencia, asociados a otras patologías.

La existencia de lagunas amnésicas con respecto a los sucesos autobiográficos es algo normal. Muchas veces queda fuera del alcance de la memoria de una persona el recuerdo de los sucesos traumáticos vividos en su infancia. La memoria de sucesos traumáticos falla más a menudo cuando el causante de los abusos es a su vez una figura nutricia (13).

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Durante las sesiones de terapia una persona puede recobrar súbitamente recuerdos de sucesos traumáticos (14). Puede suceder además que el niño maltratado no guarde memoria verbal del suceso, pero que guarde memoria psicomotriz (15).

Los síntomas disociativos correlacionan con historias traumáticas de abuso físico y sexual (16). Por eso hay que examinar con precisión la historia de traumas del paciente, así como las lagunas amnésicas que enmascaran su historial de abusos. Pero el modelo postraumático no llega a explicar por qué algunas personas no padecen el trastorno disociativo, aun habiendo sufrido experiencias traumáticas. Por lo tanto, necesitamos otros factores para modular la relación entre los sucesos traumáticos y el trastorno disociativo (17). Además, el hecho de que haya síntomas disociativos no es necesariamente indicativo de historial de abusos.

Los síntomas disociativos de los niños están asociados también con estilos de parentalización despectivos, rechazantes e inconsistentes. La correlación entre los traumas y la disociación está también mediatizada por las diferencias de los niños en la susceptibilidad a los síntomas disociativos, la tendencia a la fantasía y otros rasgos hereditarios (18) (19)

Con respecto a la incidencia de este trastorno relacionado con el género, se da más frecuentemente en mujeres que en hombres. Las mujeres muestran más frecuentemente estados de disociación como amnesias, fugas, alucinaciones. Los adultos varones niegan más frecuentemente los síntomas y tienen más lagunas en lo que respecta al recuerdo de los traumas.

Aunque el 70% de pacientes con este trastorno han intentado suicidarse, el hecho de la amnesia de los intentos de suicidio dificulta su evaluación. Puede ocurrir también que la identidad oficial del paciente no tenga conciencia de los deseos de suicidio que pueden ocultar las identidades disociadas que conviven con ella.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen tests de screening para detectar posibles casos de disociación, tales como el *Child Dissociation Checklist* (20). Existen entrevistas clínicas en las que se hace una historia extraída de informantes fiables y del propio paciente. Existen entrevistas clínicas estructuradas para diagnosticar el trastorno de identidad disociativo. Se puede utilizar el SCID-D (21) para diferenciar el trastorno disociativo de otros trastornos.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

El SCID-D y el SCID-D-R son efectivos para diferenciar el trastorno disociativo real y el trastorno disociativo fingido (22). Estos tests incluyen escalas de validez para detectar a personas que simulan o exageran síntomas de enfermedades mentales. Existen estudios que han analizado la capacidad de instrumentos como el *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS) para discriminar a los pacientes de trastorno disociativo de los pacientes simuladores y se ha comprobado que tienen una alta capacidad diagnóstica (más del 80%) (23). Entre los instrumentos que se han utilizado para evaluar las experiencias de disociación tenemos también *La Escala de Experiencias Disociativas* (24) y el *Cuestionario de Disociación* (25).

Reinders y colaboradores (26) han estudiado los aspectos neurobiológicos del trastorno disociativo real y simulado y han constatado que se diferenciaban en varios aspectos como el ritmo cardíaco, la presión arterial o la activación emocional. Los simuladores resultaron ser incapaces de replicar los patrones de funcionamiento neurofisiológico y psicofisiológico de las personas con un trastorno disociativo real.

Así pues, los instrumentos destinados a evaluar este trastorno ofrecen niveles aceptables de fiabilidad y validez. Se puede discriminar con fiabilidad y validez el trastorno disociativo de otros trastornos, siguiendo los criterios científicos que se marcan.

Aparte de los síntomas primarios (variabilidad de la identidad y amnesia) este trastorno muestra también otros síntomas disociativos: la confusión de la identidad; la despersonalización o la experiencia de irrealidad o de desapego respecto de sí mismo; la desrealización o la experiencia de irrealidad o de desapego con respecto a los otros. Los síntomas primarios del trastorno de identidad disociativo afectan su funcionamiento global, lo cual se traduce en alucinaciones e inestabilidad afectiva.

La alta comorbilidad que presenta una persona con trastorno disociativo hace que su diagnóstico sea dificultoso. Muestra gran comorbilidad con los trastornos de personalidad: las cuatro quintas partes de las personas con trastorno disociativo tienen también algún trastorno de personalidad (8).

Existe también comorbilidad entre los trastornos disociativos y los trastornos de humor. Comparten una misma base neurofisiológica y síntomas parecidos (27). Las personas con trastorno disociativo a menudo se muestran deprimidas. Puede ocurrir, además, que la depresión aparezca en algunos estados de identidad, pero no en otros. Aunque a muchos pacientes con trastorno disociativo se les diagnostica trastorno bipolar, en la mayor parte de los casos el diagnóstico primario es el de trastorno de identidad disociativo.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

A veces se ha diagnosticado trastorno bipolar a personas afectadas por trastorno de identidad disociativo. Sus rápidos cambios de humor pueden deberse a los cambios de humor que refieren las personas con estados disociativos. El estado de humor que presente la persona con un trastorno disociativo dependerá de la identidad que presente en una determinada circunstancia. El cambio de identidad se puede confundir con los cambios de humor cíclicos y el trastorno bipolar.

A menudo las personas con trastorno de identidad disociativo muestran síntomas que pueden llevar a creer que se trata de un trastorno psicótico. Pacientes psicóticos y disociados comparten síntomas como las alucinaciones auditivas, aunque los pacientes con trastorno disociativo no tengan verdaderas alucinaciones. El terapeuta puede llegar a creer que su paciente sufre alucinaciones psicóticas por el hecho de que escucha voces interiores. Pero las personas con identidad disociada escuchan voces provenientes tanto del interior como del exterior de sí mismas (28); sin embargo, la personas psicóticas las perciben como procedentes del exterior. Los pacientes con trastorno disociado pueden mostrar psicosis disociativa derivada de una crisis pasajera, y se puede confundir esa crisis con una esquizofrenia.

Una de las razones por las que se ha incrementado el número de personas con trastorno disociativo de la identidad es que los criterios de diagnóstico de la esquizofrenia son ahora más rigurosos. Desde que se endurecieron las condiciones para diagnosticar la esquizofrenia, muchas de las personas a las que se les diagnosticaba antes esquizofrenia ahora se considera que sufren de identidad disociada.

Debecker y colaboradores (8) afirman que algunos síntomas de trastorno disociativo aparecen en personas con trastorno bipolar y esquizofrenia paranoide. Kluft afirma que a menudo se diagnostica trastorno disociado a personas que se consideran psicóticos no tratables. Existe un subtipo disociativo de esquizofrenia que aparte de síntomas esquizofrénicos puede presentar síntomas asociados con el trastorno disociativo. Muchas personas que sufren de identidad disociada pueden sufrir a su vez depresión, ideas suicidas, ansiedad, trastorno de pánico, trastorno de somatización, trastorno de la alimentación, abuso de sustancias, dolores, fobias, alucinaciones, amnesia, despersonalización, disfunciones sexuales. Alrededor de la mitad de las personas con trastorno disociativo se autolesiona o abusa de sustancias, y una tercera parte tiene trastornos somatomorfos y de la alimentación (29).

Las causas del trastorno de identidad disociativo y del trastorno de estrés postraumático son similares. Lo que diferencia a ambas patologías es la presencia de síntomas disociativos. La mayor parte de las personas que han sobrevivido en situaciones que ponen en peligro su vida suele mostrar algún tipo de disociación.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

En el trastorno de disociación se subraya la disociación y en el estrés postraumático se enfatiza la ansiedad. Pero en ambos se produce un trauma severo y una fuerte respuesta emocional. Algunas personas que han sufrido traumas pueden mostrar simultáneamente un trastorno disociativo de la personalidad y un trastorno de estrés postraumático.

Antes de diagnosticar un trastorno disociativo hay que descartar las disfunciones neurológicas y el consumo de sustancias químicas o farmacológicas.

Raramente se produce en las personas normales amnesia sobre sucesos recientes que han vivido. Es más común el olvido de sucesos traumáticos del pasado. El terapeuta debe diferenciar entre los olvidos reales y los olvidos pasajeros. Preguntará al paciente sobre sucesos normales y traumáticos, para saber si se trata de un olvido real o de un olvido que trata de evitar la evocación de una experiencia negativa.

Cuando la despersonalización y la amnesia disociativa ocurren solamente en el marco de un trastorno de identidad disociativa, no se diagnosticará ni trastorno de despersonalización, ni amnesia disociativa; prevalece el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo.

El trastorno de identidad disociativo y el trastorno límite tienen varias características en común y en muchos casos aparecen juntos. Ambos muestran inestabilidad emocional y conducta auto-destructiva. Los trastornos de ansiedad comórbidos diferencian al paciente con trastorno disociativo del paciente borderline y del esquizofrénico.

La construcción del self está íntimamente relacionada con la cultura. Una cultura individualista como la occidental genera un self separado e independiente; una cultura más colectivista como la oriental genera un self más interrelacionado e interdependiente. Si bien el trastorno disociativo se produce como respuesta a vivencias traumáticas, esas experiencias suelen estar moduladas por normas culturales. Así, en países no occidentales el trastorno disociativo adopta la forma de posesiones espirituales (30). Los procesos psicopatológicos y el contexto cultural están interrelacionados, hasta tal punto que la cultura influye en la genealogía, la elaboración, el desarrollo, la expresión, la fenomenología y la interpretación de los síntomas (31).

Para establecer un diagnóstico de un trastorno disociativo en niños y adolescentes, el terapeuta debe saber que la representación de compañeros imaginarios no siempre es indicativa de la existencia de síntomas disociativos patológicos. Podemos decir que estamos ante un caso patológico cuando el paciente se envuelve en su fantasía hasta el punto de que eso interfiere en su funcionamiento normal, cuando trata al compañero imaginario como si tuviera existencia real y cuando ese compañero imaginario se hace con el control sobre su conducta (32).

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

El terapeuta debe huir de fomentar en el niño la creación de identidades alternas. Animará al paciente a hacer conexiones sobre sus estados, afectos, conductas o cambios de estados; tratará de que conecte sus conductas y su sentimientos. No considerará como patológicos los cambios normales que experimenta un niño a lo largo de la entrevista. El terapeuta tratará de analizar las situaciones y las variables que provocan el cambio de estado del niño. Describirá, asimismo, los cambios que se dan en el paciente en esa situación: pérdidas de conciencia, regresiones repentinas, diálogos con uno mismo en tercera persona y otras conductas indicativas de la falta de integración de identidades, afectos y conciencia.

TERAPIA DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Las personas que ha vivido experiencias traumáticas dolorosas en su infancia reprimen y disocian el recuerdo de tales experiencias; las apartan de su memoria y de su relato histórico mediante lagunas amnésicas que impiden su recuperación. Según el concepto de disociación mental desarrollado por Janet, la persona que ha tenido una experiencia traumática disocia la identidad que ha tenido esa experiencia. Por lo tanto, durante el tratamiento del trastorno de identidad disociativo, la persona tiene que revivir esas experiencias traumáticas y recobrar el control sobre las mismas. Tiene que revivir los detalles del trauma con la ayuda de terapeuta.

Para hacer que el paciente reviviera sus experiencias traumáticas Janet se valió de la hipnosis. El hecho de que las personas con trastorno de identidad disociativo fueran muy sugestionables ayudaba a la utilización de esa técnica. La hipnosis ayudaba a que el paciente recordara los sucesos traumáticos disociados de su historia vital y a que los integrara en su autobiografía. El terapeuta debía facilitar la empatía y la colaboración entre las diferentes identidades.

El tratamiento del trastorno de identidad disociativo requiere una psicoterapia individual intensa. La personalidad que acude al tratamiento, la personalidad anfitriona, trata de integrar las diferentes identidades; esa personalidad no es original, sino un alter ego que se ha desarrollado posteriormente. La duración del tratamiento depende de los objetivos; el tratamiento se prolonga cuando el terapeuta trata de establecer una fuerte alianza terapéutica con cada una de las múltiples identidades. El tratamiento puede llevarse a cabo en régimen ambulatorio, pero si existe riesgo de suicidio o de conductas agresivas se aconseja la hospitalización del paciente. Cuando el paciente ingresa en un hospital para el tratamiento, se le asignará una habitación individual y deberá utilizar el nombre de su identidad oficial, ya que el personal no suele conocer sus distintas identidades (33).

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

El terapeuta debe de informar al paciente de los siguientes aspectos de la terapia: la extensión temporal de la hospitalización; la frecuencia y duración de las sesiones de tratamiento; la confidencialidad y sus límites, en casos de violencia familiar o suicidio; la disponibilidad del terapeuta; los objetivos de la terapia; las implicaciones legales y jurídicas de las confesiones y del relato de falsos recuerdos.

En el tratamiento del trastorno disociativo se han solido utilizar varias técnicas, tales como ejercicios de relajación, imaginación guiada, reestructuración cognitiva o EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Chu y Bowman distinguieron tres generaciones en el tratamiento de los trastornos disociativos en las dos últimas décadas del siglo XX (34):

- Inicios de los años 80 (S. XX): los trastornos disociativos derivaban de traumas de la infancia, cuya memoria se disociaba de la personalidad habitual. En el tratamiento primaba la abreacción o la catarsis de las experiencias traumáticas. La verbalización y la elaboración de las experiencias traumáticas ayudaría a integrar en sí mismo las partes disociadas de la personalidad. En esa década se crearon asociaciones para el estudio de la Personalidad Múltiple y la Disociación, tales como La Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación (*International Society for the Study of Dissociation, ISSD*). Se aplicaron diversas terapias para el tratamiento de esos trastornos: psicodinámicas, cognitivo-conductuales, hipnóticas, eclécticas, e incluso más innovadoras, como la negociación entre las distintas identidades.
- De 1980 a comienzos de 1990: algunos de los pacientes que sufrían trastornos disociativos no mejoraban con los tratamientos suministrados. Eran personas que habían tenido fuertes traumas en su infancia y que mostraban deficiencias en el funcionamiento del yo, aparte de síntomas disociativos: no regulaban sus impulsos y afectos, no soportaban la soledad etc. Así, cuando el paciente revivía sus experiencias traumáticas, empeoraba su estado. Esto obligó a los terapeutas a aplicar una terapia de apoyo, para que la personalidad del paciente tomara las riendas de sus impulsos y afectos. Una vez estabilizado el equilibrio del paciente se podía proceder a la abreacción.
- Entre 1992 y 2000 se establecieron las bases para la maduración de la terapia. En 1992 padres de pacientes traumatizados, acusados de traumatizar a sus hijos, se aliaron con psicólogos y psiquiatras y crearon la *False Memory Syndrome Foundation (FMSF)* en la Universidad de Pensilvania. Esta asociación criticó duramente a muchos de los clínicos que utilizaban la sugestión, por haber fomentado la creación de falsas memorias en los pacientes. Consideraba que esos terapeutas inducían a los pacientes a creer que habían sufrido traumas producidos por sus progenitores.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Denunciaron la inoculación de falsas memorias por medio de la hipnosis. De hecho, algunas de las personas con alta capacidad de disociación eran a su vez muy sugestionables. Pero hubo también estudios que defendían la validez de memorias recuperadas (35). En esta fase se centraron en diagnosticar mejor y trabajar más la historia personal del paciente.

La terapia de los trastornos disociativos se propone diversos objetivos: diagnóstico y alianza terapéutica; asegurar la estabilidad del paciente mediante el control de los síntomas y de los trastornos de conducta; resolución de conflictos intrapsíquicos; integración de acontecimientos traumáticos en la biografía del paciente; reconocimiento de los eventos de la biografía de cada identidad y de los patrones de interacción entre esas identidades; construcción de la comunicación y recuperación del material; identificación e integración de los diversos estados de identidad; estrategias de afrontamiento y consolidación de mejoras; control y seguimiento sin hospitalización.

El tratamiento del trastorno disociado cambia en función de las características de la disociación, de los riesgos que corre el paciente y de los síntomas comórbidos que lo acompañan. Eso requiere un análisis profundo del estado psicológico del paciente: sus lagunas amnésicas, sus trastornos de identidad, su despersonalización, sus alucinaciones, su regresión a la infancia. Al inicio de la psicoterapia puede aplicarse un tratamiento farmacológico para reducir trastornos comórbidos como la ansiedad, la depresión, el suicidio, la psicosis. El tratamiento psicoterapéutico se puede comenzar después de hacer desaparecer los síntomas agudos de la disociación y de los trastornos comórbidos.

Durante el tratamiento del trastorno disociativo se recomienda trabajar la conciencia y la tolerancia de las emociones, el control de los impulsos, el manejo del estrés y de la disociación. Van der Hart, Steele, Boon y Brown (36) y Dorahy y colaboradores (37) proponen un modelo de tratamiento de las memorias traumáticas que abarca los siguientes aspectos: en primer lugar se reducen los síntomas, se estabilizan las funciones cotidianas del yo y se establece la seguridad; a continuación se aborda el tratamiento de las reminiscencias traumáticas, se exploran las narrativas de los traumas y se resuelven los conflictos entre creencias, sentimientos y conductas; se finaliza con la integración de la identidades en una personalidad coherente.

Se han utilizado diferentes tipos de terapia: las terapias cognitivas han sido más recomendadas que las conductuales. Los tratamientos cognitivos exploran y modifican las creencias de los pacientes sobre sus experiencias traumáticas. Los tratamientos psicodinámicos tratan de integrar las diferentes identidades del paciente; el paciente debe lograr la comunicación entre sus diferentes identidades, rellenando las lagunas amnésicas que existen entre ellas; el terapeuta trata de que el paciente integre los sucesos traumáticos en su historia personal.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Se ha utilizado también la terapia familiar. Se ha solido utilizar también la hipnosis para encontrar las vivencias traumáticas e inducir una expresión catártica de las emociones asociadas a esas vivencias.

La Sociedad Internacional para el Estudio de la Disociación (The International Society for the Study of Dissociation; ISSD), nombre anterior de La Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y de la Disociación (International Society for the Study of Trauma and Dissociation; ISSTD), adoptó en 1994 y actualizó en 1997 las *Guías para el Tratamiento del Trastorno de Identidad Disociativo en los Adultos. Tercera Edición* (Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision) en el Journal of Trauma & Dissociation. Esta publicación plantea las líneas directrices dirigidas al tratamiento del Trastorno de Identidad Disociativo. El año 2004 la ISSD estableció también directrices para evaluar y tratar síntomas disociativos de niños y adolescentes: *Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents* (ISSD)

VISIÓN CRÍTICA DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO

Según Piper y Merskey (38), durante la última década del siglo XX se han criticado duramente algunas prácticas clínicas y terapéuticas y algunas publicaciones relacionadas con el trastorno de la identidad disociativo. En EEUU y Canadá se cerraron diversas unidades de tratamiento de trastornos disociativos y varios algunos tribunales dejaron de aceptar la amnesia disociativa como una entidad válida.

Los defensores de la existencia del trastorno de identidad disociativo consideran que ese trastorno deriva de traumas sufridos en la infancia. Afirman que una gran mayoría de los pacientes con identidad disociativa han sufrido fuertes abusos físicos y sexuales durante su infancia (39). Sin embargo, Piper y Merskey (38) encontraron algunas debilidades en los trabajos referentes a los trastornos disociativos. Puede ser cierto que los trastornos disociativos se produzcan como consecuencia de traumas infantiles; los chavales que han resultado traumatizados disociarían sus experiencias y se volverían amnésicos con respecto a ellas, porque el mantenerlos en la conciencia produce mucho distrés. Pero hacen falta estudios rigurosos que demuestren que los trastornos disociativos se generan por el hecho de haber sufrido graves experiencias de maltrato en la niñez. No se conoce el dato del porcentaje de personas con historias de traumatismos que no han desarrollado trastornos disociativos. Si el hecho de haber sufrido maltrato en la niñez fuera condición suficiente para que una persona desarrolle un trastorno disociativo, entonces habría habido muchas más personas con trastorno de la identidad disociativo. Más todavía si tenemos en cuenta todos los tipos de estresores y factores traumatizantes (procedimientos médicos, guerras, inundaciones, incendios...).

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Afirman Piper y Merskey (38) que para poder establecer una relación causal entre el maltrato y los trastornos disociativos deben tenerse en cuenta algunos aspectos metodológicos: los hechos reales de la niñez del paciente, la edad en la que ocurrieron, la frecuencia y la naturaleza del abuso; se debe huir de términos genéricos como abusos, traumas o acoso, que no discriminan entre los diferentes niveles de las experiencias traumatógenas; debe haber evidencias fidedignas de que los hechos traumáticos ocurrieron realmente: confesiones, fotos, diarios, informes, grabaciones, registros de testigos, médicos, servicios sociales y jurídicos.

Teniendo en cuenta las exigencias metodológicas mencionada, Piper y Merskey (19) consideran que las pruebas que ofrece Bliss para demostrar que sus pacientes fueron maltratados no eran fidedignas (40); que Cons y Milstein (41) no definen bien el abuso infantil y no proporcionan información sobre la gravedad o la frecuencia del maltrato o sobre la cantidad de violaciones que sufrieron las víctimas; que el trabajo de Fagan y MacMahon (42) adolece de deficiencias similares; que las historias de abusos de los pacientes de Ross y sus colaboradores están mal documentadas; que ofrecen datos de porcentajes inverosímiles; que Chu y colaboradores (35) no analizaron las pruebas aludidas por los pacientes. Piper y Merskey concluyen que los estudios aludidos no cumplen con los requisitos metodológicos exigidos, por lo que no se puede afirmar que los traumas y abusos infantiles sean la causa del trastorno de identidad disociativo.

Hasta que Mesmer empezó a hablar de trastornos disociados se habían limitado a hablar de casos de posesión. Fue el siglo XIX cuando comenzaron a hablar de personalidad disociada. Aparecieron varios casos en las últimas décadas del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX. Entre 1920 y 1970 aparecieron pocos casos. El número de casos se incrementó notablemente en la década de los 80, ya que se descubrieron más casos de personalidad disociada que en los dos siglos precedentes. Tal vez influyeran en este incremento publicaciones como las de Jeans (43) y Osgood y colaboradores (44). El año 1988 Kluft reportó varios casos de pacientes de múltiple personalidad (45). Durante esos años era habitual hablar de identidades alternas que se diferenciaban en raza, sexo y especie. Pero no se encontró un motivo fidedigno que explicara el aumento de los casos de personalidad disociada en una población pacífica como Winnipeg, sin incidencia exagerada de desastres y sin una tasa mayor de abusos que en otros lugares (46).

Se han llevado a cabo estudios que ponen en tela de juicio muchos de los casos de trastorno disociativo relacionados con abusos de rituales satánicos. Al no aparecer evidencias empíricas que soporten la existencia de tales abusos se ha concluido que son más bien casos de implantación o inoculación de pseudomemorias.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

La sospecha de la inoculación de identidades nace de prácticas como la de Kluft: afirmaba que raramente terminaba una sesión sin acceder a nuevas personalidades del paciente; asignaba a las identidades alternas la tarea de decidir sobre temas de interés; preguntaba al paciente sobre identidades alternativas que deseaban cometer suicidio. Métodos similares utilizaban Dell y Eisenhower, quienes presentaban la identidad alterna a la familia del paciente, y Ross, quien trataba de implicar a las identidades alternas del paciente en la decisión sobre si participar o no en terapia. Se considera que esos terapeutas y otros similares pueden fomentar la generación de nuevas identidades, ya que interactúan con esas identidades como si tuvieran personalidades diferentes. Se pueden inducir de esta forma en el paciente recuerdos falsos de acontecimientos que no han ocurrido en la realidad (47). En consecuencia, las personas con memoria implantada pueden atribuir a personas inocentes la autoría de los malos tratos (48). Muchos pacientes describen esos sucesos ficticios como si hubieran ocurrido en la realidad (49). Como los falsos recuerdos se pueden inocular por sugestión reiterada, los terapeutas tienen que andar con cuidado para evitarlo. Se puede inducir por sugestión e hipnosis a jóvenes normales el trastorno de identidad disociativo (50). El imaginar una y otra vez unos sucesos puede conducir a las personas a pensar que han sido víctimas de sucesos que nunca han ocurrido y a crear falsos recuerdos (51).

Hay que guardar un poco de escepticismo sobre la emergencia de identidades alternas durante las sesiones de terapia. A menudo la personalidad disociada no aparece durante las primeras sesiones de terapia y los familiares cercanos no ven manifestaciones abiertas de identidades múltiples en el paciente. Kluft (52) (53) considera que solo la quinta parte de los pacientes muestra personalidad disociada al comienzo de la terapia. El terapeuta tiene que hacer la pregunta sobre otras posibles identidades reiteradamente en diversas sesiones, para que emerjan tales nuevas identidades. De ahí que Kluft recomiende sesiones largas en las que el terapeuta tratará de elicitar nuevas identidades. Esas identidades pueden permanecer ocultas durante largo tiempo. De esta forma, resulta que la psicoterapia de estos casos se prolonga durante muchos años; cuando aparece una identidad alterna, hay que tratar de buscar otras, hasta que todas sean desenterradas. Ante tales hechos Pope y colaboradores abogan por el abandono del trastorno disociado de personalidad (54).

Piper y Mersky (38) consideran que los criterios diagnósticos del DSM son vagos y laxos y no definen bien la identidad o el estado de la personalidad. Está bien que diversas ediciones del DSM describan el control de la conducta y de los afectos del paciente por una o más identidades o estados del pensamiento, o que el DSM-5 hable de la disrupción de la identidad y de discontinuidad en el sentido del self y el sentido de control; pero hay que

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

definir con claridad lo que se quiere significar con la discontinuidad en el sentido de control y en el sentido del self.

Más allá de la laxitud de los criterios diagnósticos, está la constatación del hecho de que las características de las personalidades disociadas son fácilmente interpretables. Al ser fácilmente simulables, incluso los defensores del modelo postraumático tienen problemas para diferenciar los casos reales de los simulados. Máxime si tenemos en cuenta que algunos síntomas solo están presentes cuando está activada una identidad alternativa, y no cuando está activada otra (52) (53).

Para que el diagnóstico sea fiable los síntomas deben ser visibles para todos, desde el inicio de la patología; deben poder distinguirse los trastornos psiquiátricos de los trastornos simulados; los rasgos deben ser claramente observables; debe conocerse la historia traumática y la presencia de las identidades alternativas del paciente; las evidencias deben poder ser refutadas.

El hecho de que el paciente muestre más signos del trastorno disociado según avanza la terapia podría ser indicativo de iatrogénesis, ya que las identidades podrían generarse como consecuencia de la aplicación de una técnica sugestiva. La multiplicidad de identidades iría acompañada por estrés, depresión, intentos de suicidio, alucinaciones y rumiaciones sobre el maltrato (55)

LA COHERENCIA DE LA HISTORIA DE LA VIDA (56)

El modelo postraumático defiende que las personas que han vivido sucesos estresantes desarrollan más síntomas y trastornos de disociación. Afirma que del 70% al 90% de personas con trastornos disociativos ha sufrido experiencias traumáticas reiteradas y graves en su infancia (8) o que el 97% de pacientes con trastorno disociativo han sufrido abusos en su infancia (17). Los abusos físicos y sexuales que han padecido les han conducido a temer por su vida. Utilizan la disociación como técnica para protegerse del sufrimiento y desarrollan un alter ego que vive la situación traumática. Desarrollan amnesia sobre los acontecimientos traumáticos y es el alter el que recuerda los sucesos (8) (17).

La constatación de que muchos de los niños que han tenido experiencias traumáticas no hayan desarrollado el trastorno disociativo ha conducido a los estudiosos del tema a desarrollar un modelo terapéutico integrador que combina el modelo postraumático con la teoría de la coherencia de la historia vital (57).

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Bliss (40) ha dirigido su atención a un rasgo de la personalidad que se suele presentar con frecuencia en las personas que desarrollan un trastorno disociativo: la capacidad de entrar en autohipnosis. Cuando el niño afronta una situación traumatizante de la que no puede evadirse, tiende a entrar en un estado de hipnosis y a delegar en un alter ego la experiencia de enfrentarse a esa situación. Esta hipótesis de Bliss se ha sometido a prueba en diferentes estudios. Algunos de ellos corroboran la hipótesis de Bliss, pero otros la refutan (8). Por lo tanto, la autohipnosis no es una variable que explique suficientemente el desarrollo del trastorno disociativo.

El modelo del nivel de coherencia de la historia de la vida plantea que la construcción narrativa o el relato de los acontecimientos vitales proporciona un sentimiento de unidad e identidad a la persona (58). La persona organiza su horizonte vital por medio de un relato de los acontecimientos de su vida, en el marco de sus coordenadas espacio-temporales (59). El éxito en organizar un relato coherente está relacionado con el bienestar emocional y la satisfacción psicológica. Las experiencias traumáticas impiden que el niño las estructure en un relato coherente, y el fracaso en organizar el relato se relaciona con la psicopatología (60).

EL MODELO INTEGRADOR DEL TDI

Se ha tratado de complementar el modelo postraumático con la estructuración coherente del relato de la historia vital. Se trata de que la persona que sufre integre los acontecimientos traumáticos de su niñez en una biografía coherente (60) (59). Mientras que la construcción de un relato coherente proporciona un sentimiento de logro y satisfacción, el fracaso en la integración de los sucesos traumáticos puede conducir a una persona al sufrimiento psicológico y a la utilización de mecanismos de defensa disociativos; la persona integra los sucesos traumatizantes en la historia vital de la identidad alterna (60) (8).

La razón por la que unas personas integran los sucesos vitales traumatizantes en su historia de vida, mientras que otras no lo hacen, puede deberse a la variable mediadora de la vulnerabilidad. El malestar que generan los acontecimientos vitales depende de la predisposición de la persona. Las personas dotadas de gran resiliencia no responden al estrés generado por el medio mediante una actitud disociadora, pero las personas vulnerables responden generando una conducta disociativa, es decir, dejando fuera de su historia vital los sucesos traumatizantes (61).

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

CONCLUSIONES

Las personas con trastorno disociativo de la identidad se caracterizan por presentar distintas identidades, confusión de la identidad y amnesia. Se han realizado muchos estudios que han corroborado el modelo postraumático del trastorno disociativo. Las personas que han desarrollado este trastorno han sido a menudo objeto de severos abusos físicos y psíquicos en su niñez e incluso en su adolescencia. Pero hay que realizar más estudios para comprender por qué muchas personas no han desarrollado ningún trastorno disociativo, aun habiendo sido víctimas de maltrato en su niñez.

Por otra parte, ha habido muchos casos de inoculación de falsas memorias y de simulación de identidades. Los estudios que se llevan a cabo sobre estas patologías deben aplicar una rigurosa metodología para discriminar entre hechos o recuerdos reales y hechos o recuerdos que han surgido por prácticas sugestivas. El relato de los sucesos traumáticos debe estar basado en informes, grabaciones y registros objetivos. Hay que definir bien los conceptos de abuso, maltrato y trauma, y describir con rigurosidad su gravedad y frecuencia.

Se debe tener en cuenta que existen personas muy sugestionables en las que se pueden inocular con relativa facilidad falsas memorias y falsos recuerdos. Pacientes en quienes se han implantado tales recuerdos pueden actuar luego acusando a personas de su entorno de haber practicado maltrato o abusos de todo tipo. Investigadores como Kluft afirman que al inicio de la terapia muchos pacientes no muestran aún identidades disociadas y que éstas se van manifestando según avanza la terapia. Hay que preguntarse si estas identidades son genuinas, o han surgido como consecuencia de la inoculación por parte del terapeuta o de la representación simulada del propio paciente.

El modelo postraumático no explica toda la patología disociativa. Muchas personas no han desarrollado el trastorno disociativo, aunque han sido víctimas de maltrato. Hay personas vulnerables y personas resilientes. La vulnerabilidad está reacionada con la sugestibilidad y la falta de integración de los sucesos traumáticos en una biografía coherente. La resiliencia está relacionada con la construcción narrativa de los sucesos traumáticos. El terapeuta debe tratar de integrar los hechos traumáticos de la vida del paciente en una biografía coherente. Es una tarea difícil, pero la terapia exitosa depende justamente de esa integración.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

BIBLIOGRAFÍA

1. Roca, V., Hart, J., Kimbrell, T. y Freeman, T. (2006). Cognitive function and dissociative disorder status among veteran subjects with chronic posttraumatic stress disorder: A preliminary study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18(2), 226-30. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.18.2.226>.
2. Damsa, C., Pirrotta, R., Adam, E., Hyams, H., Lazignac, C. y Ducrocq, C. (2005). *Annales médico-psychologiques*, Vol. 163, 10, 902-908.
3. Putnam, F. W. (1991). Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 489-502.
4. Kirsch, I. y Lynn, S. J. (1998). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 123, 100-115.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth Edition. DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. Elliott, D. M. (1997). Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 811-820. doi:10.1037/0022-006X.65.5.811
7. Cleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: A reexamination of the evidence. *Psychological Bulletin*, 120, 42-59.
8. Debecker, N., Lesnicki, N. y Vermorel-Rondreux, M. (2007). Les troubles dissociatifs de l'identité: Un concept discuté. *Louvain Médical*, 126, 133-140.
9. Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect*, 17, 39-45.
10. Putnam, F.W., Carlson, E.B., Ross, C.A. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 673-679.
11. Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A. y Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 596-601.
12. Van der Hart, O, Nijenhuis, ERS, Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: Norton.
13. Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
14. Corwin, David; Olafson, Erna (1 May 1997). "Videotaped Discovery of a Reportedly Unrecallable Memory of Child Sexual Abuse: Comparison with a Childhood Interview

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

Videotaped 11 Years Before". Child Maltreatment, 2 (2), 91-112.
doi:10.1177/1077559597002002001

15. Burgess, A. W., Hartman, C. R., y Baker, T. (1995). Memory presentations of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 33*, 9-16.
16. Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A. y Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development and Psychopathology, 13*, 1001-1019.
17. Michelson, L. K. y Ray, W. J. (1996). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York, NY: Plenum.
18. Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V. y Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease, 188*, 71-77.
19. Rhue, J. W., Lynn, S. J. y Sandberg, D. (1995). Dissociation, fantasy and imagination in childhood: A comparison of physically abused, sexually abused, and non-abused children. *Contemporary Hypnosis, 12*, 131-136.
20. Putnam, F. W., Helmers, K. y Trickett, P.K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect, 17*, 731-741.
21. Steinberg, M. (1994). Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised (SCID-D-R). 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.
22. Friedl, M. C. y Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *The American journal of psychiatry, 157*, 1012-1013.
23. Brand, B.L. y Chasson, G.S. (2014). Distinguishing simulated from genuine dissociative identity disorder on the MMPI-2. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Epub ahead of print. DOI: 10.1037/a0035181
24. Bernstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 727-735.
25. Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W. eta Vertommen, H. (1991). Dissociative experiences in the general population in Belgium and The Netherlands. An exploratory study with the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation, 4*, 180-184.
26. Reinders, A. A. T. S., Willemsen, A. T. M., Vos, H. P. J., Den Boer, J. A. y Nijenhuis, E. R. S. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS One, 6(7)*, e39279

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

27. Savitz, J., Solms, M., Pietersen, E., Ramesar, R. y Flor-Henry, P. (2004). Dissociative Identity Disorder Associated with Mania and Change in Handedness. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 17, 233-237.
28. Dorahy, M.J., Shannon, C., Seagar, L. et al. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(12), 892-898.
29. Scropo, J. C., Drob, S. L., Weinberger, J. L. y Eagle, P. (1998). Identifying Dissociative Identity Disorder: A Self-report and projective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 272-284.
30. Cardeña, E., Van Duijl, M., Weiner, L. y Terhune, D. (2009). Possession/trance phenomena. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 171-181). New York, NY: Routledge.
31. Dorahy, M.J. (2001). Culture, cognition and dissociative identity disorder. In: Schumaker, J.F. y Ward, T (eds). *Culture, Cognition and Psychopathology*. Westport, CT: Praeger, pp.157-169
32. Silberg, J. (1998). Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *Journal of personality assessment*, 71(3), 421-439.
33. Putnam, F. W. y Loewenstein, R. J. (1993). Treatment of multiple personality disorder: A survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1048-1052.
34. Chu, J. y Bowman, E.S. (2000). Trauma and dissociation: 20 years of study and lessons learned along the way. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1 (1), 5-20.
35. Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L. y Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156, 749-755.
36. Van der Hart, O, Steele, K, Boon, S, y Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and Integration. *Dissociation*, 6, 162-180.
37. Dorahy, M.J., Brand, B.L., Şar, V, et al. (2014). Dissociative identity disorder: an empirical overview. *Aust N Z J Psychiatry* 48,402-17.
38. Piper, A. y Merskey, H. (2004). The persistence of folly: a critical examination of dissociative identity disorder. Part I. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 592-600.
39. Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L. y Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: A review of 100 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 258-29.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

40. Bliss, E. (1984). Spontaneous Self-Hypnosis in Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 7, Issue 1, 135-148.
41. Coons, P. M. y Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbance in multiple personality: Characteristics, etiology, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106–110.
42. Fagan, J. y McMahon, P. P. (1984), Incipient Multiple Personality in Children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 26-36.
43. Jeans, R. F. (1976). The three faces of Evelyn: A case report. 1. An independently validated case of multiple personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 249-255.
44. Osgood, Ch., Jeans, R., Luria, Z. y Smith, S. (1976) The Three Faces of Evelyn: A Case Report. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(3), 256.
45. Kluft, R. P. (1984). Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 9–29.
46. Ross, C.A., Anderson, G., Heber, S. y Norton, G. R. (1990). Dissociation and abuse among multiple personality patients, prostitutes, and exotic dancers. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 328-330.
47. Loftus, E. F., Coan, J. A. y Pickrell, J. E. (1996). Manufacturing false memories using bits of reality. In L. Reder (Ed.), *Implicit memory and metacognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc (17) (PDF) *Lost in a Shopping Mall: An Experience With Controversial Research*. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/11693894_Lost_in_a_Shopping_Mall_An_Experience_With_Controversial_Research.
48. Bruck, M., Ceci, S. J., Francoeur, E. y Renick, A. (1995). Anatomically detailed dolls do not facilitate preschoolers' reports of a pediatric examination involving genital touch. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 1, 95–109.
49. Ceci, S. J. y Bruck, M. (1995). *Jeopardy in the courtroom: A scientific analysis of children's testimony*. Washington D.C: American Psychological Association.
50. Spanos, N. P., Weekes, E. M. y Bertrand, L. D. (1985). Multiple Personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 362-376.
51. Thomas, A. K. y Loftus, E. F. (2002). Creating bizarre false memories through imagination. *Memory & Cognition*, 30 (3), 423–431.
52. Kluft, R. P. (1987). The simulation and dissimulation of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 104–118.

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DISOCIATIVO

53. Kluft, R.P. (1989). Iatrogenic creation of new alter personalities. *Dissociation*, 2, 83-91.
54. Pope, H.G. Jr, Oliva, P.S., Hudson, J.I., Bodkin, J.A. y Gruber, A.J. (1999). Attitudes toward DSM-IV dissociative disorders diagnoses among board-certified American psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 156 (2), 321-323.
55. Piper, A. y Merskey, H. (2004). The Persistence of Folly: Critical Examination of Dissociative Identity Disorder. Part II. The Defense and Decline of Multiple Personality Disorder or Dissociative Identity Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* (49) 10, 678-683.
56. Pedros, M.-M. (2010). Trouble dissociatif de l'identité: un regard sur le rôle de la cohérence de l'histoire de vie. *Journal of Interpersonal Relations, Intergroup Relations and Identity*, Volume 3, Hiver/Winter.
57. Caprara, G. V. y Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511812767>
58. McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122.
59. Bruner, J. S. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
60. Baerger, D. R. y McAdams, D. P. (1999). Life story coherence and its relation to psycho-logical well-being. *Narrative Inquiry*, 9, 69-96.
61. Davison, G. C., Blankstein, K. R., Flett, G. L. y Neale, J. M. (2008). *Abnormal psychology* (3rd ed.). Mississauga, ON: John Wiley & Sons Canada.