Universidad de Buenos Aires

Anuario de Investigaciones

Psicología Clínica y Psicopatología

ACERCA DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO: MODELOS EXPLICATIVOS DE ENFOQUE COGNITIVO

ABOUT DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER: EXPLANATORY MODELS FROM A COGNITIVE APPROACH

Lucila González Molina gmlucila@gmail.com
Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología., Argentina

Micaela Ponieman
Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología., Argentina

M. Marta Areco Pico
Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología., Argentina

ACERCA DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO: MODELOS EXPLICATIVOS DE ENFOQUE COGNITIVO

Anuario de Investigaciones, vol. XXVII, pp. 25-32, 2020

Universidad de Buenos Aires

Recepción: 30 Marzo 2020
Aprobación: 20 Octubre 2020

Resumen:
El Trastorno de Identidad Disociativo se caracteriza por la presencia alternada de dos o más estados de la personalidad bien diferenciados. Su etiología ha sido relacionada a una historia temprana de traumas crónicos y severos. El objetivo de este artículo es lograr una mejor comprensión acerca del desarrollo del Trastorno de Identidad Disociativo, a través de la presentación de los modelos explicativos más destacados en la literatura sobre el TID. Con esta finalidad, se realizó una revisión bibliográfica de los artículos disponibles, en las bases de datos Redalyc, Latindex, Lilacs, PsycINFO® y PubMed Central®, con palabras clave como: Trastorno de Identidad Disociativo, Trastornos Disociativos, Modelo Cognitivo de los Trastornos Disociativos. Como resultado, se han encontrado tres modelos explicativos de relevancia teórica: el modelo Dicotómico, el de la Disociación Estructural de la Personalidad y el Modelo de Niveles. La disociación, es el mecanismo que se destaca como central, como respuesta psicológica en el contexto de experiencias traumáticas.

Palabras clave:
Trastorno de Identidad Disociativo, Disociación, Trauma, Modelos, Enfoque Cognitivo.

Abstract:
Dissociative Identity Disorder is characterized by the alternate presence of two or more well-differentiated personality states. Its etiology has been related to an early history of chronic and severe trauma. This article aims to achieve a better understanding of the development of Dissociative Identity Disorder through the presentation of the most prominent explanatory models in the literature on DID. For this purpose, a bibliographic review of the available articles was carried out in the following databases: Redalyc, Latindex, Lilacs, PsycINFO® and PubMed Central®, with key words such as Dissociative Identity Disorder, Dissociative Disorders, and Cognitive Model of Dissociative Disorders. As a result, three explanatory models of theoretical relevance have been found: the Dichotomous model, the Structural Dissociation of Personality and the Model of Levels. Dissociation is the mechanism that stands out as central, as a psychological response in the context of traumatic experiences.

Keywords:
Dissociative Identity Disorder, Dissociation, Trauma, Models, Cognitive Approach.

Introducción

El Trastorno de Identidad Disociativo (TID), antes conocido como Trastorno de Personalidad Múltiple, es considerado como un trastorno del desarrollo, postraumático, complejo y de inicio en la infancia, caracterizado por perturbaciones en la memoria y la identidad (Fine, 2007; Spiegel et al., 2011; Şar, Dorahy & Krüger, 2017). Su distinción, respecto de otros trastornos, es la presencia de dos o más estados de la personalidad con cualidades distintas entre sí (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Organización Mundial de la Salud, 1992). Los pacientes con este diagnóstico se caracterizan por presentar un perfil polisintomático, con episodios recurrentes de alteración de la memoria, amnesia y/o amnesia de un período de memoria autobiográfica no contemporánea (Kluft, 1996; Şar, 2014). Rara vez se cursa sin otras patologías no disociativas comórbidas (Mueller-Pfeiffer et al., 2012), siendo la depresión y el Trastorno de Estrés Post Traumático los más frecuentes (Şar & Ozturk, 2012). A su vez, ha sido considerado como una de las manifestaciones más graves de los Trastornos Disociativos, y uno de los trastornos más subdiagnosticados (Holmes et al., 2005; Şar, Dorahy & Krüger, 2017; Spiegel et al., 2013).

Los tratornos disociativos y el TID, específicamente, no son condiciones raras dentro de la psicopatología (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). La prevalencia del TID, según un estudio realizado en Nueva York (Johnson et al., 2006, en Şar, 2011), es de entre el 1.5% en la población general, según los criterios del DSM IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Asimismo, entre pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios, habría una prevalencia en torno al 10% de trastornos disociativos, de los cuales entre 5% posee diagnóstico de TID (Friedl & Draijer,2000; Gast et al., 2001; Foote et al., 2006; Şar, 2011). Un estudio más reciente (Şar et al., 2014) ha destacado una mayor prevalencia de TID, entre pacientes ambulatorios psiquiátricos adolescentes y en la unidad de urgencias psiquiátricas.

El Trastorno de Identidad Disociativo fue aceptado como una entidad diagnóstica discreta con la incorporación de los Trastornos Disociativos en los sistemas de clasificación internacionales en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM III, Asociación Americana de Psiquiatría, 1980). La investigación transcultural acerca del TID ha reconocido que los Trastornos Disociativos y la disociación pueden hallarse en todo tipo de culturas. De la misma manera, los estudios que han examinado sistemáticamente su etiología, han hallado antecedentes de trauma infantil crónico y severo en la mayoría de los individuos diagnosticados con TID (Dorahy et al., 2014; Şar, Dorahy & Krüger, 2017).

Entre los modelos explicativos disponibles en la literatura, el mecanismo de la disociación es el más mencionado (Ross & Ness, 2010; Dorahy et al., 2014;). En un sentido amplio la disociación es definida como una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la consciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El Trastorno de Identidad Disociativo y la Disociación en la historia

Si bien Moreau de Tours fue el primero en acuñar el término disociación en 1845, comprendiéndola como una falta de integración de las ideas que causaban una división en la personalidad (Kennedy & Kennerley 2013), en la historia del campo de estudio de la disociación se coloca a Pierre Janet como el principal autor que ha abordado este concepto de manera profunda y sistemática, al relacionarlo con la Histeria (North, 2015; Romero-López, 2016; Spiegel et al., 2013; Spitzer et al., 2006). En "L'Automatisme Psichologique" (Janet, 1889), el autor refiere que la Histeria se caracteriza por una desagregación psicológica (désagrégation psychologiqué), es decir, fenómenos de no integración a la consciencia, considerados anormales. Acuñando el concepto de automatismos psicológicos, define a los fenómenos disociados como sistemas de ideas (recuerdos, cogniciones, sensaciones, emociones) que, al no poder ser integrados de manera consciente, producen síntomas percibidos como involuntarios e independientes de la consciencia (Janet, 1907).

A lo largo de la historia, fueron varios los autores que dieron importancia al estudio de los fenómenos disociativos, entre ellos se destacan Charcot (Clinical lectures on the diseases of the nervous system, 1889) y el propio Janet The Major Symptoms of Hysteria, 1907) quienes relacionaron los elementos aislados de la consciencia con los síntomas histéricos. Freud, por otro lado, en el inicio de su teoría empleaba los términos disociación y represión como equivalentes (Estudios sobre la Histeria, 1895). Sin embargo, el interés por el estudio del TID y la disociación, se desvaneció rápidamente. Hacia fines del siglo XIX y principios del XX, el psicoanálisis fue adquiriendo mayor relevancia con los postulados sobre la defensa, que a través del mecanismo de la represión, serviría para apartar de la consciencia, ideas, imágenes, pensamientos, que resultan intolerables para el self (Pérez & Galdón, 2003; North, 2015). Estas conceptualizaciones comenzaron a reemplazar a la disociación, que junto al crecimiento de la psiquiatría organicista-descriptiva y al conductismo, contribuyeron al progresivo desinterés en la disociación y el TID (Spiegel & Cardeña, 1991; Pérez & Galdón, 2003; Kennedy & Kennerley, 2013).

Es a partir de la década del ´70 que resurge nuevamente el interés por su estudio (Dalenberg et al., 2012; Kennedy & Kennerley, 2013). Algunos factores influyentes fueron, por ejemplo, la cantidad de diagnósticos de TID y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en ex combatientes de la Guerra de Vietnam (Spiegel & Cardeña, 1991). También la incorporación de los trastornos disociativos por primera vez en el DSM III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980), incluyendo el Trastorno de Personalidad Múltiple, el cual sería denominado Trastorno de Identidad Disociativo a partir de la cuarta edición del manual (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). A su vez, a partir de 1983 comienzan a crearse revistas para el estudio de la disociación y en el año 2000 se funda The Journal of Trauma and Dissociation (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2000; Pérez & Galdón, 2003).

Trastorno de Identidad Disociativo

Los trastornos disociativos son definidos como un grupo de síndromes clínicos que abarcan perturbaciones de uno o más de los siguientes dominios: memoria, identidad, funciones de la consciencia y percepción del entorno (Şar, 2011, 2014). Históricamente, el TID ha sido abordado según las nociones psicológicas de la época. De esta manera, ha sido explicado apelando a distintas atribuciones causales, como lo sobrenatural, posesiones, reencarnaciones, el síndrome de desconexión de los hemisferios cerebrales, entre otros (Romero-López, 2016).

El TID suele diagnosticarse durante la infancia, y su emergencia suele ser en la adolescencia y adultez temprana, con un curso crónico (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011; Spiegel, 1996;). La presencia de otros trastornos comórbidos suele ser la regla, más que la excepción, siendo los más frecuentes la depresión y el Trastorno de Estrés Post Traumático (Mueller-Pfeiffer et al., 2012; Şar & Ozturk, 2012). Otros trastornos comórbidos suelen ser los trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos somatomorfos (Boon & Draijer, 1993; Rodewald et al., 2011; Şar & Ozturk, 2012).

Diversos estudios acerca de las formas crónicas y complejas de los trastornos disociativos como el TID, han documentado una alta frecuencia de reportes de traumas psicológicos durante la infancia, entre pacientes disociativos (Boon & Draijer, 1993; Brand & Chasson, 2014; Şar, 2011; Webermann; Şar, Dorahy & Krüger, 2017). Entre ellos, principalmente, casos de abuso sexual en la infancia, de abuso físico, de abuso emocional y de negligencia (Boon & Draijer, 1993; Ross et al., 1990; Ross & Ness, 2010; Şar, Dorahy & Krüger, 2017). Estos estudios postulan que el TID podría vincularse a una infancia con antecedentes de experiencias severas y crónicas de abuso y trauma, comúnmente producidos por una figura de apego (Dorahy et al., 2014; Ross et al., 1990; Şar, Dorahy & Krüger, 2017). La forma más efectiva de tratar este trastorno es por medio de la psicoterapia, con el objetivo de lograr la integración de los estados mentales o partes de la personalidad (Fine, 2007; Şar & Ozturk, 2012, Romero-López, 2016).

Criterios Diagnósticos

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM- 5, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), los criterios que describen las características principales del TID son: A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos; y B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante, y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario. Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 11ª edición (CIE-11, Organización Mundial de la Salud, 2019), introduce en la categoría de Trastornos Disociativos, dos diagnósticos posibles: Trastorno de Identidad Disociativa y Trastorno de Identidad Disociativa Parcial. Las características comunes a ambos son: La alteración de la identidad, definida por la presencia de dos o varias identidades disociativas, con la experimentación de discontinuidades en el sentido de identidad y agencia; las intrusiones pueden ser cognitivas, afectivas, perceptivas, motoras o conductuales (Organización Mundial de la Salud, 2019). La diferencia radica en que el diagnóstico de TID Parcial requiere que las intrusiones de otros estados de la personalidad, no tengan un control dominante sobre la consciencia y el funcionamiento del individuo sino de manera ocasional y mayormente en respuesta a situaciones extremas y recuerdos traumáticos (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Clínicamente, el TID se caracteriza por ser un perfil polisintomático (Ross et al., 1990; Ross & Ness, 2010; Şar & Ross, 2006). El núcleo de síntomas que diferencia al TID de otros trastornos en el DSM- 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) son: a) confusión de la identidad: definida como el sentido subjetivo de incertidumbre acerca de la propia identidad debido a estados del self no integrados; b) alteración de la identidad: comportamientos objetivos que constituyen manifestaciones observables de diferentes identidades; c) amnesia: incapacidad para recuperar información autobiográfica (Dorahy et al., 2014). Además de los síntomas de despersonalización y desrealización. Estas dimensiones sintomáticas son los componentes clínicos principales de los trastornos disociativos (Şar & Ozturk, 2012; Şar, 2014)

OBJETIVO

El presente artículo se propone lograr una mejor comprensión acerca del TID, de los procesos y mecanismos influyentes. Para ello, se presentarán los modelos explicativos, con enfoque cognitivo, que actualmente permiten conceptualizar y explicar el desarrollo del TID.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de los artículos que abordan el Trastorno de Identidad Disociativo desde modelos cognitivos, privilegiando artículos de las últimas tres décadas. El material fue pesquisado en las bases de datos Redalyc, Latindex, Lilacs, PsycINFO® y PubMed Central® utilizando los siguientes términos: “Dissociative disorders”, “Multiple personality disorder”, “Dissociative identity disorder”, “modelo cognitivo y Trastorno de Identidad Disociativo”, “trastornos disociativos”, “modelo cognitivo de trastornos disociativos”, “cognitive model of dissociative disorders”, “Trastorno Disociativos y Teoría Cognitivo Conductual”. No se incluyeron artículos basados en otros marcos teóricos, en diagnósticos de trastorno disociativo psicótico, depresión disociativa y esquizofrenia.

RESULTADOS

A continuación, se presentarán los aspectos más relevantes de la búsqueda realizada. En los estudios, se observa un consenso respecto a la disociación como mecanismo central en la explicación del TID. Los modelos que se describirán, tienen en común a la disociación como respuesta ante la experiencia de situaciones traumáticas, interfiriendo en la manera en que se procesa e integra la información.

Modelos de la disociación y su influencia en el TID

Promediando el siglo XX, con el resurgimiento del interés por el estudio de la disociación, en las investigaciones se destacan dos modelos conceptuales (Kennedy & Kennerley, 2013). Por un lado, la disociación considerada como un constructo dimensional, que se encuentra presente en todos los individuos, en distintos grados (Brown, 2006). De esta manera, los fenómenos disociativos estarían situados en un continuo, desde las formas no patológicas, como los estados de absorción, hasta el TID, como el fenómeno más extremo. Por otro lado, la disociación pensada como fenómenos cualitativamente disímiles (Holmes, et al., 2005), en busca de una explicación complementaria que permita esclarecer las fronteras entre la disociación normal y patológica. Este modelo considera que, fenómenos como la alteración de la identidad y la despersonalización-desrealización, pertenecen a diferentes categorías de experiencia disociativa (Brown, 2006).

Entre los modelos explicativos, de relevancia en la literatura, que han permitido comprender la sintomatología disociativa y el desarrollo del TID, se encuentran los siguientes:

Modelo Dicotómico de la Disociación

Holmes et al. (2005) realizaron un estudio basado en la evidencia, que converge en la distinción de dos modos de disociación cualitativamente distintos, los cuales denominaron distanciamiento y compartimentación. Retomando los trabajos de Allen (2001), Brown (2002a), Putnam (1997) y Cardeña (1994) acerca de la existencia de dos tipos de disociación diferenciados, Holmes et al. (2005) cuestionan el supuesto de la semejanza cualitativa de los fenómenos disociativos.

Según este modelo, el distanciamiento abarcaría fenómenos como despersonalización, desrealización y experiencias fuera del cuerpo, que han sido asociados con situaciones traumáticas (Holmes et al., 2005). Su principal característica es la experiencia subjetiva de un estado alterado de la consciencia, definido por una sensación de separación de ciertos aspectos de la experiencia cotidiana (Holmes et al., 2005). Esto puede implicar la sensación de separación del sentido del self (como la despersonalización), separación del propio cuerpo (experiencias fuera del cuerpo) o del mundo exterior (como la desrealización). Holmes et al. (2005) consideran que los fenómenos de distanciamiento pueden ser organizados en un continuo que se extendería de las formas leves como la fatiga, hacia aquellas experiencias que implicarían un completo estado de “mente en blanco”.

Por otro lado, la compartimentación es definida por una incapacidad para controlar deliberadamente procesos o acciones que normalmente podrían ser controladas (Cardeña 1994; Brown 2002a). Esta categoría abarca fenómenos como la amnesia disociativa, TID, fuga disociativa y síntomas neurológicos inexplicables propios de los trastornos de conversión. Según Holmes et al. (2005) los fenómenos de compartimentación se caracterizan por una disfunción en la habilidad para traer a la consciencia información normalmente accesible; y porque los procesos compartimentados continúan operando normalmente pudiendo influir en las emociones, acciones y cogniciones en curso, a pesar de no ser accesibles al control volitivo (Cardeña, 1994; Brown 2002a).Al igual que en el distanciamiento, se considera que la compartimentación puede organizarse en un continuo definido por el nivel de gravedad y de alteración de la funcionalidad, pudiendo situarse en el final del continuo fenómenos como el TID y Trastornos Somatomorfos (Holmes et al., 2005).

Modelo de Disociación Estructural de la Personalidad

Van der Hart et al. (2004) propusieron un modelo de disociación relacionado a experiencias traumáticas, que permitiría aportar claridad conceptual a la vez de explicar los síntomas y trastornos relacionados a traumas como el TEPT y el TID. Los autores definen la disociación como una falta de integración de la personalidad, que se manifiesta en la existencia de dos o más partes de la personalidad insuficientemente integradas, es decir, disociadas (Van der Hart et al., 2004; Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

Los autores entienden la personalidad como una organización dinámica entre sistemas psicobiológicos que definen las características mentales y comportamentales de un individuo, con una tendencia constante hacia la integración, es decir, diferenciando y vinculando diferentes aspectos de una experiencia (pensamientos, emociones, percepciones, etc.) (Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Estos sistemas psicobiológicos o sistemas de acción serían innatos, dependientes de la experiencia y la maduración. Existirían sistemas de acción defensivos (dedicados a la supervivencia ante amenazas) y otros dedicados a actividades de la vida diaria y supervivencia (por ejemplo, control de energía, búsqueda de apego, sociabilidad, exploración) (Van der Hart et al., 2004). En este contexto, la disociación produciría una división de la personalidad, producto de la incapacidad para integrar experiencias adversas debido a la exposición a eventos potencialmente traumáticos, en conjunción con otros factores como la negligencia por parte de los cuidadores durante la infancia, falta de apoyo social para integrar experiencias adversas, entre otros (Van der Hart et al., 2004; Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

De esta manera, la personalidad se dividiría en dos o más subsistemas, insuficientemente integrados pero estables: una “parte aparentemente normal de la personalidad” (PAN) mediada por sistemas de acción dirigidos al funcionamiento diario; y una “parte emocional de la personalidad” (PE) mediada por sistemas de acción defensivos evocados en el momento del trauma (Van der Hart et al., 2004; Nijenhuis & Van der Hart, 2011). La parte emocional de la personalidad estará fijada a las acciones defensivas y a la re-experimentación del trauma, conteniendo los recuerdos traumáticos y la atención restringida a las señales de posible amenaza (Van der Hart et al., 2004). Mientras la parte aparentemente normal se ocupará del funcionamiento en las actividades diarias, para lo cual evitará los recuerdos del trauma y por ende a la parte emocional (Van der Hart et al., 2004).

A su vez, cada parte disociada comprende una gran cantidad de estados comportamentales y mentales, que tienen sus propias formas de relacionarse, percibir y pensar acerca de sí mismas y del entorno (Van der Hart et al., 2004). Estos estados pueden permanecer latentes o ser activados de manera secuencial o paralela, en el último caso daría lugar a la presencia simultánea de diferentes estados mentales o comportamentales (Van der Hart et al., 2006).

Este modelo explica que los síntomas disociativos son una manifestación de las partes disociadas de la personalidad. De esta manera, estas investigaciones han dividido los síntomas en: negativos, los que implican pérdidas de recuerdos, del control motor, de habilidades y de la conciencia somatosensorial, como por ejemplo, la amnesia disociativa, la pérdida disociativa del afecto y la voluntad, la analgesia disociativa y la afonía disociativa (Nijenhuis, 2004; Van der Hart et al., 2006); y positivos, los que se refieren a las intrusiones de una parte disociada de la personalidad, a través de ideas, reacciones y funciones. Algunos ejemplos pueden ser flashbacks y reviviscencia de eventos traumáticos, pensamientos, movimientos y emociones intrusivas (Nijenhuis & Van der Hart, 2011).

Finalmente, si bien este modelo considera que la disociación estructural es dimensional, han propuesto una distinción en tres niveles a los fines de una mayor comprensión. Cada nivel se diferencia por una creciente complejidad y cantidad de partes disociadas de la personalidad como respuesta a eventos traumáticos, implicando trastornos de distinta gravedad. La disociación estructural primaria comprende a los Trastornos Conversivos y al Trastorno por Estrés Agudo, mientras que la disociación estructural secundaria abarcaría trastornos como el TEPT complejo. El tercer nivel, la disociación estructural terciaria se corresponde con el trastorno de identidad disociativo. En casos de experiencias traumáticas crónicas durante la infancia, la integración normal de los sistemas de acción dedicados a la vida diaria se vería interferida, impidiendo el desarrollo de una personalidad unificada (Van der Hart et al., 2004). Como consecuencia, se produciría más de una parte aparentemente normal de la personalidad y más de una parte emocional, sirviendo a fines adaptativos para sobrevivir a un contexto peligroso. Cada parte aparentemente normal tendrá un campo de consciencia más limitado y atenderá las acciones de la vida diaria propias de su subsistema de acción (por ej. una se hará cargo del cuidado, otra del trabajo)

Modelo de Niveles

La presente teoría se basa en una revisión de un modelo cognitivo conductual, desarrollado por Kennedy et al. (2004). Los autores han tomado la estructura del modelo cognitivo de tres niveles de procesamiento de la información y sistemas de la personalidad propuestos por Beck (1996) y Beck y Clark (1997). Para Beck (1996), la personalidad se compone de un conjunto de "modos", definidos como una serie de esquemas encargados de codificar información cognitiva, afectiva, conductual y fisiológica, generando respuestas en concordancia. En este sentido, la disociación es considerada como un desacoplamiento inhibitorio (compartimentación) de procesos mentales en tres niveles del procesamiento de la información: a) Durante el procesamiento automático del esquema de orientación; b) durante el procesamiento estratégico dentro de los modos, es decir, entre esquemas; y c) en los sistemas de control consciente, es decir, entre modos (Kennedy, 2013). Enmarcada en este modelo de niveles, la disociación implica un cambio desde el procesamiento normal y asociativo de la información, hacia la compartimentación. De esta manera, la disociación podría servir como un proceso defensivo, al mantener a la información traumática fuera de la consciencia (Kennedy, 2013).

En este sentido, la disociación podría influir en cada nivel del modelo de Beck de la siguiente manera:

Disociación Automática

En este nivel, se cree que la disociación ocurriría en el procesamiento de los esquemas de orientación, durante una situación traumática o durante su recuerdo (Kennedy, 2013). Los esquemas de orientación procesan información proveniente del entorno y del cuerpo de manera asociativa, pudiendo reconocer los estímulos amenazantes a través de sus características (color, olor, sonido, etc.), cuando coinciden con información previamente almacenada en tales esquemas (Beck, 1996). Una vez que los esquemas de orientación identificaron un estímulo como amenaza, la información activa respuestas de lucha, huida o congelamiento. A su vez, se activa un mecanismo que podría inhibir el ulterior procesamiento o codificación de la información entrante produciendo síntomas de distanciamiento tales como la despersonalización y desrealización (Kennedy, 2013).

Es por eso que la autora supone que la disociación en el nivel del procesamiento automático, sería un proceso preconsciente (Kennedy et al., 2004). Esta inhibición del procesamiento asociativo, impediría la integración del material traumático y su ulterior elaboración como recuerdos significativos, permaneciendo de manera compartimentada o fragmentada (Kennedy et al., 2004, Kennedy, 2013).

Disociación dentro del modo

Según el modelo de Beck (1996), luego del procesamiento de los esquemas de orientación, se activa un modo como respuesta, el cual contiene información acerca de cómo pensar, sentir, comportarse y responder fisiológicamente ante esa situación. En este nivel, el procesamiento suele ser estratégico, de manera tal que la persona puede observar conscientemente aquello que siente y piensa (Beck, 1996). Esta forma de disociación implica un desacoplamiento entre los nexos asociativos normales entre esquemas cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales dentro de un determinado modo (Kennedy et al., 2004). Como consecuencia, ciertos pensamientos, sentimientos, comportamientos y respuestas físicas se vuelven inaccesibles a la consciencia, es decir, están compartimentados (Kennedy, 2013).

En este nivel, la disociación explicaría los síntomas positivos y negativos: la compartimentación de los distintos esquemas que impediría un acceso volitivo a la información, da lugar a los síntomas negativos. Por ejemplo, la incapacidad de pensar o de caminar, el aplanamiento emocional (Kennedy, 2013). Por otro lado, los síntomas positivos se deberían a la activación de esquemas compartimentados, en momentos inapropiados, produciendo síntomas intrusivos, como recuerdos de un evento traumático (Kennedy, 2013).

Disociación entre modos

La personalidad es una integración de modos, es decir, un conjunto determinado de esquemas que representa la idea del self, denominado sistema de control consciente (Beck, 1996). Este sistema se caracteriza por tener un sentido de identidad, preferencias, valores e intenciones, pudiendo anular en ocasiones la activación de determinados modos (Beck, 1996). Los modos que constituyen la personalidad son aprendidos durante la infancia y al principio se encuentran de manera casi independiente uno del otro. Posteriormente, como consecuencia del desarrollo, son unidos para conformar un sentido integrado del self (Kennedy, 2013).

El supuesto de Kennedy (2013) es que, en el tercer nivel de disociación, ante una situación traumática algunos de estos modos podrían no integrarse, lo cual implicaría una compartimentación de un grupo de modos, con el consecuente desarrollo de un sentido del self diferenciado. En casos como el TID, frente a la exposición continua de vivencias traumáticas en la infancia, la disociación afecta el nexo entre algunos de los modos que conforman la personalidad. Como consecuencia, la estructura de la personalidad se ve alterada, los modos no logran integrarse en un sentido de identidad único, de manera que los grupos de modos compartimentados conformarían distintos estados disociados del self con sus propios sistemas de control consciente, con sus correspondientes preferencias, intenciones, valores y sentido de identidad (Kennedy, 2013)

DISCUSION

El Trastorno de Identidad Disociativo ha sido estudiado como uno de los fenómenos más paradigmáticos de los trastornos disociativos al implicar la presencia de más de una identidad o estado de la personalidad con sus características propias. La literatura converge en que uno de los factores etiológicos más importantes, es una infancia con experiencias traumáticas severas y crónicas en donde la negligencia por parte de los cuidadores suele formar parte de su desarrollo (Dorahy et al., 2014, Şar, Dorahy & Krüger, 2017; Webermann, Brand & Chasson, 2014).

Hacia finales de los '90, las investigaciones acerca del TID experimentaron un declive, poniendo en cuestión su aceptación científica como cuadro diagnóstico (Boysen & VanBergen, 2013). Como consecuencia, si bien se ha logrado gran consenso acerca de su etiología, el TID continúa siendo un diagnóstico que genera controversias. La complejidad diagnóstica ha generado divisiones entre los profesionales de la salud mental: están quienes consideran que los síntomas podrían ser simulados y los que reconocen y aceptan esta categoría psicopatológica (Boysen & VanBergen, 2013). La falta de conocimiento entre los profesionales, acerca de la disociación, los trastornos disociativos y los efectos psicológicos del trauma, han contribuido a la dificultad para realizar el diagnóstico clínico (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). A su vez, muchos de los síntomas inhabilitantes que experimentan los pacientes (por ej. dolores de cabeza, "switching", memorias intrusivas) suelen no tener una clara manifestación observable, o no son comunicados por vergüenza, o falta de consciencia de sus comportamientos, dificultando el diagnóstico (McAllister, 2000; Leonard & Tiller, 2016). En este sentido, las investigaciones más recientes, comienzan a orientarse hacia la definición de estrategias para el adecuado diagnóstico y manejo clínico de pacientes con TID (Leonard & Tiller, 2016).

Los tres modelos descriptos, abordan la disociación como una respuesta psicológica ante eventos traumáticos, que en principio permitiría subsanar el impacto negativo de la experiencia desbordante, pero que a largo plazo apareja consecuencias más duraderas y desadaptativas como los síntomas y/o trastornos disociativos.

El TID ha demostrado ser uno de los casos más extremos de disociación, afectando la unicidad de la personalidad, al servicio de la supervivencia en entornos hostiles (Ross et al., 1990; Nijenhuis & Van der Hart, 2011). Permitiría enfrentar un conflicto entre la necesidad de apego y cuidado, por un lado, y la necesidad de auto preservación por el otro (Johnson, 2009, en Kennedy, 2013; Şar, Dorahy & Krüger, 2017). De esta manera, los diferentes estados del self o "alters" son la manifestación de los intentos de adaptación de una personalidad vulnerable, que de alguna manera intenta sostenerse evitando los recuerdos y experiencias traumáticas.

Una de las dificultades planteadas por los modelos de la disociación es la persistencia de la respuesta disociativa más allá de la situación traumática. Esto implica que la disociación puede ser provocada por estímulos asociados al evento traumático o incluso por situaciones de estrés menos amenazantes (Huntjens, Dorahy & Van Wees-Cieraad, 2013). Un abordaje terapéutico adecuado, debería contemplar la individualidad de la presentación del caso, centrándose en el procesamiento de la experiencia traumática en la memoria autobiográfica, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento más funcionales, para luego focalizarse en la integración de los aspectos de la personalidad.

Para concluir, destacamos la importancia de la investigación del TID, pero también de los Trastornos Disociativos. Ya que, una mayor delimitación y claridad conceptual de los fenómenos disociativos pueden ser herramientas apropiadas a nivel clínico y teórico, para mejorar la comprensión y el manejo por parte de los profesionales de la salud mental, así como para el tratamiento de las personas que lo padecen.

REFERENCIAS

Am. Psychiatr. Assoc. (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (3era Edición) DSM-III. Buenos Aires: Masson.

Am. Psychiatr. Assoc. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ta Edición) DSM-IV. Buenos Aires: Masson.

Am. Psychiatr. Assoc. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta Edición) DSM-5. Buenos Aires: Polemos.

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), Frontiers of cognitive therapy (pp. 1-25). London: Guilford Press

Brown, R. J. (2002a). The cognitive psychology of dissociative states. Cognitive Neuropsychiatry, 7(3), 221-235. Doi: 10.1080/13 546800244000085

Brown, R. J. & ClinPsyD (2006). Different Types of "Dissociation" Have Different Psychological Mechanisms. Journal of Trauma & Dissociation, 7 (4), 7-28. DOI: 10.1300/J229v07n04_02

Boysen, G. A., & VanBergen, A. (2013). A Review of Published Research on Adult Dissociative Identity Disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(1), 5-11. doi:10.1097/nmd. 0b013e31827aaf81

Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.) Dissociation: Clinical and theoretical perspectives (pp. 15-31). New York, NY, US: Guilford Press.

Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin, 138*(3), 550-588. https://doi.org/10.1037/a0027447

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernandez, R., Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(5), 402-417. https://doi.org/10.1177/0004867414527523

Fine, C. G. (2007). Un modelo de terapia cognitiva para el tratamiento del trastorno disociativo de identidad y de problemas similares. En Caballo, V. E. (Ed.) Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos (pp. 335-352). Madrid, España: Siglo XXI.

Friedl, M. C., & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 157*(6), 1012-1013. Doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.1012

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry, 163*(4), 623-629. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.623

Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., & Emrich, H. M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *The Journal of nervous and mental disease, 189*(4), 249-257. Doi: 10.1097/00005053-200104000-00007

Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. Clinical psychology review, 25(1), 1-23. Doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.006

Huntjens, R., Dorahy, M. & Van Wees-Cieraad, R. (2013). Dissociation and Memory Fragmentation. In Kennedy, F., Kennerley, H., Pearson, D. (Eds.). *Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation* (pp. 92-103). London: Routledge.

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011) Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision, Journal of Trauma & Dissociation, 12(2), 115-187, Doi: 10.1080/15299732.2011.537247

Janet, P. (1889). L'Automatisme psychologique. Paris: Felix Alcan.

Janet, P. (1907). The Major Symptoms of Hysteria. London/New York: Macmillan.

Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, C., Fearon, P. & Waller, G. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35(1), 25-48. Doi: 10.1016/j.jbtep.2004.01.002

Kennedy, F. (2013). Dissociation, Personality and Psychopathology: A cognitive approach. In Kennedy, F., Kennerley, H., Pearson, D. (Eds.). Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation (pp. 17-39). London: Routledge.

Kennedy, F., Kennerley, H. (2013). The development of our understanding of dissociation. In Kennedy, F., Kennerley, H., Pearson, D. (Eds.). Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation (pp. 1-16). London: Routledge.

Kluft RP (1993) Multiple personality disorder. In: Spiegel D (ed.) Dissociative Disorders: A Clinical Review. Lutherville, MD: Sidran Press, pp. 17-44.

Kluft, R. P. (1996). Dissociative identity disorder. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives (p. 337-366). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0310-5_16

Leonard, D. & Tiller, J. (2016). Dissociative identity disorder (DID) in clinical practice - What you don't see may hurt you. Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. 24 (1), 39-41. Doi: 10.1177/1039856215604481.

McAllister, M. M. (2000). Dissociative identity disorder: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 7*(1), 25-33. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00259.x

Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Perron, N., Wyss, D., Kuenzler, C., Prezewowsky, C., Pitman, R. K. & Rufer, M. (2012). Global functioning and disability in dissociative disorders. Psychiatry Research, 200(2-3), 475-481. Doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.028

Nijenhuis, E., Van der Hart, O. (2011) Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations, Journal of Trauma & Dissociation, 12:4, 416-445, Doi: 10.1080/ 15299732.2011.570592

North C. S. (2015). The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland), 5*(4), 496-517. https://doi.org/10.3390/bs5040496

Perez, S., Galdón, M. J. (2003). Los Fenómenos Disociativos: Una revisión conceptual. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8(2), 85-108. Doi: 10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3948

Rodewald, F., Wilhelm-Göling, C., Emrich, H. M., Reddemann, L., & Gast, U. (2011). Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(2), 122-131. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318208314e

Romero-López, M. J. (2016). Una Revisión de los Trastornos Disociativos: de la personalidad múltiple al estrés postraumático. Anales de psicología, 32(2), 448-456. Doi: 10.6018/analesps.32.2.218301

Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., & Anderson, G. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. The American journal of psychiatry, 147(5), 596. Doi: 10.1176/ajp.147.5.596

Ross, C. A. & Ness, L. (2010) Symptom Patterns in Dissociative Identity Disorder Patients and the General Population, Journal of Trauma & Dissociation, 11(4), 458-468, DOI: 10.1080/ 15299732.2010.495939

Şar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. Epidemiology Research International, 2011. Doi: 10.1155/ 2011/404538

Şar V. (2014). The many faces of dissociation: opportunities for innovative research in psychiatry. Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology, 12(3), 171-179. https://doi.org/10.9758/cpn.2014.12.3.171

Şar, V., Dorahy, M. J., & Krüger, C. (2017). Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. Psychology research and behavior management, 10, 137-146. https://doi.org/10.2147/PRBM.S113743

Şar, V., & Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. Psychiatric Clinics, 29(1), 129-144. Doi: 10.1016/j.psc.2005.10.008

Sar, V., & Öztürk, E. (2012). Trastorno de Identidad Disociativo: Diagnóstico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y tratamiento. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación, 3(2), 1-21. Recuperado el 14 de enero de 2019 de https://www.researchgate.net/publication/252627103_trastorno_de_identidad_disociativo_diagnostico_comorbilidad_diagnostico_diferencial_y_tratamiento

Şar, V., Önder, C., Kılınçaslan, A., Zoroğlu, SS, Alyanak, B (2014). Dissociative identity disorder among adolescents: prevalence in a university psychiatric outpatient unit. J Trauma Dissociation,15(4):402-419. Doi: 10.1080/15299732.2013.864748

Spiegel, D. (1996). Trastornos Disociativos. En Hales, R., Yudofsky, S., Talbott, J. (Dirs.). Tratado de Psiquiatría (pp. 682-702). American Psychiatric Press Edit. 2ª edición, Barcelona: Ancora S.A.

Spiegel, D., Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. Journal of Abnormal Psychology, 100 (3), 366-378. Doi: 10.1037//0021-843x.100.3.366

Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E. & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. Depression and anxiety, 28(9), 824-852. Doi: 10.1002/da.20874

Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology, 9*, 299-326. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531

Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Avances recientes en la teoría de la disociación. World Psychiatry, 4(2), 82-86. Recuperado el 08 de febrero de 2019 de http://www.sonepsyn.cl/pdf/WP_Spanish_2_2006.pdf#page=20

Van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38(11-12), 906-914. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The Haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York, NY: Norton.

Webermann, A. R., Brand, B. L., & Chasson, G. S. (2014). *Childhood maltreatment and intimate partner violence in dissociative disorder patients. European Journal of Psychotraumatology, 5(1), 24568.* Doi:10.3402/ejpt.v5.24568

World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). The ICD-11 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization.

HTML generado a partir de XML-JATS4R por redalyc.org UAEM