



**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
Especialidad en Psicología Clínica**

**Trabajo final de graduación para optar por el grado de Especialista en Psicología
Clínica**

**Síntomas disociativos
Revisión bibliográfica en torno a instrumentos de valoración con población adulta
en el ámbito clínico**

Licda. Ivannia Chinchilla Badilla, Mag.

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2012**

**PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS
POSGRADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

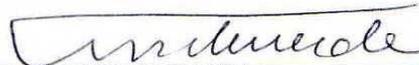
El Posgrado en Psicología Clínica y este Tribunal que lo representa, hace constar que la Licda. Ivannia Chinchilla Badilla, Mag., cédula 1-1033-0520, estudiante de este Posgrado ha cumplido con la realización y presentación del Trabajo Final de Graduación titulado: “*Sintomas disociativos. Revisión bibliográfica en torno a instrumentos de valoración con población adulta en el ámbito clínico*”, el cual se da por aprobado.

Se extiende la presente a los 05 días del mes de Diciembre del año 2012, en la ciudad de San José, Costa Rica.



Dr. Mariano Rosabal Coto, P.hD.

Director del TFG



Dra. Ana María Monteverde Castro

Presidente del Tribunal



Dedicatoria

A mami... origen de mis búsquedas...
destino de mis preguntas...

Índice

Capítulo I: Introducción	6
Capítulo II: Marco conceptual	9
2.1 Breve reseña histórica del concepto de disociación	9
2.2 La comprensión de la disociación desde la nosología psiquiátrica	11
2.3 Aproximaciones teóricas	18
2.3.1 Visión de continuum vrs. compartimentalización y desapego en la comprensión de la disociación	18
2.3.2 Una lectura de la disociación desde el trauma y los vínculos de apego	22
Capítulo III: Problema y objetivos	30
Capítulo IV: Metodología	31
4.1 Estrategia metodológica	31
4.2 Procedimientos para selección y recolección de material bibliográfico	32
4.3 Procedimientos para la sistematización y el análisis de la información	33
4.4 Criterios para garantizar la calidad de la información	34
Capítulo V: Discusión	35
5.1 Escalas para la valoración de síntomas disociativos	35
5.1.1 Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM-IV -Revisada- (SCID-D)	50
5.1.2 Entrevista para los Trastornos Disociativos (DDIS)	51
5.1.3 Inventario Multidimensional de la Disociación (MID)	52
5.1.4 Escala de Experiencias Disociativas (DES)	53
5.1.4.1 Cuestionamientos a la DES-T	55
5.1.4.2 Incongruencia de resultados provenientes de análisis factoriales	58
5.1.5 Cuestionario de Disociación (DIS-Q)	59
5.1.6 Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20) y su versión corta (SDQ-5)	62

5.1.7 Escala del Continuum Disociativo-II (DCS-II)	66
5.2 Escalas para la valoración de síntomas de despersonalización	67
5.2.1 SCI-DER (Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro Despersonalización- Desrealización)	75
Capítulo VI: Conclusiones, recomendaciones y limitaciones	78
Bibliografía	87

Índice de cuadros

Cuadro 1	
Subclasificación de Trastornos disociativos según el DSM-IV	12
Cuadro 2	
Subclasificaciones de Trastornos disociativos incluidas en el CIE-10 no contempladas en el DSM-IV	13
Cuadro 3	
Criterios diagnósticos de Trastornos disociativos según el DSM-IV	15
Cuadro 4	
Esquema de tabulación de la información recopilada	33
Cuadro 5	
Instrumentos reseñados en la literatura para la evaluación de síntomas disociativos	38
Cuadro 6	
Instrumentos referidos por la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación en calidad de medidas especializadas de la disociación	50
Cuadro 7	
Subescalas valoradas por el Cuestionario DIS-Q	60
Cuadro 8	
Limitaciones reportadas respecto al empleo de la Escala de Experiencias Disociativas en el estudio de la despersonalización	68
Cuadro 9	
Instrumentos reseñados en la literatura para la evaluación de la despersonalización	71
Cuadro 10	
Categorías estudiadas en la SCI-DER	76

Capítulo I

Introducción

“El trastorno de identidad disociativo, o DID, es probablemente la condición más controvertida y menos entendida en la historia de la psicología”

(Brenner, 2009, p. 2)

Ahondar en el tema de los fenómenos disociativos no sólo plantea más interrogantes que respuestas, sino que también demanda un esfuerzo comprensivo que trascienda la afinidad con relaciones causales unívocas, formulaciones teóricas que niegan la posibilidad de diálogo con otras lecturas posibles y categorías únicas que no logran reflejar la variedad de manifestaciones y variantes con que la disociación se nos presenta. Tales reflexiones si bien constituyen un punto de llegada tras décadas de estudio en el tema, aún se encuentran en proceso de formulación, esto es, requieren divisar nuevas rutas posibles de encuentro que deparen una visión más integradora de los procesos disociativos (Chefetz, 2006).

En tal marco de desarrollo actual, sin embargo, sobresalen algunos consensos referidos a la dinámica subyacente, tales como la existencia en la disociación de procesos psicológicos complejos independientes del yo consciente, la relación entre experiencias traumáticas y alteraciones momentáneas de la conciencia y el papel de las diferencias individuales en la predisposición para emplear o no este recurso psíquico (Cardeña & Weiner, 2005). Aunado a ello, se reconoce que los fenómenos disociativos evidencian “que la unidad del ‘yo’ no es automática, sino que depende de un proceso de integración vulnerable a elementos internos y externos, presentes y pretéritos” (Cardeña, 1995, p. 517).

Por otra parte, la conceptualización misma del fenómeno remite a un ámbito de controversia y divergencia, en tanto se plantea la inexistencia de una definición de disociación consensuada (Cardeña, 1995; Spitzer, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2006; Richardson, 2009), predominando una acepción particular del fenómeno en diferentes

contextos. Asimismo, aún y cuando desde algunas investigaciones se formula que la mera experiencia de un trauma no es una condición suficiente para la presencia de problemas disociativos, a la vez se desconocen los factores internos y externos que modulan una reacción normal o patológica (Cardeña, 1995).

Justamente, en este último ámbito se cierne una de las actuales áreas de indagación y producción, a saber, la reflexión en torno a si la disociación debe considerarse un constructo tipológico (taxónico, dividido en categorías de normalidad y patología) o continuo (multidimensional, centrado en procesos y en las combinaciones de éstos) (Holden, 2012); cuestión que adquiere relevancia al considerar alternativas de valoración de los síntomas disociativos y analizar las eventuales implicaciones terapéuticas derivadas de éstas.

Al respecto y, dado que la literatura proveniente de otras latitudes (Brenner, 2009; Richardson, 2009; Holden, 2012) registra el empleo predominante de un único instrumento para la evaluación de manifestaciones disociativas -*la Escala de Experiencias Disociativas*-, al cual por demás se le atribuye un uso extendido más allá de sus propiedades psicométricas originales, población meta y constructos teóricos (Spitzer, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2006; Richardson, 2009), el presente trabajo se propone explorar la existencia de otros recursos evaluativos que puedan ser aplicados para complementar el criterio clínico en el marco de los servicios de atención psicológica del sistema de seguridad social costarricense.

Dicho interés investigativo adquiere relevancia teórica no sólo en razón de la ausencia de estudios publicados en el ámbito nacional en materia de disociación, sino también ante el vacío de guías clínicas que orienten la evaluación psicodiagnóstica en este complejo ámbito, por demás interrelacionado con otras entidades nosológicas (Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación, 2011). Así, en el afán de aportar evidencia conducente a orientar buenas prácticas (Marks & Marie, 2004), la presente investigación se perfila como un estudio documental cualitativo de carácter exploratorio o revisión sistemática (Marks & Marie, 2004) que aspira a plantear

una sistematización inicial de instrumentos de escaneo de síntomas disociativos reportados en las dos últimas décadas como recurso diagnóstico con población adulta en el ámbito clínico.

En su desarrollo, el capítulo II inicia con la revisión de los principales referentes teóricos recopilados, incluyendo un breve pasaje histórico, para continuar con la exposición de la visión tradicional de la disociación como continuum, revisar las críticas a esta postura desde el llamado modelo cognitivo integrativo y culminar el recorrido con un repaso de los aportes de la psicología del *self* a la comprensión del trauma, contrastados éstos con las relecturas propuestas por los estudios sobre el apego. Los capítulos III y IV plantean el problema de investigación, los objetivos y el diseño metodológico empleado. Por su parte, el capítulo V presenta los hallazgos en materia de instrumentos diseñados para la valoración de sintomatología disociativa, deteniéndose en el análisis de algunas de sus características teórico-metodológicas para derivar recomendaciones aplicables a la práctica clínica-psicológica. Como corolario, en el capítulo VI, el recorrido repasa algunas reflexiones finales suscitadas a la luz de los resultados.

Capítulo II

Marco Conceptual

Las siguientes líneas plantean un recorrido por referentes históricos y conceptuales básicos que han nutrido las aproximaciones actuales a los trastornos disociativos, su delimitación, evaluación y problematización.

2.1 Breve reseña histórica del concepto de disociación

Tal y como lo apuntan Cardeña (1995) y Cazabat (2005), las descripciones de fenómenos que en la actualidad serían catalogados como disociativos datan de épocas previas a la acuñación misma de dicho nombre en el siglo XIX. Así, es posible identificar registros históricos en los que ya en el año 1646 “Paracelso hace referencia a un caso [...] de personalidad múltiple y en 1791 Eberhardt Gmelin describe minuciosamente un caso que denominó de ‘personalidad cambiada’” (Cazabat, 2005, p.2). Empero, no es sino hasta los estudios de Pierre Janet en Francia en 1889 (Brenner, 2009) que dichas manifestaciones se aprecian a la luz de una perspectiva clínica que les explica como procesos mentales *desagregados* o *disgregados*.

En palabras de Chefetz (2006) y Díaz-Benjumea (2008), Janet es el primer psiquiatra en hablar de “*disgregación de la personalidad*” y conectar el trauma con la disociación, además de emplear ambos conceptos para explicar la histeria, última categoría que en su época “incluía lo que hoy día entendemos como trastorno de estrés postraumático, disociación somatomorfe, trastornos disociativos, trastornos traumáticos complejos y crónicos y trastornos de personalidad histriónico y límite” (Howell citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 6). Al respecto, esta última escritora señala que “la premisa clave de la teoría del trauma de Janet es que, cuando la gente está aterrorizada o abrumada por una emoción extrema, es incapaz de asimilar la experiencia en el marco mental con que cuenta e incapaz de conectar la experiencia con el resto de la historia personal. El terror abrumador interrumpe la coherencia de la experiencia y, como resultado, fallan las funciones sintetizadoras de la psique”.

Si bien, la propuesta de Janet destacaba por no plantear una división mente-cuerpo en la expresión de las manifestaciones disociativas e introducir la ruptura en la conciencia como consecuencia de las experiencias traumáticas, se señala que su trabajo ha sido con frecuencia ignorado e incluso desacreditado, en tanto se le otorgó mayor importancia a otras formulaciones de su época, entre ellas, los estudios sobre la histeria de Freud y Breuer (Chefetz, 2006; Díaz-Benjumea, 2008); los cuales acentuaban el carácter defensivo-activo de la disociación o “*doble conciencia*”, planteándole como una debilidad del yo. En contraste, el planteamiento de Janet destacaba que “la mente traumatizada es abrumada y fragmentada, padece intrusiones y pérdidas”, de manera que la disociación no se considera como una respuesta defensiva-activa del psiquismo, sino como una consecuencia pasiva de una angustia insoportable (Howell citada por Díaz-Benjumea, 2008).

Siguiendo a Díaz-Benjumea (2008), inicialmente, Breuer y Freud compararon el trauma con un cuerpo extraño, como un agente que sigue en funcionamiento a lo largo del tiempo, sosteniendo que su cura estaba dada por la rememoración y la abreación o descarga de afectos. Empero, esta posibilidad de curación podía ser interrumpida tanto por una represión intencionada del pensamiento consciente o por alteraciones del estado de conciencia en los cuales aconteció la experiencia en cuestión (por ejemplo, el miedo o la ensoñación). Así, empiezan a formularse dos modalidades diferentes de disociación en la obra freudiana, a las que posteriormente se suman dos nuevas elaboraciones concordantes con el avance del cuerpo teórico psicoanalítico, a saber, la escisión entre estructuras psíquicas (yo-superyó), así como la escisión del yo, es decir, un proceso en el cual una parte del yo reconoce un determinado hecho y otra no.

Ahora bien, aunado al auge de los planteamientos freudianos y breuerianos, el surgimiento del término “*esquizofrenia*” o “*mente dividida*” desde los trabajos de Bleuler (Chefetz, 2006), propició que la conceptualización de los procesos disociativos se combinara con la esquizofrenia, siendo subsumida por esta última al punto de que es aproximadamente hasta en la década de 1980 que empieza a surgir literatura desde la

cual se diferencian ambos procesos, retomándose el término de “*trastorno de personalidad múltiple*”. Al respecto, Brenner (2009, p.16) apunta que la utilización del término esquizofrenia redujo de manera significativa la identificación de personas con algún “*trastorno de personalidad múltiple*”, postulándose en la actualidad que “algunos éxitos del tratamiento de la esquizofrenia altamente publicitados en realidad pueden haber sido casos de DID (desorden de identidad disociativo) mal diagnosticados”.

Por lo demás, ha privado una amplia gama de denominaciones que reafirman la confusión en torno a la complejidad y dinámica de los fenómenos disociativos. A manera de ejemplo, Brenner (2009, pp. 2-3) apunta cómo al cuadro de mayor desagregación del yo, se le ha catalogado en otros momentos como “personalidad escindida, síndrome de Gmelin, personalidad intercambiada, personalidad múltiple, dobles existencias, doble conciencia, conciencia dual, personalidad dual, doble personalidad, personalidad plural, personalidad disociada, personalidad alterna”, camino que conduce en la actualidad a definirle como trastorno de identidad disociativo.

A manera de síntesis, es posible afirmar con Glover (citado por Brenner, 2009) que el término disociación tiene una “historia accidentada”, destacando que aún y cuando tales fenómenos han sido descritos en la literatura, se han decodificado preferentemente con el lente de la psicosis. Más aún, ello ha propiciado una creciente confusión diagnóstica que todavía priva en la actualidad, pero ante la cual “la resurgencia del interés en el trauma, los avances en la neurociencia y los estudios de estilos de apego en los niños pueden permitirnos hacer mejores distinciones” (Brenner, 2009, p.16).

2.2 La comprensión de la disociación desde la nosología psiquiátrica

Con base en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-R (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995, p. 489), “la característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno que

puede darse de forma repentina, gradual, transitoria o crónica”. Así, es posible distinguir las siguientes variantes:

Cuadro 1

Subclasificación de Trastornos disociativos según el DSM-IV

F44.0	Amnesia disociativa	Se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
F44.1	Fuga disociativa	Se caracteriza por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, acompañados de incapacidad para recordar el propio pasado, de confusión acerca de la propia identidad y asunción de otra identidad nueva.
F44.81	Trastorno de identidad disociativo	Se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
F48.1	Trastorno de despersonalización	Se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad.
F44.9	Trastorno disociativo no especificado	Se incluye para codificar trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no cumple los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico, tales como: desrealización en adultos/as no acompañada de despersonalización, trances de posesión, episodios disociativos en personas sometidas a intensa persuasión coercitiva, entre otros.

Tomado de: Asociación Americana de Psiquiatría (1995, p. 489, 503).

El manual CIE-10 de Trastornos mentales y del comportamiento (Organización Mundial de la Salud, 1992), por otra parte, si bien coincide con el DSM-IV en destacar como factor diagnóstico crucial la identificación de funciones y/oicas no bien

integradas¹, también se diferencia de este último en calificar como disociativos a diversos síntomas conversivos. En contraste, el DSM-IV plantea una separación entre ambos, incluyendo el trastorno de conversión en el capítulo de trastornos somatomorfos, para destacar la importancia del diagnóstico diferencial con las enfermedades neurológicas o médicas.

En esta misma línea divergente, el CIE-10 continúa empleando el adjetivo “psicógeno/a” para referir algunos estados disociativos, incluidos los síntomas de amnesia, estupor, convulsiones, alteraciones de la motilidad y de la sensibilidad para los que no se encuentra una causa física, atribuyéndoseles en consecuencia un origen psicológico. Dicho manual también utiliza el término “personalidad múltiple” para dar cuenta del trastorno disociativo más severo. A diferencia de ello, el DSM-IV no emplea tales denominaciones, sino que evita su uso, acogiendo así el avance de aproximaciones teóricas recientes al tema.

A manera de resumen, el siguiente cuadro presenta aquellas categorías diagnósticas que el CIE-10, a diferencia del DSM-IV, contempla en materia de trastornos disociativos.

Cuadro 2

Subclasificaciones de Trastornos disociativos incluidas en el CIE-10 no contempladas en el DSM-IV

F44.2 Estupor disociativo
F44.3 Trastornos de trance y de posesión
F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad
F44.5 Convulsiones disociativas
F44.6 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas
F44.7 Trastorno disociativo (de conversión) mixto
F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)

¹ Como rasgo común que comparten los trastornos disociativos define: “la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales” (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 189).

F44.80 Síndrome de Ganser

F44.82 Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia o adolescencia

F44.88 Otros trastornos disociativos (de conversión) especificados (confusión psicógena, estado crepuscular psicógeno)

Elaboración propia con base en: Organización Mundial de la Salud (1992) y Asociación Americana de Psiquiatría (1995).

Como parte de otras diferencias que se aprecian entre ambos manuales diagnósticos, puede citarse que, si bien, el CIE-10 establece como criterio para los trastornos disociativos, el que se pueda determinar su “estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o insoportables o relaciones personales alteradas”, el DSM-IV también afirma que la información olvidada es de carácter estresante o traumático; empero, no establece que ésta deba formar parte de un ámbito temporal reciente directamente asociado con el inicio de la sintomatología. Ello adquiere relevancia si se considera que tal gama de sintomatología encuentra un importante asidero psíquico en experiencias tempranas que no logran ser evocadas por la conciencia y tampoco pueden ser establecidas claramente en el tiempo en muchos de los casos.

Finalmente, cabe destacar que el Trastorno de despersonalización (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995) no es contemplado por el CIE-10 como una manifestación disociativa, sino que le clasifica en el rango de “Otros trastornos neuróticos (F48.1)” (Organización Mundial de la Salud, 1992, p. 191) para englobar todas aquellas presentaciones clínicas caracterizadas por síntomas de despersonalización o desrealización, los cuales no forman parte de la categoría de trastornos disociativos. Al respecto, dicho manual aclara que no son incluidos en esta última clase dado que “sólo se afectan aspectos limitados de la identidad personal y no suelen acompañarse de déficits funcionales de la sensibilidad, de memoria o de la motilidad”.

Más allá de las citadas discrepancias, ambas categorizaciones constituyen un marco de referencia básico en la identificación, investigación y discusión respecto a

aquellos síntomas que se consideran o no disociativos. Empero, es posible apreciar que las subdivisiones diagnósticas del DSM-IV responden a una revisión más reciente, de allí que puedan ajustarse aún más al avance de la investigación en el tema. Por lo anterior, resulta oportuno considerar a continuación los criterios diagnósticos que éstas delimitan:

Cuadro 3

Criterios diagnósticos de Trastornos disociativos según el DSM-IV

F44.0	Amnesia disociativa	<p>A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a través del olvido ordinario.</p> <p>B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización y → 1</p> <p>C. ... → 2</p>	<p>... →</p> <p>1. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica o neurológica.</p>
F44.1	Fuga disociativa	<p>A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.</p> <p>B. Confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).</p> <p>C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y → 1</p> <p>D. ... → 2</p>	<p>2. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad de la persona.</p>

F44.81	Trastorno de identidad disociativo	<p>A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).</p> <p>B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.</p> <p>C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.</p> <p>D. ... → 1</p>	
F48.1	Trastorno de despersonalización	<p>A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo.</p> <p>B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.</p> <p>C. ... → 2</p> <p>El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo y → 1</p>	
F44.9	Trastorno disociativo no especificado	<p>Incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuadros similares al trastorno de identidad disociativo que no cumplen todos los criterios para este trastorno (Ej. a. no aparecen dos o más estados de identidad distintos, b. no existe amnesia de alguna información personal importante). 2. Presencia, en adultos/as, de desrealización no acompañada de despersonalización. 3. Estados disociativos que pueden presentarse en personas 	

		<p>que han estado sometidas a períodos de prolongada e intensa persuasión coercitiva (Ej. lavados de cerebro, modificación del pensamiento o indoctrinación).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Trastorno disociativo de trance: alteraciones únicas o episódicas de la conciencia, identidad o memoria propias de ciertos lugares y culturas concretas. 5. Pérdida de conciencia, estupor o coma, no atribuibles a una enfermedad médica. 6. Pérdida de Ganser: trastorno en el que la persona brinda respuestas aproximadas a las preguntas (ej. $2+2=5$), sin asociarse ello con amnesia disociativa o fuga disociativa.
--	--	---

Elaborado con base en: Asociación Americana de Psiquiatría (1995, pp. 489-503).

Aun considerando que tanto para el caso del DSM-IV, como para el CIE-10, ha sido cuestionada la utilidad clínica de sus categorizaciones (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006), en especial desde los estudios transculturales que plantean una mayor amplitud de los fenómenos disociativos, también es cierto que todavía no existe consenso respecto a la definición de disociación (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006), como tampoco respecto al ámbito de acción específico en que ésta se expresa y a sus mecanismos subyacentes (Brown, 2006). Lo anterior encuentra sustento en teorizaciones que defienden la tradicional conceptualización de la disociación como un continuum que se extiende de menor a mayor gravedad², mientras otros acercamientos teóricos postulan como criterio diferencial el tipo de procesamiento de la información que subyace a cada manifestación disociativa (Brown, 2006). A continuación se presentan los principales supuestos que sostienen cada una de tales posturas.

² Modelo del DSM-IV según Brown (2006).

2.3 Aproximaciones teóricas

2.3.1 Visión de continuum vrs. compartimentalización y desapego en la comprensión de la disociación

Tal y como la literatura sobre el tema lo señala (Brunet, Holowka & Laurence, 2001; Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006; Díaz-Benjumea, 2008), a finales del siglo XIX, Pierre Janet fue el primer psiquiatra en conceptualizar la disociación, visualizándola como un fenómeno discontinuo presente solamente en personas con trastornos mentales y particularmente en la histeria. Empero, más allá de estas primeras aproximaciones que le definen como un constructo tipológico, otro sector de la psiquiatría empieza a concebirle como un “proceso dimensional que existe a lo largo de un continuum de experiencias disociativas normales y relativamente comunes, como el soñar despierto, hasta formas severas y clínicamente relevantes tales como los trastornos disociativos” (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006, p. 83).

De este modo, dicha perspectiva dimensional que, a su vez, constituye una de las aproximaciones tradicionales con mayor aceptación clínico-práctica en la actualidad (Brunet, Holowka & Laurence, 2001), se basa en un criterio de progresión y severidad como elemento de diagnóstico diferencial, encontrándose a la base de instrumentos de tamizaje de amplio uso tales como la Escala de Experiencias Disociativas (DES) (Brown, 2006).

Al respecto, Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe (2006) anotan cómo los resultados de la referida escala han sido empleados para identificar si la persona enfrenta o no síntomas disociativos patológicos³; últimos que estarían dados principalmente por indicadores de despersonalización y desrealización. Sin embargo, también apuntan que a pesar de la utilidad de dicha práctica, se reconoce que la referida clasificación de indicadores psicopatológicos de la escala DES corresponde más a un ejercicio empírico que a un procedimiento estadísticamente válido y confiable; el cual,

³ Establecidos por un grupo de 8 ítems de la escala DES denominado “DES-T”.

sin embargo, encuentra respaldo en observaciones clínicas y revisiones teóricas que resaltan la gravedad de síntomas como la despersonalización y la desrealización, en comparación con otros menos severos como la amnesia.

Por su parte, Brown (2006) argumenta que la escala DES contiene pocos ítems que exploren experiencias vinculadas tanto con la amnesia, como con síntomas somatomorfos, de allí que surgiera la necesidad de desarrollar nuevos instrumentos como el Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20)⁴.

Ahora bien, retomando la concepción de continuum en discusión, cabe reseñar el extenso rango de indicadores disociativos que engloba. A modo de ilustración y al tratar la distinción entre disociación normal y patológica, Howell (citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 2) apunta que la primera forma parte de la vida cotidiana de todas las personas, caracterizándose por ser adaptativa y encontrándose en actos como “la concentración o el ensimismamiento ante una tarea en que se excluye de la conciencia cualquier otro contenido, así como en la meditación”. En contraste, detalla que la disociación patológica no está bajo control voluntario y tampoco promueve la integración. Más aún, de acuerdo con su visión, “en general, un exceso de disociación, aunque se realice con fines adaptativos en principio (como estrategia para afrontar un trauma), acaba haciéndose involuntaria y, por tanto, convirtiéndose en patológica” (Díaz-Benjumea, 2008, p. 2).

Desde otra lectura y, en calidad de crítica a estos argumentos, se formula que desde el modelo unitario que respalda la visión de continuum (Brown, 2006), el concepto de disociación se amplía al punto de incluir casi cualquier síntoma que implique una alteración de la conciencia o una pérdida del control mental y/o comportamental. Asimismo, se alega que esta amplitud impide observar las diferencias fundamentales entre los diversos fenómenos categorizados como disociativos (Holmes citado por Brown, 2006).

⁴ Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinen (1996).

Independientemente del debate contemporáneo respecto a la validez de los supuestos y métodos del modelo dimensional, resulta oportuno observar la no articulación de indicadores diferenciales según etapa evolutiva en el diseño de instrumentos de tamizaje emblemáticos como la DES, de modo que pueda registrarse si resulta esperable o no una mayor incidencia de ciertos indicadores disociativos de acuerdo con la edad de la persona. Ello adquiere relevancia en tanto autoras como Howell (citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 2) indican que “la habilidad para disociar es mayor en la infancia y decrece con la edad, excepto en el período de la adolescencia”. De igual modo, Carlson, Yates & Sroufe (in press) argumentan que las conductas disociativas no tienen el mismo significado a lo largo del proceso de desarrollo y, en consecuencia, deben ser analizadas según la etapa en la que se enmarquen.

Como esquema teórico alternativo al reseñado, destaca otra tendencia en la referencia y descripción de las experiencias disociativas, a saber, plantearles en tres niveles distintos: “como una falla de integración de los sistemas mentales, como un estado alterado de conciencia y como un mecanismo de defensa” (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006, p. 83). Con base en esta serie de consideraciones, tanto la primera como la segunda categoría han contado con una mayor producción teórica, al punto de considerarse como dos líneas principales de comprensión y estudio de la disociación, definida la primera como *compartimentalización* y la segunda como *desapego*.

Al respecto, Brown (2006, p. 4) apunta que, basándose en la evidencia aportada por la teoría del modelo unitario de la disociación (visión de continuum), fue posible visualizar otro esquema teórico que “distingue cualitativamente dos clases de fenómenos -desapego y compartimentalización- cada uno con definiciones, mecanismos e implicaciones terapéuticas distintas”. Tal marco conceptual es definido como *modelo cognitivo integrativo* y parte de la premisa de que ambos procesos encuentran su base etiológica en leves distorsiones ocurridas en las funciones de conciencia y de control mental, lo cual conlleva separaciones en determinados niveles de procesamiento del sistema cognitivo.

Más específicamente, Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe (2006, p. 83) acotan que la compartimentalización se caracteriza “por un fracaso parcial o total para controlar procesos deliberadamente, así como para realizar acciones que normalmente pueden ser influenciadas por un acto volitivo”; de este modo, los procesos, funciones e información compartimentalizados siguen desarrollándose normalmente, por separado de aquellos que son influenciados por el control consciente. Asimismo, más allá de su apartamiento de la volición, continúan influenciado tanto las emociones, como las cogniciones y las conductas de la persona. A modo de ejemplo, se apuntan la amnesia disociativa, los síntomas conversivos y otras expresiones de la llamada *disociación somatomorfa*.

Por otro lado, el desapego es definido por “la experiencia subjetiva de un estado alterado de conciencia caracterizado por la alienación del sí mismo o del mundo externo” (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006, p. 84), en el cual, a menudo se presencia “una ausencia o aplanamiento de las experiencias emocionales”, observándose más claramente en fenómenos como la desrealización y la despersonalización. Así, esta última modalidad de disociación ha sido mayormente asociada con experiencias traumáticas, sugiriéndose una clara interferencia de los estados alterados de conciencia en la codificación y consolidación de la información vinculada con los eventos de trauma. Como ejemplo emblemático de esta categorización sobresale el Trastorno de identidad disociativo.

Se afirma, igualmente, que las manifestaciones coincidentes con desapego pueden ocurrir de forma aislada o en conjunto, pero que en cualquier caso la persona preserva el principio de realidad durante la experiencia (Brown, 2006). Por último, a diferencia de la categoría de compartimentalización, también se apunta la existencia de evidencia científica que liga las vivencias de desapego con un correlato neurofisiológico específico (Sierra & Berrios citados por Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006), esto es, con “respuestas neurales reducidas en regiones cerebrales típicamente activadas por estímulos emocionales (ínsula y corteza temporo-occipital) y respuestas neurales

aumentadas en regiones asociadas con la regulación emocional (corteza ventral prefrontal derecha)” (Sierra et al. citados por Brown, 2006, p. 8).

A modo de cierre, cabe citar en este punto, la reconocida dificultad para trazar una clara diferenciación clínica entre síntomas disociativos coincidentes con una función de compartimentalización y aquellos orientados hacia una función de desapego, especialmente si se consideran condiciones clínicas en las que ambas operaciones han sido documentadas, tales como el Trastorno por estrés postraumático (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006; Neacsu, 2007). De este modo, es posible notar que el señalado modelo explicativo se basa en subrayar las divergencias entre las categorías de compartimentalización y de desapego, abstrayendo la mirada de eventuales áreas en común que éstas puedan compartir; acción que introduce una paradoja en la auto-denominación del modelo mismo como ‘integrativo’, por cuanto parece coincidir más bien con un acercamiento epistemológico centrado en la dicotomía y no en la interrelación. En todo caso, no cabe duda de que esta aproximación requiere ser complementada con mayores estudios y discusiones conceptuales que permitan madurar sus supuestos, a la vez que reconocer sus extremos y sopesar el movimiento hacia la *tipología* de la disociación que encubre este modelo de la compartimentalización-apego.

2.3.2 Una lectura de la disociación desde el trauma y los vínculos de apego

Otra serie de aproximaciones comprensivas a los fenómenos disociativos provienen del psicoanálisis, ámbito desde el cual se registran tanto formulaciones que continúan otorgándole al trauma un peso preponderante en la génesis y evolución de los síntomas disociativos (Howell citada por Díaz-Benjumea, 2008; Brenner, 2009), así como otras posturas que destacan los vínculos de apego desorganizado como escenario precursor y potenciador de ciertas expresiones disociativas (Chu & DePrince, 2006; Brenner, 2009).

En lo que concierne a la primera línea de trabajo, Howell (citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 3) define la disociación como una “respuesta adaptativa frente al

trauma, permitiendo que el individuo sobreviva a aquél. Protege del dolor y del conocimiento insoportables y preserva un sentido de seguridad y control”; de tal manera, le cataloga como un legado biológico que se activa ante vivencias abrumadoras con el fin de tomar distancia de la angustia enlazada al trauma.

Por su parte, Brenner (2009), más allá de considerar los eventos traumáticos en abstracto o desligados de etapas evolutivas, intenta contextualizar el impacto que éstos pueden tener en momentos iniciales del desarrollo psíquico, cuando el/la niño/a aún no cuenta con mecanismos defensivos bien desarrollados. A la luz de estas consideraciones, habla de un *trauma severo temprano*, el cual puede implicar consecuencias para la psique infantil en un ámbito que se extiende desde la esquizofrenia hasta la psicopatología disociativa, cuya máxima expresión es el Trastorno de identidad disociativo. Así, en cualquier variante de este continuum se evidencian perturbaciones en el desarrollo del *self*, las cuales pueden resultar “en la formación de un *self* psicótico infantil (en la esquizofrenia) o un *self* ‘no soy yo’ en el trastorno de identidad disociativo” (Brenner, 2009, p. 20).

Continuando con esta reflexión, es oportuno diferenciar las condiciones psíquicas particulares en las cuales se gesta el desarrollo del *self* infantil, escenario que inicialmente puede describirse como estados de conciencia y comportamiento discretos que de manera paulatina son modulados por las personas que cuidan del/la bebé, esto a partir de la calidad de la experiencia afectiva (Carlson, Yates & Sroufe, in press, p. 9). Así, un entorno sostenedor, consistente y responsivo propiciará la consolidación de capacidades adaptativas para la automodulación emocional, el control de impulsos y la flexibilidad frente a las demandas del entorno. Como contraparte, si el/la niño/a enfrenta una hipo o hiper-activación “su emergente capacidad para la regulación será sobrepasada y el desarrollo de la organización del *self* puede ser fragmentada” (Carlson, Yates & Sroufe, in press, p. 9).

Si bien, es claro hasta este punto que al aproximarse a la relación entre experiencias traumáticas y disociación, la psicología del *self* ha aportado elaboraciones

esclarecedoras, también es cierto que algunas de sus formulaciones no han propiciado la distinción precisa entre síntomas psicóticos y/o disociativos, argumentando que manifestaciones como “voces discutiendo, inserción o robo del pensamiento” pueden entenderse ahora “como actividades de otro-una parte disociada del *self*” (Díaz-Benjumea, 2008, p. 9).

Aunado a ello, se registran críticas a los *modelos bipolares* más tradicionales de la psicología del *self*, desde los cuales el *self* unificado representa el polo de la salud en contraposición a un *self* múltiple o disociado vinculado con la patología (Díaz-Benjumea, 2008). Al respecto, autoras como Howell (citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 4) proponen la validación de otro esquema

en el que hay una multiplicidad flexible, adaptativa, en el polo de la salud y una pseudounidad patológica al acercarnos al polo de la psicopatología. En este extremo estaría el trastorno disociativo de la personalidad, que presentaría mayor disociación pero no mayor multiplicidad. La cuestión es que la conexión entre estados puede ser defensiva, realizada para pretender una unidad simple y evitar la complejidad de las manifestaciones humanas contradictorias.

Siguiendo a esta misma autora, la psique humana estaría compuesta “por múltiples *selves* parciales, a su vez subdivididos y con mayor o menor grado de conexión” (Howell citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 4), postura que se aparta de la clásica visión del *self* como una entidad global, integral, unitaria e invariable. Con base en esta comprensión, al estudiar los fenómenos disociativos debería centrarse la atención no en la multiplicidad, sino en la desconexión de los *selves*, es decir, “que las diferentes partes o perspectivas procedan como si no existieran las otras” (Díaz-Benjumea, 2008, p. 6). Más aún, afirma esta autora que la conexión de dichos estados mentales “surge a través de las conexiones con otra gente, a través de la narración”, de manera que la coherencia del *self* puede favorecerse al compartir una narrativa personal con una persona cercana, lo cual a su vez propicia el que partes del sí mismo/a no bien integradas puedan “oír o ser sensibles a los afectos y deseos de otros estados”. En

síntesis, no se aspira a reducir la multiplicidad, sino a lograr una coexistencia armónica entre diversos estados y unidades psíquicas.

Ahora bien, al retomar el papel del apego, Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi (2006), apuntan que aún en la década de los noventa se conocía poco acerca de la etiología y el desarrollo de la disociación, postulándose preferentemente que en la base de este cuadro se encontraban experiencias traumáticas. Empero, tal explicación resultaba limitada en tanto también se había identificado que personas sin historial de trauma podían presentar algún trastorno disociativo, de la misma forma que la vivencia de un trauma no necesariamente implicaba la presencia de disociación.

La investigación en este nuevo ámbito de la producción psicoanalítica condujo a que en la actualidad se reconozca que “la relación más temprana madre-infante tiene implicaciones para el desarrollo de síntomas y defensas disociativos” (Brenner, 2009, p. 5), esto tras estudios longitudinales que, sin registrar antecedentes claros de experiencias traumáticas, identifican la correlación entre patrones de apego desorganizado⁵ (Chu & DePrince, 2006; Díaz-Benjumea, 2008; Brenner, 2009), la asociación del maltrato infantil con respuestas de temor-estrés activadas desde el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (Díaz-Benjumea, 2008; Brenner, 2009; Carlson, Yates & Sroufe, in press) y el desarrollo de síntomas disociativos en la persona menor de edad. En dichos escenarios tempranos, la imposibilidad de que el niño/a cuente con personas significativas que le permitan integrar las emociones displacenteras derivadas de las vivencias de frustración y ambivalencia, potencia la desintegración de tales fragmentos de experiencia.

En este sentido, se afirma que “la comunicación perturbada en el diálogo madre-infante” (Brenner, 2009, p. 21) sienta las bases para que la operación defensiva de la disociación se instale en mayor o en menor medida en la psique infantil y continúe

⁵ Siguiendo a Howell (citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 21), el apego desorganizado se encuentra asociado con el maltrato y la insensibilidad de los/as cuidadores/as. En estos casos, el niño/a “se encuentra en el dilema de buscar seguridad de un cuidador que al mismo tiempo teme, con lo cual se pueden desarrollar modelos internos de trabajo múltiples, segregados, incompatibles”.

operando en la vida adulta. Más concretamente, esta misma autora sostiene que “la investigación evolutiva y la reconstrucción a partir del trabajo psicoanalítico con personas adultas sugieren que el Trastorno de identidad disociativo requiere precursores en la infancia, aún cuando las regresiones psicóticas no específicas y disociativas pueden resultar del trauma adulto en sí” (Brenner, 2009, p. 21).

En consonancia con el papel primordial que la calidad de los vínculos de apego desempeñan en el desarrollo o no de modalidades disociativas de relación, Howell (citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 2) también recuerda que “la disociación no sólo procede del trauma, sino también de entornos familiares caóticos, abusivos o negligentes, de dilemas de apego y de ansiedad severa producida por relaciones interpersonales”. Así, reafirma la importancia que reviste el tipo de vínculos de cercanía, empatía, intimidad, coherencia y sintonía que las personas significativas establecen con el/la niño/a en sus primeros contactos con el mundo.

En este mismo tema, continúa apuntando Howell (citada por Díaz-Benjumea, 2008, p. 21) que, a diferencia de otros tipos, el apego desorganizado “es el que se caracteriza por una mayor segregación de sistemas”, encontrando una alta asociación con vivencias de maltrato y negligencia, pero también con una conducta parental asustadora, asustada o insensible, así como con “estrategias de cuidado contradictorias y falta de habilidad en las figuras parentales para regular la emoción de miedo en el niño”. Se afirma, asimismo, que dicha modalidad de apego lesiona “la habilidad para pensar y describir la experiencia personal de un modo coherente y la habilidad para pensar empáticamente sobre lo que otros están pensando” (Díaz-Benjumea, 2008, p. 22). Justamente dicha observación coincide con las teorizaciones de Fonagy y su grupo de colaboradores/as, quienes concluyen que “el apego desorganizado interfiere con la habilidad para mentalizar, esto es, pensar lo que otros están pensando, habilidad que se desarrolla cuando el niño puede encontrar su estado mental representado en la mente de la persona cuidadora” (Díaz-Benjumea, 2008, p. 22).

Valga acotar que la referida capacidad para mentalizar conlleva también la posibilidad de traducir instrumentalmente, en la vida cotidiana, la gama de representaciones simbólicas construidas en torno a las experiencias afectivas propias y ajenas (Carlson, Yates & Sroufe, in press).

Desde otra línea de trabajo basada también en el análisis de los vínculos de apego parento-filiales, Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi (2006, p. 67) apuntan que la crianza o la disciplina inconsistentes, el grado de riesgo familiar y la disociación en los padres guardan una estrecha relación con grados elevados de disociación en la vida adulta. Al respecto, subrayan que el apego desorganizado no siempre constituye un predictor consistente de posterior sintomatología disociativa en la vida adulta, sino que el factor determinante consiste en el tipo de diálogo que se establece a lo largo de la infancia, el cual también se suma a las características del vínculo de apego constituido en los primeros dos años de vida. En palabras de las autoras, el “camino hacia los síntomas disociativos del adulto parece estar más fuertemente influido por el contexto potencialmente duradero de las formas alteradas de la comunicación entre padres e hijo que por la vulnerabilidad [...] indicada por las conductas de vínculo desorganizado del niño”.

Desde esta postura, los elementos clave que se articulan en el desarrollo temprano para propiciar respuestas disociativas forman parte de patrones duraderos que, tras operar diariamente en la infancia, logran consolidar comunicaciones afectivas alteradas. Así, se observa una combinación de expresiones abiertamente hostiles con otras de orden pasivo, tales como “las desviaciones del cuidado ‘más tranquilas’, como la evitación del contacto emocional, no responder a las propuestas del niño o mostrar respuestas contradictorias, de inversión de papeles o desorientadas, cuando las necesidades del vínculo del niño aumentaban” (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi, 2006, p. 69).

Aunado a ello, la investigación de dichas psicoanalistas también coincide en afirmar que la capacidad de las figuras de apego para modular el despertar del miedo en

el niño/a incide a la vez en el desarrollo de síntomas disociativos; en otras palabras, si en la infancia no se cuenta con una figura que proporcione la regulación básica para el manejo de esta emoción, el niño/a se verá en la obligación de desarrollar una estrategia para reducir su despertar fisiológico frente al estrés moderado, la cual puede consistir en una adaptación disociativa.

Ahora bien, más allá de las precisiones conceptuales que impulsan a Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi (2006) a no emplear el término de apego desorganizado como variable explicativa de la sintomatología disociativa adulta, es posible apreciar que su descripción de los patrones comunicacionales coincide con un claro núcleo ambivalente que oscila entre respuestas hostiles-variables-evitativas de parte de las figuras adultas que nutren emocionalmente al/la niño/a; núcleo que justamente ha sido definido por otros/as autores/as como *apego desorganizado*. Así, independientemente del nombre con que se le quiera signar, es evidente que en la vinculación primaria que orienta hacia la disociación privan catexias negativas que tras una exposición prolongada tienden a sobrepasar los recursos adaptativos de la persona menor de edad, pero cuya operación también debe comprenderse en el marco de redes complejas de variables ambientales, sociales, familiares y genéticas.

Hasta este punto, es claro que cierto tipo de vínculos primarios que las figuras significativas establezcan con el/la niño/a propicia el desarrollo de mecanismos defensivos como la disociación; de modo tal que la explicación centrada en el trauma da cuenta de un posible, pero no único factor causal. En este ámbito, otros acercamientos también llaman la atención acerca de la articulación entre componentes relacionales y constitucionales del/la bebé. A manera de ejemplo, Carlson, Yates & Sroufe (in press), parten de una perspectiva evolutiva para afirmar que la presentación o no de síntomas disociativos patológicos depende de la interrelación de factores como la calidad de cuidados que le provea al/la niño/a su entorno familiar, así como de las capacidades constitucionales del/la bebé, vinculadas éstas especialmente con elementos maduracionales y temperamentales.

Destacadas estas posibles vinculaciones, es factible observar que en el marco psicoanalítico y, en relación con el estudio de la disociación, se ha gestado un avance hacia la elaboración de perspectivas más integradoras, no excluyentes entre sí, sino más bien complementarias. Empero, aún permanece vigente una suerte de culpabilización de la figura materna del apego desorganizado y *selves* desconectados en el niño/a, entre otros hallazgos tendientes a lo psicopatológico. Con ello, se sugieren sesgos de género, desdibujándose la participación que en dichos procesos juegan no sólo otros integrantes del grupo familiar, sino también el contexto sociocultural que moldea los imaginarios tanto personales como sociales.

La revisión conceptual articulada hasta este punto revela la complejidad de los fenómenos disociativos, así como la emergencia de nuevas formulaciones respecto a su etiología, dinámica y manifestaciones posibles. A la vez, destaca la necesidad de integrar escenarios que históricamente han adolecido de un mayor diálogo teórico y epistemológico, como lo son las ciencias cognitivas, las neurociencias y las corrientes en psicoanálisis que privilegian, ya sea el trauma o la psicología del *self*, como explicación central de dichos procesos psíquicos.

Más allá de la paradójica *disociación* que emerge en el estudio de la *disociación*, adquiere relevancia emplear las teorizaciones formuladas hasta el momento en calidad de focos de lectura, ello en la labor de analizar su vinculación con los instrumentos actualmente reportados en la literatura como herramientas para la valoración de síntomas disociativos. Así, es posible cuestionar preliminarmente: ¿cuál de los modelos teóricos citados en esta revisión ha inspirado mayores recursos evaluativos?, ¿es posible registrar algún instrumento de evaluación que integre los presupuestos de varias de las posturas teóricas citadas?, ¿qué alcances y limitaciones se atribuyen a cada instrumento?, ¿qué retos futuros se ciernen en materia de investigación y evaluación en disociación? Tales preguntas específicas aspiran a encontrar mayor elucidación a partir de una interrogante principal -abordada en posteriores apartados- y que se centra en indagar el tipo de recursos documentados en la valoración de los fenómenos disociativos.

Capítulo III

Problema y objetivos

Problema de investigación

¿Qué instrumentos de valoración de síntomas disociativos han sido reportados en las dos últimas décadas como recurso diagnóstico con población adulta en el ámbito clínico?

Objetivo general

- Realizar una indagación documental en torno a instrumentos de valoración de síntomas disociativos en el ámbito clínico para población adulta divulgados de 1990 en adelante.

Objetivos específicos

- Identificar instrumentos diseñados para la evaluación de síntomas disociativos divulgados como recurso diagnóstico y/o de investigación con población adulta.
- Determinar las principales características teórico-metodológicas de dichos instrumentos.
- Discutir alcances y limitaciones en la aplicación de tales recursos evaluativos en el tamizaje y en la valoración psicodiagnóstica con población adulta.

Objetivo externo

- Brindar insumos a la comunidad profesional en psicología clínica y psiquiatría del sistema de seguridad social costarricense respecto a instrumentos de escaneo de síntomas disociativos por emplear con población adulta consultante.

Capítulo IV

Metodología

4.1 Estrategia metodológica

La presente investigación se propone como un estudio documental cualitativo de carácter exploratorio que aspira a plantear una sistematización inicial de instrumentos de escaneo de síntomas disociativos para el caso de población adulta. Se caracteriza como una investigación bibliográfica y/o documental en tanto se conceptualiza como “un análisis de la información escrita sobre un determinado tema, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posturas o estado actual del conocimiento respecto al tema objeto de estudio” (Bernal, 2006, p. 110). Aunado a ello, aspira a aportar insumos para la elaboración de nuevas preguntas con base en el conocimiento previamente construido “que sirvan de apoyo a estudios posteriores de distinto corte” (Gómez, 2010, p. 6).

Siguiendo a Marks & Marie (2004), el estudio planteado coincide con el carácter de revisión sistemática en tanto se propone la integración de evidencia acerca de un tema particular, esto a partir de los hallazgos identificados en fuentes relevantes. Destaca, en este sentido, el uso extendido de tal modalidad de investigación en el contexto científico actual en aras de orientar buenas prácticas basadas en evidencia (Marks & Marie, 2004; Stake, 2010), al cual se le adiciona la ventaja de proveer una comprensión a profundidad del campo de conocimiento escogido (Marks & Marie, 2004).

El carácter exploratorio del estudio se basa en la inexistencia de investigaciones nacionales que previamente hayan documentado el estado del arte en lo que respecta a instrumentos para la valoración de síntomas disociativos para cualquier grupo poblacional, consignándose en este sentido una ausencia de producción nacional que haya sido publicada en las bases de datos disponibles a nivel digital. Así, partiendo de tal vacío de información y reafirmando la importancia de contar en los servicios de

atención en salud mental con instrumentos de escaneo que complementen el criterio clínico, emerge la necesidad de esbozar una sistematización inicial que brinde una visión preliminar de los recursos existentes, sus presupuestos, alcances y limitaciones posibles.

Para tales efectos, esta investigación se basará en la selección de material bibliográfico diverso cuyo contenido verse sobre el tema de trastornos disociativos, incluidas su conceptualización y evaluación.

4.2 Procedimientos para selección y recolección de material bibliográfico

Siguiendo a Marks & Marie (2004) y Stake (2010), en esta fase del proceso investigativo se recurrirá a materiales bibliográficos tanto publicados, como no publicados, que resulten relevantes para el tema de estudio. Al respecto, tales autores/as apuntan que una revisión sistemática de la literatura específica sobre un tema no debe restringirse sólo al ámbito de las revistas científicas, sino que también debe extenderse a otras fuentes impresas o no impresas, entre ellas, disertaciones, conferencias, reportes institucionales, ensayos; todo esto con el objetivo de obtener una mejor comprensión de la comunicación que circula respecto a la temática de interés.

Con base en lo anterior, se recopilará documentación existente en bases de datos tanto de acceso libre en la web, como disponibles mediante la plataforma virtual de la Universidad de Costa Rica, que cumpla con los siguientes criterios de selección:

- a. Material divulgado en vías electrónicas e impresas que aporte tanto textos provenientes de revistas científicas, como de libros, conferencias, presentaciones, informes y otras fuentes.
- b. El documento se encuentra escrito en idioma español o inglés.
- c. Su divulgación data de las dos últimas décadas⁶.

⁶ Se escoge tal límite temporal en tanto diversa literatura le reporta como el período en el cual se observa un auge en el estudio de la disociación y en el diseño de instrumentos de evaluación correspondientes (Cardeña & Weiner, 2004; Cardeña & Weiner, 2005 y Richardson, 2009).

- d. El contenido del artículo versa sobre evaluación de síntomas disociativos en sus variantes de trastorno disociativo, despersonalización, desrealización, amnesia o fuga disociativa.
- e. La población meta de la escala y/o instrumento presentado es adulta.

4.3 Procedimientos para la sistematización y el análisis de la información

Una vez realizada la búsqueda documental en las bases de datos disponibles en la web que reporten información vinculada con la valoración de síntomas disociativos en el ámbito clínico, se iniciará la lectura respectiva esbozando una síntesis inicial (Marks & Marie, 2004) a partir del siguiente esquema de tabulación:

Cuadro 4
Esquema de tabulación de la información recopilada

a. Instrumento de evaluación discutido	
b. Autores/as	
c. Categoría	- Cuestionario (autoadministrado, administrado por la persona evaluadora) - Entrevista semiestructurada o estructurada
d. Estructura	- Número y tipo de ítems
e. Duración	
f. Características principales	- Modelo teórico que le sustenta - Diseño metodológico (confiabilidad, validez) - Consideraciones de calificación - Análisis de los resultados
g. Críticas	- Alcances y limitaciones reportadas

Elaboración propia

Tales segmentos de datos podrán ampliarse y/o modificarse en función del tipo de información recabada y las categorías peculiares que ésta pueda plantear en el proceso de codificación. Tras concluir este primer nivel de ordenamiento, en un segundo momento se compararán las citadas unidades de análisis entre sí “para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones” (Hernández, Fernández & Baptista, 2006, p. 634). Así, el ejercicio analítico continuará hasta que los datos adquieran el carácter de ser repetitivos o redundantes, etapa en la cual se habrá cumplido el criterio de saturación de categorías (Hernández, Fernández & Baptista,

2006) y se procederá a analizar en detalle los hallazgos y enlaces registrados hasta este punto.

4.4 Criterios para garantizar la calidad de la información

En aras de asegurar el rigor de la investigación se recurrirá a los criterios de suficiencia y de adecuación (Barrantes, 2007). En el primer caso cuando se alcance un estado de “saturación informativa”, esto es, cuando el material aportado por los materiales recopilados no aporte información novedosa. En el segundo caso, seleccionando aquella documentación que cumpla con los criterios de selección formulados.

Aunado a ello, en las diversas fases del proceso investigativo se integrarán las observaciones del equipo asesor del estudio, contemplando así la revisión de pares (Marks & Marie, 2004).

Capítulo V

Discusión

5.1 Escalas para la valoración de síntomas disociativos

Tal y como lo señalan Cardeña & Weiner (2004), Cardeña & Weiner (2005) y Richardson (2009), es especialmente a partir de la década de los años noventa que se observa un incremento en el diseño de diversos instrumentos para la evaluación de la disociación, algunos de los cuales se han perfilado solamente como herramientas de *screening* (tamizaje), sin fines diagnósticos específicos.

Si bien en las líneas siguientes se esbozará una revisión de los recursos actuales disponibles en materia de evaluación de síntomas disociativos, cabe considerar inicialmente algunas reflexiones preliminares con miras a la selección de dichos instrumentos con objetivos clínicos. Así, de previo a su elección, Cardeña & Weiner (2005) sugieren iniciar con una evaluación global que permita elaborar una primera impresión diagnóstica, como parte de la cual se logren establecer los síntomas que causan mayor deterioro en el funcionamiento de la persona, así como una descripción funcional de la aparición de éstos: “por ejemplo, si los períodos de desrealización suceden cuando se confronta un estímulo específico” (Cardeña & Weiner, 2004, p. 5).

En este último tema, dichas autoras resaltan que las entrevistas y cuestionarios existentes a la fecha para la evaluación de la disociación, “por lo general no evalúan el grado de disfunción producido por el trastorno, que depende no sólo de la frecuencia o severidad de los síntomas, sino también de factores como los estilos de afrontamiento” (Cardeña & Weiner, 2004, p. 5). Ante ello, se recomienda recurrir a medidas más generales de funcionalidad definidas por la American Psychiatric Association (DSM-IVR) y a literatura especializada en materia de estrategias de afrontamiento y psicología positiva.

Valga acotar, hasta este punto, que las principales fuentes de información diagnóstica incluyen tanto las respuestas conductuales (observadas por personas

cercanas y por el/la evaluador/a), como los auto-informes; datos a partir de los cuales también resulta fundamental discriminar si el cuadro referido coincide con “procesos disociativos crónicos y persistentes (disociación como rasgo)” o con “reacciones a un evento vital (disociación como estado)” (Cardeña & Weiner, 2005, p. 2).

Por su parte, la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación⁷ (2011) subdivide los recursos psicométricos actualmente disponibles para la evaluación de esta entidad clínica en: a. entrevistas comprensivas estructuradas administradas por el/la evaluadora, b. instrumentos comprensivos de auto-reporte y c. instrumentos breves de auto-reporte con fines de tamizaje. Aún y cuando también reconoce el empleo de otras pruebas psicodiagnósticas complementarias⁸ -orientadas a proveer información acerca de componentes cognitivos y de personalidad del/la paciente-, advierte que estos últimos recursos no fueron específicamente diseñados para la detección de trastornos disociativos, de allí que su análisis pueda derivar en diagnósticos errados. Tal riesgo se ve intensificado en la medida en que la persona evaluadora: “a. no tenga familiaridad con las respuestas típicas en dichas pruebas por parte de personas con sintomatología disociativa, b. confíe primordialmente en las escalas de puntaje no normadas para población con cuadros disociativos, c. no administre pruebas adicionales específicas para la valoración de la disociación y d. no indague específicamente acerca de la presencia de síntomas disociativos a lo largo de la entrevista clínica” (Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación, 2011, p. 193).

Aunado a este énfasis en el empleo de recursos diagnósticos especializados, la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (2011) destaca, asimismo, la complejidad del espectro disociativo y su interrelación con otros cuadros clínicos. Al respecto, apunta que una amplia gama de trastornos bipolares, afectivos, psicóticos, convulsivos y de personalidad limítrofe emergen como los principales falsos negativos en el diagnóstico de trastorno de la identidad disociativa y de trastornos disociativos no especificados. Así, insiste en que tal confusión diagnóstica ocurre

⁷ International Society for the Study of Trauma and Dissociation.

⁸ Tales como el Test Rorschach, MMPI-II, WAIS y MCMI-III.

“cuando la entrevista no incluye preguntas acerca de disociación o trauma o se enfoca en las condiciones comórbidas más evidentes, también cuando la evaluación se desvía de aspectos principales del proceso tales como desarrollar un adecuada alianza terapéutica y de confianza” (Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación, 2011, p. 193).

Justamente, el reconocimiento de que los síntomas disociativos forman parte central de otras presentaciones clínicas tales como el trastorno de estrés postrauma, los trastornos de somatización e incluso la esquizofrenia (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka, 2010; Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación, 2011; Holden, 2012), demanda una mayor precisión en el abordaje diagnóstico, haciendo uso de instrumentos ampliamente estudiados, con propiedades psicométricas claras y constructos teóricos bien definidos.

Retomando entonces la gama de recursos evaluativos específicos en el tema de disociación, incluida la salvedad de que los cuestionarios de rasgos o experiencias disociativas “no permiten establecer un diagnóstico de trastorno disociativo, pero pueden servir como un indicador general de las tendencias disociativas de la persona y sugerir una evaluación clínica más detallada” (Cardeña & Weiner, 2004, p. 6), se exponen a continuación los principales recursos evaluativos identificados en la presente investigación bibliográfica.

Cuadro 5

Instrumentos reseñados en la literatura para la evaluación de síntomas disociativos⁹

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
Dissociative Experiences Scale (DES)	Bernstein & Putnam (1986)	Cuestionario	28 reactivos, cada uno por ser contestado en una escala de intervalos cada 10 puntos.	Variable para cada persona.	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionario más utilizado para valorar disociación. -Evalúa características disociativas estables (“rasgos”). -Cuenta con dos traducciones al español. - Se reporta una versión validada para Suramérica por Martínez-Taboas (1995, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> - Su validez requiere aún mayor clarificación con distintas muestras y metodologías (Cardeña, 1995). - Contiene pocos ítems que exploren características vinculadas con la amnesia y síntomas somatomorfos (Brown, 2006). - No discrimina eventual simulación de síntomas, por lo que también se recomienda distribuir el instrumento

⁹ Reseñados según orden cronológico.

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
						<p>entre aquellos/as que conocen mejor a la persona evaluada, esto en aras de contrastar los datos (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requiere al menos nivel secundario de estudios para ser respondida (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). - A diferencia del SDQ-20, no discrimina entre trastorno bipolar y trastornos somatomorfos (Nijenhuis, 2000).

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
Perceptual Alterations Scale (PAS)	Sanders (1986)	Cuestionario	60 ítems basados en reactivos del MMPI que evalúan la presencia de fenómenos disociativos, particularmente patológicos ¹⁰	-- ¹¹	-Los ítems se centran en alteraciones volitivas y cognitivas. Algunas preguntas están enfocadas a los trastornos alimenticios. - Autor reporta buena fiabilidad del instrumento.	--
Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED)	Riley (1988)	Cuestionario	26 preguntas calificadas de forma dicotómica.	--	- Autor refiere buenos niveles de fiabilidad y validez. - Se reporta su alta	-Se califica como menos eficaz que el DES en la aproximación diagnóstica (Cardeña & Weiner, 2004).

¹⁰ Acotan al respecto Cardeña & Weiner (2005, p. 4) que “se han propuesto dos escalas más, basadas en el MMPI, la Phillips Dissociation Scale (PDS, Phillips, 1994) y la North Carolina Dissociation Index (NCDI; Mann, 1995), pero Hansen y Gold (1997) encontraron serias limitaciones en ambas”.

¹¹ Simbología que indica la ausencia de datos disponibles en este apartado particular, de acuerdo con los alcances de la presente investigación.

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
					correlación con el DES (0.82) y una estructura factorial semejante (Cardeña & Weiner, 2004).	-Poco utilizado.
Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)	Ross (1989)	Entrevista estructurada	132 preguntas.	Entre 30 a 45 minutos.	-Proporciona información sobre síntomas disociativos, trastorno de somatización, personalidad límite y depresión, además de síntomas de esquizofrenia, abuso de sustancias e historia de abuso infantil.	-Aún no traducida al español. -Tiende a diagnosticar en exceso, en comparación con el SCID-D (Cardeña & Weiner, 2004). - Autores/as reportan que su fiabilidad entre evaluadores independientes no era muy alta (0.68), aunque tenía buena sensibilidad y especificidad para trastornos disociativos severos (Cardeña & Weiner, 2004).

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)	Steinberg (1993)	Entrevista estructurada	Consta de una historia psiquiátrica de 150 a 260 preguntas según las respuestas de la persona.	Aplicación puede requerir más de una hora / se recomienda entrenamiento previo.	-Forma más amplia de evaluación de la disociación. -Evalúa incidencia (pasada y presente) de la amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de identidad, alteración de la identidad y otras reacciones asociadas como cambios abruptos de estado de ánimo y voces internas. - Se reportan excelentes propiedades psicométricas (Cardeña & Weiner, 2004).	-Aún no traducida al español. -Duración extensa de la aplicación.
Somatoform Dissociation Questionnaire	Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck,	Cuestionario de autoreporte.	20 ítems por contestar en una escala	Pocos minutos de aplicación.	Se propone evaluar la severidad de la disociación somatomorfa a partir de la	--

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
(SDQ-20)	Van der Hart & Vanderlinen (1996)		Likert de 5 puntos.		identificación de síntomas somáticos (como dolor y/o disfunción urinaria o genital, disgusto por olores o sabores particulares, sensación de adormecimiento corporal, pseudo-convulsiones, sordera, ceguera, incapacidad de sentir dolor, cambios en la percepción del sonido y la distancia).	
Dissociation Experiences Questionnaire (DIS-Q)	Vanderlinen et al. (1993)	Cuestionario	63 preguntas, incluyendo la mayoría del DES.	--	- Conformado por 4 escalas: 1. Confusión de identidad / fragmentación (25 ítems). 2. Pérdida de control sobre el comportamiento (18	--

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
					<p>ítems).</p> <p>3. Amnesia (14 ítems).</p> <p>4. Absorción (6 ítems).</p> <p>- Autores/as reportan buenos índices de fiabilidad y validez en investigaciones epidemiológicas en Europa (Cardeña & Weiner, 2004).</p>	
Clinical Administered Dissociative States Scale (CADSS)	Brenner et al. (1998)	Cuestionario	19 ítems para ser contestados por la persona y 8 por el clínico o la clínica ¹² .	--	- Grupo de autores/as refieren buenos índices de fiabilidad entre distintos evaluadores/as y de validez demostrada por su comparación con el DES y con el SCID-D, así como por su capacidad para	--

¹² En adelante, entiéndase clínico/a como un/a profesional con especialización acreditada en psicología clínica.

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
					diferenciar pacientes con TID. - Se le atribuye, asimismo, buena validez predictiva (Morgan et al., 2001 citados por Cardeña & Weiner, 2004).	
State Scale of Dissociation (SSD)	Kruger & Mace (2002)	Cuestionario	56 ítems.	--	Ítems miden el estado disociativo justo en el momento en que la persona lo contesta.	Se registra una sola publicación.
Scale of Dissociative Activities (SODAS)	Mayer & Farmer (2003)	Cuestionario	--	--	-Instrumento elaborado con base en una versión (CES) ¹³ que reduce a 5 las posibilidades de respuesta de la DES.	Poco utilizada (Cardeña & Weiner, 2004).

¹³ CES (*Curious Experiences Survey*), escala desarrollada por Goldberg en 1999 como una versión corta de la escala DES (Richardson, 2009).

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
					-En el diseño se integra la técnica de muestreo de la experiencia.	
Multiscale Dissociation Inventory (MDI)	Briere, Weathers y Runtz (2005)	Cuestionario	30 ítems.	5 – 10 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> - Se solicita puntuar la frecuencia en que cada ítem se presenta en el último mes, esto en una escala de 5 puntos (1=nunca, 5=muy a menudo). - Valora 6 escalas: desvinculación, despersonalización, desrealización, constricción emocional, trastornos de la memoria y disociación de la identidad. - Autores mencionan muy buena consistencia interna 	<ul style="list-style-type: none"> - El instrumento no se puede utilizar de forma gratuita. - Se reporta un escaso número de estudios respecto a sus propiedades psicométricas (Talbert, 2010).

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
					y validez (Cardeña & Weiner, 2004).	
Multidimensional Inventory of Dissociation (MID)	Dell (2006)	Cuestionario auto-administrado	218 ítems.	30 – 90 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> -Cuestionario de disociación más extenso. -Incluye 23 escalas disociativas y 6 de validez. - Mide 14 facetas principales de la disociación patológica. - Diseñado para uso clínico, orientado a evaluar personas con combinación de síntomas disociativos, post-traumáticos y limítrofes. - Se anotan correlaciones muy altas con el DES, DIS-Q, SCID-D, SDQ-20 y el 	-Su calificación sólo puede realizarse mediante un software por adquirir.

Instrumentos para la valoración de la disociación						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
					QED, así como una buena consistencia interna y una capacidad predictiva excelente para TD severos (0.90; según Dell citado por Cardeña & Weiner, 2004).	
Dissociation Questionnaire Japanese Version (DIS-Q-J)	Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka (2010)	Cuestionario	-Compuesto por 63 ítems en una escala Likert de 5 puntos.	--	- Formada por 4 Subescalas (confusión de identidad / fragmentación, pérdida de control respecto al comportamiento, amnesia, absorción). - Autores reportan una alta consistencia interna y una alta correlación con la DES.	- Estudio reconoce la no representatividad de los datos reportados en razón de las muestras reducidas.

Elaboración propia con base en Brown (2006), Cardeña (1995), Cardeña & Weiner (2004), Nijenhuis (2000), Nijenhuis (2003), Cardeña & Weiner (2005), Talbert (2010), Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini, Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano (2008), Richardson (2009) y Van Ijzendoorn & Schuengel (1996).

Además de las escalas citadas, Cardeña & Weiner (2005) señalan algunas otras que no han contado con mayor replicación¹⁴ o que, sin ser específicas para valoración de síntomas disociativos, son recomendadas en el diagnóstico diferencial de sintomatología disociativa reactiva a un evento vital, transitoria y reciente. En esta última línea destacan no sólo el Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ) (Cardeña, Classen, Koopman & Spiegel citados por Cardeña & Weiner, 2004) para evaluación de probables reacciones psicológicas ante un evento traumático¹⁵, sino también el Peritraumatic Dissociation Questionnaire (PDQ) (Marmar, Weiss & Metzler citados por Cardeña & Weiner, 2004)¹⁶, orientado al mismo objetivo.

Más concretamente, Cardeña (1995, p. 514) recuerda que en la escogencia de la escala o entrevista por aplicar deben considerarse los fines específicos de empleo y la población de interés, esto es, si se requiere un instrumento rápido de tamizaje la autora da cuenta de la amplia utilización tanto de la “*Dissociative Experiences Scale (DES)*” como la *Escala de Absorción (TAS)*¹⁷ o el *Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED)*”. En cambio, si los propósitos son diagnósticos con poblaciones clínicas, sugiere el empleo tanto del “*Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS)*” como el *Structured Clinical Interview-Dissociative Disorders (SCID-D)*” al considerarlas como las opciones que permiten una mayor profundización en la entrevista clínica.

En concordancia con la postura de la citada investigadora, la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (2011) define como instrumentos especializados para la valoración de la sintomatología disociativa los siguientes, según categoría:

¹⁴ Tal es el caso de la escala denominada *General Dissociation Scale (GDS)* (Sapp & Hitchcock, 2001), la cual se reporta utilizada sólo en un estudio, en el que en apariencia obtuvo una correlación moderada con el DES ($r = 0.5$) (Cardeña & Weiner, 2004).

¹⁵ De acuerdo con Cardeña (1995, p. 513), éste consiste en un “instrumento de autoinforme que investiga síntomas disociativos y de ansiedad posteriores a un acontecimiento traumático y se ha utilizado para investigar reacciones a incendios, terremotos y presencia de ejecuciones”.

¹⁶ Último que “mide exclusivamente reacciones disociativas a eventos traumáticos, tiene 10 ítems y versiones de auto-informe o para ser cumplimentadas por el/la clínico/a. Sus autores mencionan que posee buena consistencia interna y varias formas de validez (Marmar, Weiss, & Metzler, 1998)” (Cardeña & Weiner, 2004, p. 9).

¹⁷ Escala del “Cuestionario multidimensional de personalidad” (*Multidimensional Personality Questionnaire*) de Tellegen y Atkinson, el cual data de 1974 (Cardeña, 1995).

Cuadro 6

Instrumentos referidos por la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación en calidad de medidas especializadas de la disociación

Categoría	Instrumento
a. Entrevistas comprensivas estructuradas administradas por la persona evaluadora.	- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM-IV -Revisada- (SCID-D). - Entrevista para los Trastornos Disociativos (DDIS).
b. Instrumentos comprensivos de auto-reporte.	- Inventario Multidimensional de la Disociación (MID).
c. Instrumentos breves de auto-reporte con fines de tamizaje.	- Escala de Experiencias Disociativas (DES). - Cuestionario de Disociación (DIS-Q). - Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20) y su versión corta (SDQ-5).

Elaboración propia con base en Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (2011).

Partiendo de tales criterios, en las siguientes líneas se profundizará en cada uno de los instrumentos referidos, adicionando al análisis la Escala del Continuum Disociativo- II¹⁸ (DCS-II) (Holden, 2012), en tanto su última versión se perfila como una alternativa reciente a la Escala de Experiencias Disociativas (DES).

5.1.1 Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM-IV -Revisada- (SCID-D)

De acuerdo con Richardson (2009), dicha entrevista fue originalmente diseñada en 1993 por Steinberg para incorporar los criterios diagnósticos de los trastornos disociativos contemplados en el DSM-III; empero, posteriormente fue actualizada para ajustarse al DSM-IV. Se reconoce como un instrumento semi-estructurado aplicado por

¹⁸ Dissociative Continuum Scale.

un/a clínico/a para identificar la severidad y la fenomenología de cinco síntomas disociativos primordiales, a saber, amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de identidad y alteración de identidad -los cuales constituyen a su vez las subescalas de la entrevista para efectos de puntuación-. Los hallazgos resultantes permiten la clasificación de la sintomatología a partir de las cinco categorías establecidas por el DSM-IV para la disociación.

Siguiendo a Bowman & Coons (2000), esta entrevista provee una puntuación total que va de 5 a 20 puntos, resultante de la suma de los puntajes obtenidos en cada una de sus subescalas. Cada una de ellas brinda una calificación que se interpreta de la siguiente manera: 1= síntoma ausente, 2=síntoma leve, 3= síntoma moderado, 4= síntoma severo. A su vez, en la aplicación se solicita al/la evaluador/a excluir la sintomatología disociativa que pueda derivarse de una causa orgánica¹⁹.

Como ventajas, no sólo se señala el que su formato permite el aporte de mayor información cualitativa por parte de la persona evaluada, sino que también la fluidez del relato puede brindar espontáneamente información requerida en temas sensibles (tales como experiencias de abuso sexual infantil) sin que el/la entrevistador/a realice preguntas intrusivas (Richardson, 2009). Se apunta, asimismo, que la información recopilada mediante este recurso es la que mayormente aporta al diagnóstico diferencial (Bowman & Coons, 2000; Richardson, 2009), en especial ante la existencia de comorbilidad asociada. Por otro lado, en calidad de limitaciones se destaca la extensa duración de su aplicación, dado que el protocolo requiere de dos a tres horas para ser administrado de forma adecuada (Richardson, 2009).

5.1.2 Entrevista para los Trastornos Disociativos (DDIS)

Esta entrevista, desarrollada por Ross, Heber, Norton, Anderson, Anderson & Barchet (1989), inicialmente se formuló como un recurso para el diagnóstico de los trastornos disociativos con base en los criterios del DSM-III, siendo posteriormente

¹⁹ Calificativo tradicionalmente asignado a etiología de orden neuroanatómico y/o neurofuncional.

actualizada según los parámetros del DSM-IV. Siguiendo a Richardson (2009), el protocolo es administrado por un/a evaluador/a y se organiza en 16 secciones, para un total de 131 ítems que generalmente se aplican con personas sobrevivientes de experiencias traumáticas, ello en aras de diagnosticar indicadores de somatización, trastorno límite de la personalidad, trastorno depresivo mayor, así como las cinco tipologías de trastornos disociativos indicadas en el DSM-IV.

La entrevista también incluye preguntas relativas a antecedentes de atención psiquiátrica, abuso infantil de tipo físico o sexual, síntomas disociativos, así como síntomas Shneiderianos de primer rango (SFRS)²⁰ (Cardeña, 1995; Richardson, 2009). En calidad de ventajas se cita su traducción a diversos idiomas, incluido el español, así como su menor tiempo de aplicación en comparación con la SCID-D (Richardson, 2009).

Valga destacar que los instrumentos comprensivos revisados hasta este punto, si bien demandan un mayor tiempo de aplicación, en comparación con los cuestionarios de auto-reporte, sobresalen por aportar una mayor confiabilidad al diagnóstico de los trastornos disociativos (Richardson, 2009); de allí la importancia de considerarles como una herramienta de primera mano en caso de requerir mayor precisión clínica y criterios diferenciales en el análisis y en el abordaje.

5.1.3 Inventario Multidimensional de la Disociación (MID)

Tal inventario, formulado en 2006 por Dell (citado por Chu, 2011) se categoriza como un instrumento diagnóstico de auto-administración orientado a evaluar de manera comprensiva el amplio espectro de los fenómenos disociativos, ello a partir de la evaluación de 14 facetas patológicas principales (Richardson, 2009). Es en este sentido que se le atribuye una mayor cobertura de la sintomatología alusiva en comparación con

²⁰ Referidos por Ross, Heber, Norton, Anderson, Anderson & Barchet (citados por Cardeña, 1995) como experiencias extrasensoriales en las cuales entidades y/o fuerzas desconocidas se perciben como ajenas a la persona, actuando sobre ésta. Como ejemplo se cita el percibir que los propios pensamientos, sentimientos o acciones están siendo controladas por otros/as, además de la escucha de voces.

otras escalas existentes (Chu, 2011). Específicamente contiene 218 ítems, de los cuales 168 exploran síntomas disociativos y 50 forman parte de una escala de validez. Sus posibilidades de respuesta se extienden a lo largo de 11 puntos en una escala Likert cuyos extremos están definidos por los calificativos *nunca* y *siempre* (Chu, 2011).

De acuerdo con Richardson (2009), dicho cuestionario fue elaborado particularmente para la investigación clínica y para el diagnóstico diferencial de pacientes que presentaban comorbilidad disociativa, postraumática y límite.

5.1.4 Escala de Experiencias Disociativas (DES)

Consiste en un cuestionario desarrollado en 1986 por Bernstein & Putnam (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka, 2010), el cual explora la presencia de 28 rasgos disociativos a lo largo de la vida de la persona, cada uno correspondiente a un ítem del cuestionario. Inicialmente, la primera versión presentaba a la persona respondiente una línea trazada de 0 a 100 en la cual debía indicar el porcentaje de tiempo en que se presentaba cada síntoma (Ruiz, Poythress, Lilienfeld & Douglas, 2008); posteriormente, la versión DES-II incluye una escala de 11 puntos que van del 0% al 100% -cada uno con un incremento de 10%- para escoger aquél que indica la frecuencia de cada experiencia.

Siguiendo a Cardeña (1995, p. 513), la DES “evalúa características disociativas estables”, con base en tres factores principales “amnesia, despersonalización y absorción”, incluyendo en este último ámbito a aquellas experiencias en que la persona se abstrae de su realidad inmediata al permanecer absorta en algún detalle o contexto de ésta. En síntesis, es reconocida como un instrumento de tamizaje cuyos resultados sugieren la eventual disposición de la persona para desarrollar algún trastorno disociativo (Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini, Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano, 2008).

Destaca Richardson (2009) que, en sus orígenes, los autores conceptualizaron la DES como una escala sólo válida para evaluar el grado de disociación general en el marco de una medida continua. Más aún, sus ítems se desarrollaron a partir de entrevistas con personas que cumplían con los criterios del DSM-III para trastornos disociativos y de consultas con clínicos/as expertos/as en el tratamiento de dichos cuadros. Los ítems resultantes se vinculaban con alteraciones en la identidad, memoria, conciencia y cognición, así como sentimientos de desrealización, despersonalización o fenómenos asociados como “*déjà vu* y absorción” (Richardson, 2009, p. 38), excluyéndose enunciados que pudieran confundirse con alteraciones del humor o de los impulsos. Así, de acuerdo con Richardson (2009), no se pretendía que la escala desarrollada originalmente se aplicara con poblaciones normales (*no-clínicas*), ni que constituyera un instrumento diagnóstico.

Desde esta primera versión, la puntuación de 30 se definió, por consenso, como el punto de corte para dividir una muestra entre “personas con bajos niveles de disociación y personas con elevados niveles de disociación” (Richardson, 2009, p. 40). Valga destacar que, en términos de sus propiedades psicométricas, se reportó desde entonces una alta confiabilidad test-re-test²¹ (Richardson, 2009), una alta consistencia interna²² (Richardson, 2009) y una alta validez concurrente en relación con medidas basadas en entrevistas estructuradas como la SCID-D y la DDIS²³ (Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Apuntan, Maaranen, Tanskanen, Hintikkaa, Honkalampi, Haatainen, Koivumaa-Honkanen & Viinamäki (2009, p. 48) que la DES “se desarrolló como un instrumento para determinar la contribución de la disociación en diversos trastornos psiquiátricos y como instrumento de cribado de los síntomas disociativos”. Destacan, además, que ésta ha sido la escala usada con mayor frecuencia “para evaluar dimensionalmente la

²¹ $r = 0.84$ (Bernstein & Putnam citados por Richardson, 2009) y $r = 0.96$ (Frischholz et al. citados por Richardson, 2009).

²² De acuerdo con Richardson (2009, p. 213): 0.95 (Frischholz et al., 1990); 0.93 (Wright & Loftus, 1999) y 0.92 (Zingrone & Alvarado, 2001).

²³ Apuntan Van Ijzendoorn & Schuengel (1996) que para el caso de la SCID-D equivale a $d=2.05$ y para la DDIS corresponde a $d=1.81$. [d = coeficiente de Cohen, entendiéndose como relación débil ($d=0.20$), mediana (0.50) y fuerte (0.80)].

disociación en muestras tanto clínicas como no clínicas” y que, más allá del enfoque dimensional que inicialmente le inspiró, se han introducido nuevos análisis orientados a discriminar -a partir de sus resultados- las formas patológicas de aquellas no patológicas (modelo tipológico), esto a partir de la definición del DES-T²⁴ (disociación patológica).

En relación con esta última, se cita que un análisis taxonómico de la citada escala dio lugar a una distinción empírica entre una modalidad no patológica de disociación y otra discontinua-patológica (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006); última que puede ser identificada por la presencia de 8 ítems denominados “Taxón DES (DES-T)”, los cuales evalúan primordialmente la despersonalización y la desrealización.

Tal división, sin embargo, ha generado diversos cuestionamientos, en especial, cuando se dirige la mirada hacia la constitución misma de la DES, el modelo teórico dimensional al que se adscribe y la divergencia de éste con perspectivas tipológicas que aspiran a delimitar categorías no contempladas en el diseño original de la escala, últimas coincidentes con los sistemas de clasificación dominantes, tales como el DSM-IV, desde los cuales se asumen los trastornos mentales como constructos categóricos o taxónicos, no continuos (Richardson, 2009). A continuación se repasan brevemente éstas y otras críticas cernidas en torno a los desarrollos posteriores de la DES.

5.1.4.1 Cuestionamientos a la DES-T

Al respecto, señalan Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe (2006, p. 83), que si bien existe consenso en torno a la utilidad del taxón de disociación patológica sugerido en dicha escala, “su valor clínico y científico podría ser reducido debido a problemas metodológicos”. En este punto, acotan que, si bien algunos equipos de investigación han sugerido su identificación a partir de procedimientos estadísticos complejos, otros equipos han abogado ya sea por seguir las clases dimensionales establecidas en la escala o por no adscribirse a puntuaciones de corte rígidas. En este marco, apuntan Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe (2006) que los resultados de tal variada gama de

²⁴ Conocida también como categoría taxonómica (Maaranen, Tanskanen, Hintikkaa, Honkalampi, Haatainen, Koivumaa-Honkanen & Viinamäki, 2009).

investigaciones resultan difíciles de comparar, de modo que se requiere establecer a futuro un método aceptable para definir empíricamente la disociación patológica, dado que no constituyó un objetivo teórico ni práctico de sus autores.

Richardson (2009), por otra parte, aporta valiosos hallazgos al proponerse replicar investigaciones previas orientadas a la validación de un taxón disociativo, esto con una muestra de 602 participantes australianos/as²⁵, escogidos/as en aras de cumplir criterios de calidad del estudio taxonómico²⁶. Así, señala que, en contra de las expectativas iniciales, sus análisis no aportaron evidencia acerca de la presencia de un taxón disociativo en la muestra referida. La incongruencia de estos resultados, en comparación con otros trabajos previos que defienden dicho taxón, “subraya tanto la necesidad de actuar con cautela en sub-dividir personas que obtienen puntuaciones altas según los 8 ítems definidos en la DES-T, así como la necesidad de continuar una mayor investigación con otras muestras”²⁷ (Richardson, 2009, pp. 131-132).

En esta misma línea, tanto Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe (2006), como Maaranen, Tanskanen, Hintikka, Honkalampi, Haatainen, Koivumaa-Honkanen & Viinamäki (2009), alertan acerca de la inestabilidad temporal de las puntuaciones derivadas de la DES-T y la permanencia en dicho taxón, ambas condiciones que se han reportado reducidas a un período aproximado a dos meses (Watson citado por Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2006), tornándose variables tras éste. Así, se ha recolocado el acento en la necesidad de implementar estudios longitudinales, no transversales, que permitan comprender si dichos cambios en la presentación de la sintomatología permiten reafirmar el carácter dimensional de la disociación, cuestionándose entonces la pertinencia de recurrir a constructos tipológicos que tildan de patológicas ciertas presentaciones, con lo cual se sugiere su linealidad y no su posibilidad de transformación.

²⁵ Distribuidos/as como sigue: 369 hombres (61.3%), 232 mujeres (38.54%), 53.5% veteranos de guerra, 27.7% estudiantes y el restante 18.8% proveniente de servicios accesibles para la autora (cuestionarios ubicados en espacios de consulta clínica varios e Internet).

²⁶ De acuerdo con Richardson (2009), un análisis taxonómico es un método estadístico que se propone indagar la existencia de categorías presentes naturalmente en un fenómeno determinado, aún y cuando éstas no puedan ser identificadas de manera precisa.

²⁷ Traducción libre del inglés al español por parte de la autora.

Richardson (2009) también apunta que los hallazgos de su investigación son consistentes con el modelo de la disociación como *continuum*, sugiriendo que un eventual “taxón disociativo podría ser descubierto empleando otra medida distinta a la DES” (Richardson, 2009, p. 294)²⁸, aunque, a la vez, reconoce la posibilidad de que la disociación sea tanto dimensional como categórica, tal y como ocurre con la depresión (Beach & Amir citados por Richardson, 2009). Asimismo, plantea que, en caso de que los indicadores de la disociación patológica existan, se requerirá más tiempo y esfuerzos en su búsqueda.

Por otra parte, aún y cuando algunos/as autores/as sugieren que sólo las experiencias de abuso sexual en la infancia correlacionan significativamente con la severidad de los síntomas disociativos medidos por la DES (Bru, Santamaría, Coronas y Cobo, 2009), Richardson (2009) menciona que, en su estudio, el abuso sexual infantil demostró ser sólo uno de varios factores que contribuyen al incremento de las puntuaciones en disociación, demostrándose que la sintomatología disociativa para personas con tal experiencia traumática no era cualitativamente distinguible como patológica.

En este punto, resulta notoria la discrepancia de resultados en torno a la confiabilidad y validez de formular un constructo tipológico en el marco de un instrumento dimensional como la DES, reafirmando que la extensión del uso de la DES-T como recurso para la identificación de manifestaciones de disociación de tipo patológico se corresponde con una práctica clínica empírica respaldada en el ejercicio profesional, más que con fundamentos teóricos, metodológicos y epistemológicos bien definidos desde la investigación.

²⁸ Traducción libre del inglés al español por parte de la autora.

5.1.4.2 Incongruencia de resultados provenientes de análisis factoriales

En este tema, Ruiz, Poythress, Lilienfeld & Douglas (2008) acotan cómo en el caso de la DES, los análisis factoriales han sido inconsistentes, identificándose diversas investigaciones que reportan una alta variabilidad en el número de factores principales evaluados, últimos que van desde 3 y hasta 7 en algunos estudios, hasta un único factor registrado en otros estudios (Carlson et al. Citados por Richardson, 2009). Al respecto, señalan cómo esta inconsistencia, las altas correlaciones entre los factores y el fracaso de éstos para correlacionar de manera diferencial y significativa con criterios diagnósticos, plantean dudas razonables acerca de la utilidad clínica de las puntuaciones particulares por factores de la DES, más allá de la puntuación total.

En contraste, Wright & Loftus (1999) si bien coinciden en señalar la variabilidad de factores que integran dicha escala, atribuyen tal dato a estudios realizados con poblaciones no clínicas, entendiendo por éstas últimas a pacientes no consultantes en servicios de psicología y psiquiatría. Así, recuerdan que la población meta del instrumento estaba constituida originalmente por usuarios/as con seguimiento en servicios de salud mental por sintomatología disociativa; aspecto relevante, en tanto el tipo de ítems por contestar tiende a generar confusión en personas sin antecedentes similares.

En este mismo tema, Wright & Loftus (1999) apuntan que al emplear la DES con poblaciones no clínicas, los resultados tienden a mostrar efectos *piso* severos y sesgos importantes, de allí que desde algunos sectores se proponga la utilización de una versión modificada, denominada DES C, la cual introduce una escala que, en lugar de recurrir a la selección de porcentajes, posibilita la elección de comparaciones sociales: “mucho menos que otros/as”, “parecido a otros/as” y “mucho más que otros/as”. No obstante, tales posibilidades de respuesta pueden verse sesgadas por tendencias de la persona evaluada, ya sea a sobredimensionar atributos negativos o positivos de sí, así como a contestar de acuerdo con criterios de discapacidad social; situaciones que

pasarían desapercibidas en tanto la DES no cuenta con escalas de validez ni de confiabilidad internas.

Valga señalar, asimismo, que los creadores de dicho instrumento advirtieron en contra de emplear los resultados de análisis factorial con el fin de establecer subescalas para medir componentes de la disociación (Richardson, 2009), dado que éste no fue el fin de su elaboración. A pesar de ello y de tal amplitud de factores identificados, desde su introducción, la DES se ha perfilado como el instrumento diagnóstico principal para la identificación de sintomatología disociativa (Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini, Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano, 2008), notándose que las dudas respecto a la precisión de sus datos y la adscripción de éstos a un modelo teórico dimensional o categorial de la disociación no se traducen necesariamente, en la práctica clínica, en la aplicación de nuevos instrumentos de escaneo.

Así, siguiendo a Van Ijzendoorn & Schuengel (1996) es posible afirmar que la validez de dicha escala no sólo se limita a la validez de la teoría sobre disociación en la cual se basa, sino también a los enlaces que se han establecido entre ésta y otros marcos conceptuales que parten de presupuestos epistemológicos divergentes y desde los cuales se han legitimado nuevos usos²⁹. Empero, tal discordancia parece no haber sido reflejada ni documentada en el desarrollo de la DES.

5.1.5 Cuestionario de Disociación (DIS-Q)

Desarrollado en 1993 por Vanderlinen et al. (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka, 2010), es caracterizado como el único instrumento para la valoración de la disociación desarrollado en el Oeste de Europa (Nilsson & Göran, 2006). Así, originalmente en su formulación se contó con muestras belgas³⁰ y holandesas³¹ atendiendo la recomendación de estandarizar las valoraciones de acuerdo con las particularidades culturales. En cuanto a sus propiedades psicométricas, se cita una

²⁹ Como la definición del taxón de disociación patológica.

³⁰ N=374 (Vanderlinen citado por Nilsson & Göran, 2006).

³¹ N=378 (Vanderlinen citado por Nilsson & Göran, 2006).

adecuada consistencia interna³², una alta confiabilidad test-retest³³, así como una elevada validez concurrente³⁴ entre la DES y el DIS-Q³⁵ (Nilsson & Göran, 2006).

Dicho cuestionario de autoreporte comprende 63 ítems cuya respuesta se estructura en una escala Likert de 5 puntos³⁶. Las respuestas brindadas por la persona aportan un puntaje total y otro específico para cada una de las siguientes subescalas:

Cuadro 7
Subescalas valoradas por el Cuestionario DIS-Q

Subescalas
1. Confusión de identidad / fragmentación (25 ítems)
2. Pérdida de control sobre el comportamiento (18 ítems)
3. Amnesia (14 ítems)
4. Absorción (6 ítems)

Elaboración propia con base en Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka (2010).

El cuestionario, traducido a diversos idiomas (Nilsson & Göran, 2006), cuenta asimismo con una reciente versión japonesa (DIS-Q-J) (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka, 2010) cuya confiabilidad y validez se estimó con base en la Escala de Experiencias Disociativas (DES). Para ello, el citado equipo investigador tomó como muestra a un grupo de 107 pacientes (32 con trastornos disociativos, 28 con trastorno obsesivo-compulsivo, 24 con trastorno de estrés postraumático y 23 con trastornos de alimentación) y otro grupo control conformado por 83 pacientes. Como hallazgo, se resalta la alta consistencia interna del DIS-Q-J³⁷ y de la DES³⁸, tanto en la muestra

³² α Cronbach=0.96 para la escala total y α =0.67-0.93 para las subescalas (Nilsson & Göran, 2006).

³³ α Cronbach=0.94 para la escala total y α =0.75-0.93 para las subescalas (Nilsson & Göran, 2006).

³⁴ La validez concurrente o validez de criterio se establece al validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

³⁵ Vanderlinen et al. (citados por Nilsson & Goran, 2006) reportan r (Pearson)=0.85 entre DIS-Q y DES, r =0.82 entre las subescalas de confusión de identidad (DIS-Q) y despersonalización/desrealización (DES) y r =0.78 entre las subescalas de amnesia en ambos cuestionarios.

³⁶ 1: Nada, 2: Un poco, 3: Moderadamente, 4: Bastante, 5: Extremadamente (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka (2010).

³⁷ α Cronbach = 0.922 – 0,975 (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka, 2010).

³⁸ α Cronbach = 0,934 – 0,957 (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka, 2010).

como en el grupo control, además de la correlación significativa entre dichos instrumentos³⁹. Se destaca que en ambos casos se aprecian diferencias importantes entre el grupo de estudio y el grupo control, permitiendo los altos puntajes de la DIS-Q-J la discriminación de personas con trastorno de identidad disociativo.

Otro dato relevante anotado por el grupo de autores/as (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka, 2010) da cuenta de mayores puntuaciones en la escala DIS-Q-J para las mujeres participantes en el estudio, en comparación con los hombres, condición que demanda un mayor análisis de las diferencias de género que se entrelazan en el desarrollo, presentación y gravedad de la sintomatología disociativa.

Por otra parte, al comparar la DIS-Q-J con la DES, se señala el carácter diferencial de la primera en tanto fue diseñada específicamente para identificar síntomas en los 4 factores definatorios de la disociación (subescalas previamente reseñadas), además de obtener información acerca de eventos traumáticos que la persona haya experimentado y otros datos de importancia, tales como la clase socio-educativa.

Finalmente, en calidad de recomendaciones para próximos estudios, el grupo investigador sugiere el trabajo con muestras representativas, así como una discusión amplia en torno a las puntuaciones de corte que posibilite un mayor consenso en este particular. Sobresale, no obstante, que la postura epistemológica de este estudio no cuestiona la validez ni la confiabilidad de la escala DES, asumiéndola como un referente incontrovertible en el estudio de la disociación. De este modo, aún y cuando se reporte que la escala DIS-Q-J presenta adecuadas mediciones de confiabilidad, validez de constructo⁴⁰ y validez de contenido⁴¹ –derivadas también de su escala base: la DIS-Q-; impresiona que para el equipo de investigación la validez concurrente del instrumento con la DES representa el principal criterio de validación.

³⁹ Spearman = 0,613 – 0,777 (Matsui, Naito, Matsuishi, Kato, Maeda & Tanaka, 2010).

⁴⁰ La validez de constructo refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

⁴¹ La validez de contenido se refiere al grado en que la medición representa al concepto o variable medida (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

5.1.6 Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20) y su versión corta (SDQ-5)

Como correlato teórico, dicho instrumento se basa en la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis & Solomon, 2010), según la cual la personalidad de quienes se han expuesto a experiencias importantes de trauma se encuentra dividida en exceso en dos tipos básicos de subsistemas disociativos: el primero de ellos involucra a las partes disociadas mediadas primordialmente por los sistemas de acción cotidiana y de motivación, mientras el segundo engloba a aquellas partes disociadas fijadas en las memorias traumáticas, mediadas primordialmente por el sistema de defensa. Así, se parte de la premisa de que a mayor severidad y cronicidad del trauma, mayor existencia de componentes disociados.

De acuerdo con Nijenhuis, Van der Hart & Steele (2004), cualquier proceso disociativo implica una pérdida de la capacidad personal para integrar experiencias, ideas y funciones o componentes de éstas -como parte de los cuales pueden referirse sensaciones, percepciones, movimientos, afectos, conocimientos y recuerdos-. Así, como consecuencia de tal fallo integrativo, dos o más de los componentes citados irrumpen en el funcionamiento normal de la persona, notándose una división entre una parte que se involucra en las actividades cotidianas (*parte normal*) y otra que se mantiene fijada en la experiencia traumática (*parte emocional*). Más aún, en el contexto de tales procesos disociativos, también ocurre una nueva forma de disociación, a saber, la aparente *parte normal* evade a la *parte emocional* (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004). A su vez, cada una de dichas dimensiones puede manifestar operaciones disociativas somatomorfas⁴².

⁴² Para la *parte normal* visibles en una ausencia de conciencia corporal y ausencia de sensaciones corporales –calificadas como manifestaciones *negativas*-. Para la *parte emocional* evidentes en insensibilidad hacia el dolor, inhibiciones del movimiento (congelamiento y paralización), ausencia de sensaciones corporales (anestesia), además de otras reacciones -denominadas más bien *positivas*- que incluyen tanto la vivencia de dolor en alguna parte del cuerpo, como la sensación de ser tocado/a, de oler o saborear algo, entre otras (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004).

Continúan afirmando Nijenhuis, Van der Hart & Steele (2004) que los límites entre la parte *normal* y la *emocional* no son estrictos, sino que diversos aspectos vinculados con el correlato afectivo pueden importunar a una o a varias partes *normales*, provocando acciones involuntarias y malestar frente a la imposibilidad de dirigirles a voluntad. Así, desde este modelo estructural de la disociación, condiciones clínicas como el Trastorno de estrés post-trauma serían conceptualizadas como trastornos disociativos (Mueller-Pfeiffer, Schumacher, Martin-Soelch, Pazhenkottil, Wirtz, Fuhrhans, Hindermann, Assalonni, Briner & Rufer, 2010).

Se aprecia, hasta este punto, que en tal modelo la expresión corporal de componentes no integrados a nivel psíquico ocupa un papel trascendental. De allí que se discuta la división establecida en el DSM-IV entre trastornos somatomorfos y trastornos disociativos, dado que no comprende dicha dimensión somática de la experiencia como parte intrínseca de la disociación. En este sentido, Nijenhuis (2000, p. 8) argumenta que la literatura clínica documenta ampliamente el que “pacientes con trastornos disociativos reportan también diversos síntomas somatomorfos y algunos cumplen los criterios del DSM-IV para el trastorno de somatización o de conversión”⁴³, reflejándose así una alta correlación que no merece ser desdibujada de la nosología psiquiátrica y que, a la vez, sugiere un mismo principio rector de todos estos procesos.

En palabras de Nijenhuis (2000), en la propuesta de la disociación somatomorfa, este último calificativo indica que los síntomas físicos se asemejan, pero no pueden ser explicados por un síntoma médico o por efectos directos de una sustancia. Por su parte, el término disociación describe la existencia de una disrupción de las funciones integrativas normales; con lo cual se daría cuenta, en síntesis, de manifestaciones de una ausencia de integración de las experiencias, reacciones y funciones somatomorfas.

A la luz de tales presupuestos teóricos, Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart & Vanderlinen (1996) desarrollaron un instrumento -denominado SDQ-20- que aspira a evaluar manifestaciones somatomorfas de procesos mentales disociados,

⁴³ Traducción libre del inglés al español por parte de la autora.

centrándose en valorar la gravedad de éstas. Los 20 ítems, seleccionados a partir de una propuesta inicial de 75 enunciados (Nijenhuis, 2003), exploran fenómenos disociativos negativos (analgesia, anestesia, inhibiciones motoras) y positivos (dolor reducido a un área específica, preferencias y/o aversiones a olores-sabores), solicitando a la persona detallar si tales síntomas o sensaciones corporales han sido vinculadas con alguna enfermedad médica por parte de un/a profesional calificado/a. Por otra parte, una versión más corta de 5 ítems (SDQ-5) se considera como una medición de escaneo coincidente con los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastornos disociativos.

Siguiendo a Richardson (2009), el SDQ-20 consiste en un instrumento que indaga sintomatología variada como dolor/disfunción urinaria y/o genital, desagrado ante determinados olores o sabores, sensación de adormecimiento en partes del cuerpo, pseudo-convulsiones, sordera, ceguera, inhabilidad para sentir dolor, cambios en la percepción del sonido y/o la distancia, entre otras, todas las cuales se consideran indicadores de disociación patológica y formas de compartimentalización. La somatización se entiende, así, como manifestación fisiológica de experiencias traumáticas pasadas (Richardson, 2009). Al calificarse, la puntuación final de la sumatoria de todos los ítems puede variar en un rango de 20 a 100 puntos.

Por su parte, el SDQ-5 fue formulado con base en análisis de regresión lineal con el fin de identificar aquellos ítems que aportaban el mayor valor discriminativo entre trastornos disociativos y otros trastornos mentales (Mueller-Pfeiffer et al., 2010), estableciéndose en tal categoría los enunciados No. 4, 8, 13, 15 y 18 de la versión SDQ-20 y proponiéndose que a partir de una puntuación ≥ 8 en el SDQ-5, tales resultados deberán complementarse con una entrevista diagnóstica estructurada como la SCID-D, en tanto sugieren la presencia de un trastorno disociativo (Mueller-Pfeiffer et al., 2010).

En lo que respecta a sus propiedades psicométricas, Nijenhuis (2003) refiere un alto escalamiento de los 20 ítems⁴⁴, así como una alta correlación con la escala DIS-Q⁴⁵

⁴⁴ Coeficiente de homogeneidad $H = 0.50-0.56$ (Nijenhuis, 2003).

⁴⁵ Coeficiente total $r = 0.82$, con las siguientes puntuaciones por escala: fragmentación de identidad ($r = 0.81$), pérdida del control ($r = 0.72$), amnesia ($r = 0.80$) y absorción ($r = 0.60$) (Nijenhuis, 2003).

y con la escala DES⁴⁶. Asimismo, en la validación de dicho instrumento con muestras brasileñas, se ha reportado su alta validez discriminante de trastornos disociativos en comparación con otros cuadros clínicos, así como la presencia común de manifestaciones de disociación somatomorfa tanto en trastornos disociativos, como en el trastorno de estrés postrauma y en trastornos conversivos (Amaral & Pio-Abreu, 2007).

En este último tema, se reconoce el legado histórico negativo otorgado al concepto de conversión y su relación con el concepto clásico freudiano de histeria (Nijenhuis, 2000), asociación que tendió a fragmentarse en la clasificación del DSM-IV (planteando una separación entre los síntomas psíquicos y físicos de disociación) (Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004), pero que requiere ser revisada y reformulada bajo el concepto de disociación somatomorfa. Al respecto, Nijenhuis (2000) reconoce que los resultados de su propuesta son más coincidentes con el esquema del CIE-10 que incluye los trastornos disociativos tanto de movimiento, como de sensación y no con el DSM-IV, último manual que restringe la disociación a manifestaciones psicológicas, calificando de conversivas a las expresiones somatomorfas. En síntesis, Nijenhuis (2000) propone la redefinición de conversión como disociación somatomorfa.

A modo de conclusión y, en respuesta a las críticas cernidas en torno a este nuevo instrumento de evaluación, Nijenhuis (2000) acota que las investigaciones realizadas por su equipo de trabajo reafirman el que la sintomatología disociativa somatomorfa identificada en el SDQ-20 no se explica por posible sugestión de las personas respondientes, ni tampoco se revela como manifestación general de psicopatología. Alerta, sin embargo el autor, que dicha escala no niega el que puedan darse casos de simulación y de comportamientos facticios, área que requiere el discernimiento clínico experimentado y fundamentado en otros recursos de evaluación especializados.

⁴⁶ Nijenhuis (2003) reporta un coeficiente total de correlación $r = 0.85$.

5.1.7 Escala del Continuum Disociativo- II (DCS-II)

Holden (2012) reporta el desarrollo de este instrumento como respuesta a los sesgos que le son reconocidos a la Escala de Experiencias Disociativas (DES), más aún considerando que éste último es el recurso evaluativo más utilizado en el estudio de los síntomas disociativos. En contraste, la autora refiere que la escala DCS-II goza de una mayor distribución normal que la DES y el MDI (Inventario Multiescala de Disociación).

Más específicamente, el DCS-II indaga diversas manifestaciones del espectro disociativo, tanto normales como patológicas, habiéndose validado con una muestra de 300 personas adultas estadounidenses y un grupo control de 36 participantes, ambos grupos provenientes de la población general (Holden, 2012). En relación con sus propiedades estadísticas, se registran una adecuada validez interna⁴⁷ y validez concurrente con el DES y el MDI.

El recorrido emprendido hasta este punto por las escalas para la valoración de síntomas disociativos demuestra una predilección por el empleo de la Escala de Experiencias Disociativas (DES) para fines de tamizaje, ello a pesar de las reportadas incongruencias entre sus fundamentos teórico-metodológicos y el uso brindado en la práctica clínica. Se evidencia, asimismo, una tendencia a reafirmar la validez y confiabilidad de nuevos recursos de evaluación en la medida en que correlacionen positivamente con ésta. En tal marco, con excepción de algunos escasos instrumentos que toman distancia de la DES -y excluyendo a las entrevistas estructuradas-, la mayoría de los recursos disponibles en el tema le plantean como parámetro de base, sin esgrimir cuestionamientos al respecto.

⁴⁷ α Cronbach = 0.95.

5.2 Escalas para la valoración de síntomas de despersonalización

Siguiendo a Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David (2001), es posible definir la despersonalización como una experiencia subjetiva de irrealidad y de desapego del sí mismo que, con frecuencia, se acompaña de desrealización; última condición que, a su vez, es planteada por algunos/as autores/as como un cuadro distinto o una categoría aparte. Así, sobresale la ausencia de consenso en este particular (Talbert, 2010), definiéndose desde algunos sectores la independencia de ambos fenómenos o alegándose, desde su contraparte, que tanto la despersonalización, como la desrealización constituyen perspectivas diferentes de un mismo proceso.

Aunada a tal discusión, la subclasificación de la despersonalización como parte de los trastornos disociativos en el DSM-IV y su exclusión de tal apartado nosológico en el CIE-10 (Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David, 2001), introduce también la interrogante de si debe considerarse una manifestación más del espectro disociativo y, por consiguiente, estudiarse y evaluarse en dicho marco, no de manera separada. A su vez, otros ámbitos aún por discernir incluyen tanto la correlación de la despersonalización con cuadros depresivos, ansiosos y por estrés (Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David, 2001; Talbert, 2010), así como la diferenciación entre síntomas de despersonalización de carácter disociativo y otros que sólo implican alteraciones en la conciencia (Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004), última delimitación aún no resuelta y tampoco reflejada en los sistemas de clasificación psiquiátricos.

En este panorama harto complejo, caracterizado por importantes incógnitas conceptuales y dinámicas, señala Talbert (2010) que se ha recurrido en la práctica al empleo de instrumentos para valoración de sintomatología disociativa como recursos para la evaluación de manifestaciones de despersonalización, sobresaliendo como parte de ellos la utilización de la Escala de Experiencias Disociativas (DES), dadas las limitaciones de empleo de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos

Disociativos del DSM-IV (SCID-D)⁴⁸ (Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David, 2001).

Más concretamente, apunta Talbert (2010) que la variación en el contenido de aquellas escalas diseñadas específicamente para explorar despersonalización - coincidente esto con el empleo de diferentes definiciones del fenómeno-, así como la variabilidad de los síntomas indagados y el escaso respaldo psicométrico que algunas de ellas han recibido (Talbert, 2010), constituyen todos factores que han amparado el uso de otros instrumentos como la DES, que si bien son más generales, gozan de mayor respaldo documental. No obstante, son múltiples las limitaciones derivadas de tal práctica, como parte de las cuales es posible citar las siguientes para el caso específico de la Escala de Experiencias Disociativas:

Cuadro 8

Limitaciones reportadas respecto al empleo de la Escala de Experiencias Disociativas en el estudio de la despersonalización

Escala	Limitaciones
DES	<ul style="list-style-type: none"> - No permite determinar cambios en el nivel de despersonalización a lo largo del tiempo (Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David, 2001). - La población meta de la escala es clínica, no es la población general (Talbert, 2010). - Evalúa el número de experiencias disociativas, en lugar de la severidad de los síntomas, aspectos que no son equivalentes (Talbert, 2010). - La subescala de despersonalización comprende sólo seis ítems, incluido uno que indaga sobre alucinaciones auditivas (Talbert, 2010). - La escala no comprende síntomas teórica y empíricamente asociados con la despersonalización (Talbert, 2010).

Elaboración propia con base en Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David (2001) y Talbert (2010).

⁴⁸ En este sentido, apuntan Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David (2001) que la duración de aplicación de la SCID-D (alrededor de 3 horas) limita considerablemente su utilización en estudios con poblaciones amplias o en investigaciones cuyo diseño requiera mediciones repetidas.

A pesar de las limitaciones esbozadas, cabe mencionar que la DES continúa siendo empleada para determinar la validez concurrente de instrumentos orientados a la valoración de la despersonalización. A modo de ejemplo, Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David (2001) revelan que en la validación de la *Fewtrell Depersonalization Scale* (FDS), los resultados del DES-T permitieron discriminar de forma adecuada la presencia o no de despersonalización.

Asimismo, en un estudio con 277 estudiantes estadounidenses universitarios en el cual se compararon los resultados de las escalas DES, CDS⁴⁹ y MDI⁵⁰ en la valoración de síntomas de despersonalización, Talbert (2010) resalta la validez de constructo de los tres instrumentos, sugiriendo que la despersonalización consiste en un tipo de disociación vinculado de manera diferencial con una amplia variedad de manifestaciones psicopatológicas y rasgos de personalidad. La autora concluye esbozando la recomendación de emplear preferentemente las escalas CDS y MDI con poblaciones generales (no consultantes en servicios de atención psiquiátrica), en tanto demostraron los mejores puntajes en validez concurrente, discriminante y de contenido. Valga destacar, sin embargo, que la inclusión de la DES en dicha investigación se contempló aún reconociéndose su diseño estricto para poblaciones clínicas, de manera que en este estudio se le asignó un uso distinto de aquél con el que fue respaldada metodológicamente por sus autores.

Ahora bien, en calidad de recursos evaluativos específicos para el espectro de la despersonalización destacan otras escalas reseñadas en el cuadro 8, algunas de las cuales continúan resaltando su validez comparándose con la DES, tal es el caso de la *Fewtrell Depersonalization Scale* (FDS), cuyo equipo de trabajo destaca su alta correlación con las sub-escalas de la señalada Escala de Experiencias Disociativas, así como las propiedades de la FDS para ser aplicada con un amplio rango de poblaciones, su exploración de fenómenos variados incluida la desrealización y la posibilidad que

⁴⁹ *Cambridge Depersonalization Scale.*

⁵⁰ *Multiscale Dissociation Inventory.*

brinda de monitorear el cambio en la presentación de la sintomatología, dado que también le indaga en el mes previo (Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David, 2001).

A continuación se presentan los principales instrumentos referidos en la literatura en el escaneo de síntomas de despersonalización:

Cuadro 9

Instrumentos reseñados en la literatura para la evaluación de la despersonalización⁵¹

Instrumentos para la valoración de la despersonalización						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
Dixon's Depersonalization Questionnaire (DDQ)	Dixon (1963)	Cuestionario	--	--	--	Validez ha sido cuestionada por algunos/as autores/as (Bergé, Bulbena, Sperry, Pailhez, Valls, Martín-Santos y Berrrios, 2009).
Jacobs and Bovasso's Depersonalization Scale (JDS)	Jacobs & Bovasso (1992)	Cuestionario	32 ítems.	--	Formada por 12 ítems de la escala de Dixon más 20 ítems para medir la incidencia y prevalencia de los síntomas.	--
Fewtrell Depersonalization Scale (FDS)	Fewtrell (2000)	Cuestionario de auto-reporte	35 ítems por ser respondidos	--	- Ítems exploran las siguientes subcategorías: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desrealización 	- Aceptable en muestras reducidas de pacientes.

⁵¹ Reseñados según orden cronológico.

Instrumentos para la valoración de la despersonalización						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
			en una escala Likert de 5 puntos.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Despersonalización ▪ Desomatización ▪ Desafectivización - Se solicita responder el grado en que cada ítem fue válido a lo largo del mes pasado. -Puntuación máxima de 140 para la despersonalización más severa.	-Alta correlación con la DES y sus subescalas (Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David, 2001).
Cambridge Depersonalization Scale (CDS)	Sierra & Berrios (2000)	Cuestionario de autoreporte	29 ítems por calificar en frecuencia (0=nunca a 4= todo el tiempo) y duración (1= pocos segundos a 6=más de una	--	- Desarrollada para capturar la frecuencia y la duración de experiencias de despersonalización en un período de 6 meses. - Ítems finales se desarrollaron a partir de una revisión comprensiva de la literatura en el tema e incluyeron un análisis estadístico de 200 casos (Talbert, 2010) ⁵² . - Se le atribuye buena consistencia	- Escaso número de estudios psicométricos que evalúen su validez y confiabilidad (Talbert, 2010). -Escala solamente se ha probado con poblaciones clínicas (Talbert, 2010).

⁵² La versión final se estandarizó con 35 personas con diagnóstico de trastorno de despersonalización, 22 personas con trastorno de pánico o de ansiedad generalizada y 20 personas con epilepsia del lóbulo temporal (Lambert, 2010).

Instrumentos para la valoración de la despersonalización						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
			semana).		interna y validez discriminante (Cardeña & Weiner, 2004).	
Depersonalization Severity Scale (DSS)	Simeon et al. (2001)	Escala	6 ítems.	--	--	En investigación (Cardeña & Weiner, 2004).
Depersonalization-Derealization Inventory	Cox y Swinson (2002)	Cuestionario	28 ítems.	--	- Diseñado para pacientes con cuadros de ansiedad. - Se le atribuye buena fiabilidad y validez (Cardeña & Weiner, 2004).	--
Structured Clinical Interview for Depersonalization-Derealization Spectrum (SCI-DER)	Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini, Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano (2008)	Entrevista	49 ítems.	--	-Ítems exploran la presencia o la ausencia de síntomas espontáneos de despersonalización a lo largo del ciclo vital, categorizables en 4 dominios: desrealización, despersonalización somatopsíquica, despersonalización autopsíquica y despersonalización. -Ítems se responden de forma dicotómica, marcándose en negativo cuando los síntomas	--

Instrumentos para la valoración de la despersonalización						
Nombre del instrumento	Autores/as	Categoría	Estructura	Duración	Características principales	Críticas
					<p>ocurren durante el consumo de alcohol o drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseñada para evaluar la presencia o ausencia de experiencias de despersonalización a lo largo de la vida, no en calidad de instrumento diagnóstico. - Autores le atribuyen excelente confiabilidad y adecuada validez concurrente en relación con la DES. 	

Elaboración propia con base en Bergé, Bulbena, Sperry, Pailhez, Valls, Martín-Santos y Berrrios (2009), Brown (2006), Cardeña (1995), Cardeña & Weiner (2004), Nijenhuis (2003), Cardeña & Weiner (2005), Lambert, Senior, Fewtrell, Phillips & David (2001), Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini, Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano (2008), Richardson (2009) y Talbert (2010).

De las escalas anteriormente expuestas, sólo la Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS) y la Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro Despersonalización-Desrealización (SCI-DER) reportan mayor respaldo documental, sobresaliendo la última por integrar aportes de la primera, de allí que se repasen sus características a continuación.

5.2.1 SCI-DER (Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro Despersonalización- Desrealización)

De acuerdo con Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini, Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano (2008), este instrumento se basa en un modelo que visualiza las manifestaciones disociativas en el marco de un espectro que integra indicadores leves, indicadores de bajo nivel, así como manifestaciones clínicas y síndromes clínicos. Se postula que la categoría nosológica del DSM-IV para el trastorno de despersonalización excluye toda una gama de sintomatología no crónica ni irremisible, la cual engloba vivencias de irrealidad y desapego de sí mismo/a que pueden durar sólo algunos segundos, generalmente bajo condiciones de estrés, fatiga, uso de drogas o privación del sueño; condiciones todas exploradas por la SCI-DER.

Dicha entrevista, desarrollada en la Universidad de Pisa por un equipo interdisciplinario (Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini, Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano, 2008), se integra a partir de una amplia revisión de la psicopatología descriptiva de la despersonalización, así como del análisis de *The Cambridge Depersonalization Scale* -instrumento validado para la investigación en este campo-. Incluye 49 ítems que indagan la presencia o ausencia de síntomas espontáneos de despersonalización a lo largo de la vida organizados en los siguientes 4 dominios:

Cuadro 10

Categorías estudiadas en la SCI-DER

Desrealización	Refiere a una experiencia alterada del mundo externo y se corresponde con la descripción de desrealización del DSM-IV.
Despersonalización somatopsíquica	Describe una variedad de cambios en la experiencia corporal tales como la sensación de no pertenencia de las sensaciones corporales, la vivencia de separación del propio cuerpo que pueden variar desde un sentimiento no específico hasta alucinaciones. Se incluyen distorsiones somatosensoriales (tamaño de partes del cuerpo, ausencia de sensaciones, anestesia, sentirse muy liviano/a, etc.).
Despersonalización autopsíquica	Incluye el sentirse no familiar a sí mismo/a en términos de percibirse como un observador/a de sí, no estar a cargo de los propios procesos mentales o de comportamiento. Experimentar que ciertos eventos personales ocurrieron tiempo atrás o ya habían sucedido o inhabilidad para evocar memorias visuales de lugares o personas.
Despersonalización afectiva	Explora la pérdida de habilidad de la persona para investir emocionalmente sus percepciones, así como la imposibilidad de experimentar afecto, placer, temor o disgusto ante situaciones previamente evitadas.

Elaboración propia con base en Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini, Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano (2008).

Según lo reportado por sus autores/as, los análisis estadísticos de confiabilidad y validez realizados con 300 pacientes de seguimiento por cuadros clínicos variados⁵³, sugieren una excelente consistencia interna⁵⁴, a la vez que una adecuada validez concurrente en relación con la DES⁵⁵ y una alta confiabilidad test-retest⁵⁶. Los resultados obtenidos le permiten concluir a Mula, Pini, Calugi, Preve, Masini,

⁵³ El grupo de participantes incluyó 258 pacientes en seguimiento por trastornos del estado de ánimo, cuadros ansiosos, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de despersonalización. El grupo control se conformó por 42 usuarios/as.

⁵⁴ Kunder-Richardson = 0.92.

⁵⁵ Pearson = 0.74. / DES definida como “patrón oro” en el tema de disociación por este grupo de autores/as.

⁵⁶ Pearson = 0.88.

Giovannini, Conversano, Rucci, Cassano (2008) que dicho instrumento permite discriminar síntomas de despersonalización experimentados por personas sin antecedentes de control psiquiátrico, de aquellos que forman parte de desórdenes afectivos o mentales y de trastornos más severos, como el trastorno de despersonalización. Se plantea, asimismo, la aclaración que la escala no aspira a un propósito diagnóstico, sino de definición e identificación del espectro de la despersonalización.

A modo de cierre, sobresale que en la discusión y presentación de este instrumento de tamizaje se omite la contextualización de la despersonalización como una variante y un componente de los fenómenos disociativos, de manera que parece ser perfilada en calidad de una entidad clínica definida en sí misma. Así, impresiona difuminarse el ámbito mayor que le abarca, el cuerpo teórico que le ha respaldado desde esta línea de trabajo y su interrelación con otras manifestaciones disociativas implicadas en dicho espectro.

En todo caso, destaca sin lugar a dudas que el escaneo de síntomas de despersonalización adolece de un desarrollo más amplio y particular, avance que justamente requiere clarificar esta área de estudio, conceptualizándole o no como parte de los fenómenos disociativos.

Capítulo VI

Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

Este trabajo investigativo se propuso indagar la existencia de instrumentos de escaneo de síntomas disociativos y discutir las principales características teórico-metodológicas que les son atribuidas, todo ello en aras de considerar cuáles de estos recursos pueden ser aplicables a la valoración de la disociación con población adulta consultante en servicios de salud mental del sistema de seguridad social costarricense. Dicho propósito adquirió relevancia tras reconocer la ausencia de producción nacional documentada en torno al tema, así como la omisión de registros con recomendaciones clínicas que orienten las fases de escaneo y de psicodiagnóstico desde el quehacer de especialidades como la psiquiatría y la psicología clínica respectivamente.

En primera instancia, la revisión bibliográfica no sólo evidenció diversos debates en curso en torno a la conceptualización de la disociación, sino que también reveló la ausencia de un constructo teórico unificado, resaltando controversias vigentes en torno a la inclusión de las manifestaciones somatomorfas y de despersonalización como parte de la disociación, además de la posibilidad de integrar o de separar modelos dimensionales y tipológicos en la comprensión del fenómeno. Así, resulta comprensible que esta amplitud de preguntas, controversias y elaboraciones se traduzca, más allá de lo teórico, en un escenario práctico que no necesariamente se entrelaza con la teoría para el desarrollo de sus estrategias de medición y/o valoración. En otras palabras, la presente indagación documental indica que en materia de evaluación de sintomatología disociativa se tiende a privilegiar, en la clínica, el empleo de las escalas más acostumbradas, en ocasiones desatendiendo el análisis de sus propiedades psicométricas, pero también la coherencia entre los fines de su aplicación y los fines con que el instrumento fue creado.

Al respecto, el ejemplo más emblemático está dado por la Escala de Experiencias Disociativas, recurso creado por sus autores/as en el marco de un modelo dimensional de la disociación, por aplicar estrictamente con poblaciones clínicas y sin

definición de categorías claramente estructuradas en su diseño. Sin embargo, en contraposición con estos propósitos establecidos, tal escala evolucionó en la práctica a ser definida como una herramienta en la determinación de la disociación patológica (DES-T) -constructo coincidente con un esquema tipológico-categorial y contradictorio con el modelo de *continuum* de la DES-, aplicada a poblaciones generales y subdividida en categorías principales, ello a pesar de la incongruencia de los análisis factoriales al respecto. Aún reconocidas estas inconsistencias, tal instrumento es reafirmado como el “patrón oro” no sólo en la evaluación de la disociación, sino también de la despersonalización, de manera que se asegura la validez de mayoría de las nuevas escalas en el tema en la medida en que su comparación con la DES demuestre una alta correlación.

Lo anterior conduce a una aplicación metodológica cuestionable en tanto legítimas confusiones y omisiones pasadas en el desarrollo de la DES, mientras deja de lado la consideración de la congruencia teórico-metodológica y epistemológica no sólo en el diseño de nuevos instrumentos de evaluación, sino también en la evolución de aquellos con los que se les compara. Tal patrón podría verse amparado en la ausencia de sistematizaciones en el tema que revelen las debilidades señaladas, identificándose en esta revisión sólo un meta-análisis respecto a mediciones de disociación que data de la década de los noventa y versa respecto a estudios realizados específicamente en torno a la Escala de Experiencias Disociativas.

Valga también resaltar que si bien esta investigación documentó una variada gama de escalas, cuestionarios y entrevistas formuladas para escaneo de síntomas disociativos, una buena parte incluye enunciados prestados de la DES (*Scale of Dissociative Activities*, SODAS; *Dissociation Experiences Questionnaire*, DIS-Q), mientras otros se reportan como menos eficaces que dicha escala (*Questionnaire of Experiences of Dissociation*, QED). De manera independiente, sobresalen las entrevistas estructuradas (*Dissociative Disorders Interview Schedule*, DDIS; *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders*, SCID-D), así como otros cuestionarios formulados desde propuestas alternativas a la DES (*Somatiform Dissociation*

Questionnaire, SDQ-20; *Multidimensional Inventory of Dissociation*, MID; *Clinical Administered Dissociative States Scale*, CADSS). Otro subgrupo incluye aquellos instrumentos con reducido seguimiento (*State Scale of Dissociation*, SSD), poca documentación (*Scale of Dissociative Activities*, SODAS) y/o escasos análisis psicométricos (*Multiscale Dissociation Inventory*, MDI), aunado a una última agrupación que incluye nuevas propuestas aún en formulación (Escala del Continuum Disociativo- II, DCS-II).

En todo caso, con excepción de las entrevistas estructuradas, los reportes de los demás recursos evaluativos dan cuenta de una alta validez concurrente con la DES. Así, podría argumentarse que a pesar de las limitaciones identificadas en la aplicación de tan referida escala, su comparación positiva con nuevos instrumentos en el campo ha brindado evidencias de que sus constructos, en conjunto, sí aportan datos fiables generales de tamizaje en torno a la posibilidad de disociación. Así, pareciera que el camino hacia su ratificación como instrumento de escaneo de síntomas disociativos estaría dado prioritariamente por la emergencia de nuevas escalas y/o cuestionarios diseñados de forma independiente y validados con diversas poblaciones que posteriormente han coincidido con la DES en términos de los constructos similares que evalúan.

Empero, más allá de este aspecto favorable, no debe desconocerse el ámbito reducido de aplicación para el que fue creada (población clínica con diagnóstico de trastornos disociativos), las limitaciones de sus alcances, su perfil de tamizaje, así como el carácter discriminante por excelencia que se le otorga a las entrevistas estructuradas para la valoración de sintomatología disociativa en el marco del diagnóstico diferencial (SCID-D y DDIS).

Destaca, asimismo, que a nivel psicodiagnóstico tradicionalmente se ha privilegiado la recopilación de aquellos datos coincidentes con un esquema tipológico-categorial desde el cual clasificar diversas magnitudes y presentaciones como patológicas o no patológicas, esto en concordancia con la postura epistemológica de los

manuales de clasificación internacionales (CIE-10, DSM-IV). Es en este sentido que puede encontrarse una explicación posible a la tendencia de transformar la escala DES en un instrumento con aportes categoriales (DES-T), aún y cuando ello sea contradictorio con la visión de *continuum* que le inspiró. Valga reseñar, en este punto, que de todas las escalas y/o cuestionarios con amplia documentación revisados en este estudio, sólo la DES se adscribe a un modelo dimensional de la disociación, coincidiendo los demás con acercamientos más orientados a la definición de tipologías, pero sin autocalificarse abiertamente como afines al modelo de compartimentalización-desapego.

Al respecto, sólo el Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20) aclara en detalle el cuerpo teórico en el que se basa, a saber, la teoría estructural de la disociación que, a su vez, resulta compatible con una visión de compartimentalización-desapego. Así, en un contexto de emergencia de nuevos recursos evaluativos que resaltan sus propiedades psicométricas, sin profundizar en el constructo teórico de disociación del que parten ni en el modelo epistemológico al que se adscriben, adquiere relevancia el análisis detenido de cada nueva propuesta en aras de dilucidar su coherencia en los niveles citados. Por lo demás, la presente indagación documental no evidenció ningún recurso evaluativo que aspirara a integrar tanto los presupuestos de la visión de *continuum*, como los del enfoque de compartimentalización-desapego en la comprensión de la disociación.

Por otra parte, en el tema de despersonalización se perfilan aún muchas líneas investigativas por abordar en aras de discriminar su relación con cuadros afectivos, rasgos de personalidad, recursos de afrontamiento del estrés, diferenciación de alteraciones del estado de conciencia, entre otros, además de esclarecer su vinculación con la esfera de los trastornos disociativos y precisar sus ejes de evaluación.

Otros retos derivados de este recorrido temático, se orientan hacia el diseño de modelos que puedan establecer diálogos entre corrientes que continúan realizando aportes al campo de la disociación, entre ellas las ciencias neurológicas, el enfoque

cognitivo y el psicoanálisis, con todas sus variantes. Tal ejercicio adquiere relevancia en tanto sobresale que la dinámica de los fenómenos disociativos es harto compleja y las aproximaciones comprensivas esgrimidas hasta el momento, si bien, han contribuido con acercamientos parciales, se basan en defender las divergencias entre sí, más que en apreciar eventuales similitudes y/o complementariedades.

Justamente, esta última postura afin a la compartimentalización resulta riesgosa, por cuanto en lugar de propiciar el avance hacia teorías más abarcativas y unificadoras de la adaptación y la psicopatología, como algunas autoras han sugerido (Brenner, 2009), puede promover la consolidación de conocimientos aislados que corren el riesgo de virar en torno a su propio eje y, en consecuencia, volverse tautológicos.

Se identifica asimismo la necesidad de una mayor sistematización de las investigaciones realizadas en el tema de disociación, aspecto en el que resulta sugestiva la inexistencia de metaanálisis, o al menos su difícil acceso. Más aún, el reducido número de estudios con carácter longitudinal que indaguen la eventual variabilidad de los síntomas disociativos para una misma persona a lo largo del tiempo y el carácter no concluyente de las escasas investigaciones al respecto (Maaranen, Tanskanen, Hintikkaa, Honkalampi, Haatainen, Koivumaa-Honkanen & Viinamäki, 2009), resalta la necesidad de profundizar en este ámbito temático. De igual modo, los instrumentos de evaluación de síntomas disociativos demandan una revisión y actualización a la luz de los nuevos avances teóricos en este campo.

Por lo demás, se requiere investigación futura en aras de dilucidar el entrelazamiento de factores que conducen a las manifestaciones más severas de disociación, esto con el fin de concentrar esfuerzos bien dirigidos hacia su prevención desde el desarrollo infantil temprano, así como a su evaluación y abordaje terapéutico, una vez que la psique transita por este enigmático derrotero.

A modo de cierre, se señalan a continuación las principales limitaciones de la presente investigación y recomendaciones derivadas para la valoración de síntomas disociativos:

Limitaciones

- En calidad de limitación vale anotar que los resultados presentados en la presente revisión se restringen a la información disponible en las bases de datos consultadas, algunas de las cuales no contaban con acceso autorizado a revistas científicas de amplia trayectoria en el estudio de los fenómenos disociativos. Si bien, muchos de los artículos más reconocidos en el tema han sido también divulgados en otras revistas de acceso libre, la anterior salvedad permite reconocer que una importante área de producción científica no logró ser contemplada en este acercamiento preliminar al tema.
- Se identificó gran variedad de estudios que ratifican las adecuadas propiedades psicométricas de la mayor parte de las escalas revisadas, pero, a la vez, fue posible registrar otros análisis recientes que colocan en tela de duda algunas de dichas propiedades, resaltando las muestras reducidas, así como el escaso número de investigaciones de respaldo y resaltando la importancia de emprender una revisión detallada en este particular. No obstante, con excepción de la DES, no fue posible identificar algún meta-análisis que diera cuenta de análisis psicométricos emprendidos en relación con otros instrumentos para la valoración de la disociación y/o la despersonalización.
- Para el caso de diversas escalas, no resultó posible indagar datos referentes a las muestras iniciales con las que fueron validadas, más aún reconociendo que muchas de ellas datan de la segunda mitad del siglo XX -no lográndose identificar estudios de respaldo documentados-, mientras otras recientes restringen la divulgación de tal información específica a bases de datos no gratuitas. Empero, en el caso de las primeras escalas elaboradas se sugiere una predilección por el empleo de instrumentos validados desde la práctica clínica

empírica y el criterio de sus autores/as, sin pautas claras de rigurosidad psicométrica en su diseño metodológico. A modo de ilustración, en el caso de la DES, han sido los posteriores estudios psicométricos y comparaciones con otras escalas elaboradas los que han ratificado su utilización como un instrumento de escaneo.

- En el tema de despersonalización se registró un menor número de escalas particulares elaboradas, evidenciándose una menor producción especializada en este campo, en comparación con la investigación referida a los trastornos disociativos.

Recomendaciones para la valoración clínica de la sintomatología disociativa

- En cualquier acercamiento a la valoración de esta sintomatología es necesario partir de la consideración inicial de que los cuestionarios de rasgos o experiencias disociativas no permiten establecer un diagnóstico de ninguna modalidad de trastorno disociativo ni de despersonalización, perfilándose ante todo como indicadores a partir de los cuales orientar una evaluación clínica más detallada, en caso de requerirse.
- Tal evaluación clínica en todas sus fases (escaneo y psicodiagnóstico), deberá ser emprendida por un/a profesional acreditado/a en las especialidades de psicología clínica y/o psiquiatría -según las competencias de su formación-, quien además deberá contar con reconocida experiencia en su ámbito de especialización y con capacitación actualizada en el tema de disociación.
- En calidad de instrumentos breves de autoreporte con fines de tamizaje y/o escaneo puede recurrirse a la Escala de Experiencias Disociativas (DES)⁵⁷, al Cuestionario de Disociación (DIS-Q) o al Cuestionario de Disociación Somatomorfa (SDQ-20, SDQ-5), planteándose la salvedad de que este último instrumento parte de una conceptualización amplia de la disociación que

⁵⁷ Para el caso de población con control psiquiátrico, coincidente éste con sugerencia de psicopatología importante de fondo.

trasciende el esquema clasificatorio planteado en el DSM-IV, definiendo lo conversivo y lo somatomorfo como disociativo. Al ser de acceso libre y de calificación manual cualquiera de estos tres instrumentos puede ser empleado sin inconveniente en los servicios de salud mental del sistema de seguridad costarricense por profesionales en psicología clínica y/o psiquiatría.

- En el escaneo particular de síntomas de despersonalización se sugiere aplicar la Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro Despersonalización-Desrealización (SCI-DER).
- Se sugiere complementar el proceso de tamizaje con el empleo de otras medidas que aporten datos respecto al nivel de funcionalidad de la persona y al desarrollo de recursos positivos compensatorios. En este sentido, puede recurrirse a escalas para la valoración de estilos de afrontamiento, resiliencia, entre otras. Tal integración aportará una visión más precisa del grado de afectación de la sintomatología disociativa y de los recursos internos para su manejo.
- A nivel psicodiagnóstico⁵⁸, se recomienda emplear el Inventario Multidimensional de la Disociación (MID) en tanto cuenta con escalas de validez para identificar la presencia de datos incongruentes o sintomatología extraña, así como alguna de las entrevistas comprensivas estructuradas para valoración de la disociación, tales como la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos del DSM-IV -Revisada- (SCID-D) y la Entrevista para los Trastornos Disociativos (DDIS). Valga plantear la acotación de que tanto el MID como la SCID-D no son instrumentos de acceso libre, por lo cual su empleo requiere el desembolso presupuestario respectivo por parte del servicio de salud mental en el que desee aplicarse.
- En la fase de psicodiagnóstico resulta también fundamental responder a la pregunta de si la sintomatología observada responde a procesos disociativos

⁵⁸ Por implementarse específicamente desde la especialidad de psicología clínica.

crónicos y persistentes -condición que daría cuenta de la disociación como rasgo- o se enmarca más bien como reacción ante un evento vital -circunstancia que más bien orienta a la disociación como estado-. En la respuesta a tal interrogante se deberá recurrir a la integración de datos provenientes de fuentes diversas a nivel personal, social y familiar, otorgando prioridad a la visión longitudinal -no transversal- en la evolución del cuadro sintomático.

- Si bien puede recurrirse a la aplicación de otras pruebas psicodiagnósticas complementarias que aporten información respecto a elementos cognitivos y de personalidad, debe reconocerse que tales recursos no fueron específicamente diseñados para la detección de trastornos disociativos, de allí que su análisis aislado pueda inducir a error.
- En aras de reducir la posibilidad de establecer impresiones diagnósticas erradas en el tema de disociación, también se sugiere que el/la profesional en psicología clínica que emprenda el psicodiagnóstico tenga familiaridad con las respuestas típicas en las pruebas señaladas por parte de personas con sintomatología disociativa, privilegie el uso de escalas con puntuaciones normadas para población con cuadros disociativos, administre pruebas específicas adicionales para valoración de la disociación en caso de requerirlo y recurra a la retroalimentación de colegas reconocidos/as en el tema ante la presencia de duda.

Finalmente, la sugerida omisión del tema de la disociación y su valoración en los servicios de salud mental del sistema de seguridad social costarricense que inspiró el presente trabajo, resalta la necesidad de retomar no sólo su discusión, sino también su permanente estudio, así como la apertura de nuevos acercamientos que posibiliten la estandarización con población nacional de muchos de los instrumentos citados. Ante tales desafíos, continuar la problematización del breve recorrido pautado en estas líneas puede constituirse como un punto de partida posible en tan enigmático escenario de la psique humana.

Bibliografía

- Amaral, H. & Pio-Abreu, J. (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). In: *Rev Bras Psiquiatr* 29 (4), 354-358.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson.
- Barrantes, R. (2007). *Investigación. Un camino al conocimiento*. San José, Costa Rica: Editorial EUNED.
- Bergé, D.; Bulbena, A.; Sperry, L.; Pailhez, G.; Valls, S.; Martín-Santos, R. y Berrrios, G. (2009). Síntomas de despersonalización en pacientes psiquiátricos: la nueva escla de despersonalización presente-vida (DP-PV). En: *Archivos de Psiquiatría* 72 (1-4), p. 1-13.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. México: Pearson Educación.
- Bowman, E. & Coons, P. (2000). The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. In: *Bulletin of the Menninger Clinic* 64 (2), pp- 164-180.
- Brenner, I. (2009). Una nueva perspectiva desde la Acrópolis: trastorno de identidad disociativo. En: *Aperturas Psicoanalíticas. Hacia modelos integradores* (32). Revista electrónica de Psicoanálisis.
- Brown, R. (2006). Different Types of 'Dissociation' have Different Psychological Mechanisms. In: De Prince, A. & DeMarni, L. (Ed). *Exploring Dissociation:*

Definitions, Development and Cognitive Correlates. London: The Haworth Medical Press, Inc.

Bru, M.T.; Santamaría, M.; Coronas, R. & Cobo, J.V. (2009). Dissociative Disorder and Traumatic Events. A Study of the Spanish Population. In: *Actas Españolas de Psiquiatría* 37 (4), 200-204.

Brunet, A.; Holowka, D.W. & Laurence, J.R. (2001). Dissociation. In: Aminoff, M.J. & Daroff, R. (Eds.). *Encyclopedia of the Neurological Sciences*. San Diego: Academic Press.

Cardeña, E. (1995). Trastornos disociativos. En: Caballo, V.; Buela-Casal, G. & Carrobes, A. (Comps.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol 1. Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. España: Siglo XXI editores.

Cardeña, E. & Weiner, L. (2004). La evaluación de la disociación. En: *Revista de psicotrauma* 1 (4), pp. 4-19.

Cardeña, E. & Weiner, L. (2005). *La evaluación de los trastornos disociativos a lo largo de la vida*. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=33489&pagina=5>

Carlson, E.A.; Yates, T.M. & Sroufe, L. (in press). Development of Dissociation and Development of the Self. In: Dell, P.F.; O'Neil, J. & Somer, E. (Eds.) *Dissociation and the Dissociative*. New York: Routledge. Disponible en: [http://adlab.ucr.edu/publications/Development%20of%20Dissociation%20\(in%20press\).pdf](http://adlab.ucr.edu/publications/Development%20of%20Dissociation%20(in%20press).pdf)

Cazabat, E. (2005). Evolución histórica del concepto de disociación. En: *6º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*. Disponible en: www.psiquiatria.com

- Chefetz, R. (2006) (Ed). Trastornos disociativos: una ventana abierta a la psicobiología de la mente. En: *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica* 29 (1). Barcelona: Elsevier, Masson.
- Chu, A. & DePrince, A. (2006). Examining the Relationship Between Parenting, Maternal Trauma and Child Dissociation. In: De Prince, A. & DeMarni, L. (Ed). *Exploring Dissociation: Definitions, Development and Cognitive Correlates*. London: The Haworth Medical Press, Inc.
- Chu, J. (2011). *Rebuilding Shattered Lives*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Díaz-Benjumea, M. (2008). Conceptualización y clínica de los fenómenos disociativos: una revisión detallada de las diferentes posturas. En: *Aperturas Psicoanalíticas. Hacia modelos integradores* (29). Revista electrónica de Psicoanálisis.
- Gómez, L. (2010). Un espacio para la investigación documental. En: *Revista Vanguardia Psicológica* 1 (2). Colombia: Universidad de la Sabana.
- González, A. (2004). Síntomas disociativos en una muestra de pacientes psiquiátricos extrahospitalarios. En: *Psiquis* 25 (1), pp. 37-43.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta edición. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Holden, J. (2012). *Development and psychometric properties of the Dissociative Continuum Scale - II (DCS-II)*. A dissertation presented to the Faculty of the California School of Professional Psychology in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. San Diego: Alliant International University.

- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision: Summary Version. In: *Journal of Trauma & Dissociation* 12, pp. 188-212.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México: Prentice Hall.
- Kruger, C. & Mace, C. (2002). Psychometric validation of the State Scale of Dissociation (SSD). In: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 75, pp- 33-51.
- Lambert, M.; Senior, C.; Fewtrell, D.; Phillips, M. & David, A. (2001). Primary and secondary depersonalization disorder: a psychometric study. In: *Journal of Affective Disorders* 63, 249-256.
- Lyons-Ruth, K.; Dutra, L.; Schuder, M. & Bianchi, I. (2006). Desde la desorganización del vínculo del recién nacido hasta la disociación del adulto: ¿adaptaciones relacionales o experiencias traumáticas? En: *Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica* 29 (1). Barcelona: Elsevier, Masson.
- Maaranen, P.; Tanskanen, A.; Hintikka, J.; Honkalampi, K.; Haatainen, K.; Koivumaa-Honkanen, H. & Viinamäki, H. (2009). Curso de la disociación en la población general: estudio de seguimiento de 3 años de duración. En: *Psiquiatría Biológica* 16 (2), pp. 47-53.
- Marks, D. & Marie, C. (2004). Synthesising Evidence: Systematic Reviews, Meta-analysis and Reference Analysis. In: *Research Methods for Clinical and Health Psychology*. London: Sage Publications.
- Matsui, Y.; Naito, K.; Matsuishi, K.; Kato, H.; Maeda, K. & Tanaka, K. (2010). Assessment of Dissociation Symptoms in Patients with Mental Disorders by the

- Dissociation Questionnaire (DIS-Q). In: *Kobe Journal of Medical Science* 56 (6), pp. E263-E269.
- Mueller-Pfeiffer, C.; Schumacher, S.; Martin-Soelch, C.; Pazhenkottil, A.; Wirtz, G.; Fuhrhans, C.; Hindermann, E.; Assaloni, H.; Briner, D. & Rufer, M. (2010). The validity and reliability of the German version of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). In: *Journal of Trauma & Dissociation*, 11 (3): 337-357.
- Mula, M.; Pini, S.; Calugi, S.; Preve, M.; Masini, M.; Giovannini, I.; Conversano, C.; Rucci, P.; Cassano, G. (2008). Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Depersonalization-Derealization Spectrum (SCI-DER). In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 4 (5), pp. 977-986.
- Neacsu, V. (2007). Clinical inclusion of dissociative episodes- a case study. In: *Europe's Journal of Psychology* 3 (2). Disponible en: <http://www.ejop.org/archives/2007/05/clinical-inclusion-of-dissociative-episodes-a-case-study.html>
- Nijenhuis, E.; Spinhoven, P.; Van Dyck, R; Van der Hart, O & Vanderlinen, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). In: *Journal of Nervous and Mental Disease* (184), pp. 688-694.
- Nijenhuis, E. (2000). Somatoform Dissociation: Major Symptoms of Dissociative Disorders. In: *Journal of Trauma & Dissociation* 1 (4), pp. 7-32.
- Nijenhuis, E. (2003). *The scoring and interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. Update 2003*. The Netherlands: Mental Health Care Drenthe.

- Nijenhuis, E.; Van der Hart, O. & Steele, K. (2004). *Trauma-related structural dissociation of the personality*. Trauma Information Pages website, January 2004. Web URL: <http://www.trauma-pages.com/a/nijenhuis-2004.php>
- Nilsson, D. & Göran, C. (2006). Evaluation of the Swedish Version of Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Dis-Q-Sweden, Among Adolescents. In: *Journal of Trauma & Dissociation* 7 (3), 65-89.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Forma.
- Richardson, H. (2009). *An exploration of dissociation in Australia: measurement issues, predictors and phenomenology*. Thesis submitted as requirement for the degree of Doctor of Philosophy, Swinburne University of Technology, Australia.
- Ross, C.; Heber, S.; Norton, R.; Anderson, D.; Anderson, G. & Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A Structured Interview. In: *Dissociation II*, 3, pp. 169-189.
- Ruiz, M.; Poythress, N.; Lilienfeld, S. & Douglas, K. (2008). Factor Structure and Correlates of the Dissociative Experiences Scale in a Large Offender Sample. In: *Assessment* 15 (4): 511-521.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. & Grabe, H. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. In: *World Psychiatry* 4 (2), pp. 82-86.
- Stake, R. (2010). Review of Literature. Zooming to See the Problem. In: *Qualitative Research. Studying How Things Work*. United States of America: The Guilford Press.

- Talbert, C. (2010). *Construct Validity of Three Measures of Depersonalization in Trauma-Exposed College Students*. A thesis submitted to the Graduate Faculty of Auburn University in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Science Auburn, Alabama.
- Van der Hart, O.; Nijenhuis, E.; Steele, K. & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38,906-914.
- Van der Hart, O.; Nijenhuis, E. & Solomon, R. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. In: *Journal of EMDR Practice and Research* 4 (2), pp. 76-92.
- Van Ijzendoorn, M. & Schuengel, C. (1996). The Measurement of Dissociation in Normal and Clinical Populations: Meta-Analytic Validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). In: *Clinical Psychology Review* 16 (5), 365-382.
- Wright, D. & Loftus, E. (1999). Measuring dissociation: Comparison of alternative forms of the dissociative experiences scale. In: *The American Journal of Psychology* 112 (4), pp. 497-519.