El trastorno de identidad disociativo y su relación con el abuso sexual.

Dissociative identity disorder and its relationship with sexual abuse.

Fecha de presentación: Septiembre 2023.
Fecha de aceptación: Noviembre 2023

Rubén Lozano Gómez.
Forensis.

"Trastorno de personalidad múltiple"

Resumen

Las enfermedades mentales, pero sobre todo el trastorno de identidad disociativo históricamente ha generado fascinación no solo entre los profesionales de la salud metal, sino también en la población en general. En el caso concreto del trastorno de identidad disociativo, las discusiones a lo largo del tiempo, se han centrado en una parte, en la dificultad de su diagnóstico y por otro lado en la posibilidad de que no sea un trastorno independiente, sino que por el contrario forme parte de otro trastorno. Lo que sin duda alguna pone en tela de juicio su posible existencia. Bajo esta lógica se origina el cuestionamiento de su este trastorno debiese de ser utilizado como un indicativo de posible abuso sexual.

Palabras clave

Trastornos disociativos, trastorno de identidad disociativo, personalidad múltiple, abuso sexual.

Abstract

Mental illnesses, but especially dissociative identity disorder, have historically generated fascination not only among mental health professionals, but also in the general population. In the specific case of dissociative identity disorder, discussions over time have focused, on the one hand, on the difficulty of its diagnosis and, on the other hand, on the possibility that it is not an independent disorder, but rather due to Otherwise it is part of another disorder. Which undoubtedly calls into question its possible existence. Under this logic, the question arises as to whether this disorder should be used as an indication of possible sexual abuse.

Keywords

Dissociative disorders, dissociative identity disorder, multiple personality, sexual abuse..

INTRODUCCIÓN

Los trastornos disociativos, se asocian a la ocurrencia de eventos traumáticos, especialmente en la negligencia y/o abuso en las primeas etapas de la vida. Siendo la disociación en mecanismo protector, el cual busca evitar o no experimentar el dolor emocional que se asocia a este tipo de eventos.

En el caso concreto de los abusos sexuales a menores de edad, se debe de partir de la idea, de que no todos los casos son iguales y por lo tanto no afectan de la misma forma a las víctimas. Quienes lamentablemente han sido víctimas de este tipo de acontecimientos tienden a desarrollar y enfrentar consecuencias tanto físicas como psicológicas, las cuales estilan manifestarse en etapas del desarrollo posteriores al acontecimiento que las genera.

Dentro de los posibles padecimientos psicológicos se encuentran el sentimiento de culpa, desconfianza, miedo al agresor o a situaciones similares, desordenes en los patrones del sueño y alimenticios, así como trastornos dispositivos, siendo el trastorno de identidad disociativo, el que suele ser más asociado a este tipo de eventos traumáticos.

Los trastornos disociativos

Los trastornos disociativos, se caracterizan principalmente por perturbaciones o disfunción en la integración normal de la identidad, el comportamiento, la memoria, la percepción o la conciencia. Hales, Yudofsky y Talbott, (1999).

"¿Qué es la Enfermedad o Trastorno Mental?"

En este mismo sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (2014), refiere como características esenciales de los trastornos disociativos la interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento. Alteraciones que pueden ser repentinas o graduales, transitorias o crónicas, en todos los casos el trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas de funcionamiento del individuo.

Dentro el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (2014) es posible encontrar en el apartado de trastornos disociativos, al Trastorno de identidad disociativo, Amnesia disociativa, Trastorno de despersonalización/desrealización, Otro trastorno disociativo especificado, Trastorno disociativo no especificado, cada uno de ellos con su respectiva sintomatología y criterios excluyentes.

Spiegel, Loewenstein, Lewis, Sar, Simeon, Vermetten y Dell (2011) indican las posibles causas de cada uno de los trastornos señalados con anterioridad, destacando que cuando los recuerdos de una persona están mal integrados, el trastorno resultante será una amnesia disociativa, la fragmentación de la identidad producirá una fuga disociativa o un trastorno de identidad disociativo, una percepción alterada conducirá a un trastorno de despersonalización, mientras que la disociación de aspectos de la consciencia producirá un trastorno por estrés agudo y varios estados disociativos por trance y posesión. Estos trastornos son más una alteración en la organización o la estructura del contenido mental, que de los contenidos en sí mismos.

Romero (2016) indica que estos trastornos se deben de estudiar, considerando la perspectiva intercultural, debido a que, los fenómenos disociativos no siempre se consideran patológicos. Lo anterior se debe a que en algunas culturas constituyen una expresión frecuente y aceptada, sobre todo dentro de las actividades culturares y de las costumbres religiosas. No óbstate, existen una serie de síndromes definidos culturalmente que provocan malestar y deterioro que son reconocidos como manifestaciones patológicas, y que se caracterizan por disociación.

De este tipo de trastornos, el que más suele llamar la atención tanto de los profesionales de la salud mental, así como de la población en general, es el trastorno de identidad disociativo (TID). También conocido popularmente como "trastorno de personalidad múltiple".

Un tema importante a considerar, es el estigma con el que las personas que padecen este trastorno tienen que lidiar, Spannos (1994) insiste que la culpa de ello, en gran parte la tiene la difusión y conceptualización del trastorno en los medios de comunicación. En consideración a ello Garcia (2020) señala que la negatividad con la que se presenta este trastorno en los medios de comunicación, produce en gran medida la estigmatización del enfermo mental, llegándolo a presentar como un criminal peligroso para la sociedad, asociando así la violencia con la enfermedad mental.

La mayor explotación de las enfermedades mentales, se ha dado en el cine y la literatura, en la cual, el hecho de trabajar sobre un trastorno que ha sido tan explotado y comercializado, implica también develar al lector el sufrimiento constante del paciente, pero lamentablemente esto se ve opacado por la fascinación que despiertan las múltiples identidades. Si bien el medio cinematográfico lo presenta como algo increíble e incuso algo digno de admiración, no ha logrado crear conciencia sobre el trasfondo del origen de las identidades, así como tampoco ha conseguido que las personas busquen informarse y sensibilizarse sobre lo que implica padecer este trastorno. Lo único que se ha conseguido es fomentar el estereotipo ya mencionado Realpe (2021).

Ese estereotipo se ha criticado por múltiples autores, destacando lo argumentado por Barahona y Re-

yes (2008). Quienes señalan que los pacientes con TID pueden ser desde individuos con enfermedad psiquiátrica crónica y con deficiente funcionamiento psicosocial hasta personas con alto funcionamiento que pueden ser exitosas en sentido profesional y social. Por lo que limitarlas a un grupo específico es también un gran error.

El interés que despierta este trastorno, se debe no solo a su sintomatología, sino que además por su poca prevalencia en la población. Aunque esto último se ha cuestionado por autores como García, Pérez, Corbí y Moreno (2017), quienes aluden un posible infra diagnostico causado por la complejidad de sus síntomas y la confusión que puede haber a la hora de establecer el diagnóstico diferencial.

En ese mismo sentido González y Mosquera (2015) afirman que uno de los principales problemas para diagnosticar TID, es la confusión que suelen crear sus síntomas, por lo que los pacientes suelen ser diagnosticados de forma errónea y un porcentaje muy elevado, nunca llega a ser diagnosticado de TID.

"Reacción a una situación traumática"

García, Pérez, Corbí y Moreno (2017) indican que ya sea por sus características propias como por su confusión con otras patologías, como lo puede ser la amnesia disociativa y la fuga disociativa, incluso la propia esquizofrenia. Por lo que se podría considerar que el TID, es el trastorno disociativo más difícil de diagnosticar. Romero (2016) señala que es posible encontrar síntomas disociativos en otros trastornos como lo son el estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de somatización. Lo que refuerza la teoría de que el TID es un trastorno difícil de identificar y por ende difícil de diagnosticar.

Otros autores como Fahy (1988) North, Ryall, Ricci y Wetzel (1993) consideran que el TID no es un trastorno inducido, pero que no debería de ser considerado como un trastorno independiente, sino como un fenómeno que ha de ser reclasificado dentro de otros trastornos.

Por otro lado Rubia (2000) apunta que el TID abre una posibilidad única, debido a que brinda la oportunidad de entender mejor la relación que existe entre el cerebro y la mente. Señalando que la división de las funciones cerebrales en módulos es una realidad, y que estos módulos pueden funcionar, en condiciones anormales, aislados unos de otros y además que el que el módulo del yo, o lo que nosotros entendemos por "yo", es tan frágil que puede disociarse fácilmente, incluso sin que existan lesiones cerebrales.

La esquizofrenia y el TID

En el caso concreto de la esquizofrenia, es necesario señalar lo establecido por Vera (2006) quien afirma que la disociación del TID conduce a una separación de procesos normalmente integrados, mientras que en la esquizofrenia, aunque estos procesos permanecen integrados, tienden a deteriorarse. Además, el desdoblamiento en el trastorno de identidad disociativo es interno mientras que en la esquizofrenia se da un "desdoblamiento" externo ya que se trata de creaciones alucinatorias.

Otra característica distintiva del TID, es la señalada por Doan y Bryson (1994) quienes indican que en comparación con otros trastornos disociativos, es el inicio sintomatológico anterior a los 12 años, Fombellida y Sánchez (2003).agregan que raramente se presenta después de los 40 años. Se tiende a asociar la presencia de este trastorno a traumas asociado a abusos, además de tener un mayor predominio en la mujer.

Flor-Henry (1994) establece que el TID y la histeria se diferencian debido a una activación electroencefalográfica hemisférica cerebral opuesta, la cual se manifiesta por una supresión del ritmo alfa. Esta relativa activación cerebral, derecha en la histeria e izquierda en el TID, podría explicar la diferencia entre estos trastornos ayudando a identificación y posterior diagnóstico.

Bajo esta premisa, Flor- Henry, Tomer, Kumpula, Koles, y Yeudall (1990) aluden que la experiencia consciente se entiende como una función dependiente de un sistema neural crítico conocido como eje de la conciencia. La personalidad múltiple se explica como un estado dependiente del aprendizaje donde la amnesia actúa aislando estados afectivos particulares, supuestamente mediados por el hemisferio derecho, e impidiendo la experiencia consciente, supuestamente mediada por el hemisferio izquierdo.

Retomando el concretamente el síntoma de disociación, este se tiende a observar como una manifestación de la personalidad histriónica, lo que provoca que las personas que presentan síntomas aislados de disociación sean diagnosticadas de diferentes trastornos de personalidad (Johnson, Cohen, Kasen y Brook, 2005).

Con respecto a lo anterior Romero (2016) señala que debido a esto, es entendible que existan escépticos del TID. Agregando que el concepto de falsa memoria es más aceptable que el diagnóstico del TID.

Prevalencia

La prevalencia de los trastornos disociativos, según Robles, Garibay y Páez (2006) es altamente variable entre países y culturas ubicándose entre el 5 a 10 % en población general, y de 10.2 a 41.4% en pacientes psiquiátricos. González (2008) Señala que en países como EEUU el porcentaje de diagnóstico de tratarnos disociativos ronda entre el 15-20% dentro de los pacientes psiquiátricos, mientras que en Europa dichos trastornos son considerados como un fenómeno inusual. Lo que refuerza la teoría de

que existen profesionales de la salud mental que consideran que el trastorno de personalidad múltiple no existe o en su defecto no es diagnosticado debido a que se confunde con alguna otra enfermedad mental.

En lo que a la prevalencia de otros trastornos disociativos, encontramos que el trastorno de amnesia disociativa según el manual de criterios diagnósticos (DSM-5) presenta una prevalencia de 1.8%. Spiegel, Loewenstein, Lewis, Sar, Simeon, Vermetten y Dell (2011). Indican que esta prevalencia oscila entre 1.8% y 7.3%. Mientras que Lev-Wiesel, (2008) afirma que a nivel global, la patología afecta al 1% de lo población.

En lo referente al trastorno de despersonalización Sar, y Öztürk (2012). Refieren que su prevalencia se ubicaría entre el 0.9 – 1.4%, Mientras que Hunter, Sierra y David (2004) lo sitúan entre el 1% y 2%. El trastorno disociativo no especificado, es el tipo más frecuente ya que según Sar, y Öztürk (2012) cuenta con una prevalencia entre el 4.3% y 8.3%

Finalmente la prevalencia que presenta el Trastorno de identidad disociativo, se sitúa en torno al 1.5%, según datos presentes en el manual de criterios diagnósticos (DSM-5). Por otra parte Abad (2017) asevera que la prevalencia oscila entre el 0.1 y el 1% en la población general, apareciendo entre un 5 y 10% en pacientes psiquiátricos.

En lo que respecta a la población clínica, los trastornos disociativos suelen ser frecuentes, aunque Romero (2016) refiere que paradójicamente no suelen ser diagnosticados. En ese sentido García, Pérez, Corbí y Moreno (2017) advierten que la prevalencia podría ubicarse cercana al 5% en la población clínica. Meintras que Gershuny y Thayer (1999) y Sar (2006) agrega que el porcentaje mayor le correspondiente al sexo femenino, tal y como sucede con el resto de trastornos disociativos.

En cuanto a la asistencia médica, Putnam y Loewenstein (1993) opinan que los pacientes con TDI deben ser tratados en régimen ambulatorio. Debido a que la duración de los tratamientos y la limitación de los recursos hospitalarios, hacen que el tratamiento de los pacientes en régimen de residencia sea casi imposible en los momentos actuales.

No obstante Irpati, Avasthi y Sharan (2005) opinan que lo ideal sería una hospitalización debido a la alta posibilidad de presentar impulsos e intentos suicidas, depresión y conducta violenta. Producto de la inestabilidad y vulnerabilidad que genera el trastorno.

Síntomas y Diagnostico

El manual de criterios diagnósticos (DSM-5) señala como criterios diagnósticos para el TID

> "una perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo". (APA 2014).

Otro criterio diagnostico mencionado, hace referencia a lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante, y/o sucesos traumáticos, los cuales son incompatibles como parte de un olvido ordinario. Asimismo se debe de considerar dentro de los criterios diagnósticos que los síntomas producidos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.

La amnesia en concreto, según Steinberg (2002) cumple una función a la hora de manejar el trauma. Debido a que es utilizado como un mecanismo de defensa, con la finalidad de sobrellevar una situación angustiosa o una emoción intolerable. Incluso Vera (2006) comenta que la persona que padece este trastorno puede llegar a desarrollar diferentes historias personales con vivencias, recuerdos y sentimientos dispares.

En otras palabras gracias a este mecanismo, la persona consigue evadir el hecho traumático. Esta situación provoca que los datos referentes al hecho traumático queden almacenados en el inconsciente, por lo que sería necesario que el individuo se encontrara en el mismo estado mental para lograr acceder a dichos datos.

Finalmente se debe de considerar que la alteración no forme parte de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada, así como descartar que los síntomas estudiados se sean atribuibles a los efectos fisiológicos producidos por alguna sustancia o efectos de algún medicamento. Es importante destacar que en el caso de niños, el manual establece que los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.

Teorías Explicativas del TID.

Las teorías explicativas del TID, históricamente han ido de la mano con las teorías psicológicas de la época en que se intenta explicar el trastorno. Las cuales han ido desde las que atendían a sucesos sobrenaturales, posesiones o reencarnaciones hasta las que incluyen el síndrome de desconexión hemisférica cerebral. Romero (2016). Actualmente se basan principalmente en el modelo traumático y consideran a este trastorno como una forma de supervivencia usualmente asociado a abuso infantil severo. Barahona y Reyes (2008).

TEPT Y TID

Históricamente el TID se ha relacionado como una consecuencia directa del Trastorno estrés post traumático, Barahona y Reyes (2008) Indican que la mayor parte de los

estudios han encontrado relación entre los trastornos de disociación y la experiencia de un trauma psicológico. Esto debido a que los estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático.

Sosa y Capafóns (2005) afirman que la experiencia de sucesos considerados como extremadamente estresantes o de naturaleza traumática, produce en los seres humanos una reacción normal caracterizada entre otros aspectos por sentimientos de terror, sensación de profunda vulnerabilidad e indefensión, miedo a resultar seriamente dañados y miedo a perder la vida. Además agregan que en algunas ocasiones, pueden llegar a presentarse sentimientos de remordimiento o culpa, debido a que la persona considera que durante el evento estresante pudo haber actuado de distinta forma o por el contrario podría no haber hecho algunas cosas.

Lev-Wiesel (2008) Postula que existen diferencias entre los eventos traumáticos causados por la naturaleza y los causados por el hombre. Ya que cuando se trata de eventos traumáticos ocasionados por el hombre, los niveles de estrés postraumático suelen ser superiores en intensidad y duración si se les compara con los ocasionados por eventos naturales. Lo que significaría que ante eventos traumáticos ocasionados por el hombre, el número de trastornos mentales y alteraciones en la salud física de las víctimas tienda a ser mayor que cuando se originan por eventos naturales. Sin mencionar que las experiencias traumáticas causadas por el hombre suelen asociarse con cuadros clínicos más complejos y con mayores dificultades para el ajuste psicológico posterior de las víctimas.

Sosa y Capafóns (2005) señalan que las reacciones frente a un evento traumático, también dependerán del nivel de desarrollo emocional, social y cognitivo que tiene el individuo en el momento de la experiencia traumática, en especial cuando se trata de experiencias traumáticas que se producen en la infancia, cuando el desarrollo de las habilidades cognitivas, emocionales y sociales aún no se han completado. Por lo que dichas experiencias traumáticas suelen ser más severas.

En relación a lo anterior Spiegel (1991) postula que la disociación puede ser entendida como una respuesta normal a un suceso traumático. Loewenstein (2005) complementa que el TID, sería un trastorno del desarrollo, el cual contaría con una base postraumática, que generalmente comienza después de los 6 años de edad. Bru, Tomás, Puig, López, Coronas y Gómez (2008) agregan que existen ciertos datos que sustentan la teoría de que la experiencia de disociación temprana en el momento del trauma favorecerá incluso la aparición de un trastorno por estrés postraumático posterior. Lo que significaría que el TEPT, es producto del TID y no como sugieren otras autores.

Sin embargo, Romero (2016) establece que no todos los pacientes que padecen TEPT presentan disociación en el momento del trauma ni manifiestan características disociativas. Lo que según Atchison y McFarlane (1994) abre la posibilidad de que existan dos tipos de TEPT: uno, con predominio de los síntomas disociativos durante un suceso traumático y otro, donde predominan los síntomas ansiosos.

Lo anterior, significaría que existe una cierta vulnerabilidad o predisposición a la disociación en los pacientes con TEPT. Lo que a su vez plantea la posibilidad de que el TID sea ocasionado por experiencias estresantes repetidas o prolongadas y no por una sola experiencia y el TID sería una forma de adaptación para reducir el estrés.

Ross, Joshi y Currie (1999) a través de sus estudios determinaron que los fenómenos disociativos, no solo se observan en pacientes con TEPT, sino que también suelen presentarse en los trastornos de la alimentación, trastornos fóbicos y trastornos de la personalidad límite, entre otros. Inlcuso Gershuny y Thayer (1999) señalan que el TID también se relaciona con la sugestionabilidad. Giesbrecht y Merckelbach (2005) postulan que la relación de causalidad entre el trauma y la disociación no está empíricamente fundamentada. En relación a ello Rubia (2000) afirma que todos tenemos potencialidad para la personalidad múltiple, pero que en el curso de un desarrollo normal conseguimos mejor o peor consolidarlas e integrarlas todas dentro de un sentido de yo.

Gleaves, (1996) manifiesta que el trauma no es inherente al TDI, debido a que muchos de los estudios se basan en reportes verbales, los que a consideración del autor antes citado no pueden ser considerados como verdaderos ya que son pacientes que buscan llamar la atención y en cualquier caso de que el trauma se hubiere producido, ha de ser contemplado como mera coincidencia.

Romero (2016) explica que en algunos estudios experimentales con animales se observa que el prolongado estrés lleva a necrosis del hipocampo como resultado del exceso de glucocorticosteroides adrenales. El autor compara esta situación con el estrés prolongado, por tortura física o abuso sexual observado en los antecedentes de mujeres con síndrome de personalidad múltiple, el cual también podría ocasionar una disfunción inhibitoria del hipocampo. Afirmando que bajo estas condiciones estresantes se produce un desequilibrio del eje hipotalámico hipofisiarioadrenal que provoca alteraciones somestésicas, gastrointestinales y del sistema autónomo, que de darse de una manera continuada pueden dar lugar a un conjunto de síntomas físicos asociados a trastornos emocionales, que se conoce como histeria.

Forrest (2001) demostró que el TDI producía un descenso de la perfusión en regiones orbitofrontales. Adicionalmente, éste estudio documentó también el incremento de perfusión en las regiones frontal y occipital superior y medial bilateralmente.

Historia del trastorno

La evolución del concepto data al menos desde 1786, cuando Rush incluyó diversos ejemplos de casos donde se presentaban síntomas de disociación. Por lo que Rush (1786) afirmo que la condición disociativa era debida a una desconexión entre los hemisferios cerebrales. Es importante señala que antes de la investigación de Rush, dichos trastornos eran considerados como una posesión. (Camacho y Olmeda, 2019).

Cazabat (2004) indica que dicha visón era compartida por Charcot, un famoso neurólogo francés, quien fue el impulsor de las investigaciones referentes al estudio de los trastornos disociativos. En 1889 Charcot desarrollo su teoría referente a la histeria, en la cual advertía que des-

pués de un hecho traumático, se produce un estado hipnótico en el que las ideas traumáticas se aíslan de la conciencia.

Dentro de sus conclusiones encontró una estrecha relación entre la histeria y traumas anteriores. Cazabat (2004) agrega que la gran aportación de Charcot fue el dotar de una explicación racional a relatos que normalmente eran consideradas como posesiones y brujerías, concluyendo que es el propio sistema nervioso el que produce la alteración del estado de conciencia, denominándolo como "autosugestión histerotraumática". Charcot (1889) también indica que el trauma producido por el evento traumático, al ser aislado de la conciencia, ocasionaba que esta a su vez se convirtiera en síntomas histéricos a través de un mecanismo de la realización.

Es importante mencionar la concepción histórica de la histeria, González y Mosquera (2015). Señalan que desde el siglo II, se describía a la histeria como una enfermedad causada por la privación sexual en mujeres particularmente pasionales. Posteriormente en la era medieval se diagnosticaba frecuentemente en vírgenes, monjas y viudas, y menos en mujeres casadas; llegando incluso a ser el coito a través del matrimonio el tratamiento de elección. Aunque estas descripciones antiguas guardan una relación poco consistente con el concepto de la histeria que se tiene hoy en día, esta asociación con la represión sexual en la mujer continuó en siglos posteriores. Siendo su punto álgido la época victoriana, donde llega a diagnosticarse de histeria a una de cada cuatro mujeres.

Autores como Kihlstrom, Glisky y Angiulo (1994) y Putnam (1989) afirman que el primer estudio sistemático sobre la disociación surge del trabajo de Pierre Janet en 1889. En dicho estudio Janet consideraba a la histeria como una alteración psicológica y no como una alteración orgánica. Cabe resaltar que Janet fue discípulo de Charcot, según lo expresan González y Mosquera (2015) quienes también señalan que Janet, describió multitud de casos de personalidad múltiple, sentando así las bases actuales de este trastorno. En ese sentido Cazabat (2004) agrega que el concepto de personalidad múltiple es atribuible a Janet, ya que fue el primero en utilizar el concepto de disociación, empleándolo como una forma a de referirse a un estado alterado de la conciencia producido por un trauma temprano. Janet incluso propuso en 1889 el término "désagrégation mentale" para referirse a la no integración (Pérez y Galdón, 2003), además de establecer como un proceso básico en la disociación, a lo que el denomino como "estrechamiento de conciencia", lo cual impide que el individuo perciba y a la vez integre ciertos acontecimientos de su desarrollo vital, sobre todo los hechos traumáticos (Putnam, 2006).

Dicho estrechamiento fue definido por Janet (1907) como una forma de depresión, en la cual se destacaba la debilidad mental, además de motivar la aparición de la sintomatología disociativa. Esta idea impero hasta el inicio de la segunda guerra mundial, donde las víctimas empezaron a mostrar una sintomatología específica a la que se denominó "shell-shock". Cuyo síntomas incluían entre si una serie de reacciones disociativas, tales como la amnesia, fugas, cegueras de conversión y parálisis (Menninger 1945).

Posteriormente y debido a la publicación de la obra titulada "Divided consciousness" de Hilgard en 1977, se realiza una nueva definición de la disociación, en la cual se afirma que el funcionamiento mental está organizado en estructuras y subestructuras, las cuales están ordenas jerárquicamente y mantienen una relación de independencia. Bernstein y Putnam (1986) también plantean la idea de lo que denominaron como el continuo disociativo, el cual va desde la disociación parcial hasta la desconexión total.

Posteriormente en 1990 Spiegel, definió la disociación como la separación de los contenidos que en situación normal estarían integrados. Dicha teoría se basa en tres pilares, primeramente señala que la disociación implica una falta de conexión entre las partes de la conciencia o de la memoria. En segundo lugar se postula que existe la disociación implica falta de conexión entre las partes de la conciencia o de la memoria y finalmente se señala que la memoria autobiográfica (self) es la integración de la experiencia personal.

Por último, los últimos grandes exponentes del estudio de los trastornos disociativos son Kihlstrom y Putnam. El primero define la disociación como un mecanismo bajo el cual algunos elementos mentales no son codificados conscientemente, es decir, son disociados. Dicha alteración puede afectar las diferentes áreas de funcionamiento mental.

Mientras que por otra parte Putnam (1994) focalizo su investigación en la población infantil, aludiendo que muchas experiencias disociativas que pueden ser patológicas en adultos, no son consideradas como tales en niños o adolescentes, ya que en algunos casos, especialmente en los niños se puede confundir la sintomatología disociativa con la aparición de un "amigo invisible". Incluso este autor postula la idea de un continuo en la disociación, el cual iría desde los episodios breves, los cuales aparecen debido a una situación concreta, hasta las experiencias disociativas frecuentes, muy intensas, que aparecen en contextos no apropiados (Putnam,1993).

En lo que se refiere específicamente al tema de "amigos imaginarios "García-Cortés (2017) indica que el amigo imaginario sería un episodio tópico de defensa psicológica mediante huida o refugio en la fantasía.

A pesar de lo anteriormente señalado, la American Psychiatric association, incorporo en los años 80, al publicar el DSM-III, el Trastorno de Estrés Postraumático y junto con él, creó la categoría de trastornos disociativos, incluyendo en dicha categoría el diagnóstico de personalidades múltiples, el cual se daría a conocer en la edición posterior como Trastorno Disociativo de Identidad (Cazabat, 2004).

TID en el ámbito jurídico

En el ámbito jurídico, en algunas legislaciones, como la española, se ha llegado a concluir que la presencia del espectro disociativo es susceptible de convertirse en una circunstancia modificativa de responsabilidad penal, siempre y cuando se demuestre la existencia de contingencia entre el hecho cometido y la patología presentada. En lo que respecta a imputados en los cuales su defensa ha alegado la presencia de un trastorno disociativo, se observa que son en su mayoría varones, siendo los trastornos de personalidad y el trastorno de estrés postraumático como las patologías comórbidas con mayor presencia. Rullán, López y González. (2013).

Recordando que se señaló con anterioridad que los trastornos disociativos, suelen presentarse mayormente en mujeres, Spitzer y Freyberger (2008) explican esta diferencia en el ámbito judicial debido a que los hombres con trastornos disociativos normalmente no entran en el sistema sanitario, pero sí en el sistema legal.

Respecto al porque no se considera al TID como un eximente de responsabilidad penal Ana Muñoz (2016) señala que si bien es cierto que pueden llegar a coexistir diversas personalidades en un individuo, siempre existe una de ellas que está en contacto con la realidad. En otras palabras, no existe una desconexión de la realidad, ya que independientemente de cual personalidad este en control, no existe en ningún momento una desconexión del individuo. Simplemente el control del cuerpo se transfiere de una personalidad a otra, pero el individuo en su conjunto nunca está fuera del contacto con la realidad.

CONCLUSIÓN

Si bien es cierto que durante mucho tiempo, se ha vinculado al TID con eventos abusivos de índole sexual, estos no son el único posible detonante de dicho trastorno, sin mencionar que no siempre se presenta tras un evento de estas características. Ya que como se evidencio el TID también suelen presentarse en los trastornos de la alimentación, trastornos fóbicos y trastornos de la personalidad límite, entre otros. Razón por la cual no debiese de utilizarse como un indicativo infalible de un posible abuso de índole sexual.

En ese mismo sentido se debe de tener a consideración la postulación de algunos autores que consideran al TID como un fenómeno que ha de ser reclasificado dentro de otros trastornos y no como un trastorno independiente. Incluso se tiene que valorar la presencia de una falsa memoria, que a decir de algunos autores, es un concepto más aceptable que un diagnóstico de TID.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

Abad Vila, M. (2017). Múltiple (2017) de M. Night Shyamalan. Trastorno de identidad disociativo: otra vuelta de tuerca. Rev. Med. Cine (RMC). 13(4) 159-170.

Aguirre Valarezo, M. (2010). Breve tratado de grafotecnia documentoscopia dactiloscopia. Editoria Juridica LYL.

American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico delos Trastornos Mentales (5aed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ana Muñoz. (2014). TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVO (PERSONALIDAD MÚLTIPLE). 2.2.16, Recuperado de: http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/trastorno-deidentidad-disociativo-personalidad-multiple?limitstart=0.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría.

Barahona J., Reyes A. (2008) A propósito de un caso – trastorno de identidad disociativa (personalidad múltiple). Manual psiquiatría de Kaplan & Sadock. 4(1). 1-36.

Bernstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of adissociation scale. The Journal of Nervous and Mental Disease, 174, 727–735.

Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducasse JL, Charlet JP, Lauque D, Sztulman H, Schmitt L. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptom: a three months prospective study. Am J Psychiatry. 2003;160(7):1337-9.

Bru, M. T., Santamaría, M., Tomás, E. P., Puig, S., López, J. M. S., Coronas, R., & Gómez, J. V. C. (2008). La personalidad en el trastorno disociativo. Archivos de psiquiatría, 71(1), 15-31.

Camacho, J. y Olmeda, M. S. (2019). Trastorno disociativos. Servicio de psiquiatría Histpital Univeristario Gregorio Marañon. Madrid. 12(84) 4938-46.

Cazabat, E. H. (2004). Evolución histórica del concepto de disociación. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, 3(1), 42–45.

Charcot, J. M. (1889). Oeuvres completes de JM Charcot: lecons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle epiniere (Vol. 7). Bureaux du progrès médical.

Doan, B. D., & Bryson S. E. (1994). Etiological and maintaining factor in multiple personality disorder: a critical review. En R. M. Klein y B. K. Doane (Eds.), Psychological Concepts and Dissociative Disorders (pp. 51-84). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Fahy, T. A. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder: A critical review. The British Journal of Psychiatry, 153(5), 597-606.

Flor-Henry, P. (1994). Cerebral Aspect of hysteria and Multiple Personality. En R. M. Klein & B. K. Doane (Eds.), Psychological Concepts and Dissociative Disorders (pp. 237-258). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Flor-Henry, P., Tomer, R., Kumpula, I., Koles, Z. J., & Yeudall, L. T. (1990). Neurophysiological and neuropsychological study of two cases of multiple personality syndrome and comparison with chronic hysteria. International Journal of Psychophysiology, 10, 151-161.

Fombellida Velasco, L., & Sánchez Moro, J. A. (2003). Personalidad múltiple: un caso raro en la práctica forense. Cuadernos de Medicina Forense, (31), 05-11.

Forrest, K. A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. Consciousness and cognition, 10(3), 259-293.

García Soler, A. (2020). La evolución del trastorno de identidad disociativo en el cine (Bachelor's thesis).

García-Cortés, A., Pérez-Fernández, F., Corbí-Gran, B., & Martín-Moreno-Blasco, C. (2017). Estudio de caso:¿ simulación o trastorno de personalidad múltiple?. Clínica y salud, 28(1), 39-45.

Gershuny, B. S. y Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dis-sociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. Clinical psychology review, 19, 631–657.

Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. Psychological bulletin, 120(1), 42.

González, A., y Mosquera, D. (2015). Trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple. Madrid: Síntesis, S. A.

González, A.B. (2008). Trastornos Disociativos (Diagnóstico y Tratamiento): Lightning Source Incorporated.

Hilgard, E. R. (1977). Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Actions. Nueva York: Wiley.

Hunter, E. C., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39, 9-18.

Irpati, A. S., Avasthi, A., & Sharan, P. (2006). Study of stress and vulnerability in patients with somatoform and dissociative disorders in a psychiatric clinic in North India. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60(5), 570-574.

Janet, P. (1907). The Major Symptoms of Hysteria. Nueva York: Hafner.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J. S. (2005). Dissociative disorders amongadults in the community, impaired functioning and axis I and II comorbidity.Journal Psychiatric Review, 40(8), 131–140.

Keane TM, Kaufman ML, Kimble MO. Peritraumatic dissociative symptoms, acute stress disorder, and the development of posttraumatic stress disorder: causation, correlation or epiphenomenon? En: Sánchez-Planell L, Diez-Quevedo C. (eds.) Dissociative States. Barcelona: Springer Verlag Ibérica; 2000. p. 21-43.

Kihlstrom, J. F. (1994). One hundred years of hysteria. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.),Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives. New York: Guilford.

Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L., & Angiulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. Journal of Abnormal Psychology, 103(1), 117.

Lev-Wiesel, R. (2008). Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. Children and Youth Services Review, 30, 665-673.

Loewenstein, R. J. (2005). Psychopharmacologic treatments for dissociative identity disorder. Psychiatric Annals, 35(8), 666-673.

Menninger, W. (1945). Psychiatry and the war. Atlantic, 176, 107–114.

North, C. S., Ryall, J. E. M., Ricci, D. A., & Wetzel, R. D. (1993). Multiple personalities, multiple disorders: Psychiatric classification and media influence. Oxford University Press.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 (CIE-10): Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor.

Pérez, S. y Galdón, M. J. (2003). Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8, 85–108.

Putnam, F. W. (1989). Diagnosis and treatment of multiple personality disorder. Guilford Press.

Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles andproblems. Child Abuse and Neglect, 17, 39–45.

Putnam, F. W. (1994). Dissociative disorders in children and adolescents. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives(pp. 175–189). Nueva York: Guilford.

Putnam, F. W. (2006). Dissociative disorders. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), Deve-lopmental Psychopathology. Vol. 3: Risk, disorder and adaptation (pp. 657–695).New York: Wiley.

Realpe Herrera, V. F. (2021). La joven de las cuatro estaciones: una aproximación narrativa al trastorno de identidad disociativa (Master's thesis, Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).

Robles García, R., Garibay Rico, S. E., & Páez Agráz, F. (2006). Evaluación de trastornos disociativos en población psiquiátrica mexicana: prevalencia, comorbilidad y características psicométricas de la Escala de Experiencias Disociativas. Salud mental, 29(2), 38-43.

Romero-López, M. J. (2016). Una revisión de los trastornos disociativos; de la personalidad múltiple al estrés postraumático. Anales De Psicología/Annals of Psychology, 32(2), 448-456.

Ross, C. A. (1991) Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. Psychiatric Clinics of North America,14, 503-17.

Rubia, F. J. (2000). El cerebro nos engaña. Temas de hoy.

Rullán, M. M., López, V. D., & González-Trijueque, D. (2013). Los trastornos disociativos: abordaje clínico y análisis de las repercusiones forenses en el victimario dentro del ámbito penal. Psicopatología Clínica Legal y Forense, 13(1), 73-104.

Rush, B. (1786). An inquiry into influence of physical causes up on the moral faculty.Philadelphia: Charles Cist.

Sar, V. (2006). El ámbito de los trastornos disociativos: Una perspectiva internacio-nal. Psychiatric Clinics of North America, 29, 227–244.

Sar, V., & Öztürk, E. (2012). Trastorno de identidad disociativo: diagnóstico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y tratamiento. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación, 3(2), 1-21.

Sosa, C. D. (2005). Capafóns J. Estrés postraumático. España: Síntesis.

Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder: a sociocognitive perspective. Psychological bulletin, 116(1), 143.

Spiegel, D. y Cadena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disordersrevisited. Journal of Abnormal Psychology, 100, 366–378.

Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis□Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., .& Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM□5. Depression and anxiety, 28(12), E17-E45.

Spitzer, C., Freyberger, H. J. (2008). Geschlechtsunterschiede bei dissoziativen Störungen. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz , 51, 46-52.

Steinberg, L. (2002). Clinical adolescent psychology: what it is, and what it needs to be. Journal of consulting and clinical psychology, 70(1), 124.

Vera Posek, B. (2006). ¡El asesino era yo! O el trastorno de identidad disociativo en el cine. Revista de Medicina y cine (RMC). Ediciones universidad de Salamanca. 125-132.

Yudofsky, S. C., Talbott, J. A., & Hales, R. E. (Eds.). (1999). Textbook of psychiatry. American Psychiatric Association.