

Una revisión de los trastornos disociativos: de la personalidad múltiple al estrés postraumático

Modesto J. Romero-López

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social, Universidad de Huelva (España).

Resumen: Este trabajo trata la idea de disociación, los trastornos disociativos y su relación con los procesos de conciencia. Se centra en el trastorno de personalidad múltiple y el trastorno de estrés postraumático, desde la perspectiva del diagnóstico y del tratamiento. Ambos grupos de trastornos polarizan el debate sobre las categorías diagnósticas con síntomas disociativos. Se revisan las ideas sobre disociación, hipnosis y suicidio asociadas a estos trastornos. Parece darse una falta de consenso en cuanto a la naturaleza misma de la disociación con implicaciones teóricas, empíricas y clínicas. Completa esta revisión la comparación desde sus inicios, hace poco más de un siglo, con el panorama actual y las nuevas tendencias en las investigaciones que desde las neurociencias están relacionando los procesos cognitivos con los fenómenos y trastornos disociativos.

Palabras claves: trastornos disociativos; trastorno de personalidad múltiple; trastorno de estrés postraumático; fenómenos disociativos; hipnosis; ideación suicida.

Title: A review of the dissociative disorders: from multiple personality disorder to the posttraumatic stress.

Abstract: In this paper we review the idea of dissociation, dissociative disorders and their relationship with the processes of consciousness. We will deal specifically with multiple personality disorder and posttraumatic stress disorder. Both polarize the discussion of diagnostic categories with dissociative symptoms. This review compares the initial ideas (one century old) with the current scenario and emerging trends in research, which are relating cognitive processes and dissociative phenomena and disorders from a neuroscientific approach. We discuss the ideas on dissociation, hypnosis and suicide associated with these disorders. There seems to be a lack of consensus as to the nature of dissociation with theoretical, empirical and clinical implications.

Key words: Dissociative disorders; multiple personality disorder; post-traumatic stress disorder; dissociative phenomena; hypnosis; suicide ideation.

Introducción: historia, definición y epidemiología

En este trabajo trata la idea de disociación, los trastornos disociativos y su relación con los procesos de conciencia. Desde la perspectiva diagnóstica y de tratamiento, revisa el trastorno de personalidad múltiple (de identidad disociativa) y el trastorno de estrés postraumático, por polarizar el debate sobre estos trastornos. Las ideas sobre la disociación, hipnosis y suicidio están asociadas históricamente con éstos. Tras más de un siglo de investigaciones y aportaciones, el panorama actual de los conocimientos en relación con las primeras ideas sobre los fenómenos disociativos parece no haber cambiado sustancialmente. Nuevas investigaciones desde las neurociencias relacionando los procesos cognitivos con los fenómenos disociativos están cambiando este panorama.

Aunque pasen desapercibidas las experiencias disociativas suelen ser comunes en la vida diaria, si bien, los trastornos disociativos son relativamente raros. Entre estos los más comunes son los fenómenos autoscópicos o experiencias extracorporales, habla y escritura automática, auras, alucinaciones auditivas y visuales, síntomas de conversión, sonambulismo, *flashbacks* e intromisión de episodios de trauma o abusos pasados que han sido olvidados, reprimidos o disociados (Fraser, 1994). Estas experiencias disociativas parecen relacionarse con ciertas dimensiones de personalidad, capacidad de sugestión, introversión, tendencia a la fantasía y a algunas facetas de experiencias de despersonalización y fugas. Cuan-

do se dan se habla de tendencias disociativas y se consideran como factores de riesgo para desarrollar trastornos disociativos (de Ruiter, Elzinga y Phaf, 2006).

En el estudio de estos trastornos se debe considerar la perspectiva intercultural ya que, los fenómenos disociativos no siempre se consideran patológicos. Constituyen una expresión frecuente y aceptada de las actividades culturales y de las costumbres religiosas de muchas sociedades. Sin embargo, existen una serie de síndromes definidos culturalmente que provocan malestar y deterioro que son reconocidos como manifestaciones patológicas, y que se caracterizan por disociación.

El primer estudio sistemático sobre la disociación surge del trabajo de Pierre Janet en 1889 (Kihlstrom, Glisky y Angiulo, 1994; Putnam, 1989). Este estudio plantea que las experiencias nuevas son generalmente integradas en la memoria a través de emociones, pensamientos y conductas asociadas a esas experiencias. Esta integración dependerá de la evaluación cognitiva de las mismas. Las experiencias traumáticas no acordes a esquemas cognitivos previos pueden separarse de la toma de conciencia y fragmentos y sucesos no integrados pueden hacerse conscientes posteriormente. Esos fragmentos consistentes en recuerdos, sentimientos y acciones podrían facilitarse en situaciones similares a las traumáticas. Para acceder a estos fragmentos o “ideas fijadas en la subconciencia”, Janet utilizó la hipnosis. Llamó “automatismos psicológicos” a un gran número de estructuras elementales de contenido específico en combinación con la percepción y la acción. Gran parte de estos automatismos psicológicos se hayan unificados en la conciencia. En periodos de estrés, algunos de ellos podrían funcionar de forma aislada e independiente de la conciencia y el control voluntario. Esto lo definió como disociación. Consideró que la disociación ocurre en respuesta al estrés, aunque también que ciertas perso-

*** Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Dr. D. Modesto Jesús Romero López. Universidad de Huelva. Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Campus “El Carmen”. Avenida de la Fuerzas Armadas, s/n, 21071, Huelva (España).
E-mail: modesto.romero@dpsi.uhu.es

nas pueden estar constitucionalmente predisuestas a desarrollar estos trastornos disociativos (Janet, 1907).

En la historia de los trastornos disociativos destacan el énfasis inicial de los estudios de Freud en la disociación y las experiencias traumáticas en la infancia, así como la oportunidad que ofrecieron las Guerras Mundiales y sobre todo la guerra del Vietnam, para examinar la relación entre experiencias traumáticas, disociación y morbilidad psiquiátrica. A partir de los años 1970 el interés en los procesos disociativos ha ido incrementándose. Así, se estudian las condiciones desencadenantes de estos procesos (Hilgard, 1977). Poco después, el trastorno por estrés postraumático (PTSD) y las secuelas por abusos en la infancia, se asocian a los trastornos disociativos (Atchison y McFarlane, 1994).

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. El manual clasifica los trastornos que se recogen en la Tabla 1, donde en todos los casos el trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas de funcionamiento del individuo.

Tabla 1. Trastornos disociativos (DSM-5).

Trastorno de identidad disociativo	Perturbación de la identidad por la presencia de dos o más estados de la personalidad bien definidos y lapsus recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos o la información personal importante y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.
Amnesia disociativa	Incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.
Trastorno de despersonalización/ desrealización	Presencia persistente o recurrente de despersonalización, desrealización o ambas. Despersonalización: experiencias de irrealidad, distanciamiento, o ser un observador externo respecto de los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo. Desrealización: experiencia de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno. En ambos casos se mantiene el sentido de la realidad.
Otro trastorno disociativo especificado	Presentaciones en las que predominan los síntomas disociativos pero que no cumple con todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos y el clínico opta por comunicar el motivo específico del cuadro clínico.
Otro trastorno disociativo no especificado	Presentaciones en las que predominan los síntomas disociativos, pero no cumple con todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos y el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno disociativo específico.

Se pueden encontrar síntomas disociativos en otros trastornos como el de estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de somatización. Los trastornos disociativos están situados en el DSM-5 estratégicamente entre los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y la nueva categoría de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Esta nueva categoría sustituye a los trastornos somatomorfos del DSM-IV por el alto grado de superposición entre estos y la falta de claridad en los límites de los diagnósticos (DSM-5). Aunque en otras clasificaciones la reacción de conversión se considera clásicamente un síntoma disociativo, en el DSM-5 se incluye en los trastornos de síntomas somáticos, subrayando las diferencias entre el trastorno mental y el diagnóstico médico, es decir síntomas somáticos donde es posible demostrar que estos no son congruentes con ninguna fisiopatología médica (Spiegel, Lewis-Fernández, Lanius, Vermetten, Simeon y Friedman, 2013).

Pese a los cambios realizados en el DSM-5, se mantiene la falta de consenso unánime respecto a la clasificación diagnóstica de los trastornos disociativos, especialmente de la amnesia disociativa y del trastorno de identidad disociativo (Pope, Oliva, Hudson, Bodkin y Bruber, 1999). Sin embargo, la relación entre el trastorno de despersonalización y los síntomas de desrealización y otros trastornos mentales, como la ansiedad, que sugieren posibles factores fisiopatológicos y/o etiológicos comunes (Hunter, Sierra y David, 2004) se recogen en el trastorno de despersonalización-desrealización.

Los estudios epidemiológicos de la disociación se han basado en la prevalencia de las experiencias disociativas y trastornos psiquiátricos, la incidencia de la personalidad múltiple y la prevalencia de los trastornos disociativos en la población general (Atchison y McFarlane, 1994). En estos estudios se han utilizados entre otras las siguientes escalas: *Dissociative Experiences Scale*; *Questionnaire of Experiences of Dissociation*; *Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders*; *Traumatic Experiences Questionnaire*. Estas escalas evalúan los fenómenos disociativos agudos en respuesta a sucesos traumáticos. Las puntuaciones altas, que predisponen a fenómenos disociativos, se observan en pacientes con PTSD, trastornos de la alimentación, trastornos fóbicos y trastornos de la personalidad límite, entre otros. La prevalencia se sitúa aproximadamente en un 21% en la población clínica y entre un 5% y 10% en la población general (Ross, Joshi y Currie, 1990).

El incremento de la prevalencia, observado en Estados Unidos en los inicios de los años 1990, de la amnesia disociativa y el trastorno de identidad disociativo, se relacionó con traumas infantiles olvidados. De esta forma, la sintomatología disociativa se consideró como un componente de un síndrome complejo asociado a una historia traumática en la infancia (Middleton y Butler, 1998) y, el grado de somatización y disociación se relacionó con los traumas infantiles (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart y Vanderlinden, 1998). La prevalencia del trastorno de identidad disociativo se sitúa entorno al 1.5% (DSM-5).

El antiguo trastorno de fuga disociativa presenta una prevalencia de 0.2% en la población general, porcentaje que

puede aumentar en tiempo de guerra o en desastres naturales. El trastorno de amnesia disociativa presenta una prevalencia de 1.8% (DSM-5). La prevalencia del trastorno de despersonalización se sitúa en el 2.4% (Ross, 1991). Otros estudios sitúan los trastornos de despersonalización y de desrealización entre el 1% y 2% (Hunter, Sierra, & David, 2004).

En la población clínica los trastornos disociativos son muy frecuentes, aunque paradójicamente no suelen ser diagnosticados. La alta prevalencia (hasta un 21%) puede ser debida a factores metodológicos y epidemiológicos, como pueden ser el uso de entrevistas específicas muy sensibles que pueden producir sesgos y altas tasas de abuso sexuales y malos tratos en la infancia (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt, y Lipschitz, 2006). En general, se acepta que para los países industrializados la prevalencia de los trastornos disociativos está entorno al 2.4% (Devillé, Moeglin y Sentissis, 2014).

El trastorno de personalidad múltiple (trastorno de identidad disociativo)

Las teorías explicativas del trastorno de personalidad múltiple (MPD) han ido en sincronía con las teorías “psicológicas” de la época. Desde las que atendían a sucesos sobrenaturales, posesiones o reencarnaciones hasta las que incluyen el síndrome de desconexión hemisférica cerebral. Las formulaciones teóricas del MPD se inician en el siglo XIX, con Charcot y Janet y las elaboraciones posteriores de Prince, Freud y Breuer. Se contempló en el DSM-I en la sección de histeria y se describieron sus características esenciales en el DSM-III-R. En un intento de adecuar la información disponible sobre el MPD a las necesidades clínicas, Kluf (1987) propuso un modelo etiológico de cuatro factores: unos factores predisponentes, una experiencia traumática, unos procesos cognitivos implicados y unas inadecuadas experiencias retroactivas que, inhabilitan una experiencia integrada. Desde sus formulaciones iniciales, las teorías sobre MPD llevan asociadas la hipnosis y la experiencia de un trauma (Putnam, 2009). Sin embargo, ni los estudios fisiológicos, ni los psicológicos, explican de una forma clara y definitiva el trastorno. La variada sintomatología característica de MPD conlleva a errores en el diagnóstico y en la elección de los tratamientos en numerosas ocasiones. Con este panorama, no es de extrañar que exista una corriente escéptica sobre el MPD apoyada en los conceptos de falsas memorias y personalidad. Se señalan como más aceptables aquellas explicaciones que enfatizan en distintos grados de integración e identidad implícitos en el término personalidad. Así, es posible que los pacientes con MPD presenten marcadas diferencias en los estados mentales más que personalidades íntegras e independientes (Kirsch y Lynn, 1998).

Características distintivas clásicas del MPD frente a otros trastornos disociativos son: inicio anterior a los 12 años, trauma por abusos asociado, predominio en la mujer y curso crónico (Doan y Bryson, 1994). Aunque hay cierta evidencia que sugiere que las capacidades disociativas pueden estar, al

menos en parte, biológicamente determinadas, no se disponen de modelos de referencias para evaluación de los mecanismos biológicos que pudieran estar implicados. En general, se consideran necesarias determinadas condiciones biológicas y ambientales para desarrollar una experiencia disociativa como los abusos físicos y psíquicos, así como disciplina y castigos extremos en la infancia. Entre los factores desencadenantes más citados en la literatura se encuentra el trauma, entendido como causante de daño psíquico, siendo el más frecuente el ocasionado por el abuso sexual y el incesto. Respecto a los factores de mantenimiento en el MPD, dada la heterogeneidad del trastorno, encontramos las mismas lagunas que al referirnos a su etiología. Entendida la disociación como recurso instrumental, parece que ésta no va a cambiar las circunstancias del paciente. Ahora bien, influencias ambientales, actitudes, los propios esfuerzos por ocultar el trastorno, junto a otros síntomas, pueden actuar como factores de mantenimiento. Puede que el principal factor sea la capacidad disociativa por sí misma (Kluft, 1987).

Hay relativamente pocos estudios sobre el tratamiento y seguimiento de pacientes con MPD, aunque existen algunas guías basadas en la experiencia clínica. En general, se basan en psicoterapia individual intensiva y en conseguir una firme alianza terapéutica con cada una de las múltiples personalidades. En cuanto a la asistencia, es opinión generalizada entre los profesionales, que los pacientes con MPD deben ser tratados en régimen ambulatorio (Putnam y Loewenstein, 1993). La larga 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. Sin embargo, estos pacientes tienen una gran probabilidad de ser hospitalizados por presentar a lo largo de su proceso impulsos e intentos suicidas, depresión y conducta violenta. La inestabilidad y vulnerabilidad alternando con una aparente normalidad caracterizan a estos pacientes (Irpati, Avasthi y Sharan, 2006). Estas oscilaciones en el comportamiento y los cambios de personalidades son característicos del MPD, de hecho es un indicador diagnóstico del trastorno. Para diseñar intervenciones adecuadas y estudiar las necesidades de la hospitalización es muy importante la certeza diagnóstica. Los pacientes, en las crisis agudas, pueden experimentar durante el tratamiento inseguridad y sensación de peligro, por lo que es muy posible que no se sientan asistidos o ayudados durante la terapia. Esa asistencia y cuidados lo puede proporcionar el contexto hospitalario. De ahí, la necesidad de la especialización de los servicios para estos pacientes (Kluft, 1991). Una vez efectuado el ingreso se inicia un proceso de atención continuada que debería proporcionar seguridad y apoyo al paciente. No obstante, el ingreso suele conllevar una serie de problemas tanto para el paciente como al personal clínico y a otros pacientes. Entre los más habituales están que el paciente se crea poseído, busque privilegios hospitalarios y coaccione a otros pacientes (Kluft, 2001). El tratamiento suele constar de una serie de fases en función de los objetivos. En la Tabla 2 se presenta un resumen adaptado (Kluft, 1991) de las fases de tratamiento.

Tabla 2. Fases en los tratamientos de pacientes con MPD.

Fases de tratamiento	Objetivos y características
Establecimiento de la terapia	Diagnóstico y alianza terapéutica.
Intervenciones iniciales	Asegurar y estabilizar al paciente.
Recopilación de la historia y sistemas de personalidades	Centrada en reconocer los asuntos de ycada personalidad y sobre todo, los patrones de interacción entre las mismas.
Desarrollo	Centrada en el modo de acción del suceso traumático.
Tendencia a la integración-resolución	Se priman los esfuerzos en la construcción de la comunicación, recuperación de material y las implicaciones de éste.
Integración-resolución	Reconciliación y cooperación entre las personalidades.
Implicación en nuevos aprendizajes	Nuevas estrategias de afrontamiento y consolidación de las mejoras.
Control y seguimiento	La hospitalización no suele ser necesaria.

En función de los objetivos del tratamiento variará la duración de la estancia hospitalaria (Kluft, 2001). En general los profesionales precisan de un tiempo para establecer un ambiente seguro, de confianza y apoyo para poder iniciar los tratamientos (Kreidler, Zupancic, Bell y Longo, 2000). Anticipar el diagnóstico, delimitar el entorno del tratamiento y trabajar las intervenciones en equipo, son indicaciones generales a seguir en una unidad hospitalaria. Por otra parte, con los pacientes se deben seguir una serie de pautas: recibir información sobre las normas de estancia; utilizar siempre el nombre legal y explicar las razones de esto tanto al personal como a los pacientes; siempre que sea posible se debe usar habitaciones individuales; explicar a los pacientes que el personal no tiene obligación de reconocer las distintas personalidades ni conductas. Es importante afianzar la alianza terapéutica con el paciente. Todas las tareas de cada miembro del equipo y del paciente deben estar claramente definidas (Kluft, 1984). En frecuente la combinación de psicoterapia psicodinámica e intervención hipnótica (Kluft, 2003).

Histeria y Personalidad Múltiple

La histeria se entiende como una manifestación heterogénea, en la cual se diferencian básicamente tres trastornos o estados: la personalidad histérica (no necesariamente patológica), la conversión histérica y la histeria crónica. Este término fue retirado del DSM-III, conociéndose en las modernas clasificaciones psiquiátricas como trastorno disociativo (de conversión) en la CIE-10 y, como trastornos disociativo y trastornos de conversión, en los trastornos somatomorfos del DSM-IV. Algunos autores sugirieron la revisión y reclasificación del este grupo de trastornos de conversión en el grupo de trastornos disociativos (Brown, Cardaña, Nijenhuis, Sar y van der Hart, 2007). Están recogidos en la categoría diagnós-

tica de trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en el DSM-5.

La histeria se ha relacionado tradicionalmente con disfunción del hemisferio cerebral derecho. La histeria crónica y el MPD se diferencian por una activación electroencefalográfica hemisférica cerebral opuesta que se manifiesta por una supresión del ritmo alfa. Esta relativa activación cerebral, derecha en la histeria e izquierda en el MPD, podría explicar estos trastornos (Flor-Henry, 1994). Bajo esta premisa, 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 (Flor-Henry, Tomer, Kumpula, Koles, y Yeudall, 1990).

En estudios experimentales con animales se observa que el prolongado estrés lleva a necrosis del hipocampo como resultado del exceso de glucocorticosteroides adrenales. El estrés severo prolongado, por tortura física o abuso sexual observado en los antecedentes de mujeres con síndrome de personalidad múltiple, podría ocasionar una disfunción inhibitoria del hipocampo. Bajo estas condiciones estresantes se produce un desequilibrio del eje hipotalámico hipofisiario-adrenal 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.

La amígdala y el hipotálamo regulan las conductas emocionales de miedo. Ambos núcleos están sexualmente diferenciados afectando de forma diferente a mujeres y hombres. La histeria crónica afecta predominantemente a mujeres. Éstas muestran, en estudios neuropsicológicos, una disfunción cerebral bilateral (fronto-temporal) con mayor disfunción del hemisferio derecho cuando se comparan con sujetos controles sanos (Flor-Henry, Fromm-Auch, Tapper y Schopflocher, 1981). En estudios de sugestionabilidad se dan diferencias significativas entre sexos, obteniendo las mujeres puntuaciones medias más altas que los varones (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999).

El trastorno de estrés postraumático

Si Janet centra la disociación en los sucesos traumáticos, Spiegel (1991) postula un papel central de la misma en el trastorno de estrés postraumático (PTSD). Así la disociación puede ser entendida como una respuesta normal a un suceso traumático. Para explicar la disociación en el PTSD se pueden considerar dos enfoques teóricos. En uno, la disociación podría darse al objeto de resolver un conflicto, aunque difícilmente podrá resolverlo. El carácter disruptivo de la disociación es evidente dado las interferencias que ocasiona en la adaptación individual, especialmente de la memoria, en las situaciones de la vida diaria.

El segundo enfoque se centra en el procesamiento de la información y considera que el estrés produce incrementos de *arousal* y decrementos en el procesamiento de la información, específicamente en los procesos de memoria. Por tanto, la disociación puede ocurrir por una pérdida en la capacidad de gestionar los recursos cognitivos debido a un exceso en la demanda atencional. Sin embargo, no todos los pacientes que padecen PTSD presentan disociación en el momento del trauma ni manifiestan características disociativas por padecer el trastorno. Esto plantea cierta vulnerabilidad o predisposición a la disociación en los pacientes con PTSD. Por otro lado, podría ocurrir que experiencias estresantes repetidas o prolongadas requieran por parte del individuo el uso de formas extremas de adaptación mediante procesos disociativos para reducir el estrés. Esto llevaría a postular dos tipos de PTSD: uno, con predominio de los síntomas disociativos durante un suceso traumático y otro, donde predominan los síntomas ansiosos (Atchison y McFarlane, 1994). Con todo, la revisión de los criterios para el diagnóstico debería estar basada en la evidencia empírica de personas sometidas a estrés. En base a esto, se pueden hacer diagnósticos diferenciales adecuados entre el PTSD y otros trastornos de ansiedad como por ejemplo el trastorno de estrés agudo (Bryant y Harey, 1997), o el trastorno disociativo reactivo breve. Así, el trastorno disociativo reactivo breve fue propuesto por Spiegel, Cardeña y Spitzer (1989) para dar cuenta de los procesos disociativos acompañados de reacción ansiosa a un suceso estresante de más de un mes de duración. A diferencia del PTSD, enfatizan la contribución del proceso disociativo a la sintomatología postraumática. El trastorno disociativo reactivo breve no llegó a incluirse en el DSM-IV (Spiegel y Cardeña, 1991).

Suicidio y disociación

Algunas personas con tendencias suicidas se caracterizan por cierta predisposición a manifestar disociación junto a insensibilidad al dolor e indiferencia hacia el cuerpo. Considerando la disociación como el estado de la mente caracterizado por la separación de la experiencia consciente, esta separación puede dar lugar a dos procesos disociativos principales: la separación, pérdida o limitaciones de la experiencia y, la pérdida de control, entendido éste como la capacidad de monitorizar la conducta. Varios estudios teóricos y experimentales (Orbach, 1994) sugieren que ciertas condiciones de estrés llevan al desarrollo de tendencias de tipo disociativo que, una vez establecidas, forman parte integrante de la conducta suicida.

En los individuos con predisposición a realizar conductas suicidas, la tolerancia al dolor puede estar aumentada por los distintos factores psicológicos que lo modulan. Las personas que recurren a métodos violentos y dolorosos de suicidio es posible que participen de esta predisposición a desarrollar procesos disociativos relacionados con indiferencia a su estado corporal e insensibilidad al dolor, bajo estrés severo. Los estudios sobre la reacción de defensa animal como mo-

delo de reacción disociativa por trauma inducido, los datos empíricos y la observación de pacientes clínicos, parecen apoyar la idea de similitudes entre parálisis, analgesia y anestesia con dolor agudo en el tratamiento de animales y personas sometidas a traumas grave (Vanderlinden y Spinhoven, 1998; Crawford et al., 1999).

En los adolescentes, determinadas conductas suicidas se podrían plantear como el resultado de una complicada dinámica intrafamiliar donde los procesos disociativos pueden proporcionar estrategias de afrontamiento a esas circunstancias. Esto es, la forma adoptada de afrontar el conflicto familiar, en un caso de abuso, es la de separar las conductas, emociones y cogniciones. Esta separación creará dos patrones de conducta representativos de diferentes subestructuras del individuo y, por tanto, diferentes modos de percibir el mundo y a uno mismo.

En los pacientes con trastornos disociativos de cierta gravedad es frecuente la asociación entre la somatización y la ideación suicida. El grupo de síntomas comunes en estos casos hacen referencia a un patrón de apego inseguro y a una historia de trauma durante la infancia (Oztürk y Sar, 2008). Los pacientes ambulatorios diagnosticados de abusos de sustancias, PTSD o trastorno explosivo intermitente, con altas puntuaciones en los cuestionarios sobre conductas disociativas, pueden representar un grupo de pacientes con riesgo de conductas autolesivas (Zlotnick, Mattia y Zimmerman, 1999).

Hipnosis y disociación

La idea de que la conducta hipnótica es producida por una división de la conciencia en dos o más partes es no es nueva (Putnam, 1986). Retomada actualmente, la teoría de la neodisociación de Hilgard (1977) plantea que los fenómenos hipnóticos son procesos disociativos. Las respuestas hipnóticas han sido atribuidas a dos mecanismos básicamente disociativos: una división de la conciencia en dos grupos separados por una barrera mnésica que limita el acceso de la función ejecutiva, de la de control o monitorización o, de ambas. En la teoría del control disociativo, las sugerencias hipnóticas son caracterizadas como un debilitamiento del control de los lóbulos frontales sobre los esquemas de conducta, permitiéndose la activación de la conducta inducida por la hipnosis (Kirsch y Lynn, 1998). Una consecuencia que se desprende de estas teorías es que la hipnosis podría considerarse un tratamiento adecuado para los pacientes con PTSD. (Cardeñas, Maldonado, Galdón y Spiegel, 1999).

Ambas teorías asumen que el comportamiento está organizado en un sistema jerarquizado de mecanismos de control de respuestas. Los diferentes subsistemas son gobernados por un sistema central o ejecutivo cuya función será la de iniciar las secuencias de acción y monitorizar sus consecuencias. En la teoría del control disociativo los subsistemas de control pueden ser directa y automáticamente activados sin la participación del sistema ejecutivo. Según la teoría del control disociativo al activarse un subsistema por sugestión, el

esfuerzo cognitivo debe ser menor que el de la activación intencional. En la teoría de la neodisociación, las respuestas, actos intencionales, suponen mantener el control en la conciencia (tomar conciencia de) y requieren esfuerzo cognitivo, pudiéndose producir una gran interferencia en dos tareas que las barreras mnésicas pueden compensar. En el establecimiento de las bases experimentales de estas teorías se han utilizados estudios del observador oculto, de atención dividida y de amnesia inducida hipnóticamente. La evidencia que soporta cada teoría es poca y ambas se enfrentan a dificultades conceptuales. Otras teorías postulan que la conducta hipnótica es el resultado de las funciones atencionales, especialmente las inhibitorias, pero, como las anteriores, muestran escasa evidencia empírica. En un reciente estudio donde se examinaron las asociaciones entre la sugestión hipnótica, la disociación y la inhibición cognitiva, no se encontraron correlaciones significativas entre las medidas de sugestionabilidad hipnótica, las medidas de disociación y las de inhibición cognitiva general salvo diferencias de género (Dienes, 2009).

Panorama actual

Los trastornos disociativos consisten en un grupo de síndromes cuyo factor común es un trastorno de la conciencia manifestado en alteraciones en la memoria y en la identidad (Kihlstrom et al., 1994). Considerada la conciencia como un continuo, la línea que separa la disociación entre normal y patológica es difusa. La información o procesos disociados pueden interferir y provocar un efecto *priming* en la realización de diferentes tareas (Kihlstrom y Hoyt, 1990). En estos casos, aunque la información disociada no esté disponible a la conciencia, puede ejercer influencia en la realización de la conducta consciente alterándola. Parece, por tanto, que el concepto de disociación no precisa de la completa independencia de los procesos implicados (Spiegel y Cardena, 1991). Las experiencias traumáticas extremas pueden anular una parte de la conciencia y permitir al individuo continuar funcionando con otras (Ludwig, 1990). A esto se añade que la disociación presenta cualidades diferentes en distintos sujetos (Stolovy, Lev-Wiesel y Witzum, 2014).

La idea de disociación sigue presentando diferencias conceptuales que se reflejan parcialmente en la clasificación de estos trastornos en la CIE-10 y el DSM-5. Ciertos enfoques tienden a subdividir cualitativamente la disociación en distintos tipos como, por ejemplo, en patológica y no patológica (Holmes et al., 2005; Spitzer, Barnow, Freyberger y Grabe, 2006), aunque no todos los estudios apuntan en esa dirección (Browns et al., 2007; Espirito-Santo y Pio-Abreu, 2009). Habrá que esperar a la clasificación de los síntomas de disociación y los trastornos de conversión en la CIE-11.

Aunque la disociación por definición implica a los procesos cognitivos, han sido escasos los estudios neuropsicológicos sobre la misma. Se ha estudiado la relación entre las funciones ejecutivas y trastornos mentales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión (Elvegard y Goldberg,

2000; Quraishi, y Frangou, 2002; Sharma, y Antonova, 2003; Roger et al., 2004). En gran parte en estos estudios se establece que los pacientes con algunos de estos trastornos generalmente presentan alteraciones en la función ejecutiva. Sin embargo, la relación función ejecutiva y disociación ha sido prácticamente obviada y los resultados de los escasos estudios realizados recientemente son contradictorios (Bruce, Ray, Bruce, Arnett y Carlson, 2007). De una parte, parece que los déficits frontales contribuyen a desarrollar alteraciones disociativas (Cima et al., 2001) y se investiga cómo las alteraciones ejecutivas están asociadas a aspectos patológicos disociativos (Giesbrecht, Merckelbach, Geraert, y Smeets, 2004). De otra, no se encuentran diferencias en las medidas de función ejecutivas cuando se comparan sujetos con altas y bajas puntuaciones en disociación, aunque aquellos con puntuaciones altas en disociación informan de más problemas de control ejecutivo que los de bajas puntuaciones. Lo que sí parece disociado es la autopercepción del rendimiento y la actuación en los tests (Bruce et al., 2007).

Hay cierto consenso en considerar las alteraciones de memoria como síntomas básicos en la observación clínica de los procesos disociativos. Otros procesos cognitivos asociados son los relacionados con el procesamiento emocional o las funciones atencionales. Se han propuesto algunos modelos que intentan conjugar los procesos cognitivos con los sucesos traumáticos en el sentido que, fenómenos disociativos requieren procesos cognitivos de memoria y aprendizaje de alto nivel de elaboración. Explican cómo en condiciones no patológicas, una persona puede beneficiarse de estas capacidades disociativas que pueden convertirse en patológicas por sucesos traumáticos (de Ruiter et al., 2006). Se postula que el enlentecimiento en la velocidad de procesamiento, medida en pruebas neuropsicológicas) en mujeres con PTSD como consecuencia de maltrato, está asociado a la gravedad de los síntomas y puede ser debido a la necesidad de reasignar recursos para hacer frente a las fuentes de estrés (Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld y Merckelbach, 2008; Twamley et al., 2009).

Desde su aparición en 1980 el PTSD se entiende como respuesta mental a un trauma. Esto posiblemente lo ha relegado de la investigación con base biopatológica pero, sobre todo, ha ido en detrimento de la atención de los pacientes en este sentido (McHugh y Treisman, 2007). Sin embargo, el estudio de las bases neurobiológicas del PTSD está permitiendo un mayor conocimiento del trastorno y potenciando la investigación de nuevos tratamientos especialmente farmacológicos (Maia y Costa-Oliveira, 2010; Lanius, Brand, Vermetten, Frewen y Spiegel, 2012). Esto sin obviar que el PTSD no se puede entender sin considerar el contexto social en el que este se da (Auxéméry, 2012). La característica esencial actual del trastorno es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos. Pierde el papel preponderante las reacciones emocionales al suceso traumático y en la presentación clínica del PTSD puede primar, además, los síntomas cognitivos o conductuales, o combinaciones de ellos.

El establecimiento de programas especializados en el tratamiento de pacientes con trastorno disociativo de identidad ofrece evidentes ventajas como disponer de personal cualificado, servicios específicos y en general, una mejora en la atención y seguridad del paciente junto con un adecuado manejo y control de la ansiedad (Kluft, 2001). Sin embargo, las controversias que han rodeado a este trastorno a menudo han ensombrecido los progresos logrados en los tratamientos (Kluft, 2003). También existen importantes limitaciones metodológicas en los estudios actuales sobre los resultados de los tratamientos de los trastornos disociativos que reducen la validez interna y externa, como son tamaños muestrales limitados y diseños no aleatorios (Brand, Classen, McNary y Zaveri, 2009). En cuanto al trastorno disociativo de despersonalización-desrealización, junto a los escasos datos de prevalencia que sugieren nuevos estudios epidemiológicos, el estudio de casos clínicos apunta a tratamientos que combinen la psicoterapia y el tratamiento farmacológico integrados en intervenciones más amplias multidisciplinarias (Gentile, Snyder y Gillig, 2014).

En la relación de los trastornos disociativos con el dolor y suicidio, las nuevas líneas de investigación están centradas en los factores asociados a la conducta suicida con fines preventivos más que causales (Orbach, 1994). Este aspecto está recogido en el DSM-5 específicamente en los diagnósticos: PTSD, trastorno de identidad disociativo y amnesia disociativa.

En los estudios sobre hipnosis y su relación con la edad se ha propuesto una relación curvilínea entre los 8 y 13 años y la sugestión hipnótica (Cooper y London, 1971). En este periodo hay un mayor potencial de desarrollo de las capacidades disociativas y por tanto, cualquier evento traumático puede ser parcialmente integrado y disociado; a su vez, puede constituirse en un potencial factor predisponente de un trastorno disociativo posterior. Los procesos disociativos y la vivencia de traumas muy graves parecen estar asociado al desarrollo de algunas características de trastornos de personalidad y de padecer trastornos disociativos (Atchison y McFarlane, 1994; Bru, Santamaría, Coronas y Cobo, 2009). En adultos, especialmente el trastorno de identidad disociativo, se asocia con experiencias traumáticas infantiles. Sin embargo, la relación de causalidad entre el trauma y la disociación no está empíricamente fundamentada (Giesbrecht y Merckelbach, 2005).

Disociación y fenómenos hipnóticos, aunque presentan similitudes no son fenómenos idénticos. Hay escasa evidencia empírica que demuestre la asociación entre ambos. Se da un cierto escepticismo en cuanto a las hipótesis planteadas en la explicación de la hipnosis por fenómenos disociativos: de división de la conciencia o la de un estado de disminución del control atencional (Kirsch y Lynn, 1998). Estos resultados plantean serios desafíos para las teorías actuales de la hipnosis (Dienes et al., 2009).

Los trastornos disociativos plantean cuestiones directamente relacionadas con la propia identidad, el papel de la

conciencia y la memoria autobiográfica en el continuo de la personalidad. Las nuevas investigaciones sobre las funciones atencionales, de memoria y rasgos de personalidad, a modo de ejemplo los de sugestión hipnótica (Gruzeiler, 1999), están integrando los estudios clínicos y experimentales sobre los procesos disociativos en el conocimiento de las funciones cognitivas, emocionales y del comportamiento. Los nuevos enfoques dan importancia a la integración anatómica y funcional de datos de neuroimágenes combinados con estudios biológicos, especialmente endocrinos, con el objeto de desarrollar modelos neurobiológicos específicos, entendiéndose que el tratamiento de los trastornos disociativos es dependiente de los trastornos concurrentes (Damsa, Lazignac, Pirrotta, y Andreoli, 2006). Esto puede suponer potenciales beneficios en las intervenciones; así, por ejemplo, el tratamiento de exposición podría estar indicado para los pacientes con PTSD y trastorno depresivo (Hagenaars, van Minnen y Hoogduin, 2010). En pruebas de neuroimágenes se ha relacionado el tamaño de la amígdala y el hipocampo con déficits cognitivos asociados a PTSD, pero no con trastornos de amnesia disociativa o MPD (Weniger, Lange, Sachsse e Irle, 2008). Con todo, los estudios con neuroimágenes están enriqueciendo nuestros conocimientos sobre la etiología de estos trastornos, a la vez que permiten identificar distintos grupos de pacientes, por lo que su repercusión en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes es prometedora (García-Campayo, Fayed, Serrano-Blanco y Roca, 2009; Deeley et al., 2014). Junto esto a los nuevos estudios epidemiológicos están enriqueciendo el conocimiento sobre estos trastornos (Stein et al., 2013).

Conclusiones

Se han revisado los estudios sobre los fenómenos disociativos y su relación con la psicopatología de la última década del siglo pasado y la primera del siglo XXI. De su lectura podría parecer que desde la primera aportación sistemática de Janet (1889) no han cambiado sustanciales los conocimientos de estos fenómenos y trastornos. No obstante, también se desprende que es necesario el desarrollo de modelos que relacionen la personalidad, la psicopatología y la neurobiología para poder comprender y tratar la disociación. En las últimas décadas se ha asistido a un espectacular avance en neurociencias y, sin embargo, el conocimiento sobre los fenómenos y trastornos disociativos sigue siendo esquivo, quizás porque implican directamente a la conciencia. Parecen necesarias nuevas investigaciones, con mayor rigor metodológico, dentro del marco de las neurociencias, donde los estudios neuropsicológicos junto a las técnicas de neuroimágenes funcionales pueden proporcionar nuevas aportaciones que contribuyan a un mayor entendimiento de estos fenómenos y trastornos. Aspectos que aparecen en el DSM-5 y que no podrá obviar la CIE-11.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text revised*. Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed.* Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría.
- Atchison, M., & McFarlane, A. C. (1994). A review of dissociation and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 591-599. doi: 10.3109/00048679409080782
- Auxéméry, Y. (2012). Posttraumatic stress disorder (PTSD) as a consequence of the interaction between an individual genetic susceptibility, a traumatogenic event and a social context. *Encephale*, 5, 373-380. doi: 10.1016/j.encep.2011.12.003
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 646-654. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa
- Brown, R. J., Cardeña, E., Nijenhuis, E. Sar, V., & van der Hart, O. (2007). Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? *Psychosomatics*, 48, 369-378. doi: 10.1176/appi.psy.48.5.369
- Bru, M., Santamaría, M., Coronas, R. y Cobo, J. V. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 200-204. Recuperado de <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/10/58/ESP/14143+4.+1174+es.p.pdf>
- Bruce, A. S., Ray, W. J., Bruce, J. M., Arnett, P. A., & Carlson, R. A. (2007). The relationship between executive functioning and dissociation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29, 626-633.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1997). Acute stress disorder: a critical review of diagnostic issues. *Clinical Psychology Review*, 17, 757-773. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00052-4
- Cardeña, E., Maldonado, J., Galdón, M. J. y Spiegel, D. (1999). La hipnosis y los trastornos postraumáticos. *Anales de Psicología*, 15, 147-155. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v15/v15_1pdf/13h10carde.pdf
- Cima, M., Merckelbach, H., Klein, B., Schellbach-Matties, R., & Kremer, K. (2001). Frontal lobe dysfunctions, dissociation, and trauma self-reports in forensic psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 188-190. doi: 10.1097/00005053-200103000-00008
- Cooper L. M., & London, P. (1971). The development of hypnotic susceptibility: A longitudinal (convergence) study. *Child Development*, 42, 487-503. doi: 10.2307/1127482
- Crawford, H. J., Knebel, T., Vendemia J. M. C., Horton, J. E. y Lamas, J. R. (1999). La naturaleza de la analgesia hipnótica: Bases y evidencias neurofisiológicas. *Anales de Psicología*, 15, 133-146. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v15/v15_1pdf/12h05Craw.pdf
- Damsa, C., Lazignac, C., Pirrotta, R., & Andreoli, A. (2006). Dissociative disorders: clinical, neurobiological and therapeutical approaches. *Revue Médicale Suisse*, 8, 400-405.
- de Ruiter, M. B., Elzinga, B. M., & Phaf, R. H. (2006). Dissociation: cognitive capacity or dysfunction?. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 115-134. doi: 10.1300/J229v07n04_07
- Deeley, Q., Oakley, D. A., Walsh, E., Bell, V., Mehta, M. A., & Halligan, P. W. (2014). Modelling psychiatric and cultural possession phenomena with suggestion and fMRI. *Cortex*, 53, 107-119. doi: 10.1016/j.cortex.2014.01.004
- Devillé, C., Moeglin, C., & Sentissi, O. (2014). Dissociative Disorders: Between Neurosis and Psychosis. *Case Report in Psychiatry*, doi: 10.1155/2014/425892
- Dienes, Z., Brown, E., Hutton, S., Kirsch, I., Mazzoni, G., & Wright, D. B. (2009). Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation. *Consciousness and Cognition*, 18, 837-847. doi: 10.1016/j.concog.2009.07.009
- 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.
- Elvegav, B., & Goldberg, T. E. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia is the core of the disorder. *Critical Reviews in Neurobiology*, 14, 1-21. doi: 10.1615/CritRevNeurobiol.v14.i1.10
- Espirito-Santo, H., & Pio-Abreu, J. L. (2009) Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 270-276. doi: 10.1080/00048670802653307
- 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., Fromm-Auch, D., Tapper, M. & Schopflocher, D. (1981). A neuropsychological study of the stable syndrome of hysteria. *Biological Psychiatry*, 16, 601-616.
- 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.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163, 623-629. doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.623
- García-Campayo, J., Fayed, N., Serrano-Blanco, A., & Roca, M. (2009). Brain dysfunction behind functional symptoms: neuroimaging and somatoform, conversive, and dissociative disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 224-231. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283252d43
- Gentile, J. P., Snyder, M., & Gillig, P. (2014). Stress and Trauma: Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depersonalization/Derealization Disorder. *Innovation in Clinical Neuroscience*, 11, 37-41. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204471/>
- Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2005). The causal relation between dissociation and trauma. A critical overview. *Der Nervenarzt*, 76, 20-27. Recuperado de <http://arnop.unimaas.nl/show.cgi?fid=2405>
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: an analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134, 617-647. doi: 10.1037/0033-2909.134.5.617
- Giesbrecht, T., Merckelbach, H., Geraerts, E., & Smeets, E. (2004). Dissociation in undergraduate students: Disruptions in executive functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 567-569. doi: 10.1097/01.nmd.0000135572.45899.f2
- González-Ordí, H. y Miguel-Tobal, J. J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación con otras variables psicológicas. *Anales de Psicología*, 15, 57-75. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v15/v15_1pdf/07h01hect.pdf
- Gruzeliér, J. (1999). La hipnosis desde una perspectiva neurobiológica: Una revisión de la evidencia y aplicaciones a la mejora de la función inmune. *Anales de Psicología*, 15, 111-132. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/31191>
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19-27. doi:10.1016/j.brat.2009.09.001
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action*. New York: Wiley.
- Holland, J. C. (1989). Fears and Abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. En J.C. Holland, & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp. 13-21). New York: Oxford University Press.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23. doi: 10.1016/j.cpr.2004.08.006
- 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.
- Irpai, A. S., Avasthi, A., & Sharan, P. (2006). Study of stress and vulnerability in patients with somatoform and dissociative disorders in a psy-

- chiatric clinic in North India. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 570-574. doi: 10.1111/j.1440-1819.2006.01560.x
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan.
- Janet, P. (1907). *The mayor symptoms of hysteria*. New York: MacMillan.
- Kihlstrom, J. E., & Hoyt, I. P. (1990). Repression, dissociation, and hypnosis. En J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 181-208). Chicago: University of Chicago Press.
- Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L., & Angulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 117-124. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.117
- Kirsch, I., & Lynn, S. J. (1998). Dissociation theories of Hypnosis. *Psychological Bulletin*, 123, 100-115. doi: 10.1037//0033-2909.123.1.100
- Kluft, R. P. (1984). Aspects of treatment of multiple personality disorder. *Psychiatric Annals*, 14, 51-55. doi: 10.3928/0048-5713-19840101-09
- Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 363-373. doi: 10.1176/ps.38.4.363
- Kluft, R. P. (1991). Hospital treatment of multiple personality disorder: An Overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 695-719.
- Kluft, R. P. (2001). The difficult to treat patient with dissociative disorders. En M. J. Dewan, & R.W. Pies (Eds.), *The difficult-to-treat psychiatric patient* (pp. 209-242). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc.
- Kluft, R. P. (2003). Current issues in dissociative identity disorder. *Bridging Eastern and Western Psychiatry*, 1, 71-87. doi: 10.1097/00131746-199901000-00001
- Kreidler, M. C., Zupancic, M. K., Bell, C., & Longo, M. B. (2000). Trauma and dissociation: Treatment perspectives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36, 77-85. doi: 10.1111/j.1744-6163.2000.tb00697.x
- Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, 29, 701-708. doi: 10.1002/da.21889
- Luwdig, A. M. (1990). The Psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnotherapy*, 26, 93-99. doi: 10.1080/00029157.1983.10404149
- Maia, L. A. C. R., & Costa-Oliveira, J. M. (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Anales de Psicología*, 26, 1-10. doi: 10.6018/91891
- McHugh, P. R., & Treisman G. (2007). PTSD: a problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 211-222. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.09.003
- Middleton, W., & Butler, J. (1998). Dissociative identity disorder: An Australian series. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 794-804. doi: 10.3109/00048679809073868
- Nijenhuis, E. R. S., Vanderlinden, J., & Spinhoven P. (1998). Animal defensive reactions as model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 243-260. doi: 10.1023/A:1024447003022
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730. doi: 10.1023/A:1024493332751
- Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain, and suicide: A hypothesis. *Suicide and life-threatening behavior*, 24, 68-79. doi: 10.1111/j.1943-278X.1994.tb00664.x
- Oztürk, E., & Sar, V. (2008). Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 662-668. doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01865.x
- Pope, H. G., Oliva, P. S., Hudson, J. I., Bodkin, J. A., & Bruber, A. J. (1999). Attitudes toward DSM-IV dissociative disorders diagnoses among board-certified American psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 156, 321-323. Recuperado de <http://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.156.2.321>
- Putnam, F. W. (1986). The scientific investigation of multiple personality disorder. En J. M. Quen (Ed.). *Split Mind Split Brain* (pp.109-126). New York: New York University Press.
- Putnam, F. W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 413-429. doi: 10.1007/BF00974599
- Putnam, F. W. (2009). Take the measure of dissociation. *Journal of trauma and dissociation* (10), 233-236. doi: 10.1080/15299730902956564
- Putnam, F. W., & Loewenstein, R. J. (1993). Treatment of multiple personality disorder: a survey of current practices. *American Journal of Psychiatry*, 150 (7), 1048-1052. doi: 10.1176/ajp.150.7.1048
- Quraishi, S., & Frangou, S. (2002). Neuropsychology of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 72, 209-226. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00091-5
- Rayner, K., & Pollatsek, A. (1989). *The psychology of reading*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rogers, M. A., Kasai, K., Koji, M., Fukuda, R., Iwanami, A., Nakagome, K., Fukuda, M., & Kato, N. (2004). Executive and prefrontal dysfunction in unipolar depression: A review of neuropsychological and imaging evidence. *Neuroscience Research*, 50, 1-11. doi: 10.1016/j.neures.2004.05.003
- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 503-17.
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1991). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547-1552.
- Sharma, T., & Antonova, E. (2003). Cognition in schizophrenia: Deficits, functional consequences, and future treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 25-40.
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378. doi: 10.1037//0021-843X.100.3.366
- Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanuis, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 299-326. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5, 2-6. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525127/pdf/wpa050082.pdf>
- Stein, D. J., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Hill, E., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., ... Kessler, R. C. (2013). Dissociation in Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from the World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302-312. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.08.022
- Stolovy, T., Lev-Wiesel, R., & Witztum, E. (2014). Dissociation: Adjustment or Distress? Dissociative Phenomena, Absorption and Quality of Life Among Israeli Women Who Practice Channeling Compared to Women with Similar Traumatic History. *Journal of Religion and Health*, 27. doi: 10.1007/s10943-014-9885-4
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Cissell, S. H., Berardi, K. H., Grimes, E. M., & Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 879-887. doi: 10.1017/S135561770999049X
- Weniger, G., Lange, C., Sachsse, U., & Irlé, E. (2008). Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 281-290. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01246.x
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296-301. doi: 10.1097/00005053-199905000-00005

(Artículo recibido: 23-01-2015; revisado: 23-01-2015; aceptado: 09-02-2015)