

Experiencias disociativas: una escala de medida*

Eva Icarán
Roberto Colom
Universidad Autónoma de Madrid
Francisco Orengo García
Hospital Universitario Gregorio Marañón

«La clínica disociativa» resulta común a una gran variedad de trastornos psicopatológicos (trastornos de personalidad múltiple, estrés post-traumático, amnesia psicógena, síndromes de despersonalización y des-realización, fuga psicógena, etc.). En este trabajo se presenta la validación de una escala de medida de experiencias disociativas «Dissociative Experiences Scale» (DES), diseñada originalmente en EEUU por Bernstein y Putnam (1986). La versión traducida de la escala se aplica a una muestra de 222 estudiantes universitarios (población normal) y 17 esquizofrénicos (población patológica). Los resultados indican que: a) en la población normal aparece una gran variabilidad de respuesta; b) el análisis factorial en los datos de población normal nos indica una estructura compleja de la escala; c) se da una alta interpretabilidad de los ítems: la población normal tiende a normalizar el sentido de los ítems, y la población patológica a asimilar su contenido en función de su historia personal o su peculiar modo de razonar (concretismos); d) la escala resulta más informativa si no es auto-administrada; e) no hay diferencias entre sexos. En resumen, los resultados indican el interés por explorar sistemas objetivos de medida de las experiencias disociativas ajustados al contexto cultural.

Palabras clave: Psicopatología, disociación, experiencias disociativas, Escala de experiencias disociativas (DES), evaluación psicológica, análisis factorial, trastorno de personalidad múltiple, fuga psicógena, amnesia psicógena, despersonalización, desrealización.

Dissociation is common to a range of psychopathological disorders (multiple personality, post-traumatic stress, psychogenic fugue, psychogenic amnesia, depersonalization and derealization syndromes, etc.). A vali-

* Agradecimientos: al Dr. F.W. Putnam por sus interesantes comentarios sobre el trabajo. A Óscar García y Alfredo Cubino por su asesoramiento técnico. Finalmente, al Hospital Gregorio Marañón por su colaboración en este proyecto.
Dirección de los autores: Eva Icarán, Roberto Colom. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. 28049 Madrid. Francisco Orengo García. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Ibiza, 43. 28009 Madrid.

dation of the DES (Dissociative Experiences Scale) developed in the USA by Bernstein and Putnam (1986) is presented in this paper. The translated version of the scale was applied to a sample of 222 undergraduates (normal population) and 17 schizophrenics (inpatient population). Our results can be summarized as follows: a) we found a great variability in the response pattern in the normal population; b) the factor analysis shows a complex structure of the scale; c) we found a high interpretability of the items in both populations, through two different mechanisms; d) the scale is most informative if it is not self reported; e) we found no sex differences. In short, results highlight the value of exploring objective culturally adjusted systems to measure dissociation.

Key words: Psychopathology, Dissociation, Dissociative Experiences, Dissociative Experiences Scale (DES), Psychological Assessment, Factor Analysis, Multiple Personality Disorder, Psychogenic Fugue, Psychogenic Amnesia, Depersonalization, Derealization.

Introducción

Si algo tienen en común los procesos de adaptación humana, es que de una forma u otra, en todos ellos está implícita la tarea de *asociar e integrar* información. De ello puede deducirse que muchos de los trastornos en la forma en que una persona vive su realidad, puedan explicarse a través del número y tipo de *experiencias no integradas* que el sujeto experimenta. Así, la principal característica de los trastornos disociativos es «una alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, la memoria, la identidad, o la percepción del entorno» (DSM-IV, APA 1994).

Parece existir consenso en que las experiencias disociativas leves están presentes en todos los sujetos normales, aunque los diferentes enfoques de la psicología se hayan acercado a ellas desde distintos marcos teóricos (errores de activación de esquemas según la psicología cognitiva, actos fallidos según la psicología dinámica, o desfase comportamental desde la perspectiva conductista).

Los estados disociativos deben entenderse, por tanto, como un continuo que va desde las disociaciones cotidianas hasta las disociaciones más patológicas. Aunque su mayor incidencia aparece durante la adolescencia, es posible detectarlas a lo largo de todo el ciclo vital. Desde esta perspectiva, el diagnóstico precoz es fundamental (Goodyear, 1980; Steinberg *et al.*, 1993).

Como ejemplo de «disociación menor» podemos imaginar a un joven estudiante que se sorprende a sí mismo buscando unos apuntes en la nevera, o en vuelto tan intensamente en una fantasía o un recuerdo que no oye el insistente ruido del teléfono sonando en la habitación contigua.

En el otro extremo, el patológico, tendríamos a un sujeto que charla amigablemente con otro ser que coexiste en su propio cuerpo, o que siente que el mundo que le rodea le parece extraño, irreal, siendo incapaz, por ejemplo de reconocer sus propias pertenencias, a través de lo que se denominan fenómenos de despersonalización y desrealización.

Cuando la disociación se ha instalado como un estilo de vivenciar la realidad es fácil detectar experiencias disociativas como un factor común a los distintos estados que, de una forma u otra, impiden al individuo una adecuada adaptación a su medio habitual.

Así, se han encontrado síntomas disociativos en numerosos trastornos psicopatológicos como estrés post traumático (Blank, 1985; Bliss, 1983; Gelinas 1984; Putnam, 1985) trastornos de la alimentación (Pettinati *et al.*, 1985) o trastornos de ansiedad (Frankel and Orne, 1976).

Los principales trastornos disociativos que se incluyen en el DSM-IV (*op. cit.*) son los siguientes: Amnesia Disociativa, Fuga Disociativa, Trastornos Disociativos de la Identidad, Trastornos de Despersonalización, y Trastornos Disociativos No Especificados).

En general se acepta en la práctica clínica existente la dificultad para detectar en el contexto clínico la presencia de trastornos disociativos. Esto se debe principalmente a lo complejo del síndrome, a la poca conciencia del mismo en la práctica clínica, y a la falta de una evaluación sistemática (Steinberg *et al.*, 1991). Algunos de los diagnósticos erróneos que suelen recibir estos pacientes son: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, histeria, epilepsia, y gran variedad de otros trastornos psiquiátricos (Coons, 1984; Kluff, 1991; Rosenbaum, 1980).

Si pudiéramos evaluar o detectar con el mayor grado de certeza posible ese elemento común de los distintos estados disociativos, podríamos disponer de una nueva vía de acercamiento al tratamiento de esas alteraciones que de forma disgregada, tanto terapéutica como teóricamente, se vienen tratando en el ámbito de la psicología y la psiquiatría.

En una reciente publicación sobre los trastornos de personalidad múltiple en Europa, el estado en España se resumía así: «Los trastornos disociativos contemplados en el DSM-III-R son raramente diagnosticados como tales. Persistiendo aún la tradición diagnóstica alemana, importantes síntomas relacionados con los trastornos disociativos se toman como psicóticos, y por tanto, como esquizofrénicos. Lo mismo ocurre con el diagnóstico de trastorno de personalidad múltiple, que es prácticamente desconocido en la psiquiatría española...» (Orengo García, 1992, citado por Van der Hart, 1993).

En cualquier caso, y tras una década de investigaciones en este área, tenemos dos instrumentos fundamentales que permiten cuantificar la presencia de los estados disociativos: la *Dissociative Experiences Scale* (DES) (Bernstein y Putnam, 1986) que presentamos en este artículo, y la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders* (SCID-D) (Steinberg, 1990). Este mismo instrumento ha sido desarrollado para el DSM-IV (Steinberg, 1993).

En él se evalúan cinco áreas de trastornos disociativos: amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad, y alteración de la identidad. Aunque explora en profundidad estos trastornos, es excesivamente costoso en cuanto al tiempo necesario para una evaluación completa (Steinberg, 1993).

En el presente artículo nos proponemos informar sobre la validación de la «Escala de Experiencias Disociativas» (DES) de Bernstein y Putnam (1986) en Es-

pañía. Para ello, el primer paso fue traducir la escala al castellano respetándose el contenido de las instrucciones así como el contenido de los ítems y el formato de respuesta (véase Anexo 1).

En los últimos ocho años distintos estudios sobre esta escala se han venido haciendo en distintos países y con distintas muestras disponiendo en este momento de una serie de datos que permiten dar cierta coherencia a los resultados (Bernstein, 1986, 1988, 1993; Ensink, 1989; Ross, 1991; Steinberg, 1991; Frischholz, 1991; Draijer, 1993; Ray, 1995). En las Tablas 1 y 2 se presentan algunos de ellos.

Según estos resultados la escala parece ser válida y fiable, y las respuestas a los ítems son distintas, tanto en cantidad como en cualidad, entre sujetos normales y patológicos, lo cual apunta a que si bien el objetivo inicial de la escala era obtener un instrumento de *screening* (investigación clínica), algunos estudios intentan hallar en población psiquiátrica puntos de corte en las puntuaciones para obtener una prueba de *diagnóstico diferencial* (Steinberg, 1991; Carlson 1993; Draijer, 1993).

· TABLA 1. PUNTUACIONES TOTALES MEDIAS Y MEDIANAS OBTENIDAS EN DIFERENTES MUESTRAS DE 10 ESTUDIOS REALIZADOS CON LA DES. DATOS TOMADOS DE BERNSTEIN Y PUTNAM, 1993

Muestra	1*	2*	3	4	5	6	7	8*	9*	10
Población general-adultos	.44	.49		.78					.64	.37
Trastornos de ansiedad	.67	.39		1.04						
Trastornos afectivos				1.27	.60					
Trastornos de alimentación				1.16	1.27				1.60	1.70
Adolescentes	1.41			2.38	1.18					
Esquizofrenia	2.06	1.26			1.77	1.05				
Trastorno <i>borderline</i> de la personalidad				2.01	1.82					
Pacientes/abuso infantil								1.90		
Trastornos por estrés post traumático	3.13			3.00	2.61	4.11	2.70			
Trastornos disociativos no especif.			4.00	2.98	3.83					
Trastornos de personalidad múltiple	5.71	4.07	5.50	4.28	4.52					

* Puntuación mediana.

TABLA 2. DATOS SOBRE FIABILIDAD DE LA DES, TOMADOS DE LOS ARTÍCULOS QUE SE CITAN

Test-retest	.84	P<0.0001	4-8 semanas
	.96	P<0.0001	4 semanas
	.79	P<0.0001	6-8 semanas
Dos mitades	.83	P<0.0001	
	.93	P<0.0001	
Alpha de Cronbach	.93	P<0.0001	
	.94		
	.90		
	.95		
	.91		

Método

Sujetos

Se estudiaron dos muestras: la muestra normal estuvo compuesta por universitarios españoles de las Facultades de Psicología (n=101) de la UAM, y de Publicidad y Empresas Europeas del CEES (n=121) con edades comprendidas entre 17 y 27 años (media=20.8) y de ambos sexos (V=68, M=154). La escala se aplicó colectivamente.

La muestra patológica constaba de pacientes internos (n=17) en la unidad de agudos del Área de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón (Madrid). Los pacientes habían recibido previamente el diagnóstico de Esquizofrenia según los criterios de la CIE-9 (uno de los que más frecuentemente aglutina erróneamente a pacientes con trastornos disociativos), con edades comprendidas entre 69 y 17 años (media=38.8) también de ambos sexos (V=7, M=10). La escala se aplicó de forma individual para garantizar una adecuada comprensión tanto del contenido de los ítems como del formato de respuesta.

Instrumento

La DES fue concebida como una escala autoadministrada.

Las puntuaciones de los 28 ítems de la DES tienen un rango de 0 a 100 donde el sujeto puntúa haciendo una marca sobre la línea de puntos que indica la frecuencia (porcentaje de tiempo) con que cree que le ocurren las distintas experiencias disociativas presentes en los distintos ítems. El 0 es equivalente a «nunca» (el 0 % de las veces) y 100 «siempre» (el 100 % de las veces). El punto central de la línea equivaldría al 50 % de las veces (véase Anexo 1).

Análisis de Datos

Con los datos obtenidos se realizó, en primer lugar, un estudio comparativo entre las puntuaciones por sexo de los sujetos universitarios.

Un segundo análisis consistió en comparar las puntuaciones obtenidas en los distintos ítems por los sujetos normales y los pacientes psiquiátricos, hallando una curva de distribución de las mismas. Con esto se pretendía replicar los estudios que sugieren que los sujetos normales tienen menos experiencias dissociativas, y que además éstas son de distinto tipo que las de los sujetos psicóticos (Bernstein y Putnam, 1986).

Para medir la consistencia interna de la escala se utilizó el alpha de Cronbach.

Buscando una posible forma de relación entre los contenidos de los ítems, para la muestra no patológica, hicimos un análisis factorial de componentes principales que rotamos ortogonalmente (rotación VARIMAX; Kline, 1994).

Resultados

La consistencia interna de la escala (Alpha de Cronbach=.91) concuerda con las halladas en otros estudios (Carlson y Putnam, 1993; Ensink y Otterloo 1989). Asimismo, todos los ítems correlacionan significativamente de forma positiva con la puntuación total obtenida en la escala ($P < 0,001$).

Las comparaciones entre las respuestas de la muestra normal según sexo, indican que aunque hay diferencias entre hombres y mujeres en la puntuación total de la escala ($\bar{x} = 1.44$ d.t. = 1.2 para hombres y $\bar{x} = 1.64$ d.t. = 1.3 para mujeres) estas diferencias no son significativas (T de Student = -1.09, $P = .278$).

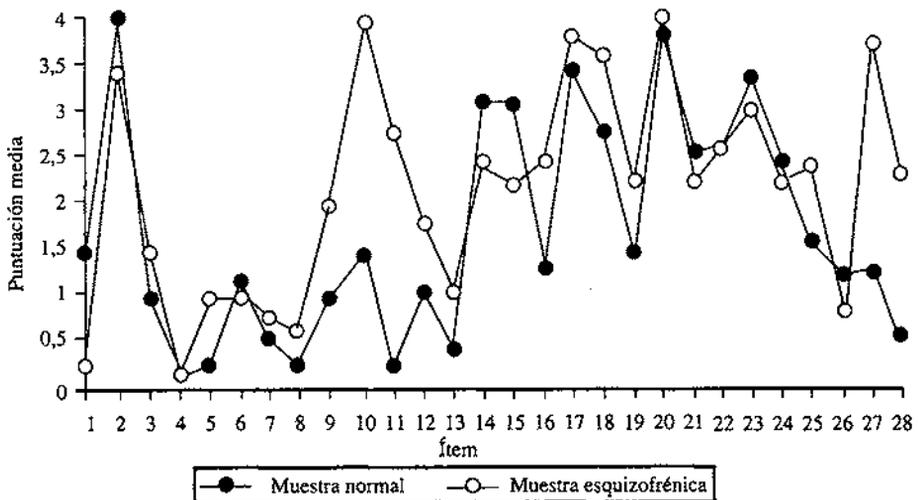


Figura 1. Patrones de respuesta en la DES: muestra normal vs. muestra esquizofrénica.

Tampoco en el caso de la muestra patológica donde las puntuaciones medias fueron de 2.1 (d.t.=1.9) para hombres y 2.0 (d.t.=1.4) para mujeres (T de Student=.17, P=.886).

Por otra parte, la pauta de respuesta de los sujetos normales vs. patológicos en los distintos ítems muestra patrones diferentes, aunque no en todos los ítems. Las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en los ítems 9, 10, 11, 27 y 28 con bajas puntuaciones para los sujetos normales y altas (superiores a 2.00) para la muestra patológica (recuérdese aquí que el rango de puntuaciones totales en la DES va de 0 a 10).

Un dato que parece relevante es la gran *variabilidad* de las respuestas como aparece reflejado en las desviaciones típicas de las puntuaciones medias obtenidas. Un factor importante que influye en esta variabilidad es *cómo se interpreta* el ítem al contestar.

La diversidad de puntuaciones ante un mismo ítem no puede ser atribuida a la diferenciación normal *versus* patológico, ya que esta variabilidad se encuentra presente en ambos grupos de la muestra. Esta misma explicación puede aplicarse al hecho de que en algunos ítems los sujetos normales obtienen puntuaciones superiores a los sujetos patológicos (ítems 2, 3, 14, 15, 23).

Respecto al análisis factorial (véase Tabla 3) se extrajeron tres factores con una varianza acumulada del 47.7 por ciento.

- El Factor 1 (31.4 % de la varianza) estaba compuesto por los ítems 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27 y 28. En estos últimos ítems de la escala (a excepción del ítem 22) es donde se encontraron las mayores correlaciones entre las puntuaciones obtenidas, oscilando todas ellas entre .53 y .85 con una alta consistencia interna (Alpha de Cronbach=.93). El tipo de experiencias que recoge este Factor son las de contenido más patológico de la escala, siendo un indicador claro de disociación. No sería esperable, en principio, encontrar estas experiencias presentes en la muestra normal, sin embargo, nos encontramos con una puntuación media de 2, debido fundamentalmente a problemas de interpretación del contenido de los ítems (hecho que explicaría la gran desviación típica presente en las puntuaciones). Estos problemas los analizaremos en la discusión.

- El Factor 2 (11 % de la varianza) agrupa los ítems 1, 12, 14, 15, 17 y 18. Recoge experiencias de atención focalizada (absorción) ya sea en el pasado o en el presente, que dificultan el acceso a una noción de *realidad continua* en la vida del paciente, impidiendo en cierto modo un adecuado manejo de las experiencias vividas. Esto hace que en ocasiones exista una distorsión del recuerdo llegando en ocasiones a cierta sensación de desapego o extrañeza de la realidad presente. Su consistencia interna es de .78 (Alpha de Cronbach).

- El Factor 3 (5.8 % de la varianza) está compuesto por los ítems 2, 10, 13, 16 y 22. Agrupa ítems donde la persona experimenta una serie de sensaciones y acontecimientos que parecen no encajar con su percepción de lo real. Algunos de estos acontecimientos podrían encuadrarse en procesos de Despersonalización y Desrealización. Es el factor menos consistente con un Alpha de Cronbach=.65.

TABLA 3. ANÁLISIS FACTORIAL (COMPONENTES PRINCIPALES, ROTACIÓN VARIMAX)*

Ítem	FI	FII	FIII	FIV	FV	FVI	FVII
1. Conduciendo un coche...	.10	.44	-.17	-.25	.60	-.05	.11
2. Escuchando conversación...	.21	.23	.54	-.02	.31	.10	.05
3. Estar en un lugar...	.04	-.12	.26	.13	.57	-.12	.31
4. Vestidos con ropa que no recuerdan	.04	-.01	.21	.01	.07	-.01	.77
5. Entre sus pertenencias objetos nuevos...	.21	.01	.03	.63	.05	.08	.38
6. Abordados por otros...	.22	.24	-.07	.09	.07	.15	.55
7. Verse «desde fuera»	.08	.17	.15	.76	.09	.62	.18
8. No reconocer amigos...	.02	.10	.05	.43	.20	.62	.18
9. Sin memoria de acontecimientos...	.06	.00	.08	.22	.72	.17	-.15
10. Acusados de mentir	.28	.20	.61	.07	-.01	.06	-.10
11. Mirarse al espejo y no reconocerse	.28	.02	.06	-.09	-.03	.81	-.01
12. Personas y objetos no reales...	.12	.39	.03	.48	.19	.40	.08
13. Sentir que su cuerpo no les pertenece...	.22	.16	.31	.32	.13	.39	-.36
14. Recordar intensamente...	.23	.57	.27	.35	-.00	.04	.23
15. Recuerdos... ¿reales o soñados?...	.17	.42	.36	.06	.39	.26	.18
16. Lugar familiar extraño...	.14	.03	.45	.20	.47	.19	.19
17. Mirando TV...	.19	.78	.13	.03	.06	.11	.05
18. Vivir fantasía intensamente...	.05	.69	.33	.21	-.03	-.01	-.09
19. Ignorar el dolor...	.81	.09	.01	.07	.07	-.00	.03
20. Mirando al vacío...	.88	.16	.19	.10	.02	.10	.04
21. Hablar en voz alta...	.88	.06	.00	.06	-.02	.04	.01
22. Actuar como dos personas distintas...	.05	.13	.72	.10	.06	-.01	.16
23. Hacer cosas espontáneamente...	.72	.17	.21	.00	.05	.07	.11
24. No recordar...	.68	.21	.21	-.09	.24	.16	.11
25. Hicieron cosas que no recuerdan...	.83	.02	.23	.03	.07	.15	.11
26. Notas y dibujos...	.94	-.03	-.03	.06	-.02	.04	.01
27. Oír voces...	.59	.26	.08	.29	.19	-.03	.10
28. Mundo a través de neblina...	.84	.02	.09	.16	.05	.17	-.05

* El comando del paquete estadístico SPSS extrae siete factores, pero el *scree-test* indica que son suficientes los tres primeros, que son los que se interpretan en nuestro trabajo. Se ofrece la solución original en la que se observa el carácter factorialmente complejo de muchos ítems (esto es, que saturan en más de un factor como en el caso de los ítems. 1, 2, 3, 5, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 22 y 27) dato que debería considerarse para una adaptación definitiva de la DES en nuestra población.

Discusión y conclusiones

La DES se define en principio como una escala autoadministrada. Sin embargo, nuestros resultados nos llevan a las siguientes reflexiones:

1. En sujetos psiquiátricos, se detecta cierta dificultad de aplicación. Los pacientes optaban mayoritariamente por la aplicación de la escala en forma de entrevista cuando esta modalidad les era sugerida ante las dudas que mostraban tras la lectura de los ítems (respecto al verdadero *sentido* de los mismos) o la forma de puntuar la prevalencia de dichas experiencias, ya que los porcentajes de tiempo no parecían ser para ellos una medida clara de sus experiencias disociativas. Por otra parte, la dificultad para centrar la atención, inherente en muchos de estos pacientes, era otro dato que recomendaba nuestra alternativa de aplicación de la escala.

2. Los autores de la DES han sugerido que debe haber una entrevista posterior con aquellos sujetos que obtienen puntuaciones altas en algunos ítems para ahondar en el tipo de experiencias disociativas que esos ítems contienen. Por tanto, parece más económico y enriquecedor realizar esta tarea de forma simultánea a la aplicación de la prueba, ya que la interacción directa permite obtener más información, al contar el paciente otras experiencias no presentes explícitamente en la escala, y que le son sugeridas por el contenido de algunos ítems.

Por ejemplo, en el ítem nº 27, «escuchar voces en su cabeza que le dicen cosas u opinan sobre lo que hace...» un paciente dijo que no le pasaba porque, «no me dicen nada ni opinan sobre lo que hago, son sólo conversaciones y silbidos...». Respecto al ítem nº 13, «sentir que su propio cuerpo no le pertenece» un paciente contestó «...tengo dos personas: una es para mí y la otra me molesta. Pero no sé cuál de las dos es.» En el ítem nº 12, «sentir que otras personas, objetos y el mundo que le rodea no parecen reales...» muchos pacientes tendían a interpretar este ítem en el sentido de «mundo traicionero», o que «las cosas están cambiando» o que «la gente que parece real-(legal) en el fondo son malas personas» o «el mundo no es noble». En el ítem nº 8, «no reconocer a amigos o familiares...» un paciente nos respondió «...es que estar poseído es algo muy difícil de explicar...».

Estos pocos ejemplos nos sirven como muestra para reflexionar sobre la diversidad cualitativa de las experiencias disociativas y la necesidad, por otra parte, de tenerlas presentes para una correcta evaluación del paciente.

Si el terapeuta no está presente y de forma activa en la aplicación de la escala, es muy posible que los resultados de la misma se vean alterados por las dificultades inherentes a este tipo de pacientes para codificar la información de una forma adecuada y ajustada al contenido de las experiencias por las que es preguntado. Quizá ésta sea la explicación para entender cómo es posible que pacientes claramente psicóticos obtengan resultados de 0% en prácticamente la totalidad de la escala, cuando aparentemente parece que han comprendido la pregunta. Esto puede deberse a su peculiar forma de interpretación del lenguaje a través de los *concretismos*.

3. La comprensión correcta de los ítems, por tanto, aparece como un aspecto básico, tanto en muestra normal como patológica. Así, ante algunas pun-

tuciones anormalmente altas en algunos sujetos universitarios, tuvimos la oportunidad de preguntarles directamente a algunos de ellos, en entrevistas posteriores, sobre cómo habían interpretado el ítem en cuestión, encontrándonos que los sujetos normales tienden, a su vez, a «normalizar» el contenido de esos ítems. Por ejemplo, en el ítem «...escuchar voces en su cabeza» lo que en realidad interpretaban era un tipo de lenguaje subvocal propio, lejos de la experiencia alucinatoria que es el verdadero sentido del ítem. Otro ejemplo sería el ítem «...actuar como si fueran dos personas distintas», que muchos interpretaban como una capacidad de adaptación a distintas situaciones sociales, no teniendo esto nada que ver con posibles alteraciones disociativas de la identidad. En este sentido, la validez de contenido de la escala debería ser reconsiderada en la traducción al castellano.

Esta interpretación personal de los ítems que tiende a la normalización de los mismos, por parte de los sujetos no patológicos, podría explicar de forma razonable la gran variabilidad de puntuaciones ante algunos ítems que habíamos apuntado en el apartado de resultados.

4. La dimensión temporal de las experiencias disociativas también nos parece un dato interesante que se pierde con la aplicación autoadministrada de la prueba. En algunos casos, nos encontramos con que el sujeto respondía «antes me pasaba muchísimo, pero ahora no» o «me pasó de una forma muy intensa una vez», relatando las circunstancias en que esas experiencias se daban. En estos casos optamos por puntuar «0» esos ítems, ya que esas experiencias no se encontraban presentes en ese momento, pero sí nos parece un dato importante para un *análisis cualitativo del grado de disociación global del sujeto*.

En el caso de pacientes con un historial de reingresos, algunos comentaban que si bien en este momento no tenían algunas de las experiencias preguntadas en la escala, éstas sí que estaban presentes en uno o varios ingresos anteriores. Sugerimos que obtener este dato, de alguna manera, ayudaría a evaluar la evolución de la experiencia disociativa de ese paciente y analizar las variables que intervienen para que esas experiencias estén presentes en unas ocasiones y no en otras. Por tanto, saber si ciertas experiencias no se han dado nunca, o sólo están ausentes en el pasado inmediato del paciente, ayudaría a corroborar la idea de *rasgo*, latente en la conceptualización teórica de la escala, esto es, cierta predisposición a adoptar un «estilo de vida» disociado.

Otros resultados relevantes son la alta consistencia interna de la escala (Alpha de Cronbach=.91) y la ausencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres de la muestra universitaria con respecto a la incidencia de experiencias disociativas.

Respecto al análisis factorial, se extrajeron 3 factores que explican el 47.9 % de la varianza total, siendo el Factor 1 el que parece tener un mayor poder discriminativo entre sujetos patológicamente disociados y aquellos con experiencias disociativas más leves. También es el factor de mayor consistencia interna.

Los resultados del análisis factorial no concuerdan con los de otros estudios realizados con la DES (Carlson y Putnam, 1988, 1993; Ross, 1991; Ray, 1995; Sanders, 1994), lo cual no es sorprendente, ya que las *diferencias culturales juegan un papel importante en la constitución de los rasgos psicológicos*.

Debemos resaltar la estructura factorialmente compleja de la escala (tal como se muestra en la Tabla de resultados), lo cual nos hace reflexionar en el sentido apuntado en otros estudios, esto es, que la DES no mide la Disociación como una entidad homogénea y simple (Ross *et al.*, 1991). Quizá habría que reflexionar más en el sentido de que la Disociación no debe ser concebida como un fenómeno unitario, sino que estaría formada por varias dimensiones independientes entre sí que darían cuenta de alteraciones en el área de la memoria, la atención y la percepción de la realidad y de la propia identidad (Frankel, 1990).

Una posibilidad para obtener una estructura simple de la escala a través de la metodología factorial, sería simplificar la escala dejando sólo aquellos ítems de contenido patológico. En este caso, siendo los ítems sobre absorción los que representan aquellas experiencias disociativas más cotidianas, esto es, no patológicas, quizá sería conveniente eliminarlas de la escala (Putnam, 1994 comunicación personal). Otra alternativa sería cambiar su contenido por experiencias de absorción más extremas que diferenciaran mejor la población psiquiátrica de la población normal.

En resumen, la Escala de Experiencias Disociativas (DES) supone un paso importante en la evaluación de la presencia o ausencia de dichas experiencias y/o su contribución a otras psicopatologías de difícil diagnóstico diferencial. Sin embargo, sería interesante plantearse la posibilidad de aplicar esta escala en forma de entrevista estructurada. El problema de la dispersión en las puntuaciones, debido fundamentalmente a la interpretabilidad del contenido de los ítems, quedaría en parte resuelto de esta forma.

Por otra parte, insistimos en la importancia de las diferencias socio-culturales a la hora de sistematizar la forma en que este tipo de experiencias se manifiesta en cada población. En este sentido sugerimos que una interesante línea de investigación podría abrirse adaptando lo más posible el contenido de los ítems, y la forma de contestar a los mismos, a las pautas educacionales y comportamentales de la población objeto de evaluación.

En cualquier caso, entendemos que este trabajo es sólo una primera aproximación al tema que nos ocupa y, por tanto, estos primeros datos deben ser tomados con la cautela lógica y necesaria antes de que otros estudios en nuestra población permitan dar consistencia a nuestros resultados.

Confiamos en que estos primeros pasos en el abordaje de una forma sistemática y complementaria de exploración de los trastornos disociativos, contribuyan en nuestra práctica clínica a una toma de conciencia del fenómeno de la disociación y estimulen avances tanto teóricos como metodológicos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Bernstein, E.M. & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *J. Nerv. Ment. Dis.* 174, 727-734.

- Bernstein, E.M. & Putnam, F. W. (1988). Further Validation of the Dissociative Experiences Scale. Presented at the annual meeting of the APA.
- Bernstein, E. & Putnam, F. (1993). An Update of the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, vol. VI, 16-27.
- Blank A.S. (1985). The unconscious flashback to the war in vietnam veterans: clinical mystery, legal defense, and community problem. In S. M. Sonnenberg, A. S. Blank & J. A. Talbot (Eds.), *The Trauma of War: Stress and Recovery in Vietnam Veterans*. Washington DC.: American Psychiatric Press.
- Bliss E.L. (1983). Multiple personalities, related disorders and hypnosis. *Am J. Clin. hyp.*, 26, 114-123.
- Cattell, R.B. y Kline, P. (1977). *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Madrid: Pirámide.
- Colom Marañón, R. (1994). *Psicología de las diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.
- Coons, P.M. (1984). The differential diagnosis of multiple personality: A comprehensive review. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 51-67.
- Draijer, N. & Boon, S. (1993). The Validation of the Dissociative Experiences Scale against the criterion of the SCID-D, using receiver operating characteristics (ROC) analysis. *Dissociation*, vol. VI, 28-37.
- Ensink, B.J., & van Otterloo (1989). A validation study of the DES in the Netherlands. *Dissociation*, vol II, 221-222.
- Frankel F.H. & Orne, M.T. (1976). Hypnotizability and phobic behaviour. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 1259-1261.
- Frischholz, E.J., Braun, B.G., Sachs, R.G., Schwartz, D.R., Lewis, J., Schaeffer, D., Westergaard, C. & Pasquotto, J. (1991). Construct Validity of the Dissociative Experiences Scale (DES): The relationship between the DES and others self-report measures of DES. *Dissociation*, vol. IV, 185-188.
- Gelinas D.J. (1984). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry*, 46, 312-332.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Roulledge: Londres.
- Kluft, R.P. (Ed.) (1985). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kluft, R.P., Steinberg, M. & Spitzer, R.L. (1988). DSM-III-R Revisions in the Dissociative Disorders: An exploration of their derivation and rationale. *Dissociation*, vol I, 39-46.
- Kluft, R.P. (1991). Multiple Personality Disorder. In A. Tasman & S. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 10, 161-188. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Martin, R.L. (1992). DSM-IV in Progress. Diagnostic issues for conversion disorder. *Hosp. and Com. Psychiatry*, 8, 771-773.
- Onno van der Hart (1993). Multiple personality disorder in Europe: Impressions. *Dissociation*, 2, 3, vol. VI.
- Pettinati, H.M., Horne, R.L. & Staats, J.M. (1985). Hypnotizability in patients with anorexia nerviosa and bulimia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42, 1014-1016.
- Putnam, F.W. (1985). Dissociation as a response to extrem trauma. In R.P. Kluft (Ed.), *The Childhood antecedents of multiple personality*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Putnam, F.W., Guroff, J.J. & Silberman, E.K. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: 100 recent cases. *J. Clin. Psychiatry*, 47, 285-287.
- Ray, J. & Faith, M. (1995). Dissociative experiences in a college age population: Follow-up with 1190 subjects. *Person. Indiv. Diff.*, 2, vol. 18, 223-230
- Rosenbaum, M. (1980). The role of the term schizophrenia in the decline of the diagnoses of multiple personality. *Arch. Gen. Psych.*, 37, 1383-1385.
- Ross, C.A., Norton, G. & Anderson, G. (1988). The Dissociative Experiences Scale: a replication study. *Dissociation*, vol I, 21-22.
- Ross, C. A., Joshi, Sh. & Currie, R. (1991). Dissociative experiences in the general population: A factor analysis. *Hosp. and Com. Psychiatry*, 42, 297-301.
- Sanders, B. & Green, J.A. (1994). The factor structure of the Dissociative Experiences Scale in college students. *Dissociation*, vol. VII, 1, 23-27.
- Steinberg, M., Rounsaville, B., and Cicchetti, D. V. (1990). The structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. *Am. J. Psychiatry*, 147, 1, 76-82.
- Steinberg, M., Rounsaville, B. & Cicchetti, D. (1991). Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *Am. J. Psychiatry*, 148, 1050-1054.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Hall, P. & Rounsaville, B. (1993). Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: The structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). *Dissociation*, vol. VI, 3-15.

ANEXO 1

TRADUCCIÓN ESPAÑOLA DE LA *DISSOCIATIVE
EXPERIENCES SCALE (DES)* (BERNSTEIN, E. Y PUTNAM, F.W., 1986)

Instrucciones

Este cuestionario consta de 28 preguntas que tratan sobre experiencias que pueden ocurrir en la vida diaria. Nos gustaría conocer la frecuencia con que usted tiene estas experiencias en condiciones normales, es decir, sin encontrarse bajo los efectos del alcohol o drogas.

Para contestar las preguntas señale con un trazo vertical sobre la línea de puntos. Si no hubiera tenido nunca una de las experiencias descritas marque la línea junto al 0% en caso de que la experiencia sea continua, junto al 100%. Señale en cualquier otro caso entre el 0% y el 100%. Gracias.

Ejemplo:

0% / 100%

Fecha Edad Nombre

1. Algunas personas tienen la experiencia de estar conduciendo un coche y de pronto se dan cuenta de que no se acuerdan de lo que pasó durante una parte o casi todo el viaje. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

2. Algunas personas se dan cuenta de que a veces, escuchando una conversación, sin querer han dejado de percibir una parte más o menos extensa de la misma. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no saber cómo llegaron hasta allí. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar que están vestidos con ropa que ellos no recuerdan haberse puesto. Marque en la línea qué porcentaje de tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar entre sus pertenencias objetos nuevos que no recuerdan haber comprado. Marque en la línea de puntos qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

6. Algunas personas a veces son abordadas por otras que no conocen y que los llaman por otro nombre o insisten en conocerlos de antes. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si estuvieran de pie junto a sí mismas, separadas del cuerpo u observándose a sí mismas hacer algo «desde fuera». Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre a usted esto..

0% 100%

8. A algunas personas les dicen que en ocasiones no reconocen a amigos o familiares. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

9. Algunas personas se encuentran con que no tienen memoria de algunos eventos importantes de su vida (boda, servicio militar, etc). Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

10. Algunas personas tienen la experiencia de ser acusados de mentir y ellos estar convencidos de que no han mentido. Marque en la línea indicando qué porcentaje de tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse en el espejo y no reconocerse. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que otras personas, objetos y el mundo que los rodea no parecen reales. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su propio cuerpo no les pertenece. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

14. Algunas personas tienen la experiencia de recordar un evento del pasado tan intensamente que sienten como si el evento estuviera ocurriendo en ese momento. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguros de si algunas cosas que ellos recuerdan sucedieron en realidad o tal vez lo soñaron. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

16. Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar familiar y sin embargo encuentran el lugar extraño y desconocido. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

17. Algunas personas encuentran que cuando miran la televisión o una película, se absorben tanto en la historia que no se dan cuenta de otras cosas que ocurren a su alrededor. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

18. Algunas personas se envuelven tan profundamente en una fantasía que les parece como si estuviera ocurriendo en realidad. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

19. Algunas personas encuentran que pueden ignorar el dolor. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

20. Algunas personas se encuentran a veces mirando al vacío, ensimismados, pensando en nada, y no se dan cuenta del tiempo que pasa. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

21. Algunas personas notan que cuando están solos hablan en voz alta consigo mismos. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

22. Algunas personas encuentran que en una situación actúan de una manera tan diferente comparada con otra que sienten como si fueran dos personas diferentes. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

23. Algunas personas notan que, a veces, en ciertas situaciones pueden hacer cosas —que normalmente les resultarían difíciles— con sorprendente facilidad y espontaneidad (por ejemplo deportes, trabajos, situaciones sociales, etc). Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

24. Algunas personas a veces encuentran que no pueden recordar si hicieron algo o sólo pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saben si mandaron una carta o sólo pensaron en mandarla.) Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

25. Algunas personas se encuentran con la evidencia de que hicieron cosas que no re-

cuerdan haber hecho. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

26. Algunas personas encuentran notas y/o dibujos entre sus pertenencias que indudablemente han sido hechas por ellas, pero que no pueden recordar el haberlas hecho. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

27. Algunas personas pueden escuchar voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o hacen comentarios sobre lo que estas personas están haciendo. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre esto a usted.

0% 100%

28. Algunas personas sienten como si estuvieran viendo el mundo a través de una neblina y que las personas y los objetos parecen lejanos y poco claros. Marque en la línea indicando qué porcentaje del tiempo le ocurre a usted esto.

0% 100%

*Instrucciones para la valoración de los resultados
de la Escala de Experiencias Disociativas*

La puntuación de cada ítem se determina midiendo la distancia entre el punto 0% y la marca de 5 mm. más próxima al trazo vertical realizado por el sujeto. Esta medición se realiza con una pequeña regla. La puntuación total de la escala es la suma de todas las medidas parciales divididas por 28 (número total de ítems).

Ejemplo:

0% / 100%

En este caso, la puntuación de este ítem sería 7.5 (5 mm. menos de la marca del sujeto, que está sobre el 8). La línea ocupa un rango de 10 cm.