



Estudio de caso: ¿simulación o trastorno de personalidad múltiple?



Alba García-Cortés^a, Francisco Pérez-Fernández^{a,*}, Beatriz Corbí-Gran^b
y Claudia Martín-Moreno-Blasco^a

^a Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

^b Centro Universitario Villanueva, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de marzo de 2016

Aceptado el 11 de julio de 2016

On-line el 27 de enero de 2017

Palabras clave:

Trastorno de identidad disociativo

Simulación

Trauma

Estudio de caso

R E S U M E N

El trastorno de identidad disociativo (TID) puede considerarse un trastorno raro, dada su aparentemente baja prevalencia, pero en los últimos años se apunta a su posible infradiagnóstico a causa de su complejidad y de la confusión que puede haber a la hora de establecer el diagnóstico diferencial. Por otro lado, la simulación de psicopatología mental puede tener un gran impacto socioeconómico y jurídico, de especial relevancia en este tipo de trastorno, dada la gran incapacidad que genera y su complejidad diagnóstica. En este trabajo referiremos el caso de un paciente que ingresa en la unidad de hospitalización breve del Hospital Dr. Rodríguez Lafora (Madrid) con sintomatología depresiva, que posteriormente pareció evolucionar hacia un caso de TID. La evaluación consistió en una anamnesis psicológica y la aplicación del Inventario Semiestructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) y del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). Los resultados mostraron un perfil claramente alterado de personalidad, así como una posible simulación de síntomas que impidieron concretar la existencia o inexistencia del TID. A la luz de los resultados se discuten las posibles implicaciones de este caso.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Case study: Malingering or multiple personality disorder?

A B S T R A C T

The dissociative identity disorder (DID) can be considered a rare disorder because of its seemingly low prevalence. However, in recent years it points to the possible underdiagnosis because its complexity and confusion at the time of differential diagnosis. On the other hand, the malingering of mental psychopathology can have a major socio-economic and legal impact, particularly important in this type of disorder, given the inability it generates and its complex diagnostic. This paper refers the case of a patient admitted to the short-term hospitalization unit of Dr. Rodríguez Lafora Hospital (Madrid) with depressive symptoms. Then the patient seemed to become a TID case. The evaluation consisted of a psychological history and the application of the Structured Inventory of Malingered Symptoms (SIMS) and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II). The results showed an altered personality profile as well as likely malingered symptoms, what prevented us from a DID diagnosis. In view of the results, possible implications of this case for the clinical setting are discussed.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Dissociative identity disorder

Malingering

Trauma

Case study

Los trastornos disociativos

La evolución conceptual de la disociación ha variado a lo largo del tiempo, desde los trabajos pioneros del estadounidense Rush, en los que incluyó varios ejemplos de casos de disociación. Este autor defendió que la condición disociativa era debida a una desconexión entre los hemisferios cerebrales (Rush, 1786). Dentro de esta visión

* Autor para correspondencia. Universidad Camilo José Cela. Facultad de ciencias de la Salud. Departamento de Psicología. C/Castillo de Alarcón, 49. Urb. Villafranca del Castillo, 28692 Madrid.

Correo electrónico: fperez@ucjc.edu (F. Pérez-Fernández).

clásica encontramos también a Charcot, quien en 1889 elaboró su teoría sobre la histeria y defiende que después de un hecho traumático se produce un estado hipnótico en el que las ideas traumáticas se aíslan de la conciencia (Cazabat, 2004).

Fue Pierre Janet, sin embargo, el principal exponente del estudio de la disociación. En 1889 propone el término *désagrégation mentale* para referirse a la no integración (Pérez y Galdón, 2003) y establece como un proceso básico en la disociación el llamado “estrechamiento de conciencia” que impide que la persona perciba e integre ciertos acontecimientos, sobre todo los traumáticos (Putnam, 2006). Este estrechamiento es definido como una forma de depresión mental en la que se destaca la debilidad mental que motiva la aparición de los síntomas disociativos (Janet, 1907).

En el siglo XX, a partir de de la Segunda Guerra Mundial, las víctimas empezaron a mostrar una sintomatología específica a la se denominó *shell-shock*. Los síntomas incluían toda serie de reacciones disociativas, como amnesias con respecto a la propia identidad, fugas, cegueras de conversión y parálisis (Menninger, 1945). Posteriormente, con la publicación de *Divided Consciousness* (Hilgard, 1977), se postuló una nueva definición de disociación donde se afirma que el funcionamiento mental está organizado en estructuras y subestructuras ordenadas jerárquicamente que mantienen relación de interdependencia. Además, se planteó la idea del continuo disociativo, que va desde la disociación parcial hasta la desconexión total (Bernstein y Putnam, 1986).

En 1990 Spiegel define disociación como separación de los contenidos que en situación normal estarían integrados. Su teoría se basa en tres pilares fundamentales (Spiegel y Cadeña, 1991): (1) la disociación implica falta de conexión entre las partes de la conciencia o de la memoria, (2) hay una conexión entre disociación y trauma, siendo el trauma el factor principal de estos fenómenos y (3) la memoria autobiográfica (*self*) es la integración de la experiencia personal.

Los dos últimos autores importantes dentro de esta nueva visión de la disociación son Kihlstrom y Putnam. Kihlstrom (1994) define la disociación como el mecanismo bajo el cual algunos elementos mentales no son codificados conscientemente, es decir, son disociados. Esta alteración puede afectar las diferentes áreas de funcionamiento mental. Putnam (1994), por su parte, investiga este trastorno observando especialmente a población infantil, ya que muchas experiencias disociativas que pueden ser patológicas en adultos no se consideran tales en niños o adolescentes, como puede ser la aparición de un “amigo invisible”. Este último autor defiende la idea de un continuo en la disociación que iría desde los episodios breves, que aparecen debido a una situación concreta, hasta las experiencias disociativas frecuentes, muy intensas, que aparecen en contextos no apropiados (Putnam, 1993).

Sea como fuere, los datos epidemiológicos internacionales obtenidos a comienzos del siglo XXI parecían señalar un infradiagnóstico de los trastornos disociativos en general que, contrariamente a lo que se ha venido defendiendo durante décadas, mostraba que esta clase de problemas eran mucho más habituales en entornos clínicos de lo que se solía suponer en un principio, lo cual motivó una revisión de los criterios psicodiagnósticos para esta clase de trastornos de cara a la elaboración del DSM-5:

Globalmente, estudios independientes de diversos países demuestran claramente que los trastornos disociativos constituyen un problema de salud mental frecuente no sólo en la práctica clínica, sino también en la comunidad. La falta de secciones sobre el trastorno disociativo en los instrumentos de cribado psiquiátrico general empleados habitualmente ha dado lugar a la omisión de los trastornos disociativos en los estudios epidemiológicos a gran escala. Aunque los estudios que utilizan instrumentos específicos han empezado a corregir esta percep-

ción, la inclusión de los trastornos disociativos en los estudios de cribado de la psiquiatría general ayudará a obtener información detallada sobre los temas de comorbilidad. [...] Las diferencias entre las tasas obtenidas en diversas situaciones pueden estar relacionadas con diferencias en la conducta de búsqueda de tratamiento y en los sistemas de administración de la salud mental. [...] En particular, la prevalencia relativamente elevada del TDNE [trastorno disociativo no especificado], tanto en situaciones clínicas como en la comunidad, indica la necesidad de una revisión exhaustiva de la sección de los trastornos disociativos del DSM-IV (Sar, 2006, p. 228).

La personalidad múltiple

El trastorno de identidad disociativo (TID) –popularmente conocido como “trastorno de personalidad múltiple”– parece infrecuente en entornos clínico pero sin embargo es muy popular entre el vulgo gracias al concurso de la literatura y el cine. Está definido en las principales clasificaciones diagnósticas (CIE-10, DSM-5) como la alteración de las funciones integradoras de la conciencia, memoria e identidad. Parece iniciarse en la infancia para manifestarse unos años más adelante, diagnosticándose más en mujeres que en hombres (APA, 2012). Las últimas posiciones teóricas en cuanto a este trastorno lo relacionan con el trauma, la sugestionabilidad y el trastorno de estrés postraumático (Gershuny y Thayer, 1999).

Según Sar (2006), el concepto de “trauma” no es equivalente al de “suceso o vivencia nociva” como habitualmente se hace ver o se entiende. Para este autor sería un proceso sociopsicológico complejo, que englobaría componentes objetivos y subjetivos. En este sentido el “trauma psíquico” sería, por un lado, la pérdida por parte del sujeto de la cohesión de su mundo interno, de la cohesión de la realidad externa y, por otro lado, la desconexión entre ellas. De tal manera, el trauma crea una pérdida de la armonía psíquica en un momento específico de la vida de la persona y desde allí se proyecta hacia su futuro (Sar y Ozturk, 2005), entendiendo de esta forma el trauma y la disociación como una escisión o ruptura de los procesos mentales (APA, 2004), de modo que ambos conceptos quedan íntimamente ligados.

En su momento, el DSM IV-TR indicaba los siguientes criterios para el diagnóstico del TID (APA, 2012):

- Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistentes de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
- Al menos dos de estas identidades, o estados de personalidad, controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
- Incapacidad para recordar información personal importante, demasiado amplia como para ser explicada por el olvido ordinario.
- El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos del consumo de sustancias o a una enfermedad médica.

No obstante, la nueva clasificación establecida por el DSM-5, revisada desde los criterios epidemiológicos a los que anteriormente se aludió, señala que los criterios para el diagnóstico del TID son:

- Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos y que se puede describir en algunas culturas como una “experiencia de posesión”. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento

sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por otras personas o bien comunicados por el individuo.

- Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante y/o sucesos traumáticos que son demasiado amplios como para ser compatibles con el olvido ordinario.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento del sujeto.
- La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada. Se anota que en los niños los síntomas no deben confundirse con la presencia de “amigos imaginarios” u otros juegos de fantasía.
- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos del consumo de sustancias (así por ejemplo los episodios de laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (como por ejemplo la epilepsia parcial compleja).

Según la CIE-10 (OMS, 1992), el TID se engloba dentro del epígrafe destinado a los trastornos disociativos o de conversión (F44) y se define como un trastorno “raro” sobre el que no hay acuerdo en cuanto a hasta qué punto es iatrogénico o propio de una cultura específica. Se trata de un apunte lógico, teniendo en cuenta que en el momento en el que esta guía se publicó existía un criterio muy diferente con respecto al impacto epidemiológico de los trastornos disociativos y, además, el TID se había hecho muy popular en los medios de comunicación a la par que pesaba sobre él una fuerte sospecha de sobrediagnóstico (Kluft, 1991). El hecho esencial en este caso es la existencia aparente de dos o más personalidades distintas en el mismo individuo y que cada vez se manifiesta sólo una de ellas. Cada personalidad es completa, con sus propios recuerdos, comportamiento y preferencias, que pueden ser muy diferentes a los de la personalidad premórbida única.

En la forma común de dos personalidades, una personalidad domina sobre la otra, pero nunca tienen acceso a sus recuerdos respectivos y, casi siempre, cada una ignora la existencia de la otra (OMS, 1992). Los cambios o pasos de una personalidad a la otra en la primera ocasión son súbitos y están estrechamente relacionados con acontecimientos traumáticos. Los cambios siguientes se limitan a menudo a acontecimientos dramáticos o estresantes o bien se presentan durante las sesiones con un terapeuta que utiliza relajación, hipnosis o procedimientos de abreacción (OMS, 1992)¹. Ocurre, sin embargo, que la evaluación y el diagnóstico del TID han ido evolucionando a lo largo del tiempo, por cuanto se ha comprendido que no es imprescindible que una personalidad anule o suplante por completo a la otra. Puede tratarse o bien de una mera confusión de la propia identidad, incluyendo el género, como de la alteración del estado de la identidad o de un cambio definido de la identidad en algún sentido específico y concreto. En este caso el sujeto afectado por el TID puede asumir un rol, un nombre, una personalidad o una conducta diferente a la habitual (Steinberg y Schnall, 2000). A tal respecto, en referencia a un caso específico, García Andrade (2001) explica:

En estos casos es posible compartir memorias o pautas de conducta diferentes, pudiendo una de estas personalidades tomar el control absoluto de la persona, con transiciones más o menos repentinas, en ocasiones conscientes o no con las otras personalidades, e incluso dar resultados diferentes con los tests, lo que erróneamente se interpretó como simulación (pp. 22–23).

Por lo tanto, cabe señalar que el TID es uno de los trastornos más difíciles de diagnosticar, tanto por sus características propias como por su solapamiento con otras patologías fronterizas, desde la amnesia disociativa y la fuga disociativa hasta la propia esquizofrenia. De hecho, la disociación se tiende a observar como una manifestación de la personalidad histriónica, siendo habitual que las personas que presentan síntomas aislados de disociación sean diagnosticadas de diferentes trastornos de personalidad pero raramente de TID (Johnson, Cohen, Kasen y Brook, 2005). Ello ha motivado que actualmente la prevalencia del trastorno sea menor al 1% en la población general, pudiendo llegar al 5% en la población clínica, siendo el porcentaje mayor el correspondiente al sexo femenino, tal y como sucede con el resto de trastornos disociativos (Gershuny y Thayer, 1999; Sar, 2006).

Simulación

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) celebró en septiembre de 2011 la Cumbre Mundial sobre Enfermedades Crónicas. Allí se reconoció que los trastornos mentales, entre otras enfermedades, suponen un desafío de “proporciones epidémicas”, con un grave impacto en el desarrollo socioeconómico de los países (World Health Organization, 2011). De ahí la necesidad de la correcta identificación de los casos de simulación de síntomas en las bajas laborales (o incapacidades), tanto temporales como permanentes, por enfermedades crónicas (Santamaría, Capilla y González Ordi, 2013).

Se debe reconocer que tanto la picaresca y el engaño como la simulación de síntomas de diversas enfermedades han sido estrategias ampliamente utilizadas por el ser humano a lo largo de la historia. Cabe destacar que la simulación ya aparece recogida en la Biblia, donde se narra el momento en que David, para escapar de la ira del rey de Gat, fingió padecer un trastorno mental (I Samuel 21: 10–14).

Existen varias clasificaciones respecto a la simulación, ninguna de las cuales ha alcanzado un consenso clínico y/o académico generalizado. Antoine Porot propone una de las más conocidas en 1921, a fin de clasificar la simulación de síndromes mentales en tres tipos simulación mental: total o verdadera, sobresimulación y metasimulación. Posteriormente, el propio Porot (1977) amplió su clasificación en base a la personalidad y actitud del simulador, diferenciando entre:

- Simuladores pasivos, o aquellos que se centran en defectos funcionales.
- Simuladores activos, o aquellos en los que su sintomatología se manifiesta por medio de procesos psicomotores activos.
- Simuladores absurdos, esto es, los que manifiestan conductas extravagantes.

Asimismo, en función de la personalidad del simulador, Vallejo-Nájera (1930) señalaba dos tipos: por un lado, los simuladores ocasionales, dentro de los cuales diferenció entre simulador inculto, simulador sugestionable, simulador paranoide, simulador histórico, simulador mitómano o fabulador, simulador emotivo, simulador amoral y simulador profesional y por otro lado, habló de los simuladores permanentes, que habitualmente presentan más anomalías psicológicas.

Otra clasificación posterior es la que estableció Utitz (1950), diferenciando la autosimulación, donde el sujeto cree en la autenticidad de sus síntomas, de la disimulación, que consiste en el ocultamiento de forma consciente y voluntaria para conseguir un fin.

Por tanto, podemos definir la simulación como la producción intencional de síntomas físicos o psicológicos falsos o exagerados

¹ Descarga de emociones y/o afectos vinculados a recuerdos o experiencias generalmente penosas de la infancia que han sido reprimidas por el paciente.

motivados por incentivos externos (Capilla Ramírez, González Ordi y Santamaría Fernández, 2008).

Pese a tratarse de un tema central en el ámbito del diagnóstico médico en general y del psicodiagnóstico en particular, se incorporó como entidad clínica diagnóstica de manera tardía en el DSM-III (1980). La simulación involucra la existencia de recompensas externas (cobro de seguros e indemnizaciones, recompensas penitenciarias o jurídicas, etc.), a diferencia de los trastornos facticios, y se realiza consciente y premeditadamente, a diferencia de los trastornos somatomorfos (APA, 2000).

Numerosos estudios han tratado de establecer la incidencia de la simulación, aunque ciertamente resulta difícil aportar datos precisos, debido a que existe una gran variabilidad en función del campo de estudio o de la patología que se aborde (González Ordi, Capilla Ramírez y Matalobos Veiga, 2008). Asimismo, las investigaciones realizadas hasta la fecha parecen indicar que los seres humanos no somos mejores detectores de la mentira que lo explicable por el azar y ni siquiera los profesionales vinculados a contextos de simulación, como los psicólogos, los policías o los jueces, mostrarían una especial habilidad a este respecto (Aamodt y Custer, 2006; Faust y Ackley, 1998). Aun así parece existir una mayor tasa de incidencia de simulación en el ámbito médico-legal relacionado con la valoración de la discapacidad, y en consecuencia con los posibles beneficios laborales, jurídicos, penitenciarios y socioeconómicos asociados (Mittenberg, Patton, Canyock y Condit, 2002).

Un principio fundamental en la detección de simulación es que cuantas más inconsistencias presente un paciente en las diferentes pruebas y dimensiones relativamente independientes, más plausible resultará pensar que su rendimiento refleja un esfuerzo deliberado por dar una imagen irreal de sus capacidades o de su sintomatología (Bianchini, Greve y Glynn, 2005). De ahí que la convergencia de datos provenientes de diferentes fuentes de información sea crucial para asegurar el diagnóstico de simulación (Capilla Ramírez et al., 2008). Sin embargo, diferentes estudios han mostrado cómo al registrar pruebas de procesamiento cognitivo de la memoria tanto los simuladores como las personas con el trastorno ofrecieron niveles similares en recuerdo, reconocimiento y primado entre las diferentes identidades (Allen y Movius, 2000; Eich, Macaulay, Loewenstein y Dihle, 1997; Huntjens, Peters et al., 2005; Huntjens et al., 2006; Huntjens, Peters, Woertman, Van der Hart y Postma, 2007; Huntjens et al., 2002; Kong, Allen y Glisky, 2008; Silberman, Putnam, Weingartner, Braun y Post, 1985). Del mismo modo, las personas diagnosticadas con el trastorno mostraron un procesamiento de la información menos eficaz que personas simuladoras del trastorno (Dalenberg et al., 2012), así como tiempos de reacción significativamente más lentos que los simuladores (Allen y Movius, 2000; Huntjens et al., 2002; Huntjens, Postma, Woertman, Van der Hart y Peters, 2005).

Presentación del caso

En la unidad de hospitalización breve del Hospital Dr. Rodríguez Lafora de Madrid ingresa de forma voluntaria un paciente de 19 años de nacionalidad dominicana refiriendo tener un estado de ánimo bajo.

El paciente acude a las entrevistas con un aspecto cuidado, aseado y adecuado a la situación social en la que se encuentra. Permanece orientado en las tres esferas durante todas las sesiones y mantiene un discurso coherente y fluido, refiriendo su biografía sin titubeos ni distracciones. Mantiene contacto visual sin dificultad y se relaciona de forma habilidosa.

El paciente refiere que los síntomas que le preocupan aparecen por vez primera cuando llega a España, con 18 años de edad. Estos comienzan con un estado de ánimo deprimido. Cuando el

estado de ánimo es más bajo, explica, se le aparece como figura externa un hombre alto y vestido de negro, llamado Noob², al que solo se le ven los ojos. Con él puede hablar de cosas para olvidarse de su estado de ánimo. Tiempo después de la irrupción de la entidad Noob en la vida del paciente empieza a haber ocasiones en las que se siente como una mujer, adopta posturas femeninas, se pinta las uñas y hace cosas que, como él mismo dice, “pertenecen a las mujeres”. Cuando adopta este papel femenino –nótese que el paciente indica “cuando ella aparece” y que no habla en momento alguno de “posesión”– se siente protegido, se aleja de peleas y sabe qué cosas tiene que hacer para sentirse bien. Hasta este momento, el paciente no refiere episodios de consumo de drogas.

Posteriormente, empieza a consumir marihuana y al poco tiempo empieza a adoptar –el término para referirse a esta adopción, nunca posesión, vuelve a ser “aparecer”– la que considera como “peor” de las personalidades: es muy violenta, mostrándose como la más fuerte y dominante de todas. Cuando aparece, en ocasiones el paciente pierde la noción del tiempo, puede hacer cosas de las que luego no guarda recuerdos y experimenta temor ante su aparición (amnesia y fuga disociativa). Esta personalidad se llama “Cruza o muere”. Su llegada está vinculada a un hecho especialmente traumático para el sujeto: su padrastro, que traficaba con droga, le obliga a ayudarlo ejerciendo como *mulero* y llevando de este modo la mercancía introducida en su cuerpo por vía rectal desde España hasta Alemania. Durante el viaje el paciente refiere notar esa presencia oscura. En un primer momento “Cruza o muere” se muestra dialogante e intenta persuadirle a través del pensamiento. Le dice que mate a su padrastro ya que le está haciendo la vida imposible, a la par que le insulta. De manera progresiva esta personalidad pasa del diálogo interior al dominio de sus actos, involucrándolo en peleas graves e incitándole a beber.

Al revisar su biografía, durante el proceso de elaboración de la anamnesis, el paciente refiere que desde que era muy pequeño tenía un amigo invisible llamado “Jack”, lo cual muestra que estos episodios disociativos ahondan en una infancia muy traumática y compleja. El paciente refiere que “Jack” y él pasaron muchos años juntos, hasta que a los 15 años éste se despidió de él y se marchó, diciéndole que ya era lo bastante mayor como para estar solo. Cuando se le pregunta por los detalles de su niñez, la recuerda en general con tristeza, como un niño maltratado por su padre, abandonado en las calles de Santo Domingo y que tuvo que sobrevivir entre las peleas y los tiroteos. El hecho es que su padre le echó de casa a los 11 años y, de manera accidental, le dispararon a los 13 años. Posteriormente, cuando llegó a España, vivió con su madre por un tiempo, pero luego ésta le abandonó al marcharse sola al extranjero, concretamente a Holanda.

El paciente refiere que en ese momento intentó suicidarse tirándose desde un noveno piso, ya que creía que no pintaba nada en este mundo y que estaba muy solo. Explica que se trató de un acto impulsivo y no planeado que finalmente no llevó a término al no sentirse con valor para ello y ser una persona religiosa, lo cual le indujo a considerar que esa conducta sería pecaminosa. Tras un tiempo él se va a Holanda, donde vive con su madre y su padrastro, el cual les maltrata a ambos. Un día después de regresar de una excursión del colegio no encuentra a su madre en el hogar y le informan de que ésta ha apuñalado y quemado a su padrastro por lo cual está en la cárcel. La noticia le sorprendió. El paciente refiere que le da miedo poder dañar a alguien, ya que “Cruza o muere” no le va a hacer daño a él pero si puede dañar a otros.

² Palabra utilizada en inglés, de forma despectiva, para denominar a los novatos o principiantes.

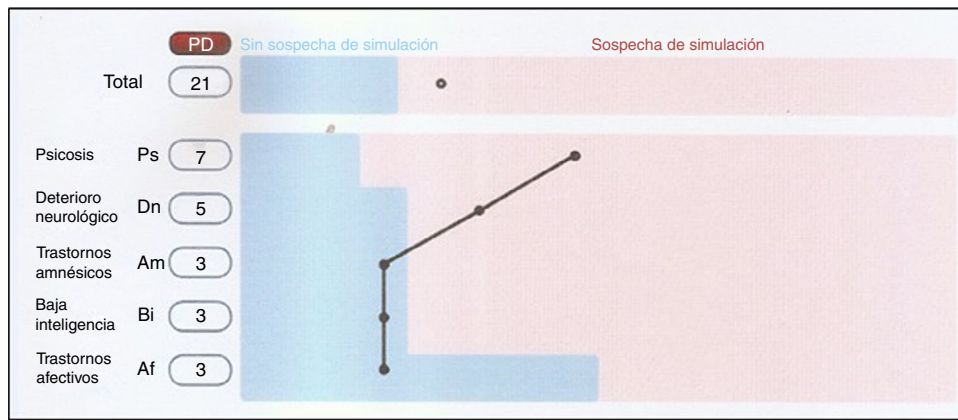


Figura 1. Resultados de la prueba SIMS.

Evaluación y resultados

Se plantea la evaluación del paciente a partir de diferentes instrumentos:

- Anamnesis psicológica anteriormente referida, cuyo resumen encontramos en la [tabla 1](#).
- Inventario Semiestructurado de Simulación de Síntomas (SIMS; [Widows y Smith, 2005](#); traducción española de [González Ordi y Santamaría Fernández, 2009](#)). Se compone de 75 ítems de verdadero y falso que evalúan cinco escalas: psicosis, deterioro neurológico, trastornos amnésicos, baja inteligencia y trastornos afectivos. Es una prueba de aplicación breve y de sencilla interpretación. Permite observar, por la vía del despistaje, qué sintomatología aparece de forma atípica o si el sujeto pretende simular un trastorno concreto, existiendo un punto de corte a partir del cual se puede considerar sospecha de simulación (ver [fig. 1](#)).
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II; [Millon, 1994](#); versión española, 2004). El MCMI-II proporciona información validada empíricamente para apoyar el diagnóstico en diversos ámbitos: clínico, médico y forense. Es idóneo para aplicar a individuos que presentan tanto problemas emocionales como conductuales o interpersonales. Cuenta con 4 índices de validez y 24 escalas clínicas según el nivel de gravedad: patrones clínicos de personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves ([Winberg y Vilalta, 2009](#)). La valoración cualitativa de los resultados obtenidos por el paciente se presenta en la [tabla 2](#).

Los resultados hallados tras aplicar el SIMS al paciente ([fig. 1](#)) manifestaron indicios de sospecha de simulación, tanto en psicosis como en deterioro neurológico, tras obtener una puntuación directa de 7 y 5 respectivamente.

Tabla 1
Temporalización de eventos estresantes referidos en la anamnesis

Suceso Traumático	Edad	Personalidad
Maltrato infantil	8-15 años	Jack
Madre se va a España	10 años	
Cambio de residencia a España	18 años	Noob
La madre se va a vivir a Holanda	19 años	Mujer
Tráfico de drogas "mulero"	19 años	Cruza o muere

Tabla 2
Valoración cualitativa de los resultados del MCMI-II

Esquizoide	
Fóbica	Inhibición social, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
Dependiente	
Histriónica	Excesiva emotividad y búsqueda de atención
Narcisista	Grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía
Antisocial	Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás.
A-Sádica	Patrón hostil, agresivo, abusador y destructivo
Compulsiva	Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia.
P- Agresiva	
Masoquista	
Esquizotípica	Patrón descompensado
Límite	
Paranoide	Patrón descompensado
Ansiedad	
Somatización	
Hipomanía	Significativo
Distimia	
A. Alcohol	
A. Drogas	Significativo
P. Psicótico	
Depresión M.	
T. Delirante	Sospecha psicosis

Discusión y conclusiones

Se parte de la hipótesis de que cada una de las personalidades referidas por el paciente surgen en momentos de fuerte estrés que no sabe cómo afrontar al carecer de las herramientas necesarias para ello, así como del adecuado entorno compensatorio que le ayude a vencer estas adversidades.

La primera de ellas, "Jack", no cabría ser calificada propiamente como personalidad, en la medida que aparece durante la infancia en la forma de un amigo invisible que le ayuda y le apoya, seguramente para poder enfrentarse al maltrato sufrido por su padre y a una situación socioambiental en absoluto propicia, en lo que sería un episodio tópico de defensa psicológica mediante huida o refugio en la fantasía.

Más adelante, sin embargo, una vez instalado en España, aparece una nueva alucinación llamada Noob, con la que puede hablar cuando se siente deprimido reduciendo su malestar. Cuando su madre le abandona marchándose a Holanda aparecería la primera de las personalidades disociadas, en la medida que ya no estamos ante una alucinación o personaje externos al individuo sino a una figura interna, además femenina, lo cual nos permite hipotetizar con el afrontamiento del abandono materno. Esta personalidad le

ayuda a alejarse de las peleas y a no consumir drogas para mantener el apego de la figura materna perdida (Freud, 1997). Es muy relevante que esta personalidad aparezca justo ahora y particularmente asociada a un intento de suicidio, pues la literatura establece la alta prevalencia de trastornos afectivos y altas tasas de intentos de suicidio asociados a los trastornos disociativos (APA, 2014).

La obligación impuesta por el padrastro de traficar con drogas, hecho que además se sucede de una manera especialmente traumática al tener que usar su propio cuerpo como recipiente, suscita la llegada de “Cruza o muere”, una personalidad completamente opuesta a la suya que se presenta ante situaciones en las que es necesario un afrontamiento físico de situaciones de riesgo ante las que no se siente capacitado. Todo ello encajaría con la literatura sobre trastornos disociativos, en tanto que, como venimos indicando, refiere que aparece en situaciones especialmente traumáticas, arraigadas en la infancia, y posteriormente va evolucionando hacia nuevas formas más complejas. Se debe indicar que, frente a los tópicos habituales difundidos por cine y literatura con respecto a la forma en que el sujeto vive el TID, la realidad es que las personas afectadas suelen vivirlo como un cambio en su personalidad o como si otra persona dentro de ellos tomara el control, de tal forma que pueden darse una o varias identidades. Generalmente la persona afectada no recuerda los episodios de las alteraciones, pero ello no es necesario ni imprescindible para el diagnóstico formal del TID –ya hemos referido antes los criterios– por cuanto la despersonalización que vive el sujeto también puede caracterizarse por sensaciones de irrealidad, percepción del *self* alterada y una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos del propio cuerpo, a la par que el sentido de la realidad permanece intacto. Es muy sintomático que los pacientes informen de una “sensación de irrealidad”, aun siendo conscientes de que es su propia percepción la que se encuentra alterada (Oberst, 1987), elemento que lo diferenciaría de trastornos más psicóticos.

Los resultados arrojados por el MCMI-II no se consideran concluyentes de cara al diagnóstico de TID ya que, como se muestra en la tabla 2, el paciente puntúa de manera significativa en demasiadas escalas. Esto puede deberse a múltiples factores: desde la simulación de síntomas a la interferencia de las diferentes personalidades en conflicto, ya que el paciente, al contestar el cuestionario, expresa que prefiere hacerlo teniendo en cuenta no sólo sus propios actos y criterios sino también los de sus personalidades, problema, por cierto, habitual en el diagnóstico de los trastornos disociativos, al no existir herramientas apropiadas (Sar, 2006).

Por otro lado, y a pesar de los resultados obtenidos en la prueba SIMS, si analizamos los ítems que podrían significar simulación de psicosis, vemos que muchos de ellos podrían encajar como síntomas del TID desde el punto de vista clínico, ya que el SIMS no es una herramienta de diagnóstico propiamente dicha, ni una prueba de personalidad y, por consiguiente, tampoco ha sido diseñada con el fin de discriminar de manera fehaciente este tipo de elementos. No obstante, sí es utilizada como prueba de *screening* (Widows y Smith, 2005).

Aun así, a pesar de que la clínica del caso pueda concordar con un posible diagnóstico de TID, la falta de una evaluación más exhaustiva, las puntuaciones superiores al punto de corte del SIMS y el perfil encontrado en personalidad (histriónico, narcisista, antisocial) pueden poner en duda la hipótesis de la presencia de un trastorno disociativo. Existen muchas similitudes entre el trastorno y la simulación en relación al reconocimiento de las otras personalidades. No hemos de olvidar que el estudio de Giesbrecht, Lynn, Lilienfeld y Merkelbach (2008) propone que las personas que simulan suelen ser indistinguibles de las personas diagnosticadas con el trastorno, ya que hay una influencia social en la etiología del trastorno.

De cara a líneas de investigaciones futuras sería aconsejable hacer una evaluación más amplia, utilizando instrumentos

específicamente desarrollados para el diagnóstico de los trastornos disociativos, como la Escala de Experiencias Disociativas (DES; Bernstein y Putnam, 1986) o la Entrevista Estructurada Clínica Diagnóstica para los Trastornos Disociativos (SCID-D; Steinberg, 1993), que suele dar resultados más altos en severidad para personas diagnosticadas con el trastorno que para simuladores (Welburn et al., 2003), estudiar el perfil del paciente para ver si se encuentran otras características comúnmente relacionadas con la disociación, como la sugestionabilidad (Dienes et al., 2009) o el fantaseo (Merkelbach, Horselenberg y Schmidt, 2002), y la posible presencia de sintomatología somatomorfa (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1996) y profundizar en la evaluación de procesos cognitivos (Kong et al., 2008). Del mismo modo, con el objetivo de esclarecer la hipótesis de la simulación, sería necesario ampliar, si se pudiera, la evaluación a otras fuentes de información cercanas al paciente y precisar la posible existencia de beneficios externos objetivables (González Ordi et al., 2008).

En este caso, dado que el paciente se encontraba ingresado en la unidad de agudos, mostrándose estable, fue dado de alta y no se dispuso del tiempo suficiente para profundizar adecuadamente en el caso. Además, la falta de instrumentos para el diagnóstico de este trastorno en el momento del ingreso también supuso una dificultad añadida a la hora de evaluar y realizar un diagnóstico diferencial. En esta línea, sería importante poder contar con más estudios sobre este trastorno poco conocido y que a veces puede ser infradiagnosticado, cuando no simplemente mal diagnosticado (Sarbin, 1997), de cara a la realización de intervenciones y seguimientos adecuados.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado por el Vicerrectorado de Investigación e Innovación de la Universidad Camilo José Cela.

Referencias

- Aamodt, M. G. y Custer, H. (2006). Who can best catch a liar? A meta-analysis of individual differences in detecting deception. *Forensic Examiner*, 15, 6–11.
- Allen, J. J. B. y Movius, H. L. (2000). The objective assessment of amnesia in Dissociative Identity Disorder using event-related potentials. *International Journal of Psychophysiology*, 38, 21–41.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Edition Reviewed). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2012). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bernstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Bianchini, K. J., Greve, K. W. y Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal*, 5, 404–417.
- Capilla Ramírez, P., González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2008). *Detección de simulación en dolor crónico*. Comunicación presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Traumatología Laboral – SETLA. Logroño.
- Cazabat, E. H. (2004). Evolución histórica del concepto de disociación. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 3(1), 42–45.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E. y . . . Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138, 550–588.
- Dienes, Z., Brown, E., Hutton, S., Kirsch, I., Mazzoni, G. y Wright, D. B. (2009). Hypnotic suggestibility, cognitive inhibition, and dissociation. *Consciousness and Cognition*, 18, 837–847.
- Eich, E., Macaulay, D., Loewenstein, R. J. y Dihle, P. H. (1997). Implicit memory, interpersonality amnesia, and dissociative identity disorder: Comparing patients with simulators. En J. D. Read y D. S. Lindsay (Eds.), *Recollections of trauma: Scientific evidence and clinical practice* (pp. 469–474). New York: Plenum Press.

- Faust, D. y Ackley, M. A. (1998). Did you think it was going to be easy? Some methodological suggestions for the investigation and development of malingering detection techniques. En C. R. Reynolds (Ed.), *Detection of malingering during head injury litigation. Critical issues in neuropsychology* (pp. 1–54). Nueva York: Plenum Press.
- Freyd, J. (1997). Violations of power, adaptative blindness and betrayal trauma theory. *Feminism and Psychology*, 7, 22–32.
- García Andrade, J. A. (2001). *Crímenes, mentiras y confidencias: los casos más destacados de mi carrera forense*. Madrid: Temas de hoy.
- Gershuny, B. S. y Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clinical psychology review*, 19, 631–657.
- Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O. y Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134, 617–647.
- González Ordi, H., Capilla Ramírez, P. y Matalobos Veiga, B. (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud*, 19, 393–415.
- González Ordi, H. y Santamaría Fernández, P. (2009). *Adaptación española del Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas: SIMS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Actions*. Nueva York: Wiley.
- Huntjens, R. J. C., Peters, M. L., Postma, A., Woertman, L., Eftting, M. y Van der Hart, O. (2005). Transfer of newly acquired stimulus valence between identities in Dissociative Identity Disorder (DID). *Behaviour Research and Therapy*, 43, 243–255.
- Huntjens, R. J. C., Peters, M. L., Woertman, L., Bovenschen, L. M., Martin, R. C. y Postma, A. (2006). Inter-identity amnesia in dissociative identity disorder: A simulated memory impairment? *Psychological Medicine*, 36, 857–863.
- Huntjens, R. J. C., Peters, M. L., Woertman, L., Van der Hart, O. y Postma, A. (2007). Memory transfer for emotionally valenced words between identities in dissociative identity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 775–789.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Hamaker, E. L., Woertman, L., Van Der Hart, O. y Peters, M. (2002). Perceptual and conceptual priming in patients with dissociative identity disorder. *Memory Cognition*, 30, 1033–1043.
- Huntjens, R. J. C., Postma, A., Woertman, L., Van der Hart, O. y Peters, M. L. (2005). Procedural memory in dissociative identity disorder: When can inter-identity amnesia be truly established? *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 14, 377–389.
- Janet, P. (1907). *The Major Symptoms of Hysteria*. Nueva York: Hafner.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J. S. (2005). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning and axis I and II comorbidity. *Journal Psychiatric Review*, 40(8), 131–140.
- Kihlstrom, J. F. (1994). One hundred years of hysteria. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives*. New York: Guilford.
- Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. En A. Tasman y S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (pp. 161–188). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kong, L. L., Allen, J. J. B. y Glisky, E. L. (2008). Interidentity memory transfer in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 686–692.
- Menninger, W. (1945). Psychiatry and the war. *Atlantic*, 176, 107–114.
- Merckelbach, H., Horselenberg, R. y Schmidt, H. (2002). Modeling the connection between self-reported trauma and dissociation in a student sample. *Personality and Individual Differences*, 32, 695–705.
- Millon, T. (1994). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual*. Madrid: TEA.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M. y Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 1094–1102.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. y Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688–694.
- Oberst, U. (1987). Algunos principios teóricos sobre la despersonalización. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 14, 21–29.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 (CIE-10): Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pérez, S. y Galdón, M. J. (2003). Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 85–108.
- Porot, A. (1977). *Diccionario de psiquiatría clínica y terapéutica*. Barcelona: Labor.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect*, 17, 39–45.
- Putnam, F. W. (1994). Dissociative disorders in children and adolescents. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives* (pp. 175–189). Nueva York: Guilford.
- Putnam, F. W. (2006). Dissociative disorders. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Vol. 3: Risk, disorder and adaptation* (pp. 657–695). New York: Wiley.
- Rush, B. (1786). *An inquiry into influence of physical causes upon the moral faculty*. Philadelphia: Charles Cist.
- Santamaría, P., Capilla, P. y González, H. (2013). Prevalencia de Simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24, 139–151.
- Sar, V. (2006). El ámbito de los trastornos disociativos: Una perspectiva internacional. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 227–244.
- Sar, V. y Ozturk, E. (2005). What is trauma and dissociation? *Journal of Trauma Practice*, 4, 7–20.
- Sarbin, T. R. (1997). Múltiple personality disorder: fact o artifact? *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 136–140.
- Silberman, E. K., Putnam, F. W., Weingartner, H., Braun, B. G. y Post, R. M. (1985). Dissociative states in multiple personality disorder: A quantitative study. *Psychiatry Research*, 15, 253–260.
- Spiegel, D. y Cadeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Steinberg, M. (1993). *Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. y Schnell, M. (2000). *The Stranger in the Mirror*. New York: Harper Collins.
- Utitz, E. (1950). *Characterología*. Monográficas Psicológicas, 4. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras.
- Vallejo-Nájera, A. (1930). *Síndromes Mentales Simulados*. Barcelona: Labor.
- Welburn, K. R., Fraser, G. A., Jordan, S. A., Cameron, C., Webb, L. M. y Raine, D. (2003). Discriminating Dissociative Identity Disorder from Schizophrenia and feigned dissociation on psychological tests and structured interview. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 109–130.
- Winberg, M. y Vilalta, R. J. (2009). Evaluación de trastornos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en una muestra forense. *Psicothema*, 21, 610–614.
- Widows, M. R. y Smith, G. P. (2005). *SIMS: Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional manual*. Lutz, FL: PAR-Psychological Assessment Resources.
- World Health Organization. (2011). *World Health Statistics, 2011*. Geneva: WHO.