

© Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden Assen-Amsterdam-Leuven

Holm, Olaf, versión en Castellano, Salamanca, España, 2002

Cortesía de E. R. S. Nijenhuis

En la última parte del milenio, los trastornos disociativos se han convertido en un constructo de lo más intrigante en Psiquiatría. En publicaciones autorizadas como la DSM IV, la disociación se ha hecho equivalente a pérdida de memoria, despersonalización, desrealización y fragmentación de la identidad. Sin embargo la psiquiatría francesa del siglo XIX, las patologías consecuencia de la Primera Guerra Mundial y varias observaciones clínicas contemporáneas plantean aspectos diferentes. Desde esta perspectiva la disociación también implica una falta de síntesis e integración dentro de la conciencia, memoria e identidad de los *componentes somatoformes* de las experiencias, reacciones y funciones como, por ejemplo, las funciones sensoriales y motoras. Un abanico de estudios e investigaciones sistemáticas han demostrado la veracidad de estas observaciones clínicas (Nijenhuis, 1999). La disociación somatoforme es altamente característica de los pacientes con trastornos disociativos y un hecho nuclear en muchos pacientes con trastornos somatoformes. Está fuertemente relacionada con la historia de trauma en muchos pacientes psiquiátricos y con pacientes con dolor crónico de pelvis en atención primaria. Entre los síntomas disociativos más frecuentes se incluyen anestesia/analgesia y parálisis, que tienen semejanzas o parecidos con las reacciones defensivas de los animales frente el ataque de un depredador o ante heridas o lesiones. (Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden, Van Dyck, & Van der Hart, 1998a).

SDQ-20

El cuestionario de Trastornos Disociativos Somatoformes (SDQ-20; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1996) evalúa la gravedad de la disociación somatoforme. Los apartados o items del SDQ-20 se obtuvieron de un conjunto de 75 apartados que describen respuestas disociativas somatoformes estado-dependientes, que se presentaban clínicamente en la activación de estados disociativos y que no podían ser explicados médicamente. Los apartados se refieren a fenómenos disociativos negativos (v.g., analgesia) y fenómenos disociativos positivos (v.g. dolor específicamente localizado).

PUNTUACIONES

Los ítems son suministrados con una escala de puntos Lykert-tipo 5, que va desde *“No tiene nada que ver conmigo”* a *“se corresponde al máximo con mi experiencia”*.

Al encuestado también se le pide indicar si un médico ha relacionado el síntoma, experiencia física o corporal con una enfermedad de causa u origen físico o somático. En nuestros estudios SDQ, no hemos ajustado la puntuación del ítem cuando se había descubierto una enfermedad física, debido a que esos hechos no suelen ser fiables del todo. Por ejemplo, el que responde puede interpretar la hiperventilación como un síntoma físico. Por ello sugerimos que los puntos del ítem no sean incluidos o ajustados ante enfermedad física cuando el SDQ-20 (o SDQ-5) es utilizado con propósito de investigación. Sin embargo, en la práctica clínica sería deseable ajustar o casar el ítem relevante a “1” cuando se indica enfermedad física y el diagnóstico médico ha sido comprobado por el médico que indicó la evaluación y este diagnóstico parece válido.

La puntuación del SDQ 20, que puede ir desde 20 a 100, se obtiene por la suma de las puntuaciones individuales de cada apartado o ítem.

Diversos estudios han analizado las características psicométricas del SDQ 20 (Ingenuet et al., 1996, 1997, 1998b,c, 1999). Los resultados de estos estudios demostraron que la escalabilidad, fiabilidad y validez del instrumento son muy satisfactorias.

ESCALABILIDAD

El análisis con la escala Mokken muestra que los 20 ítems son fuertemente incluíbles en la escala (Nijenhuis et al., 1996: Coeficiente de Homogeneidad Loevinger $H = .50$; Nijenhuis et al., 1998b: 0.56). Los ítems casaron las asunciones de monotonicidad sencilla y doble. En estudio replicado (Nijenhuis et al., 1998a), un ítem (Mokken Coeficiente de Homogeneidad = 0.28) falló en alcanzar la frontera baja o límite inferior (≤ 0.30), pero esta exclusión solo afectó marginalmente al Coeficiente de Homogeneidad Loevinger (aumentado a 0.58). Los coeficientes de homogeneidad Mokken de los otros ítems alcanzaron desde 0.40 a 0.63.

FIABILIDAD

La consistencia interna del SDQ-20 es excelente (Nijenhuis et al., 1996) con un Alpha de Cronbach de 0.95; Nijenhuis et al., 1998b: .96).

RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

No hemos encontrado indicadores de que las puntuaciones del SDQ-20 se vean afectadas por la edad o el género.

VALIDEZ CONVERGENTE

En el estudio de Nijenhuis y cols (1996) pueden verse las intercorrelaciones entre las puntuaciones del SDQ-20, la puntuación total del DIS-Q, así como tres de cada cuatro puntuaciones de los factores, que fueron altas (.71<, $r < .76$, $p < .0001$). La intercorrelación con la escala de absorción fue más moderada ($r = .46$, $p < .0001$).

En un estudio de replicación (Nijenhuis y cols, 1998b), la intercorrelación entre la puntuación total del SDQ-20 y el DIS-Q fue $r = .82$ y las correlaciones entre el SDQ y los cuatro factores de puntuación DIS-Q fueron las siguientes: fragmentación de identidad factor $r = .81$; pérdida de control, $r = .72$; amnesia, $r = .80$; absorción $r = .60$.

En otro estudio (Nijenhuis y col., 1997), se vio una intercorrelación de $r = .85$ con la Dissociative Experiences Scale (DES, Bernstein & Putnam, 1986).

Los resultados apoyan una fuerte validez convergente del SDQ-20.

VALIDEZ DISCRIMINATIVA.

La SDQ-20 discrimina entre (1) Trastorno Disociativo de Identidad, (2) Trastorno Disociativo No Especificado, (3) Trastornos Somatoformes y (4) otras categorías diagnósticas psiquiátricas, incluyendo el Trastorno bipolar y Trastornos Afectivos.

Tabla1						
SDQ-20 puntuaciones de diferentes categorías diagnósticas (Nijenhuis, et.al)						
	1996		1998b		1999	
	M	SD	M	SD	M	SD
T Disociativo de Identidad	51.8	12.6	57.3	14.9	55.1	13.5
T Disociativo No Especificado	43.8	17.1	44.6	11.9	43.0	12.0

Trastornos Somatoformes					32.0	9.6
Trastornos Alimentarios					27.7	8.8
Pacientes psiquiátricos no disociativos: T de ansiedad, Depresión, T adaptativos	23.5	3.97			22.9	3.9
Trastorno bipolar					21.6	1.9

Las diferencias arriba señaladas (i) TID, (ii) TD NEOM, (iii) Trastorno somatoforme, y (iv) otros trastornos psiquiátricos permanecieron estadísticamente significativos después del control en sicopatología general, evaluada con el SCL-90-R (Derogatis, 1986) (Nijenhuis et al., 1999). Así pues, la disociación somatoforme difiere de la psicopatología general.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO.

La historia de trauma físico y sexual fue el mejor predictor de las puntuaciones del SDQ-20 fueron mejor predichas a través de la información o revelación de trauma físico y sexual (Nijenhuis y col., 1998c) una vez controlados estadísticamente el informe o revelación de trauma emocional (abandono emocional y abuso emocional). Estas puntuaciones de trauma se componían de cuatro factores: presencia de trauma, duración del trauma, relación con el perpetrador y valoración subjetiva del impacto del trauma. El trauma revelado o informado en el periodo de desarrollo de 0 a 6 años predijo especialmente trastornos disociativos

Dr. Nijenhuis, E. R. S.

Versión en Castellano por Olaf Holm, Psiquiatra.