

El Inventario Multidimensional de Disociación (MID).

Una medición comprensiva de la disociación patológica.

Paul F. Dell, PhD

RESUMEN. En este artículo se describe el desarrollo y la validación del Inventario Multidimensional de Disociación (MID). El MID es un instrumento multiescala de 218 ítems, autoadministrado que evalúa de manera completa la fenomenología de la disociación patológica y el diagnóstico de trastornos disociativos. El MID mide los 14 aspectos principales de la disociación patológica; tiene 23 escalas de diagnóstico de disociación que, simultáneamente operativiza (1) el dominio subjetivo /fenomenológico y (2) los supuestos síntomas disociativos de los trastornos disociativos de identidad (Dell, 2001a). El MID fue diseñado para la investigación clínica y para la evaluación diagnóstica de los pacientes que presentan una mezcla de síntomas disociativos, postraumáticos y de personalidad límite. El MID mostró fiabilidad interna, estabilidad temporal, validez convergente, validez discriminante y validez de constructo. El MID también mostró validez incremental con respecto a la escala de experiencias disociativas, prediciendo un 18% de la varianza en las puntuaciones ponderadas del Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TEQ). Un análisis factorial confirmatorio (CFA) no apoyó el modelo de un factor común de las escalas clínicas del MID (es decir, los 14 aspectos de disociación patológica y los 23 síntomas diagnósticos). En cambio, el CFA de las escalas del MID (Dell & Lawson, 2005) apoyó firmemente el modelo de un factor de. Se llegó a la conclusión de que tanto los 168 ítems de disociación del MID y el constructo disociación patológica tienen una estructura unifactorial de segundo orden.

PALABRAS CLAVE: Disociación, evaluación, trauma, trastorno de identidad disociativo.

Con cierta frecuencia se han utilizado seis medidas válidas y fiables de disociación. Cuatro son breves y son instrumentos de cribado autoadministrados: la Escala de Experiencias Disociativas (DES; Bernstein & Putnam, 1986), el Cuestionario de Experiencias de Disociación (QED; Riley, 1988), el Cuestionario de disociación (DIS-Q; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Vertommen, & Verkes, 1993), y el Cuestionario de Disociación Somatoforme-20 (SDQ-20; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1996). Dos son entrevistas estructuradas: la Entrevista de Trastornos Disociativos (DDIS; Ross, Heber, Norton, Anderson, Anderson, y Barchet, 1989) y la entrevista clínica estructurada revisada del DSM-IV para trastornos disociativos (SCID - DR; Steinberg, Rounsaville, & Cicchetti, 1990; Steinberg, 1994). Cada uno de estos seis instrumentos tiene una función específica, delimitada (es decir, cribado o diagnóstico de los trastornos disociativos) que realiza de manera eficaz ; y ninguno provee de una cobertura global para la comprensión de la disociación. ¹

El Inventario Multidimensional de Disociación (MID).

El Inventario Multidimensional de Disociación (MID) pretende una comprensión global de la esfera fenomenológica de la disociación patológica.² El MID es un componente de una tríada conceptual: (1) El modelo subjetivo / fenomenológico de la disociación patológica, (2) El prototipo de la psicopatología disociativos (es decir, trastorno de identidad disociativo), y (3) el MID.

La Tríada Conceptual

- I. *El modelo subjetivo / fenomenológico de la disociación patológica.* Desde un perspectiva subjetiva / fenomenológica: (1) los fenómenos de la disociación patológica son recurrentes, intrusiones discordantes en las funciones ejecutivas y el sentido del yo, y (2) todos los aspectos de la experiencia humana están sujetos a la invasión de la disociación (Dell, 2006, en prensa).
- II. *El Trastorno de identidad disociativo:* el dominio subjetivo / fenomenológico de la disociación patológica implica que en la esfera de síntomas del TID es *idéntico* al dominio fenomenológico de la disociación patológica.
- III. *El MID: una medida autoadministrado de la disociación patológica.* El MID tiene 6 características importantes: (1) Sus ítems se basan en una definición y un modelo de disociación patológica; (2) busca una cobertura global en la comprensión del dominio fenomenológico de la disociación patológica; (3) excluye las llamadas formas normales de disociación (por ejemplo, absorción, susceptibilidad para la hipnosis, propensión a la fantasía); (4) tiene 5 escalas que miden la validez de la respuesta; (5) diagnostica trastornos disociativos, y (6) está diseñado para evaluar los pacientes cuyos síntomas se encuentran en el espectro entre TID, TPET y el trastorno de personalidad límite (TPL).

El MID evalúa TPET basándose únicamente en la Escala de Flashbacks; esta escala mide el único síntoma que necesario para el diagnóstico de TPTE según el ICD-10: recuerdos intrusivos (Organización Mundial de la Salud, 1992). El MID no identifica los casos de TPL *per se*. Sin embargo sí evalúa determinados conjuntos de respuesta (búsqueda de atención, comportamiento facticio, tendencia a apoyar síntomas extraños) que presentan sobre todo un subconjunto de pacientes con TPL especialmente problemáticos.

Hipótesis

Hipótesis I. La disociación patológica es un constructo unifactorial.

1A: Validez Interna. Cuando las escalas de MID son tratadas como ítems, el coeficiente alfa de Cronbach se aproximará a la unidad.

1B: Estructura factorial: El análisis factorial de las puntuaciones de las escalas del MID darán una solución unifactorial.

Hipótesis II. Los síntomas disociativos de personas con un trastorno disociativo serán cualitativamente diferentes a los de las personas sin trastorno disociativo. (Waller, Putnam, & Carlson, 1996)

2A: Validez Discriminativa . Las puntuaciones del MID distinguirán entre grupos de pacientes disociados y grupos de individuos no disociados.

Hipótesis III. La disociación patológica está fuertemente relacionada con la traumatización.

3A: Las puntuaciones del MID correlacionarán significativamente con las medidas de traumatización que evalúan la gravedad y el impacto subjetivo del trauma.

3B: Las puntuaciones del MID correlacionarán significativamente con los síntomas de TEPT.

3C: Las puntuaciones de MID mostrarán validez incremental sobre las puntuaciones de la DES, prediciendo puntuaciones en la medida de la traumatización.

El Desarrollo del MID

Los ítems del MID provienen de ocho fuentes de información:

- (1) el modelo subjetivo / fenomenológico de disociación (Dell, en prensa),
- (2) el dominio subjetivo / fenomenológico de la disociación patológica (Dell, en prensa)
- (3) los 23 síntomas disociativos del Trastorno de identidad Disociativo (Dell, 2001a; véase tabla 1)
- (4) la distinción entre la disociación parcial y la plena disociación (Dell, en prensa)
- (5) Las medidas existentes de disociación: DES, Escala de Experiencias Disociativas de Adolescentes (A-DES, Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith, 1997), DIS-Q, QED, Escala de Alteración Perceptiva (PAS, Sanders, 1986), SCID-DR, DDIS, SDQ-20 y el Cuestionario de Autolesiones Disociativas (Dell, 1997)
- (6) la literatura sobre disociación
- (7) la literatura sobre trastornos disociativos, y
- (8) las entrevistas de los pacientes disociativos.

El primer grupo de ítems está constituido por todos los ítem de las medidas existentes de disociación (alrededor de 280 ítems). Estos ítems s fueron clasificados en categorías / escalas que reflejaban 21 componentes diferentes de la experiencia humana (conocimiento de conciencia, experiencia del propio cuerpo, experiencia del mundo, la experiencia de uno mismo, experiencia de la propia mente, experiencia de pertenencia, de intencionalidad, pensamiento, creencia, conocimiento, reconocimiento, recuerdo, sentimiento, deseo, habla, acción, vista, oído, olfato, gusto y tacto). Estos 21 componentes de la experiencia humana fueron concebidos por el propio autor. Cuando se estaban reuniendo las escalas, surgió una tensión entre dos tipos de escalas: (1) escalas que reflejaban los componentes de la experiencia humana, y (2) escalas que reflejaban síntomas patológicos de disociación clínicamente significativa.

TABLA 1. Características Demográficas de los Participantes en dos estudios de Validación del MID

Características	Grupos (Estudio 1)			
	No clínicos	Pacientes Psiquiátricos	DDNOS	DID
N	63	67	19	55
Edad	49.0 (14.4)	44.3 (12.3)	39.5 (5.6)	41.1 (9.5)
Educación	16.3 (3.1)	14.2 (3.1)	16.4 (4.7)	13.9 (2.7)
Género (%)				
Varón	26	31	11	15
Mujer	74	69	89	85
Raza (%)				
Caucásicos	97	98	95	98
Afroamericanos	3	2	5	2

Características	Grupos (Estudio 2)	
	No disociativos	Disociativos
N	149	464
Edad	40.4 (13.6)	39.3 (9.9)
Educación	15.1 (13.6)	14.6 (3.0)
Género (%)		
Varón	30	23
Mujer	70	77
Raza (%)		
Caucásicos	86	92
Afroamericanos	9	4
Hispanos	3	3
Asiáticos	1	0.2
Islas del Pacífico	1	2
Mezcla	0	0.5
Agrupación (%)		
Pacientes ambulatorios	69	71
Pacientes hospitalizados	31	29

NOTAS: MID = Inventario Multidimensional de Disociación. No clínicos = adultos no-pacientes. DDNOS = (TDNE) trastorno disociativo no especificado. DID = (TID)Trastorno de identidad disociativo. No disociativos = pacientes con puntuación MID < 15. Disociativos = Pacientes con puntuación MID > o = 15

En última instancia, el autor optó por la construcción de escalas clínicamente significativas, ya que sería más fáciles de usar. Se escribieron alrededor de 180 nuevos ítems de disociación, que fueron diseñados para abarcar el mayor número posible de componentes de la experiencia humana.

Los nuevos ítems proceden de un grupo de más de 520 ítems. Los ítems se eliminaban del grupo si 1) eran demasiado similares o (2) se juzgó que no reflejaban disociación patológica. La versión inicial del MID tenía 268 ítems (208 ítems de disociación y 60 ítems de validación). Se desarrollaron dos grupos de escalas de disociación: (1) 23³ escalas que medían síntomas disociativos que se suponían de TID (Dell, 2001a), y (2) 10 aspectos de disociación patológica que combinaban estos 23 síntomas disociativos en escalas más amplias

definidas más cognitivamente. Estos dos conjuntos de escalas se alternaron en el reparto de los ítems de disociación del MID. No hubo superposición entre las 10 escalas de aspectos; hubo una pequeña cantidad de ítems que se superponían entre las 23 escalas diagnósticas.

El MID usa el mismo formato que la A-DES (Armstrong y cols, 1997). Una escala Likert de 0-10 cuyos extremos son “nunca” y “siempre”. “¿Con que frecuencia has tenido las siguientes experiencias, no estando bajo la influencia de alcohol o drogas?” Por favor, rodea el número que describe mejor tu experiencia. Rodea el “0” si esa experiencia no te ha ocurrido nunca, rodea el “10” si esto te sucede siempre. Si esto te ocurre a veces, pero no siempre, rodea el número entre 1 y 9 que mejor refleje con qué frecuencia esto te ocurre a ti.

Al igual que el DES y el A-DES, las instrucciones del MID no especifican límite de tiempo (por ejemplo “durante los pasados siete días” o “durante el mes previo”) debido a que los episodios de amnesia son a menudo poco frecuentes. Si el MID empleara un límite de tiempo de 7 o 30 días, no podría detectar episodios de amnesia en el pasado, que tienen una gran significación diagnóstica.

ESTUDIO 1: PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LA VERSION INICIAL DEL MID

Revisión

Los objetivos del estudio 1 fueron (1) reducir ítems, (2) valorar consistencia interna, (3) explorar la estructura factorial (4) valorar la validez convergente y (5) explorar validez de constructo.

La validez convergente se valoró con la medición de disociación más frecuente (DES, Carlson, 1997). La relación entre exposición al trauma, traumatización y puntuaciones MID se valoró a través del Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TEQ, Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyc y Vanderlinen, 1998)

Métodos

Participantes

La muestra para el estudio (N=204) incluía 63 adultos no pacientes, 67 pacientes psiquiátricos ambulatorios, 19 pacientes ambulatorios con Trastorno Disociativo No Especificado (TDNE) y 55 pacientes con TID. Los pacientes con TDNE son todos TDNE tipo 1b. La APA define a los pacientes con TDNE tipo 1b como teniendo “Presentación Clínica similar al TID en la cual no hay amnesia para información personal importante” (APA, 2000). Los participantes no pacientes fueron cuidadores o miembros de una iglesia local. En la muestra clínica todos tenían diagnósticos psiquiátricos.

Pueden verse los datos demográficos de los participantes en los dos estudios de validación de la MID en la tabla 1.

Materiales

El Inventario Multidimensional de Disociación. El MID tiene dos sistemas de puntuación: (1) Puntuaciones medias y (2) Puntuaciones de disociación grave. Las puntuaciones medias valoran la frecuencia de síntomas disociativos. Los ítems MID tienen puntuaciones de 0-10 y se multiplican por 10 con el fin de dar a las puntuaciones del MID el mismo sistema de medición del DES. Por ello las puntuaciones del MID son comparables de modo exacto con las puntuaciones del DES. El sistema de puntuación de la disociación grave valora cuándo cada síntoma se presenta en un grado significativo. Cada ítem y escala en el MID tiene un punto de corte empíricamente seleccionado. El punto de corte discrimina de modo óptimo entre personas gravemente disociadas (TID y TDNE) y personas menos disociadas. Los puntos de corte permiten que el MID diagnostique trastornos disociativos.

La Escala de Experiencias Disociativas II (DES-II). El DES es una escala autoadministrado de 28 ítems que se puntúa en una línea de 10 mm que va de "0" a "100" (Bernstein y Putnam, 1986). El presente estudio emplea el DES-II, idéntico y más fácil de usar, con una escala likert 0-100. El coeficiente Alpha de Cronbach del DES es 0.96 (Van Ijzendoorn y Schuengel, 1996). La validez convergente del DES con otras medidas de disociación en 26 estudios fue fuerte ($r=0.76$; d de Cohen= 1.82 ; Van Ijzendoorn y Schuengel, 1996), el DES se puntúa fácilmente y diferencia el grupo disociativo de otros (Van Ijzendoorn y Schuengel, 1996). Entre grupos clínicos, la relación entre DES y TID fue grande (d de Cohen= 1.05). El DES tiene una estabilidad test-retest a las cuatro semanas de 0.93 (Frischholz, Braun, Sachs y Hopkins, 1990).

El Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TEQ). El TEQ (Nijenhuis, Van der Hart y Kruger, 2002) es un cuestionario autoadministrado que valora la exposición a 25 eventos vitales potencialmente traumáticos, cinco de los cuales son tipos de abuso (negligencia emocional, abuso emocional, maltrato físico, acoso sexual y abuso sexual). Además de cuantificar el número de tipos de traumas que la persona ha sufrido (de 0 a 25) el TEQ genera una escala de traumatización ponderada para cada uno de los 5 tipos de abuso (de 0 a 4). Las escalas de traumatización ponderadas están basadas en la ocurrencia, duración de cada tipo de abuso, su impacto subjetivo y si este sucede dentro o fuera de la familia. El TEQ produce escalas ponderadas separadas de abuso/traumatización para cada una de las tres etapas de desarrollo (0-6 años, 7-12 y 13-18). Los coeficientes alfa de Cronbach fueron desde 0.86 hasta 0.90. La lista de Comprobación de Experiencias Traumáticas, mínimamente revisada (TEC) correlaciona 0.77 con el Cuestionario de Eventos Vitales Estresantes (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1988), 0.43 con el DES, 0.57 con el SDQ-20 y 0.53

con el Test autopuntuado de TEPT de Carlier, Van Unchelen, Lamberts, y Gersons (1996). Tiene una estabilidad test-retest a las 3-4 semanas de 0.91 (Nijenhuis y cols, 2002).

Procedimiento

Los participantes clínicos fueron invitados a participar por sus terapeutas. Los sujetos no clínicos fueron invitados a participar por el autor. A todos los participantes se les administró el MID. A la mayoría también se les administró el DES y el TEQ. Por varias razones algunos pacientes de psicoterapia no pudieron completar las tres mediciones. Los cuestionarios se completaron en el despacho del terapeuta o en casa. No se recogieron datos acerca de qué participantes completaron los cuestionarios en casa o en el despacho. Dado que la petición a los pacientes de que participaran en el estudio no se hizo de un modo controlado, no se recogieron datos sobre qué pacientes declinaron participar.

Análisis de los datos.

Los Coeficientes Alpha de Cronbach valoraban la fiabilidad interna del MID y sus escalas. Las correlaciones de Pearson momento-producto valoraban la validez convergente con el DES y la validez de criterio relacionada con el TEQ. El Análisis de Componentes Principales (ACP) con rotación varimax valoraba la estructura factorial de las 11 escalas de aspectos y las 23 escalas diagnósticos. El Análisis de Regresión Jerárquica valoraba el incremento de validez en predecir las puntuaciones de trauma.

Resultados y Discusión.

Revisión de la versión inicial del MID. Casi todos los ítems correlacionaron más con las escalas originales, pero es de destacar que la mayoría de ellos también correlacionaron muy bien con todas las escalas (por ejemplo, correlación producto-momento de Pearson $\geq 0,50$). Era de esperar: todos los ítems del MID temas evalúan el mismo constructo: disociación patológica. Algunos ítems fueron reasignados a una nueva escala (p.e. alteración de la persona); 89 ítems fueron suprimidos, basándonos en la correlación total de los ítems $< 0,45$. Todos los análisis que aparecen a continuación se refieren a esta versión revisada del MID.

Fiabilidad interna. Los valores de alfa de Cronbach de los 11 aspectos fue excelente ($= 0,96$ a $0,97$), pero los valores alfa de Cronbach de las 22 escalas de diagnóstico fueron solo suficientemente buenas (cuatro valores alfa fueron $< 0,80$). Cuando se trata como una escala de 11 ítems (los 11 aspectos de disociación patológica), el MID tiene un valor alfa de Cronbach de $0,98$. Cuando se trata como una escala de 22 ítems (las 22 escalas diagnósticas), el MID tiene un alfa de Cronbach de $0,99$. Cuando se trata como una escala de 173 ítems (los 173 ítems sobre disociación) el MID tiene un valor alfa de Cronbach de $0,99$. Estos últimos coeficientes alfa ($0,98$, $0,99$ y $0,99$) apoyan la Hipótesis 1A – que, fenómenos clínicos notablemente diferentes se arraciman juntos.

Estructurales validez. El número de participantes (N = 204) es demasiado pequeño para realizar un análisis factorial de los 173 ítems de disociación del MID. Se llevó a cabo un análisis del componente principal (PCA) con rotación varimax en las puntuaciones de los 11 aspectos de disociación patológica. Se extrajo un solo factor (eigenvalue =9,35), que representó el 85% de la varianza. El segundo factor más grande tuvo un eigenvalue de 0,42. El mayor factor de carga sobre el segundo factor fue menos de 0,44. Del mismo modo, se llevó a cabo un PCA con rotación varimax de las 22 puntuaciones de las escalas diagnósticas. Se obtuvo un solo factor (eigenvalue = 17,84), que representó el 81% de la varianza. El segundo factor tuvo un eigenvalue de 0,83. El factor más grande de carga sobre el segundo factor fue menos de 0,40. Esto apoya la Hipótesis 1B –, que las escalas del MID tienen una estructura unifactorial.

Validez convergente. El MID correlacionó 0,94 con el DES.

Validez de constructo. Las puntuaciones media del DES, las puntuaciones medias del MID, y las puntuaciones de disociación grave del MID, correlacionan fuertemente con las puntuaciones de la escala de TEQ (Tabla 2).

TABLA 2. Correlaciones entre MID, DES, y TEQ

Escala TEQ	DES	Media MID	Disociación Grave MID
Abandono emocional	0.30*	0.38**	0.41**
Abuso emocional	0.44**	0.49**	0.54**
Abuso físico	0.34**	0.47**	0.52**
Acoso sexual	0.30*	0.38**	0.44**
Abuso sexual	0.44**	0.54**	0.60**
Puntuaciones ponderadas de TEQ	0.47**	0.58**	0.63**

*p < 0.01., **p < 0.001

Validez incremental. La media de las puntuaciones de MID y las puntuaciones de disociación grave del MID explican significativamente a la varianza de las puntuaciones ponderadas sobre abuso del TEQ más que el DES (tabla 3). Las puntuaciones más poderosas en la predicción de abuso / traumatización fueron las de Disociación Grave. Por sí mismas, las Puntuaciones de Disociación Severa explican el 18 % más de varianza que las puntuaciones del DES.

TABLA 3. Resumen del Análisis de regresión jerárquica para el DES y el MID, prediciendo las puntuaciones combinadas ponderadas de abuso en el Cuestionario de Experiencias Traumáticas.

Medidas de Disociación	B	SE B	Beta
Paso 1			
DES	0.45	0.09	0.47*
Paso 1			
DES	0.04	0.22	0.04
Puntuaciones medias de MID	0.52	0.22	0.55*
Paso 1			
DES	0.02	0.21	0.02
Puntuaciones medias de MID	0.15	0.28	0.16
Puntuaciones de Disociación Grave e MID	0.30	0.08	0.75*

NOTAS: R²=0.22 para paso 1; r²=0.06 para paso 2 (p < 0.05); R²=0.12 para paso 3(p < 0.05). *p<0.001

ESTUDIO 2: PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LA VERSION FINAL DEL MID

Revisión

En el estudio 2 se trató de aumentar la sensibilidad clínica y la consistencia interna de las 23 escalas diagnósticas, para validar la revisión del MID, y yendo más allá probar las tres hipótesis.

Métodos

Más allá de la revisión del MID

Se agregaron veintiocho nuevos ítems a las escalas de diagnóstico. El aspecto de disociación patológica Influencia Pasiva se conceptualizó de nuevo, como un aspecto más estrecho del aspecto relacionado con las Experiencias de Alineación del Yo. Se añadieron dos nuevas escalas de aspectos de disociación patológica: (1) Escala del Estados del yo / *Alters* (por ejemplo, "Oír una voz en tu cabeza y, al mismo tiempo, ver una imagen de esta *persona* o voz. "), y (2) una Escala Complementaria (ítems muy útiles para el diagnóstico, que se centran en la amnesia y las experiencias disociativas de alineación del yo).

Los participantes

El setenta y seis por ciento (N = 464) de los 614 participantes eran disociativos (es decir, habían recibido un diagnóstico disociativos de sus terapeutas y/o tenían una puntuación media en el MID de 15 o superior); El 24% (N = 149) no son disociativos (es decir, no fueron diagnosticados como disociativos por su terapeuta y la puntuación media del MID fue menor que 15).⁵ El noventa y siete por ciento de la muestra (N = 596) fueron pacientes en terapia. Los pacientes ambulatorios eran de EE.UU. y Canadá; los pacientes hospitalizados procedían de California (N = 101), Texas (N = 65), Massachusetts (N = 7), Canadá (N = 9), y Australia (N = 10).

Los detalles de los datos demográficos se muestran en la Tabla 1.

Materiales

MID. Esta versión del MID tiene 259 ítems, 14 escalas de aspectos disociativos patológicos, 23 escalas diagnósticas, y 5 escalas de validez.

DES - II .

Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV para Trastornos disociativos - Revisada (SCID - DR). La SCID-DR (Steinberg et al. 1990; Steinberg, 1994) es una entrevista semiestructurada que evalúa cinco tipos de síntomas disociativos (amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de identidad y alteración de identidad) y diagnostica trastornos disociativos según el DSM-IV . Tiene una fiabilidad de buena a excelente para determinar (1) la presencia o ausencia de un trastornos disociativos (= 0,96); (2) el tipo de trastorno disociativo (= 0,70); y (3) cinco síntomas disociativos (= 0,70 a 0,84). Las puntuaciones de la SCID-DR correlacionan 0,78 con el DES (Boon & Draijer, 1993).

Cuestionario de disociación (DIS-Q): El DIS-Q es un instrumento autoadministrado de 63 ítems, con un formato de escala Likert de cinco puntos (Vanderlinden et al. 1993). Sus cuatro escalas (confusión de identidad y fragmentación, pérdida de control, amnesia, absorción) tienen una buena consistencia interna (0,96 para el total de la escala y 0,94, 0,93, 0,88 y 0,67) y una estabilidad test-retest en un período de tres a cuatro semanas (0,94, el total de la escala y 0,92, 0,92, 0,93 y 0,75). Discrimina entre pacientes disociativos de adultos normales y de otros pacientes psiquiátricos. El DIS-Q correlacionó 0,85 con el DES.

Cuestionario de disociación somatoforme-20 (SDQ - 20). El SDQ-20 (Nijenhuis y otros., 1996) es un instrumento de 20 ítems de formato escala Likert de 5 puntos que mide las manifestaciones somatoformes de la disociación. El SDQ-20 tiene una excelente consistencia interna (Cronbach = 0,95); y fuerte validez convergente con la DIS-Q ($r = 0,76$) y el DES ($r = 0,85$; Nijenhuis et al. 1996, 1999); su validez de constructo es medida por su correlación con los informes sobre traumas (Nijenhuis et al. 1998).

Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PDS). El PDS es un instrumento de 49 ítems, autoadministrado que mide TEPT (Foa, 1995). La consistencia interna de sus 17 síntomas de TPET es 0,92. La prueba de estabilidad test-retest de 10 a 22 días, de Puntuación de Severidad de los Síntomas fue 0,83; su estabilidad de correspondencia con el diagnóstico fue 0,74. El PDS tiene un Kappa de 0,59 con el diagnóstico de TPET realizado por la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-III-R (SCID; Spitzer, Williams, Gibbon, y First, 1992).

Evaluación detallada de Estados Post-Traumáticos (DAPS). El DAPS es un test de 104 ítems autoadministrado de síntomas post-traumáticos; tiene dos escalas de validación (Briere, 2001). La mayoría de sus 13 escalas clínicas tienen buena consistencia interna (0,80 a 0,96), pero cuatro escalas tuvieron coeficientes alfa de 0,52 a 0,72. Su eficiencia diagnóstica fue 0,87 (sensibilidad = 0,88; especificidad = 0,86; Kappa = 0,73) en comparación con la Escala Clínica Administrada para PTSD Scale (CAPS; Blake y otros, 1995).

Procedimientos

Todos los participantes completaron el MID y otros dos o más tests: DES, DIS-Q, SDQ-20, SCID-DR, PDS, y DAPS. Los participantes clínicos fueron seleccionados por sus terapeutas que eran miembros de una lista de discusión de Internet sobre disociación. Los participantes no-clínicos fueron personal de apoyo y miembros de la iglesia que fueron invitados a participar por el autor. Treinta y cuatro pacientes pasaron MID dos veces. Subconjuntos de los 614 participantes completaron el DES (N = 198), DIS-Q (N = 17), SDQ-20 (N = 39),

SCID-DR (N = 98), PDS (N = 40), y DAPS (N = 61). Los no participantes completaron la totalidad de los siete instrumentos. Los cuestionarios fueron completados en la oficina del terapeuta o en casa. No se recopilaron datos acerca de qué participantes completaron los cuestionarios en casa o en la oficina.

Análisis de Datos

Los valores de la alfa de Cronbach evaluaron la fiabilidad interna. Con un ANOVA de un solo sentido se evaluó la capacidad del MID para discriminar entre grupos de diagnóstico. Con un ANOVA 2×4 se evaluó la uniformidad de los resultados entre las variables demográficas y los grupos de diagnóstico. La prueba de Scheffé evaluó las comparaciones *post hoc*. Las correlaciones producto-momento de Pearson evaluaron (1) la estabilidad test-retest; (2) la validez convergente entre el MID y el DES, SDQ-20, DIS Q, y SCID-D-R; y (3) la relación entre el MID y los grupos de síntomas de TPET. Un análisis confirmatorio de factor único (CFA) evaluó los modelos de un factor de (1) los 14 aspectos de disociación patológica, y (2) las 23 escalas de diagnóstico. Las pruebas del Multiplicador de Lagrange (LM) analizaron las covarianzas de los principales residuos en los dos modelos.

Resultados y Discusión

Construcción de la versión final del MID. Sobre la base de datos de 500 participantes, se suprimieron 41 ítems del MID. Esta eliminación no fue guiada por un valor específico de las correlaciones totales de los ítems las escalas de las que provenían (por ejemplo, todos los ítems con una correlación total $<0,50$), sino por el objetivo de crear 12 ítems relacionados con los aspectos de disociación. Los elementos suprimidos tenían correlaciones totales de 0,67 o inferior. La versión final del MID tiene 218 artículos: 168 ítems de disociación y 50 ítems de validación. Las 14 escalas de aspectos de disociación patológica y los 5 ítems de validación no tienen ítems que se solapen. Las 23 escalas de diagnóstico tienen un pequeño grado de solapamiento; ocho ítems se utilizaron en más de una de las escalas de diagnóstico. El análisis que aparece a continuación se basan en una N de 614, porque se añadieron otros 114 datos recogidos con el MID.

Nivel de lectura. El MID tiene un Grado Flesch Kincaid de 7,1.

Consistencia interna. Los valores de alfa de Cronbach de los 14 aspectos de disociación patológica variaron de 0,91 a 0,96 con un caso atípico de 0,86 (los síntomas somatoformes); los valores de alfa de Cronbach de las 23 escalas diagnósticas variaron de 0,84 a 0,96 (tabla 4). Cuando se trata como una escala de 14 ítems (es decir, las 14 facetas o aspectos) el MID tiene un valor alfa de Cronbach de 0,98. Cuando se trata como una escala de 23 ítems (las 23 escalas de diagnósticos), el MID tiene un valor alfa de Cronbach de 0,99. Cuando se trata como una escala de 168 ítems (los 168 ítems de disociación), el MID tiene un valor alfa de Cronbach de 0,99.

Estabilidad temporal. La prueba de validación test-retest de 4 a 8 semanas del MID fue extraordinariamente fuerte: 0,89 a 0,97 para las escalas de aspectos, 0,82 a 0,97 para las escalas de diagnóstico, y de 0,97 para la puntuación global media del MID (tabla 5). El intervalo test-retest varió ligeramente a través de los sujetos (es decir, un período de cuatro semanas para algunos, un intervalo de cinco semanas para otros, etc), pero parece poco probable que estas variaciones constituyan una diferencia importante.

Validez estructural

El número de participantes (N = 614) fue insuficiente para realizar un análisis factorial de los 168 ítems de disociación. En consecuencia los CFAs se realizaron con las puntuaciones de la escala, no con las de los ítems.

Evaluación del modelo de un factor de los 14 aspectos. Un CFA de máximo riesgo evaluó el modelo de un factor de los 14 aspectos de disociación patológica. Este modelo obtuvo un Índice Comparativo de Ajuste (CFI) de 0,87 y un Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) de 0,18. Se llevó a cabo una prueba de LM para analizar las covarianzas en el modelo. Sobre la base de esta prueba LM, se añadieron cuatro covarianzas teóricamente coherentes (y clínicamente consistentes), de una en una al modelo de un factor. El modelo final generó un Índice Comparativo de Ajuste (CFI) de 0,93 y un Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) de 0,14 (tabla 5), lo que indica un mal ajuste con los datos.

Evaluación del modelo de un factor de las 23 escalas de diagnóstico. Un CFA de máximo riesgo evaluó el modelo de un factor de las 23 escalas de diagnóstico. Este modelo tiene un CFI de 0,79 y un RMSEA de 0,18. Además diez covarianzas teóricamente coherentes (y clínicamente consistentes) del modelo generaron un CFI de 0,90 y un RMSEA de 0,13, que indican un pobres ajuste con los datos.

Validez convergente

La media de las puntuaciones del MID correlacionó fuertemente con DES ($r = 0,90$), DIS-Q ($R = 0,83$), SCID-D-R ($r = 0,78$), y SDQ - 20 ($r = 0,75$). Las correlaciones del MID con estas medidas de disociación (tablas 6 y 7) da cierta perspectiva acerca de qué mide cada uno de los instrumentos: (1) El DES correlaciona fuertemente con el aspecto Alteración del Yo del MID ($r = 0,87$); (2) el SDQ-20 correlaciona con el aspecto Síntomas Somatoformes del MID ($r = 0,86$); (3) El DIS-Q correlaciona más altamente con el aspecto de Flashbacks del MID ($r = 0,85$); y (4) la puntuación total de la SCID -D-R correlaciona más con el aspecto Confusión de Identidad del MID ($r = 0,78$).

TABLA 4. Consistencia interna y Estabilidad temporal del MID

Escala del MID	Nº de ítems	Alfa	Test-Retest
Puntuación media de MID	168	0.99	0.97
Puntuaciones de Disociación Grave	168	0.99	0.96
MID (escalas de los 14 aspectos)	14	0.98	n/a
MID (23 escalas de diagnóstico)	23	0.99	n/a
Escalas de aspectos de disociación			
Problemas de memoria	12	0.94	0.95
Despersonalización	12	0.93	0.93
Desrealización	12	0.94	0.95
Flashbacks post-traumáticos	12	0.96	0.94
Síntomas somatoformes	12	0.86	0.90
Trance	12	0.94	0.95
Confusión de identidad	12	0.95	0.96
Voces	12	0.96	0.91
Experiencias de alineación del yo	12	0.94	0.93
Alteración del yo	12	0.94	0.97
Estados del yo y alters	12	0.96	0.97
Discontinuidad del tiempo	12	0.96	0.96
Evidencias de acciones propias	12	0.95	0.89
Axiliares	12	0.91	0.94
Intrusiones parcialmente disociadas			
Voces infantiles	3	0.87	0.91
Voces / lucha interior	9	0.94	0.92
Voces persecutorias	5	0.93	0.89
Inserción de palabras	3	0.87	0.94
Inserción de pensamientos	5	0.89	0.90
Emociones intrusivas	7	0.93	0.92
Impulsos intrusivos	3	0.86	0.85
Acciones intrusivas	9	0.93	0.97
Pérdida temporal de conocimiento	5	0.87	0.89
Experiencias de alteración del yo	12	0.94	0.97
Extrañeza acerca de uno mismo	8	0.93	0.95
Intrusiones totalmente disociadas			
Pérdidas de periodos de tiempo	4	0.90	0.94
"Volver en ti"	4	0.88	0.94
Fugas	5	0.91	0.92
Actos realizados que no se recuerdan (y que alguien afirma que se han hecho)	4	0.84	0.91
Encontrar objetos que no se sabe de dónde han salido	4	0.91	0.82
Evidencias de haber hecho algo reciente que no se recuerda	5	0.88	0.83

NOTA: intervalo test-retest = 4-8 semanas

TABLA 5. Análisis Factorial Confirmatorio: Prueba del modelo de un factor de los 14 aspectos de disociación patológica del MID

Aspecto de disociación	Coficiente Path	Residual	R ²
Experiencias de alteración del yo Auxiliares	0.96	0.28	0.92
Experiencias de alineación del yo	0.95	0.31	0.90
Despersonalización	0.94	0.33	0.89
Desrealización	0.90	0.45	0.80
Confusión de identidad	0.90	0.46	0.79
Discontinuidad del tiempo	0.89	0.46	0.79
Evidencias de acciones propias no recordadas	0.89	0.46	0.79
Voces	0.88	0.48	0.77
Trance	0.88	0.48	0.77
Estados del yo y alters	0.87	0.50	0.75
Síntomas somatoformes	0.87	0.50	0.75
Problemas de memoria	0.83	0.57	0.68
Flashbacks	0.80	0.59	0.65
	0.78	0.62	0.61

Correlaciones entre variables independientes

Discontinuidad temporal + evidencias de acciones propias no recordadas	0.65
Desrealización + despersonalización	0.52
Estados del yo/alters + voces	0.44
Experiencias de alineación del yo + confusión de identidad	0.39

$\chi^2 = 994$; $df = 73$; $\chi^2/df = 13.62$; NFI (índice de ajuste normal) = 0.93; CFI (índice de ajuste comparativo) = 0.93
RMSEA (error cuadrático medio de aproximación) = 0.14; N = 614

TABLA 6. Correlaciones producto-momento de Pearson entre el MID y otras tres medidas de disociación

Escala	DES	SQD-20	DIS-Q	Media del MID	Disociación graves/MID
DES a	1.00	0.84	0.94	0.90	0.84
SQD-20	0.84	1.00	--	0.75	0.67
DIS-Qc	0.94	--	1.00	0.83	0.76
Problemas de memoria	0.74	0.55	0.73	0.81	0.76
Despersonalización	0.84	0.76	0.79	0.93	0.89
Desrealización	0.83	0.74	0.73	0.92	0.86
Flashbacks	0.75	0.67	0.85	0.82	0.78
Síntomas somatoformes	0.79	0.86	0.57	0.86	0.80
Trance	0.83	0.69	0.79	0.91	0.84
Confusión de identidad	0.75	0.52	0.79	0.87	0.84
Voces	0.80	0.66	0.76	0.90	0.86
Experiencias de alineación del yo	0.85	0.64	0.78	0.95	0.90
Experiencias de alteración del yo	0.87	0.64	0.72	0.96	0.90
Estados del yo y alters	0.80	0.58	0.79	0.89	0.85
Discontinuidad del tiempo	0.83	0.70	0.72	0.92	0.83
Evidencias de acciones propias	0.81	0.70	0.68	0.89	0.80
Axiliares	0.85	0.81	0.74	0.94	0.88

Notas: todos los valores probabilísticos < .004 ;

a: el tamaño de la muestra para la correlación entre DES y SQD-20 fue 35, para DES y DIS-Q fue 16; para DES y MID fue 198

b: el tamaño de la muestra para la correlación de SQD-20 y DES fue 35, para SQD-20 y MID fue 39

c: el tamaño de la muestra para la correlación de DIS-Q y DES fue 16, para DIS-Q y MID fue 17

TABLA 7. Correlaciones producto-momento de Pearson entre SCID-D-R, el MID y el DES

Escala	SCID-D-Ra	Amnesia	Despersonalización	Desrealización	Confusión de identidad	Alteración de identidad
DES b	0.75	0.59	0.63	0.71	0.65	0.72
Puntuación media MID	0.78	0.64	0.63	0.74	0.66	0.73
Disociación grave	0.84	0.71	0.70	0.78	0.71	0.80
Problemas de memoria	0.72	0.74	0.57	0.62	0.57	0.67
Despersonalización	0.76	0.63	0.66	0.71	0.66	0.69
Desrealización	0.70	0.56	0.56	0.72	0.60	0.63
Flashbacks	0.54	0.44	0.45	0.55	0.43	0.53
Síntomas somatoformes	0.56	0.46	0.46	0.57	0.46	0.51
Trance	0.66	0.54	0.52	0.61	0.58	0.65
Confusión de identidad	0.78	0.64	0.68	0.68	0.71	0.72
Voces	0.71	0.57	0.53	0.72	0.62	0.67
Experiencias de alineación del yo	0.74	0.60	0.60	0.71	0.65	0.71
Experiencias de alteración del yo	0.73	0.58	0.57	0.71	0.64	0.69
Estados del yo y alters	0.77	0.61	0.61	0.70	0.69	0.75
Discontinuidad del tiempo	0.67	0.58	0.53	0.63	0.57	0.64
Evidencias de acciones propias	0.64	0.55	0.51	0.60	0.53	0.62
Axiliares	0.63	0.45	0.36	0.67	0.43	0.56

Los valores en negrita corresponden a las correlaciones más fuertes con una escala del MID en cada columna;

a: el tamaño de la muestra para SCID-D-R fue 98;

b: el tamaño de la muestra para DES fue 198, el tamaño para la correlación entre DES y SCID-D-R fue 84.

Validez discriminante

El MID distinguió entre varios grupos diagnósticos de la SCID-D-R. (tabla 8)

Edad, género, y educación

La correlación entre las puntuaciones medias del MID con la edad, no fue significativa ($r = 0,06$; $p = 0,12$), pero sí correlacionaron de manera significativa con la educación ($r = 0,09$, $p = 0,02$) y con el género (punto biserial $r = 0,22$, $p < 0,001$, las mujeres tuvieron una mayor puntuación).

Un ANOVA factorial 2×4 comparó las puntuaciones medias del MID para los dos géneros, a través de cuatro categorías diagnósticas derivadas del MID (TID, TDNE, disociación media y ⁵ no disociativo); el efecto del género no fue significativo $F(1, 512) = 0,83$; $p = 0,36$. Las medias para los grupos diagnósticos derivados del MID fueron las siguientes: TID (varones = 46,4, SD = 16,9; Mujeres = 50,4, SD = 18,3), TDNE (varones = 22,0, SD = 6,9; Mujeres = 24,8, SD = 8,6); disociación media (Varones = 8,3, SD = 2,4; Mujeres = 8,0, SD = 3,3), no disociativos (Varones = 3,1, SD = 2,3; Mujeres = 2,9, SD = 2,2).

TABLA 8. Puntuaciones Pearson del MID evaluado con SCID-D-R

Grupo diagnóstico	N	Media de SCID-D-R	SD	Media de MID	SD	Disociación grave	SD
TID	47	19.00 _c	1.25	49.24 _c	20.49	122.15 _c	34.27
TDNE	19	15.00 _b	2.87	27.86 _b	15.53	75.05 _b	34.06
Sin diagnóstico de disociación	25	6.33 _a	2.08	6.38 _a	5.92	19.00 _a	19.68

Las puntuaciones medias en la misma columna no que no comparten subíndice difieren, en la comparación de Scheffé con $p < 0.001$.

Validez de constructo

Las puntuaciones del MID correlacionaron significativamente con los tres grupos de síntomas de TPET en la PDS y DAPS: Intrusión ($r_s = 0,64$ y $0,57$), Evitación ($r_s = 0,72$ y $0,61$), y Hiperactivación ($r_s = 0,61$ y $0,57$). Las puntuaciones media del MID correlacionaron de manera más alta con Evitación que con Intrusión o Hiperactivación (tabla 9). Este patrón es aplicable a 12 de las 14 escalas de aspectos disociativos del MID. Sólo el aspecto Flashbacks y Síntomas Somatoformes no correlacionaron de manera más alta con Evitación; Flashbacks y Síntomas correlacionaron mayormente con Intrusión. Estas excepciones son comprensibles porque (1) las reviviscencias (flashbacks) son síntomas postraumáticos intrusivos y (2) los síntomas somatoformes, también, son a menudo síntomas intrusivos postraumáticos (la memoria del cuerpo, etc; Van der Hart, Bolt, y van der Kolk, 2005; van der Kolk & Fisler, 1995).

TABLA 9. La relación entre disociación y el grupo de síntomas de TEPT

Escala	Intrusión		Evitación		Hiperactivación		Total	
	PDS	DAPS	PDS	DAPS	PDS	DAPS	PDS	DAPS
DES a	0.58	0.47	0.67	0.47	0.61	0.50	0.68	0.52
Puntuación media MIDb	0.64	0.57	0.72	0.61	0.61	0.57	0.72	0.61
Disociación grave	0.62	0.58	0.73	0.62	0.59	0.59	0.72	0.62
Problemas de memoria	0.51	0.37	0.68	0.51	0.58	0.44	0.66	0.46
Despersonalización	0.52	0.50	0.63	0.54	0.51	0.53	0.61	0.55
Desrealización	0.59	0.58	0.70	0.59	0.59	0.57	0.70	0.61
Flashbacks	0.78	0.76	0.72	0.64	0.61	0.66	0.75	0.72
Síntomas somatoformes	0.62	0.62	0.61	0.59	0.51	0.56	0.64	0.61
Trance	0.66	0.50	0.69	0.54	0.60	0.51	0.71	0.54
Confusión de identidad	0.52	0.39	0.69	0.50	0.61	0.45	0.67	0.46
Voces	0.57	0.53	0.65	0.52	0.58	0.48	0.66	0.54
Experiencias de alineación del yo	0.62	0.50	0.71	0.53	0.63	0.48	0.71	0.53
Experiencias de alteración del yo	0.56	0.47	0.66	0.53	0.52	0.48	0.65	0.52
Estados del yo y alters	0.51	0.42	0.58	0.46	0.51	0.40	0.58	0.45
Discontinuidad del tiempo	0.65	0.50	0.69	0.54	0.55	0.49	0.69	0.53
Evidencias de acciones propias	0.64	0.50	0.69	0.50	0.53	0.47	0.69	0.51
Axiliares	0.57	0.51	0.67	0.51	0.55	0.48	0.66	0.52

Los valores en negrita indican la correlación más fuerte entre la escala MID y cada columna.

Todos los valores probabilísticos son <0.01 ;

a: tamaño de la muestra para DES y PDS 28;

b tamaño de la muestra para puntuaciones MID y PDS = 40

Tamaño de la muestra para puntuaciones MID – DAPS = 6

DEBATE GENERAL

El MID es instrumento multiescala de medida de disociación patológica válido y psicométricamente fuerte, que se correlaciona fuertemente con otras medidas de disociación. La validez convergente del MID se ha reproducido en Israel (donde la traducción al hebreo del MID correlacionó $0,91$ con el DES en hebreo y $0,89$ con la SCID-D-R en hebreo; Somer & Dell, 2005) y en Alemania (donde la traducción al alemán del MID correlación $0,93$ con el DES en alemán y $0,85$ con la SCID-DR alemana; Gast, Rodewald, Dehner - Rau, Kowalewsky, Engl, Reddemann, & Emrich, 2003). En el Estudio 2, el MID discriminó significativamente los

pacientes con TID de los pacientes con TDNE y con adultos que no eran población clínica. La validez discriminante del MID ha recibido el apoyo de los datos del MID alemán (Gast et al. 2003), del MID hebreo (Somer & Dell, 2005), y de la escala de 12 factores del MID (Dell & Lawson, 2005).

La relación entre el MID y otros instrumentos de disociación

A pesar de que las correlaciones del MID con la SCID-D-R y SDQ-20 ($r = 0,78$ y $0,75$, respectivamente) fueron algo inferiores a las correlaciones del MID con el DES y el DIS-Q ($r = 0,90$ y $0,83$, respectivamente), siguen siendo impresionantes, porque la SCID-D-R y el SDQ-20 introducen una importante diferencia metodológica o de contenido en la relación estadística. La SCID-D-R es una escala de evaluación heteroadministrada y SDQ-20 se basa únicamente en los síntomas somatoformes.

El patrón de correlaciones de las escalas del MID con DES, SDQ-20, DIS-Q, y SCID-D-R (véase tablas 6 y 7) sugiere que las diferentes medidas de disociación apuntan a diferentes aspectos de la fenomenología del constructo. Por ejemplo, el DES correlaciona más altamente con el aspecto Alteración del Yo del MID ($r = 0,87$). De los 14 aspectos de disociación del MID, el de Alteración del Yo tiene la correlación ítem-total más alta ($0,95$). La Alteración del yo fue la que mejor explicó el modelo de un factor del MID ($R^2 = 0,92$). Tomados en conjunto, estos hechos indican que el MID y el DES se centran en aspectos similares de la disociación.

No sorprende que el SDQ - 20 tenga una correlación más alta con el aspecto Síntomas Somatoformes del MID ($r = 0,86$). De los 14 aspectos del MID, Síntomas Somatoformes es el que obtuvo la segunda más baja correlación ítem-total ($0,83$); además, sólo el 68% de la varianza se explicó por el modelo de un factor de modelo de la MID ($R^2 = 0,68$). Tomados en conjunto, estos hechos sugieren que el MID y el SDQ - 20 se centran en diferentes aspectos de la disociación.

El DIS-Q correlacionó más altamente con el aspecto Flashbacks del MID ($r = 0,85$). De los 14 aspectos del MID, Flashbacks fue el que obtuvo la puntuación más baja de la correlación ítem-total ($0,82$) y sólo 61% de su varianza se explicó por el modelo de un factor de modelo de la MID ($R^2 = 0,61$). Tomados en conjunto, estos hechos sugieren que el MID y el DIS-Q se centran en diferentes aspectos de la disociación.

El SCID-D-R correlacionó más altamente con el aspecto Confusión de identidad del MID. El aspecto Confusión de Identidad ha surgido de manera consistente como el primer factor, cuando se analizaron de manera factorial los 168 ítems de disociación del MID (Dell & Lawson, 2005). He sostenido que la confusión de identidad es el núcleo de la experiencia subjetiva de disociación patológica (Dell & Lawson, 2005, Dell, en prensa). El MID y el SCID-D-R parecen centrarse en aspectos muy similares de disociación.

Implicaciones teóricas de los estudios de validación del MID

A pesar de tener más de un siglo de investigación, no existe todavía una definición generalmente aceptada de disociación. Incluso el DSM-IV y el CIE - 10 no definen disociación. En lugar de ello, estos manuales de diagnóstico se limitan a sí mismos caracterizando "la característica esencial de los Trastornos Disociativos" (American Psychiatric Association, 2000, pág 519) y "el tema común compartido por trastornos ...disociativos."(Organización Mundial de la Salud , 1992, pág 151).

El MID, sin embargo, se basa explícitamente en una definición y un modelo de disociación. De hecho, el MID se desarrolló precisamente para plasmar el modelo subjetivo - fenomenológico de disociación patológica y con el fin de probar dos conjeturas acerca de la disociación que se derivan de ese modelo. Estas dos conjeturas definen disociación patológica y especifican su dominio fenomenológico: (1) los fenómenos de la disociación patológica son recurrentes, provocan intrusiones en las funciones ejecutivas y en el sentido del yo y (2) ningún aspecto de la experiencia humana es inmune a la intrusión disociativa . De esta última premisa se deducen dos corolarios. En primer lugar, si las intrusiones disociativas pueden afectar a todos los ámbitos del funcionamiento humano, de ello se deduce que (1) los fenómenos de disociación patológica son muy heterogéneos (Dell, en prensa), pero (2) estos fenómenos heterogéneos deben agruparse estadísticamente. En segundo lugar, el prototipo de disociación patológica (es decir, TID) probablemente manifestará todos estos heterogéneos síntomas disociativos (Dell, 2001 a, en prensa). Este segundo corolario es especialmente importante. Si es cierto, significa que el dominio subjetivo - fenomenológico de la disociación patológica y el dominio de síntomas disociativos del TID idénticos, son lo mismo. En resumen, el modelo subjetivo – fenomenológico de la disociación patológica proporciona un modelo para los TID que especifica y predice los síntomas disociativos del TID (Dell, 2006, en prensa).

El MID deriva de un serio esfuerzo para incorporar ambas conjeturas. En la medida en que las intrusiones disociativas en todos los aspectos de humanos han sido llevado a la práctica con éxito por el MID, entonces (1) el MID permite poner a prueba las conjeturas del modelo subjetivo - fenomenológico de la disociación patológica, y (2) los estudios de validación del MID son algo más que una mera demostración psicométrica de su validez y su fiabilidad. Estos estudios se convierten en "pruebas de riesgo" (Popper, 1962/1965) que exponen al modelo subjetivo - fenomenológico de disociación patológica al peligro de refutación empírica.

La corroboración del Modelo subjetivo – fenomenológico de disociación patológica

Los dos conjeturas sobre el modelo subjetivo - fenomenológico de disociación no pueden ser testadas directamente. En lugar de ello, deben ser probadas a través de sus corolarios deductivos. El primer corolario –sorprendentemente- diferentes fenómenos clínicos se arraciman juntos estadísticamente se puede probar a través de la coherencia interna del MID y su estructura factorial.

El coeficiente alfa de Cronbach evalúa el grado en que una serie de ítems pueden ser agrupados estadísticamente. Si el corolario 1 es correcto, entonces el coeficiente alfa de Cronbach de los 23 síntomas de la disociación patológica del MID se aproximará a la unidad (es decir, un valor alfa casi igual a 1.00); en caso contrario, entonces el corolario 1 debe ser desestimado. En ambos estudios del presente artículo, las puntuaciones de los 23 síntomas de la disociación patológica tuvieron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,99. Los estudios de validación del MID Hebreo (H-MID) en Israel (Somer & Dell, 2005) y el MID alemán en Alemania (Gast et al. 2003) reportaron ambos un coeficiente alfa de Cronbach de 0,98 para los 23 síntomas de la disociación patológica. Así, los 23 síntomas de disociación patológica forman, de hecho, el grupo .

El Análisis factorial confirmatorio (CFA) del modelo un factor prueba de forma más rigurosa aún que los fenómenos de disociación patológica heterogéneos forman un conjunto. Si el corolario1 es correcto, entonces los fenómenos patológicos disociación heterogéneos deben ser explicados por un solo constructo, si no, entonces el corolario 1 debe ser desestimado.

Aunque EFA mostró que las escalas del MID tienen una estructura unifactorial, los CFAs de los 14 aspectos de la disociación patológica (CFI = 0,93; RMSEA = 0,14) y las 23 escalas de diagnóstico de disociación patológica (CFI = 0,90; RMSEA = 0.13) mostraron que el modelo de un factor de las escalas del MID tenía un pobre bondad de ajuste. El autor había previsto que la estructura de escala del MID (que fueron diseñadas para el diagnóstico de trastornos disociativos) podría afectar negativamente al ajuste estadístico CFA de las escalas, pero su mal ajuste fue mayor de lo previsto. Es evidente que la estructura de escala del MID no es estadísticamente óptima. Para el diagnóstico, el MID ha funcionado bien (Dell, 2001b, 2006; Gast et al. 2003). En consecuencia, el pobre ajuste del modelo de un factor de estas escalas no se utilizó para reorganizar o reducir el número de escalas del MID (en el interés de la parsimonia estadística). La estructura de escala del MID sigue reflejando sus prioridades clínicas.

Tomado por sí solo, el pobre ajuste de las escalas clínicas del MID al modelo de un factor parece refutar el modelo subjetivo- fenomenológico de disociación. Afortunadamente, dos de los conjuntos de datos grandes (N = 1386 y 1310) hicieron posible, recientemente, un análisis de los 168 ítems del MID sobre disociación con una muestra y repetir el análisis con una segunda muestra independiente, (Dell & Lawson, 2005) .⁶ En esta investigación, se dio prioridad a la parsimonia estadística. El eje principal del análisis factorial con rotación Promax extrajo 12 factores estables del primer grupo de datos: (1) Confusión de Identidad personal y *Pérdida disociativa de la sensación de unidad personal**, (2) Amnesia, (3) Conciencia subjetiva de la presencia de alters o estados del yo, (4) Flashbacks, (5) Síntomas corporales , (6) Pérdida circunscrita de la memoria autobiográfica , (7) Trance, (8) Desrealización/Depersonalización, (9) Desorientación disociativa,

* Dissociative Loss of Groundedness : la palabra *grounded* significa pleno, de cuerpo entero, firme, sólido, concreto.

(10) Intrusiones persecutorias (voces persecutorias), (11) Intrusiones de enojo, y (12) Distrés acerca de los problemas de memoria (Dell & Lawson, 2005). Cada uno de estos 12 factores correlacionó de manera muy alta con una escala MID conceptualmente similar. Cuando este análisis de ítems se repitió con una segunda muestra independiente, se obtuvo una solución casi idéntica.

Se llevó a cabo un CFA de los primeros datos para evaluar el modelo de un factor de las puntuaciones de las 12 escalas de factor. El modelo final de las 12 escalas de factor incluyó cuatro covarianzas teóricamente coherentes; el CFA de este modelo final de un factor produjo un CFI de 0,96 y un RMSEA de 0,05. Al final, cuando este modelo se aplicó a la segunda muestra independiente, el CFA generó ajustes estadísticos que eran idénticas a las de la primera muestra (es decir, CFI = 0,96; RMSEA = 0.05). Por lo tanto los 168 ítems de disociación del MID tienen un único factor de segundo orden (es decir, disociación patológica), que explica el 96% de la varianza en los 12 factores de primer orden. Y, puesto que estos resultados se replicaron con éxito, también parece segura, la conclusión de que el modelo subjetivo - fenomenológico de disociación ha sido corroborado.

La corroboración del Modelo subjetivo – fenomenológico de TID

El corolario 2 dice que el dominio de síntomas disociativos de los TID es idéntico al dominio subjetivo - fenomenológico de disociación. En otras palabras, se supone que los pacientes con TID sufren intrusiones recurrentes en todos los aspectos de su experiencia. El corolario 2 puede ser probado examinando si los informes de pacientes con TID tienen niveles clínicamente significativos de los 23 síntomas disociativos. Si no es así, entonces el Corolario 2 deberá estar rechazado. En un estudio seccional cruzado se encontró que 220 pacientes con TID tuvieron nivel clínicamente significativos en 20,2 de los 23 síntomas disociativos (Dell, 2006). Un estudio piloto anterior de 34 pacientes con TID (Dell, 2001b) y un estudio alemán bien controlado (Gast y otros., 2003) han informado de resultados prácticamente idénticos. Así, las tres pruebas del Corolario 2 han corroborado de manera consistente el modelo subjetivo – fenomenológico de TID .

La relación entre el trauma y la disociación patológica

El presente estudio encontró una fuerte relación entre traumatización y disociación ($r_s = 0,58$ a $0,63$). Estas fuertes correlaciones entre el MID y el TEQ han sido replicadas en Israel ($r = 0,70$; Somer & Dell, 2005). Tanto el estudio americano como el estudio de Israel encontraron que el MID tiene una validez incremental con respecto al DES; el MID predijo un 18-21% más de la varianza de las puntuaciones ponderadas sobre abuso del TEQ. Dada la alta correlación entre el MID y el DES (0.91-0.94) esta validez incremental es notable. Puesto que el DES incluye muchos ítems que miden disociación normativa, parece razonable inferir que la disociación patológica (como la que mide el MID) se relacionan más estrechamente con el traumas ,

más que el que sea una mezcla de disociación patológica y normal (tal como se mide en el DES).

Las puntuaciones MID correlacionan fuertemente con las medidas de TEPT ($r_s = 0,72$ y $0,61$). Más interesante, sin embargo, fue la pauta de estas correlaciones. Los aspectos Flashbacks y Síntomas Somatoformes del MID correlacionaron altamente con Intrusión de TPET, mientras que los otros 12 aspectos de disociación patológica del MID correlacionaron más con Evitación de TPET (tabla 9). Este patrón sugiere una formulación conceptual interesante. Los síntomas intrusivos del TPET generalmente se consideran autónomos. Esto es, que los síntomas intrusivos ocurren sin que haya elección o intención del sujeto: estos síntomas invaden su conciencia. En contraste, muchos de los síntomas de evitación del TEPT son claramente intencionales, la persona deliberadamente evita recordar el trauma. El hecho de que, en general, los síntomas disociativos correlacionen de forma más alta con la evitación implica que muchas (¿la mayoría?) de los síntomas disociativos podrían incluir una motivada, defensiva evitación de recordar el trauma.

La disociación patológica es un rasgo estable

Las puntuaciones del ES tienen una estabilidad temporal de cuatro semanas de $0,93$ (Frischholz et al. 1990), la estabilidad temporal de cuatro a ocho semanas es de $0,90$ (Bernstein & Putnam, 1986), y la de un año es de $0,78$ (Putnam y Al. 1992). Las puntuaciones del MID tienen una estabilidad temporal de cuatro a ocho semanas de $0,97$ y una estabilidad temporal para un período de tres a cuatro semanas de $0,98$ (Somer & Dell, 2005). Estos altos niveles de estabilidad temporal indican que la disociación, especialmente la disociación patológica, es un rasgo muy estable.

¿La disociación patológica es una medida Taxon?

Waller y los colegas han presentado pruebas taxométricas de que la disociación patológica es (1) un tipo o un taxón (más que una dimensión) y (2) que las personas disociativas tienen experiencias que son cualitativamente diferentes de las de personas no disociativas (Waller et al. 1996). Aunque el presente estudio muestra que los pacientes disociativos presentan muchos síntomas disociativos que las personas sin disociación no presentan, esta conclusión no aclara nada sobre si la disociación patológica es o no un taxón. Sólo un análisis taxométrico del MID puede llegar a esa conclusión.

Limitaciones de los datos actuales

Las conclusiones acerca de la relación entre el MID y las puntuaciones del TEQ están limitadas por el hecho de que las puntuaciones de TEQ se basan únicamente en los recuerdos de pacientes con experiencias traumáticas (en lugar de estar basadas en una verificación independiente de esos traumas). Además, los datos en este artículo se basan en muestras formadas sobre todo por adultos, mujeres, clínicos, pacientes ambulatorios, caucásicos y norteamericanos. Por lo tanto, estos resultados tienen limitaciones para ser o

generalizados otras poblaciones.

Utilidad Clínica y de Investigación del MID

El presente artículo no se ocupa de la eficacia diagnóstica del MID. Dell (2006) ha informado de que el MID diagnostica correctamente entre el 87% y el 93% de los casos de TID. Gast y otros. (2003) llegaron a los mismos resultados en Alemania; utilizando la SCID-D-R como el estándar de oro para diagnosticar disociación, informaron que el G-MID (MID alemán) tiene un poder predictivo positivo de 0,93, un poder predictivo negativo de 0,84, y un poder predictivo general de 0,89 para el diagnóstico de los principales trastornos disociativos (Es decir, TID o TDNE).

El MID fue diseñado para ser exhaustivo; evalúa una variedad mucho mayor de fenómenos disociativos que las otras medidas de disociación.⁷ Puesto que es autoadministrado y requiere 30-50 minutos para ser completado (con algunos valores extremos que implican más tiempo), el MID se presta fácilmente a la investigación con grandes muestras clínicas de diferentes poblaciones. La investigación con el MID puede evaluar (1) los perfiles disociativos de los diversos trastornos disociativos y (2) los perfiles disociativos de los grupos diagnósticos que a veces son confundidos con TID, como el trastorno de personalidad límite, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de somatización, y la depresión mayor.⁸

NOTAS

-
1. El desarrollo de la DDIS fue más que el del DSM. En particular, en la DDIS Ross pensó en el trauma y los trastornos relacionados con sus posibles fenómenos (por ejemplo, síntomas de primer rango). Como tal, el DDIS abarca muchos más fenómenos disociativos que los que figuran entre los síntomas de trastornos disociativos del DSM-IV .
 2. El término dominio fenomenológico de la disociación patológica no se refiere a los mecanismos o explicaciones de disociación, sino que se refiere al conjunto de todas los posibles signos y síntomas de la disociación patológica.
 3. El 23º síntoma de TID, impulsos intrusivos, fue inadvertidamente omitido en la versión inicial del MID.
 4. Una revisión de 2000 protocolos del MID mostraron que la gran mayoría de los pacientes psiquiátricos obtienen una puntuación MID de 15 o menos. Sólo algunas personas con una puntuación MID de 15 o superior tienen un trastorno disociativo diagnosticable, pero todas las personas con un resultado MID de 15 o superior presentan al menos una media docena de síntomas disociativos (de acuerdo con la el sistema de puntuación del MID para disociación grave).
 5. Los participantes ligeramente disociativos manifestaron un nivel de disociación clínicamente significativo en uno o dos de los 23 síntomas disociativos.
 6. En las primeros dos grandes muestras de Dell y Larson's, 818 (de 1386) de datos provinieron de la investigación de lEstudio 1 (N = 204) y el Estudio 2 (N = 614) del presente artículo. Cabe señalar que el análisis de Dell y Larson se derivó del análisis factorial de las puntuaciones de ítems, mientras que la mayoría de los resultados estadísticos en el presente estudio derivan de los análisis de las puntuaciones de la escala.

-
7. Tres medidas de disociación (DES, QED, y SDQ-20) producen una sola puntuación de disociación. Otras cuatro medidas de disociación tienen escalas. El DIS-Q tiene cuatro escalas. El Inventario de disociación Multiescala (MDI; Briere, 2002) cuenta con seis escalas. La SCID-D-R tasa cinco tipos de síntomas de disociación. El DDIS determina la presencia o ausencia de cada criterio de diagnóstico del DSM-IV para trastornos disociativos, cada uno de los 11 síntomas schneiderianos de primer rango, trance, y 11 características asociadas con TID.
 8. El autor puede proporcionar copias del MID y de su hoja de puntuaciones en Excel y de análisis del MID Análisis. El Análisis del MID proporciona puntuación, tanto para la clínica del MID, como de las escalas.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491-497.

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.

Boon, S., & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A study on reliability and validity of the diagnosis. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Briere, J. (2001). *Detailed Assessment of Posttraumatic States professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere, J. (2002). *Multiscale Dissociation Inventory professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Carlier, IV, E., Van Uchlen, J. J., Lamberts, R. D., & Gersons, B. P. R. (1996). Eenkorte screeningstest voor de diagnose posttraumatische stress-stoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 8, 624-629.

Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessments: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.

Dell, P. F. (1997). *Self-Injury Dissociation Questionnaire*. Unpublished manuscript.

Dell, P. F. (2001a). Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 7-37.

Dell, P. F. (2001b). Should the dissociative disorders field choose its own diagnostic criteria for dissociative identity disorder? Reply to Cardeña, Coons, Putnam,

Spiegel, and Steinberg. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(1), 65-72.

Dell, P. F., & Lawson, D. (2005). Investigating the domain of pathological dissociation with the Multidimensional Inventory of Dissociation (MID). Submitted for publication.

Dell, P. F. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 29(1), 1-26.

Dell, P. F. (in press). The subjective/phenomenological view of pathological dissociation. In Dell, P. F., & O'Neil, J. (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*.

Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: Manual*. Minneapolis, MN:National Computer Systems.

Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., & Hopkins, L. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation*, 3, 151-153.

Gast, U., Rodewald, F., Dehner-Rau, C., Kowalewsky, E., Engl, V., Reddemann, L., &

Emrich, H. M.. (2003, November). Validity and reliability of the German version of the Multidimensional Inventory of Dissociation (MID-D)—preliminary results. Paper presented at the conference of the International Society for the Study of Dissociation, Chicago, IL.

Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. (1998). Assessing traumatic life event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 521-542.

Nijenhuis, E. R. S. (1999). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen, the Netherlands: Van Gorcum.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & 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.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.

Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O, & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.

Popper, K. R. (1962/1965). *Conjectures and refutations: The growth of scientific knowledge*. New York: Harper.

Putnam, F. W., Chu, J. A., Dill, D. L. (1992). "The Dissociative Experiences Scale": Reply. *American Journal of Psychiatry*, 149, 143-144.

Riley, K. C. (1988). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 449-450.

Ross, C. A., Hebert, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., & Barchet, P. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview.

-
- Dissociation, 2, 169-189. Sanders, S. (1986). The perceptual alteration scale: A scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 95-102.
- Somer, E., & Dell, P. F. (2005). Development of the Hebrew-Multidimensional Inventory of Dissociation (H-MID): A valid and reliable measure of dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 31-53.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M., Rounsaville, B. J., & Cicchetti, D. V. (1990). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: Preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147, 76-82.
- Van der Hart, O., Bolt, H., & Van der Kolk, B. A. (2005). Memory fragmentation in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 55-70.
- Van der Kolk, B. A., & Ffsler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R. J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, 21-27.
- Van IJzendoorn, M., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
- Waller, N. G., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.