



Trastornos Disociativos

Medicina, 09/03/2013

La disociación es un mecanismo psicológico de defensa en el cual la identidad, memoria, ideas, sentimientos o percepciones propias se encuentran separadas del conocimiento consciente y no pueden ser recuperadas o experimentadas voluntariamente.

Todo el mundo se disocia en ocasiones. Por ejemplo, las personas frecuentemente se dan cuenta después de haber conducido del trabajo a casa de que no recuerdan gran parte del camino porque estaban preocupadas por conflictos personales o atentas a un programa de la radio. Durante la hipnosis, una persona puede disociar los sentimientos del dolor físico. Sin embargo, otras formas de disociación provocan una ruptura entre las sensaciones de la persona de sí misma y las percepciones de los hechos de la vida.

Los trastornos disociativos incluyen la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo y un conjunto de situaciones de definición más difusa que los psiquiatras denominan trastorno disociativo sin otros datos específicos. Estos trastornos disociativos son con frecuencia precipitados por un estrés abrumador. El estrés puede estar causado por la experiencia o por la observación de un acontecimiento traumático, un accidente o un desastre. O bien una persona puede experimentar un conflicto interno tan insoportable que su mente es forzada a separar la información incompatible o inaceptable y los sentimientos procedentes del pensamiento consciente.

Amnesia disociativa

La amnesia disociativa es una incapacidad para recuperar información personal importante, generalmente de una naturaleza estresante o traumática, la cual es muy generalizada para que pueda justificarse como un olvido normal.

Generalmente, la pérdida de memoria incluye información que forma parte del conocimiento consciente habitual o memoria "autobiográfica" (quién es, qué ha hecho, adónde ha ido, con quién ha hablado, qué dijo, pensó y sintió, etc.). En ocasiones, la información, aunque olvidada, continúa influyendo en el comportamiento de la persona.

Las personas con una amnesia disociativa habitualmente tienen una o más lagunas de memoria que se extienden desde unos

pocos minutos a unas pocas horas o días. Sin embargo, se han documentado lagunas de memoria que abarcaban años o incluso la vida entera de una persona. Usualmente los períodos lindantes con la laguna de memoria suelen ser claros. En general, las personas son conscientes de que han “perdido algún tiempo”, pero algunos amnésicos disociativos sólo son conscientes del tiempo perdido cuando se dan cuenta o se les enfrenta con la evidencia de que han hecho cosas que no recuerdan. Algunas personas con amnesia olvidan algunos pero no todos los acontecimientos de un período de tiempo; otras no pueden recordar nada de su vida anterior u olvidan las cosas conforme van ocurriendo.

La incidencia de la amnesia disociativa es desconocida pero el trastorno es más frecuente en adultos. La amnesia es más frecuente en personas que se han visto implicadas en guerras, accidentes o desastres naturales. Se ha informado de casos de gente que tenía amnesia de episodios de abusos sexuales en su niñez y que más tarde, siendo adultos, recordaron los episodios. La amnesia puede ocurrir después de un acontecimiento traumático y la memoria puede recuperarse con el tratamiento, con acontecimientos posteriores o con la información que recibe la persona. Sin embargo, no se sabe si esas memorias recuperadas reflejan acontecimientos reales en el pasado de la persona. Se han demostrado recuperaciones de memorias tanto exactas como inexactas.

Causas

La amnesia disociativa parece estar causada por el estrés (la experiencia o la visión de experiencias traumáticas, situaciones de estrés graves en la vida o graves conflictos internos). Los episodios de amnesia pueden ser precedidos de abusos físicos o experiencias sexuales y situaciones emocionalmente abrumadoras en las cuales existe amenaza, lesión o muerte (como una violación, una guerra o un desastre natural como un incendio o una inundación). Las situaciones de mayor estrés en la vida incluyen el abandono, la muerte de un ser querido y la ruina financiera. También pueden conducir a la amnesia la inquietud por impulsos de culpabilidad, dificultades aparentemente insolubles o conductas criminales. De un modo general se acepta que algunas personas, como las que son fácilmente hipnotizadas, son más propensas a desarrollar amnesia que otras.

Síntomas y diagnóstico

El síntoma más frecuente de la amnesia disociativa es la pérdida de memoria. Poco después de volverse amnésica, la persona puede parecer confusa. Muchas personas amnésicas están en cierta manera deprimidas. Algunas personas están muy afectadas por su amnesia; otras no. Otros síntomas y preocupaciones dependen de la importancia de la información olvidada y de su relación con los conflictos de la persona o de las consecuencias de la conducta olvidada.

Para hacer el diagnóstico, el médico realiza un examen físico y psiquiátrico. La sangre y la orina se analizan para determinar si una sustancia tóxica como una droga ilegal es la causante de la amnesia. Se puede realizar un electroencefalograma para determinar si la causa es un trastorno epiléptico. Pruebas psicológicas especializadas pueden ayudar al médico a caracterizar las experiencias disociativas de la persona.

Tratamiento y pronóstico

Es esencial una atmósfera de apoyo en la que la persona se sienta segura. Esta sola medida conduce con frecuencia a una recuperación espontánea gradual de los recuerdos perdidos.

Si la memoria no se recupera de modo espontáneo o si es urgente su recuperación, a menudo son eficaces las técnicas de recuperación de la memoria. Usando la hipnosis o los efectos de determinados fármacos, el médico pregunta a la persona amnésica acerca de su pasado. El médico debe tener mucho cuidado porque es probable que se hagan patentes durante el proceso las circunstancias que estimularon la pérdida de memoria y esto puede resultar muy perturbador. No puede asumirse que sean exactos los recuerdos recuperados a través de estas técnicas. Sólo podrá determinar su exactitud la corroboración externa. Sin embargo, el hecho de completar al máximo las lagunas de memoria podrá contribuir a restablecer la continuidad de la identidad de la persona y de su sentido del yo. Una vez desaparecida la amnesia, el tratamiento continuado ayudará a la persona a comprender el trauma o los conflictos que causaron la situación y a encontrar medios para resolverla.

La mayoría de la gente recupera lo que parecen ser sus memorias perdidas y resuelve los conflictos que causaron la amnesia. Sin embargo, algunas personas nunca rompen las barreras que les impiden reconstruir su pasado perdido. El pronóstico está determinado en parte por las circunstancias de la vida de la persona, particularmente el estrés y los conflictos que provocaron la amnesia.

Fuga disociativa

La fuga disociativa consiste en una o más salidas de una persona de su casa repentina, inesperada y deliberadamente, durante las cuales no recuerda una parte o la totalidad de su vida pasada y no sabe quién es, o bien se da una nueva identidad.

La fuga disociativa afecta aproximadamente al dos por mil de la población. Es mucho más frecuente en personas que han estado en guerras, accidentes y desastres naturales.

Causas

Las causas de la fuga disociativa son similares a las de la amnesia disociativa pero con algunos factores adicionales. Frecuentemente, la fuga ocurre en circunstancias en las que se puede sospechar simulación. La simulación es un estado en el

cual una persona se comporta como si estuviera enferma, porque ello la libera de dar cuenta de sus acciones, le da una excusa para evitar responsabilidades o reduce su exposición a un riesgo conocido, como un trabajo peligroso. Más aún, muchas fugas parecen representar el cumplimiento de deseos encubiertos (por ejemplo, escapar de un estrés insoportable, como el divorcio o la ruina financiera). Otras fugas están relacionadas con sentimientos de rechazo o de separación, o pueden proteger a la persona del suicidio o de impulsos homicidas.

Síntomas y diagnóstico

Una persona en estado de fuga, habiendo perdido su identidad habitual, generalmente desaparece de sus lugares de costumbre, dejando su familia y su trabajo. La persona puede viajar lejos de casa y comenzar un nuevo trabajo con una nueva identidad, sin darse cuenta de ningún cambio en su vida. La fuga puede durar desde horas a semanas o meses, u ocasionalmente más tiempo. La persona puede parecer normal y no llamar la atención. Sin embargo, en algún momento puede darse cuenta de la amnesia o estar confusa acerca de su identidad. Algunas veces en la fuga no puede hacerse el diagnóstico hasta que vuelve la identidad anterior de la persona, y ésta experimenta sufrimiento al encontrarse a sí misma en circunstancias desconocidas.

A menudo la persona no tiene síntomas o está sólo ligeramente confusa durante la fuga. Sin embargo, cuando ésta concluye puede experimentar depresión, incomodidad, aflicción, vergüenza, conflicto intenso e impulsos agresivos o suicidas. En otras palabras, tiene que afrontar de repente la dolorosa situación de la que escapó con la fuga. También puede sentir confusión, sufrimiento o incluso terror acerca del hecho de haber permanecido en estado de fuga porque generalmente no recuerda acontecimientos que ocurrieron durante ese período.

Una fuga es raramente reconocida mientras está sucediendo. El médico puede sospechar una fuga cuando una persona parece confundida acerca de su identidad o está perpleja acerca de su pasado, o cuando la confrontación la hace dudar de su nueva identidad o de la falta de una identidad. El diagnóstico se realiza retroactivamente revisando la historia de la persona y recogiendo información que documente las circunstancias anteriores al abandono del hogar, la huida en sí y el establecimiento de una vida alternativa. Cuando la fuga disociativa se repite más de unas pocas veces, la persona generalmente tiene un trastorno disociativo de la identidad.

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento para una fuga en desarrollo incluye que el médico recoja información acerca de la verdadera identidad de la persona, que deduzca por qué la abandonó y le ayude a reasumirla. Si la información no puede ser obtenida directamente de la persona, se puede necesitar la intervención de la policía y de los asistentes sociales.

La fuga disociativa se trata de forma bastante parecida a la amnesia disociativa y puede incluir el uso de hipnosis o de

entrevistas con facilitación farmacológica. Sin embargo, frecuentemente todos los esfuerzos para recuperar los recuerdos del período de fuga son infructuosos. Un psiquiatra puede ayudar a la persona a explorar sus mecanismos de manejo de las situaciones, conflictos y temperamentos que desencadenaron el episodio de fuga.

Lo más frecuente es que las fugas duren horas o días y desaparezcan espontáneamente. A menos que exista algún comportamiento durante el período de fuga que haya traído sus propias complicaciones, el deterioro es leve y de corta duración. Si la fuga fue prolongada y el comportamiento de la persona antes y durante ella fue problemático puede tener considerables dificultades. Por ejemplo, un hombre puede haber abandonado su familia y sus responsabilidades laborales, cometido un crimen o formado una pareja en su estado de fuga.

Trastorno de identidad disociativo

El trastorno de identidad disociativo, antes llamado trastorno de personalidad múltiple, es una situación en la cual alternan en el control del comportamiento de la persona dos o más identidades o personalidades y en la que se producen episodios de amnesia.

El trastorno de identidad disociativo es una situación grave, crónica y potencialmente invalidante o mortal. La incapacidad de algunas personalidades de recordar información personal importante (amnesia) se mezcla con el conocimiento simultáneo de la información por parte de otras personalidades coexistentes. Algunas personalidades parecen conocerse e interactuar entre sí en un complejo mundo interior. Por ejemplo, la personalidad A puede estar consciente de la personalidad B y saber lo que ésta realiza, como si la estuviera observando; la personalidad B puede ser consciente o no de la personalidad A. Otras personalidades pueden o no ser conscientes de la personalidad B y ésta puede ser o no consciente de ellas. Las personas con este trastorno con frecuencia intentan el suicidio y se considera que son más propensas a suicidarse que las personas con cualquier otro trastorno mental.

El trastorno de identidad disociativo parece ser un trastorno mental bastante frecuente. Puede encontrarse en el 3 o 4 por ciento de las personas hospitalizadas por otros problemas psiquiátricos y en una cierta minoría de pacientes de instituciones para el tratamiento de toxicómanos. El aumento del conocimiento del trastorno ha permitido que se diagnostique con más frecuencia en los últimos años. El conocimiento de las consecuencias de los abusos infantiles y los mejorados métodos de diagnóstico han contribuido también al aumento de los diagnósticos de trastornos de identidad disociativos. Aunque algunas autoridades creen que los informes de aumento de este trastorno reflejan la influencia de los médicos en pacientes sugestionables, no hay evidencias que sustenten esa creencia.

Causas

El trastorno de identidad disociativo parece estar causado por la interacción de varios factores:

- El estrés insoportable, como el haber sufrido abusos físicos o psicológicos durante la niñez.
- Una habilidad para separar los propios recuerdos, percepciones o identidades del conocimiento consciente (capacidad disociativa).
- Antes de tener una visión unificada del yo y de los otros se puede consolidar sólidamente un desarrollo anormal.
- Una insuficiente protección y atención durante la niñez.

El desarrollo humano requiere que los niños sean capaces de integrar complicados y diferentes tipos de información y experiencias. A medida que los niños aprenden a forjarse una identidad cohesionada y compleja, pasan por fases en las cuales se mantienen separadas diferentes percepciones y emociones. Pueden usar estas diferentes percepciones para generar diferentes yo, pero no todos los niños que sufren abusos o pérdidas o traumas importantes tienen la capacidad de desarrollar múltiples personalidades. Los que sí tienen esta capacidad también tienen formas normales de resolver sus problemas, y, en general, estos niños vulnerables están lo suficientemente protegidos y tranquilizados por los adultos como para que no se desarrolle un trastorno de identidad disociativo.

Síntomas

Las personas con un trastorno de identidad disociativo pueden experimentar a menudo un cuadro de síntomas que pueden parecerse a los de otros trastornos psiquiátricos. Los síntomas pueden ser similares a los de la ansiedad, de las alteraciones de la personalidad, de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos o de la epilepsia. La mayoría de las personas sufre síntomas de depresión, ansiedad (dificultad para respirar, pulso acelerado, palpitaciones), fobias, ataques de pánico, disfunciones sexuales, alteraciones del apetito, estrés postraumático y síntomas que simulan los de las enfermedades físicas. Pueden estar preocupadas por el suicidio y son frecuentes los intentos, así como los episodios de automutilación. Muchas personas con trastorno de identidad disociativo abusan del alcohol o de las drogas en algún momento de su vida.

El cambio de personalidades y la ausencia de consciencia del propio comportamiento en las otras personalidades hacen a menudo caótica la vida de una persona con este trastorno. Como las personalidades con frecuencia interactúan entre ellas, la persona dice oír conversaciones internas y las voces de otras personalidades. Esto es un tipo de alucinaciones.

Hay varios signos característicos del trastorno de la personalidad disociativo:

- Síntomas diferentes que ocurren en distintos momentos.
- Una capacidad fluctuante para asumir sus funciones, desde la eficacia en el trabajo y en la casa hasta la inhabilidad.
- Intensos dolores de cabeza y otros síntomas físicos.
- Distorsiones y errores en el tiempo y amnesia.
- Despersonalización y desrealización (sentimiento de estar separado de uno mismo y experimentar su medio como irreal).

Las personas con un trastorno de identidad disociativo frecuentemente oyen hablar a otros de lo que ellas han hecho pero que no recuerdan. Otras pueden mencionar cambios en su comportamiento que ellas tampoco recuerdan. Pueden descubrir objetos, productos o manuscritos con los que no contaban o que no reconocen. A menudo se refieren a sí mismas como "nosotros", "él" o "ella". Mientras que, en general, las personas no pueden recordar mucho acerca de sus primeros cinco años de vida, la persona con un trastorno de identidad disociativo no recuerda tampoco lo ocurrido entre sus 6 y 11 años.

Las personas con un trastorno de identidad disociativo tienen típicamente una historia de tres o más diagnósticos psiquiátricos previos diferentes y que no han respondido al tratamiento. Estas personas están muy preocupadas por temas de control, tanto el autocontrol como el control de los demás.

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo, el médico debe proceder a realizar una entrevista médica y psiquiátrica, incidiendo especialmente acerca de experiencias disociativas. Se han ideado entrevistas especiales para ayudar al médico a identificar el trastorno. El médico también puede entrevistar al paciente durante períodos largos, pedirle que lo visite regularmente y utilizar la hipnosis o entrevistas con facilitación farmacológica para tener acceso a sus personalidades. Estas medidas aumentan la posibilidad de que la persona cambie de una personalidad a otra durante la evaluación.

De forma creciente, los médicos consiguen hacer manifestarse las diferentes personalidades pidiendo que hable la parte de la

mente que estuvo implicada en un comportamiento concreto. Puede que el paciente no recuerde este comportamiento o que lo haya experimentado más como un observador que como un sujeto activo (como si la experiencia fuera como un sueño o irreal).

Tratamiento y pronóstico

El trastorno de identidad disociativo requiere psicoterapia, con frecuencia facilitada por la hipnosis. Los síntomas pueden ir y venir de modo espontáneo, pero el trastorno no desaparece por sí mismo. El tratamiento puede aliviar algunos síntomas específicos pero no tiene efectos sobre el trastorno en sí mismo.

El tratamiento es a menudo arduo y emocionalmente doloroso. La persona puede experimentar muchas crisis emocionales debido a acciones de las personalidades y por la desesperación que pueden acarrear los recuerdos traumáticos durante la terapia. A menudo son necesarios varios períodos de hospitalización psiquiátrica para ayudar a la persona en períodos difíciles y para operar de un modo directo sobre los recuerdos dolorosos. Frecuentemente el médico utiliza la hipnosis para que se manifiesten (para tener acceso a) las personalidades, facilitar la comunicación entre ellas, estabilizarlas e integrarlas. La hipnosis también se usa para reducir el impacto doloroso de los recuerdos traumáticos.

Generalmente, son necesarias una o dos sesiones de psicoterapia a la semana durante al menos 3 a 6 años. Las sesiones tienen como objetivo integrar las personalidades en una personalidad única o alcanzar una interacción armoniosa entre ellas que permita una vida normal sin síntomas. La integración de las personalidades es lo ideal pero no siempre se consigue. Las visitas al terapeuta son reducidas gradualmente pero es raro que se terminen. Los pacientes pueden confiarse al terapeuta para que les ayude, de vez en cuando, a afrontar los problemas psicológicos, del mismo modo que pueden hacerlo periódicamente con su propio médico.

El pronóstico de las personas con un trastorno de identidad disociativo depende de los síntomas y de las características del trastorno. Algunas tienen principalmente síntomas disociativos y características postraumáticas; esto significa que, además de sus problemas de memoria e identidad, experimentan ansiedad acerca de acontecimientos traumáticos y el hecho de revivirlos y recordarlos. Generalmente, se recuperan por completo con el tratamiento. Otras personas tienen adicionalmente trastornos psiquiátricos graves, como trastornos de la personalidad, afectivos, alimentarios y de abuso de drogas. Sus problemas mejoran más despacio y el tratamiento puede tener menos éxito o bien debe ser más largo y pueden aparecer más crisis. Por último, algunas personas no solamente tienen otros problemas psicológicos graves sino que también están gravemente comprometidas con otras personas que las acusan de haber abusado de ellas. El tratamiento a menudo es largo y caótico y trata de reducir y de aliviar los síntomas más que de conseguir la integración. A veces, incluso un paciente con un mal pronóstico mejora lo suficiente con la terapia para sobrellevar el trastorno y comenzar a dar pasos rápidos hacia la recuperación.

Trastorno de despersonalización

El trastorno de despersonalización se caracteriza por sentimientos persistentes o recurrentes de estar separado del propio cuerpo o de sus procesos mentales.

Una persona con un trastorno de despersonalización generalmente se siente como si fuera un observador de su propia vida. Puede sentirse ella misma y sentir al mundo como irreales y en un sueño.

La despersonalización puede ser un síntoma de otros trastornos psiquiátricos. De hecho, la despersonalización es el tercer síntoma psiquiátrico más frecuente (después de la ansiedad y de la depresión) y a menudo ocurre tras experimentar el individuo una situación con peligro de muerte como un accidente, un asalto o una lesión o enfermedad grave. Entendido como un trastorno aislado, el trastorno de despersonalización no ha sido estudiado ampliamente y sus causas e incidencia son desconocidas.

Síntomas y diagnóstico

La persona con despersonalización tiene una percepción distorsionada de su identidad, cuerpo y vida, lo que la incomoda. A menudo los síntomas son temporales y aparecen al mismo tiempo que los síntomas de ansiedad, pánico o miedo (fobia). Sin embargo, los síntomas pueden durar o reaparecer durante muchos años. Las personas con este trastorno tienen con frecuencia una gran dificultad para describir sus síntomas y pueden temer o creer que se están trastornando mentalmente.

La despersonalización puede resultar una molestia menor o pasajera con pocos efectos evidentes sobre el comportamiento. Algunas personas se pueden ajustar al trastorno de despersonalización o incluso bloquear su impacto. Otras están continuamente inmersas en una ansiedad acerca de su estado mental, temerosas de volverse locas o rumiando las percepciones distorsionadas de su cuerpo y su sentido de alejamiento de sí mismas y del mundo. La angustia mental les impide concentrarse en el trabajo o en las rutinas de la vida diaria y pueden volverse inválidas.

El diagnóstico de despersonalización se basa en sus síntomas. El médico explora a la persona para descartar una enfermedad orgánica (como un trastorno epiléptico), abuso de drogas y la posibilidad de otro trastorno psiquiátrico. Los procedimientos de entrevista especializada pueden ayudar al médico a reconocer el problema.

Tratamiento y pronóstico

La sensación de despersonalización a menudo desaparece con el tratamiento. Éste se justifica sólo si la situación persiste,

reaparece o causa sufrimiento. Han resultado eficaces la psicoterapia psicodinámica, la terapia conductual y la hipnosis pero no existe un único tipo de tratamiento que sea eficaz para todas las personas con un trastorno de despersonalización. Los tranquilizantes y los antidepresivos pueden ayudar a algunas personas. La despersonalización a menudo se asocia a otros trastornos mentales que necesitarán ser tratados o es desencadenada por ellos. Se debe tener en cuenta cualquier tipo de estrés relacionado con el comienzo (instalación) del trastorno de despersonalización.

Generalmente se consigue algún grado de alivio. La recuperación completa es posible para muchas personas, especialmente para aquellas cuyos síntomas ocurren en conexión con cualquier estrés que pueda ser identificado durante el tratamiento. Un gran número de personas con un trastorno de despersonalización no responde bien al tratamiento, aunque pueden mejorar gradual y espontáneamente.

BIBLIOGRAFÍA

Goldman H. Howard. *Psiquiatría General. Manual Moderno*. 5ª edición. 2002.

Rathus Spencer, Jeffrey Nevad. *Abnormal Psychology*. Prentice Hall. 1991.

Kaplan Harold, Sadock Benjamin. *Synopsis of psychiatry*. Williams and Wilkins. 7ª edición. 1994.

Millon René, Millon Theodore. *Abnormal behavior and personality*. Saunders company. 1974