

TEORÍA

TRASTORNOS DISOCIATIVOS: UNA PÉRDIDA DE LA INTEGRACIÓN¹

(Rev GPU 2009; 5; 3: 379-388)

Franco Mascayano², Franco Maray y Andrea Roa

En la presente revisión se describen el fenómeno de la disociación y los trastornos psiquiátricos más comunes que trae consigo, conocidos como ‘trastornos disociativos’. Comenzando con un enfoque histórico del término, su connotación hace unos 4 ó 5 siglos, y cómo éste se fue desarrollando al compás de la nueva evidencia clínica; continuando con los mecanismos que se encuentran subyacentes a la disociación tales como: el procesamiento de información en paralelo, los sistemas de memoria y la unión entre trauma y disociación; y finalizando con la exposición de los trastornos disociativos en sí (amnesia disociativa, fuga disociativa, despersonalización, trastorno disociativo de la personalidad etc.), y ejemplificaciones con casos clínicos atingentes.

INTRODUCCIÓN

Las definiciones de disociación surgen desde un variado número de disciplinas y tradiciones de investigación, incluyendo la investigación en hipnosis, la psiquiatría descriptiva, la teoría informática, y la psicología cognoscitiva. Estas definiciones apuntan a que la disociación es la manifestación de un fallo en la conexión o asociación de la información mental, en la manera en que ésta es normalmente unida. Según la CIE-10, la principal característica de los trastornos disociativos sería “la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales”

(1). Por otro lado, la clasificación de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association, DSM-IV, puntualiza que “los trastornos disociativos consisten en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica” (2). Situaciones que normalmente se experimentan como una sucesión continua, se aíslan de los otros procesos mentales. Por ejemplo, cuando los recuerdos no son integrados adecuadamente, el trastorno resultante será una “amnesia disociativa”. La fragmentación de la identidad produce una “fuga disociativa” o un “trastorno de identidad disociativo” (personalidad múltiple). Una percepción alterada conduce a un “trastorno de despersonalización”. La disociación

¹ Presentado como exposición para la cátedra de Psicopatología y Psiquiatría, Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso, 2008.

² Estudiantes de 4°. Escuela de Psicología. Universidad de Valparaíso. E-mail: franco.mascayano@gmail.com

de aspectos de la consciencia produce un “trastorno por estrés agudo”, y varios estadios disociativos por “trance y posesión” (3).

HISTORIA DE LA DISOCIACIÓN Y DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

El estudio de disociación comenzó a finales del siglo XVIII en Europa, con Eberhardt Gmelin (4), quien reportó el caso de una mujer alemana que “cambiaba” su personalidad de una tranquila campesina a una dama francesa de la aristocracia. En Norteamérica, el padre de la psicología americana, Benjamín Rush, incluye varios ejemplos en sus publicaciones médicas. Propone que la condición disociativa es causada por una desconexión entre los dos hemisferios cerebrales. El caso de Mary Reynolds, que se convertiría en el arquetipo americano de la personalidad múltiple por el resto del siglo, fue descrito en esa época por el médico Samuel Latham Mitchel (5).

En Francia, en cambio, Antoine Despine compila ciertos reportes de casos de personalidad múltiple, incluyendo niños y adolescentes. Muchos de éstos sufrían síntomas clásicos de conversión, como la ceguera psicogénica, la sordera, y la parálisis (6).

Hacia finales del siglo XIX, Jean-Martin Charcot ofreció dramáticas demostraciones de sus pacientes “histéricos”, los cuales fueron “magnetizados” ante la muchedumbre, compuesta por médicos y público interesado. Entre los asistentes se encontraban Sigmund Freud, Pierre Janet, y Joseph Babinski. El segundo de éstos atribuyó la histeria a un estrés “aplastante” y a un trauma actual. Él creyó que el proceso fundamental en la disociación era “el estrechamiento de conciencia”, que impide a la persona percibir ciertos fenómenos subjetivos, como memorias traumáticas (7).

Por otro lado Freud, otro discípulo de Charcot, comenzó una exploración similar de los fenómenos disociativos. Breuer y Freud reformularon el papel de la capacidad de disociarse, sin embargo, a través de los “estados hipnoides”. De este modo, estos autores creían que los síntomas disociativos debían ser atribuidos a la capacidad de entrar en estos estados hipnoides, y no a la inversa (8).

Ya en el siglo XX la segunda Guerra Mundial trajo muchas víctimas “histéricas” del campo de batalla, manifestando lo que se llamó “shell-shock”, exhibiendo floridas reacciones disociativas, incluyendo amnesias con respecto a su propia identidad, fugas, cegueras de conversión, y parálisis (9).

Finalmente, la publicación del DSM-III en 1980 trajo consigo una nueva “atención” a los trastornos di-

sociativos, como una categoría distinta de condiciones psiquiátricas.

MODELOS Y MECANISMOS DE LA DISOCIACIÓN

Procesamiento de la Información y Disociación

Algunos teóricos cognitivos han postulado que las teorías modernas del procesamiento de información se aproximan a la organización cognitiva desde abajo hacia arriba, en vez de desde arriba hacia abajo. Estos modelos de procesamiento tienen la ventaja de que permiten comprender cómo se procesan grandes cantidades de información y la capacidad humana para reconocer patrones a partir de una información aproximada (10). Un ejemplo serían los modelos de procesamiento en paralelo (PDP), según los cuales es teóricamente probable que se produzcan errores en la integración de los contenidos mentales. En este sentido, se han realizado intentos explicativos de la psicopatología a partir de dificultades de las redes neuronales para el procesamiento de la información, como por ejemplo en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, y en los trastornos disociativos (11, 12). Según Hales *et al.*, “cuando una red tiene dificultades para integrar el procesamiento de la información de entrada (como cuando el estímulo de entrada es traumático) es más difícil que se consiga un resultado unificado y equilibrado. Estas redes neuronales tienden a caer en una situación «disociada»”.

Sistemas de Memoria y Disociación

Siguiendo a autores como Schacter o Squire, la memoria puede dividirse en dos categorías muy amplias: memoria explícita (o declarativa) y memoria implícita (13, 14). La primera se refiere a recuerdos personales, o también a hechos y datos de nuestra cultura y sociedad. La memoria implícita (o procedimental), en cambio, implica la ejecución de operaciones rutinarias, como puede ser montar en bicicleta o escribir a máquina. Estas operaciones pueden ser realizadas con un rendimiento elevado con muy poca intervención de la consciencia en la ejecución o en los episodios de aprendizaje sobre los cuales se basó dicha habilidad.

Para Hales *et al.* (3), esta distinción entre dos tipos de memoria, puede ser de mucha utilidad en algunos fenómenos disociativos. Por ejemplo, los automatismos que se observan en ciertos trastornos disociativos pueden ser un reflejo de la separación de la autoidentificación en ciertos tipos de memoria explícita y la actividad rutinaria en la memoria implícita

Tabla 1
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA AMNESIA DISOCIATIVA

Según DSM-IV:

- A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.
- B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (por ejemplo trastorno amnésico por traumatismo craneal).
- C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Según CIE-10:

- A. La presencia de amnesia, parcial o completa, para hechos recientes de naturaleza traumática o estresante (lo cual a veces sólo puede ponerse de manifiesto a través de información de terceros)
- B. La ausencia de un trastorno orgánico cerebral, intoxicación o fatiga excesiva.

o semántica. En consecuencia, no es tan extraño para nuestro procesamiento mental que podamos actuar de un modo automático desprovisto de autoidentificación explícita. Cuando nos es necesario recuperar la memoria explícita sobre cómo y cuándo aprendimos todas las actividades implicadas en una acción, es muy improbable que seamos capaces de funcionar con el mismo grado de eficiencia. Por ende, existe un modelo de investigación en memoria, que relaciona la identidad y la ejecución en una tarea, el cual nos podría entregar un homólogo patológico en trastornos tales como la amnesia disociativa, la fuga y el trastorno de la identidad.

Trauma y Disociación

Según Hales *et al.*, “un trauma se podría definir como la experiencia de ser convertido en un objeto o caso, de ser la víctima de la rabia de alguna persona o de la indiferencia de la naturaleza. Es la experiencia extrema del sentimiento de indefensión y de pérdida del control sobre el propio cuerpo” (3). Se ha comenzado a acumular gran cantidad de evidencia empírica, que apoya la teoría de que la disociación se produce como defensa durante un suceso traumático. Terr (15) menciona que los niños expuestos a traumas múltiples utilizan con más frecuencia mecanismos de defensa disociativos, entre los que destacan los episodios espontáneos de trance y amnesia. Así, los datos que se van recogiendo apuntan a una mayor prevalencia de los síntomas disociativos en los pacientes con trastornos del Eje II, como el trastorno límite de la personalidad.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Amnesia Disociativa

La amnesia disociativa es un trastorno funcional clásico de la memoria y consiste en la dificultad para recuperar componentes concretos de la memoria episódica. Se caracteriza porque:

1. La pérdida de la memoria es episódica. Se pierde la capacidad de recolección de ciertos sucesos personales más que los procedimientos cognitivos.
2. La pérdida de la memoria se produce durante un periodo discreto de tiempo, variando de minutos a años. A diferencia de los trastornos amnésicos, causados por ejemplo por una lesión quirúrgica del lóbulo temporal medial o por el síndrome de Wernicke-Korsakoff, normalmente no existen dificultades para aprender información episódica nueva (16). Por lo tanto, la amnesia normalmente suele ser retrógrada en vez de anterógrada (17).
3. La pérdida de la memoria afecta normalmente a sucesos de naturaleza traumática o estresante. En un estudio realizado sobre ello la mayoría de los casos estaban relacionados con abusos sufridos durante la infancia (18).

La amnesia disociativa es más frecuente durante la tercera y la cuarta décadas de vida. Es común la comorbilidad con el trastorno por conversión, la bulimia, el consumo de alcohol y la depresión y, con menor

Tabla 2
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA FUGA DISOCIATIVA

Según DSM-IV

- A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.
- B. Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).
- C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (por ejemplo epilepsia del lóbulo temporal).
- D. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Según CIE-10

- A. Las características de la amnesia disociativa
- B. Un desplazamiento intencionado más allá del ámbito cotidiano (el límite entre vagabundeo y desplazamiento depende del conocimiento de las circunstancias locales)
- C. El mantenimiento del cuidado básico de sí mismo (en la comida, aseo, etc.) y de la interacción simple con extraños (como el comprar billetes o gasolina, preguntar por direcciones o encargar una comida).

frecuencia, en pacientes que presentan trastornos del eje II, como los trastornos histriónicos, dependientes y límite de la personalidad.

Cichetti y Cohen, por su parte, afirman que durante la segunda Guerra Mundial los porcentajes de reportes de amnesia disociativa fueron del 5% al 14,4% (6). En un estudio de 1.000 soldados expuestos a un combate intenso, el 35% presentaba amnesia disociativa. En otro punto, la Amnesia Disociativa fue encontrada en aproximadamente el 6% de una muestra estratificada general en Winnipeg, Canadá (19).

Tratamiento

Ciertos casos de amnesia disociativa revierten de forma espontánea. En la mayoría de ellos, la amnesia puede ser tratada usando técnicas como la hipnosis. La mayoría de pacientes con trastornos disociativos son altamente hipnotizables bajo condiciones normales, y por lo tanto es fácil la utilización de técnicas hipnóticas como la regresión (20).

Una técnica que puede ayudar a dirigir estas memorias hacia la consciencia, mediante la modulación de la respuesta afectiva, es la técnica de la pantalla (21). Según este enfoque, se enseña a los pacientes, mediante hipnosis, a revivir el suceso traumático como si lo estuvieran viendo en una película o programa de televisión imaginario.

Caso Clínico

Señora "Y", 51 años de edad, mujer casada que fue remitida desde la Unidad Regional de Neurología al Departamento de Psicología de un hospital psiquiátrico. Ella tuvo una historia de episodios depresivos severos con ideación suicida, e informó una pérdida total de la memoria por un periodo de 12 años de su vida. Este periodo iba de los 37 a los 49 años. A la edad de 49 ella tuvo un accidente automovilístico, a partir del cual sufrió una lesión muy pequeña, pero no la pérdida de conciencia. La paciente no sufrió ningún síntoma recordando lo que sucedió en el accidente, e inmediatamente después de él; pero repentinamente, había perdido la totalidad de su memoria con respecto a los últimos 12 años.

Durante los siguientes dos años ella ha trabajado duro para recuperar su memoria, mirando las fotografías que su familia le mostró, leyendo las cartas que ella escribió, recordando los paseos a lugares sugeridos por su familia, y hablando con familiares y amigos, quienes fueron capaces de contarle acerca de ciertos acontecimientos biográficos. Dijo que los acontecimientos que su familia relataba no "significan nada para mí" (22).

Fuga Disociativa

La fuga disociativa combina un fallo en la integración de ciertos aspectos de la memoria personal junto con una pérdida de la identidad personal y de los automatismos

de la conducta motora (3). Se caracteriza por viajes súbitos lejos del lugar de trabajo o residencia (aunque mayormente lugares previamente conocidos), de carácter inesperado y guiados por un propósito. Asociado a esto se presenta una incapacidad para recordar partes o la totalidad del pasado, confusión sobre la propia identidad o adopción de una identidad nueva (aunque sólo parcial).

La causa más frecuente suele ser una experiencia traumática o una pérdida, lo que gatilla el episodio bruscamente. Es frecuente encontrar en una persona más de un episodio.

Los viajes realizados pueden ser tanto de corta como de larga duración, abarcando lapsos que van desde ciertas horas hasta varios meses.

Es importante destacar que en estos lapsos las personas que presentan el trastorno son capaces de mantener, por lo general, el cuidado de sí mismos, siendo una de las razones de su identificación la pérdida asociada de memoria, demostrado en el desconocimiento de la propia identidad (1). Sin embargo, es poco frecuente observar casos en los que se asuma una nueva identidad que, de llegar a presentarse, puede abarcar la adopción de un nuevo nombre, nueva residencia y una gama de actividades sociales frecuentemente vinculadas a la presencia de una mayor desinhibición en comparación con la identidad de base que puede tener una remisión espontánea.

Al volver al estado de normalidad puede presentarse amnesia para los acontecimientos traumáticos que llevaron a ella. Además pueden aparecer trastornos asociados, como depresión, disforia, duelo, vergüenza, sentimientos de culpa, estrés psicológico, conflicto e impulsos agresivos y suicidas, trastornos del estado del ánimo, trastornos por estrés postraumático o trastorno por consumo de sustancias (2).

Debe diferenciarse la fuga disociativa de trastornos con características similares, dentro de los cuales se encuentran por ejemplo las huidas en episodios maníacos. En este caso el viaje se relaciona con ideas de grandeza u otros síntomas de manía, siendo la mayor diferencia con la fuga disociativa la presencia de conducta o comportamiento inapropiado, además de que no existe la asunción de una identidad distinta. También debe diferenciarse del comportamiento errático provocado por la esquizofrenia. En esta situación, la persona afectada no sólo presenta deambulación sino además los síntomas positivos y negativos característicos de la psicopatología, los que no se aprecian en la fuga.

Sin embargo, la diferenciación más complicada de realizar, y que debe tenerse en cuenta, es la fuga por simulación, en la que deben observarse principalmente

Tabla 3

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESTUPOR DISOCIATIVO

Según CIE-10:

- A. La presencia de un estupor, descrito más arriba
- B. La ausencia de un trastorno psiquiátrico o somático que pudiera explicar el estupor
- C. La presencia de acontecimientos estresantes recientes o de problemas actuales.

las situaciones ventajosas del viaje como criterio diferencial.

El trastorno se presenta en aproximadamente un 2% de la población general, mayormente en adultos entre los 20 y los 40 años, a pesar de que se han observado casos en menores de hasta 7 años de edad (23). Pueden aparecer tanto uno como varios episodios de fuga de duración variable (de horas a meses) y la recuperación puede darse espontáneamente y suele ser rápida. Sin embargo, como efecto residual, puede presentarse amnesia disociativa refractaria.

Tratamiento

En la mayoría de los pacientes no es necesaria una atención específica. Sin embargo, el uso de hipnosis se recomienda para la obtención de aquellos datos de la memoria que se encuentran inaccesibles o disociados. Tras la reconstrucción del ámbito disociado se recomienda, además, psicoterapia, con la cual se busca lograr modificar las tendencias de confrontación que poseen las personas que han padecido disociación, en pro de la expresión de las problemáticas a los terceros involucrados.

Caso Clínico

Marta, una madre soltera de mediana edad, llegó a una clínica rural de Méjico. Mientras se la entrevistaba se hizo evidente que era incapaz de quedarse quieta o permanecer sentada; durante los raros momentos en los que se sentaba permanecía inquieta. Estaba lúcida y podía hablar coherentemente de su vida. Algunos meses antes de llegar a la clínica un hombre había tratado de violar a una de sus sobrinas. Fue atrapado por los parientes de la niña, quienes lo colgaron de una biga. Pocos días después Marta dejó su casa por un rato y cuando volvió notó que la puerta estaba abierta. El pensamiento de que una de sus hijas había sido violada se cruzó inmediatamente por su cabeza (aunque nada había pasado en realidad) y lo siguiente que recuerda es estar caminando por la Catedral de Ciudad

de Méjico, a cientos de millas de su pueblo, sin saber cómo había llegado ahí y sintiéndose confundida sobre sí misma (24).

Estupor Disociativo

El estupor consiste primordialmente en un estado caracterizado por la disminución profunda o ausencia de motilidad voluntaria, y una respuesta normal a los estímulos externos, tales como la luz, el ruido o el ser tocado y otros muchos estímulos de distintas modalidades sensoriales, lo que implica la conservación del sistema reflejo y sensorial. El estado de estupor se encuentra relacionado con diversas patologías, como enfermedades infecciosas, estados de intoxicación, hipotermia profunda, enfermedades vasculares, neoplasmas, deficiencia de vitamina D, así como con trastornos depresivos (especialmente el no especificado), esquizofrenia catatónica, y trastornos disociativos o de conversión. En este último, si bien la conducta o comportamiento del sujeto satisface los criterios diagnósticos de estupor, la anamnesis, la exploración clínica y la realización de pruebas complementarias ponen de manifiesto la ausencia de una etiología somática u orgánica. Existe, además, evidencia positiva de génesis psicógena, en forma de acontecimientos o conflictos biográficos estresantes recientes o problemas sociales o interpersonales importantes. Dentro del marco de características conductuales generales presentes en el estupor disociativo, el individuo permanece sentado o acostado considerablemente inmóvil y mutista durante largos lapsos de tiempo. La fasia es de perplejidad y muy lejana, asociada a hipotonía, pero con resistencia suave a los cambios de posición.

El estupor disociativo se caracteriza por un inicio brusco, secundario a acontecimientos psicológicamente traumáticos o conflictos emocionales.

En general, se trata de cuadros de corta duración, que ceden en horas o días. Un factor a considerar es la presencia (o antecedentes) de rasgos o un trastorno límite o histriónico de la personalidad.

Tratamiento

Existe un esquema general de terapia para diversas clases de trastornos disociativos, que sigue las líneas del tratamiento de trauma definidas por Herman, al tratarse, *grosso modo*, de cuadros de origen postraumático (25). En primera instancia, una llamada fase de estabilización, en que se intenta fortalecer y estabilizar al paciente. En una segunda fase se prosigue con el procesamiento de los recuerdos. Y finalmente, en

una tercera instancia, la reintegración de la personalidad y la recuperación de la funcionalidad interpersonal y social. Esto trae consigo la adquisición de una visión más unificada del acontecimiento biográfico traumático, desarrollando el paciente un sentido más coherente de su propia historia y poder así afrontar, de modo más efectivo, los problemas actuales. Ahora bien, la terapia psicofarmacológica no resulta efectiva con los síntomas disociativos en general, a no ser que haya comorbilidad con un cuadro depresivo o un trastorno de ansiedad. Los antidepresivos y ansiolíticos se emplean a menudo con el fin de reducir los síntomas de ansiedad y depresión asociados al trastorno disociativo.

Caso Clínico

Paciente de 19 años, soltera, reside con su familia en un ámbito rural, acude a urgencias para valoración por psiquiatría por cuadro de estupor, mutismo y trastornos del comportamiento, después de haber sido descartada patología orgánica. El episodio comienza cuando la paciente se dispone a ir a Torrot a sellar la cartilla del paro; con su hermano la paciente presenta trastornos de conducta sospechosos. Comienza con un cuadro de progresivo aislamiento y mutismo que motiva varias consultas hospitalarias, hasta que, después de ser valorada por Neurología, es valorada por Psiquiatría, donde ingresa presentando igual sintomatología, asociándose un cuadro de disminución de conciencia que llega al grado de estupor. Cuenta la familia que, unos días antes del cuadro, la paciente venía presentando trastornos del comportamiento, tales como bañar a los hermanos junto con los animales. Además, decía que veía cómo los cuadros se movían y una muñeca hablaba.

Presenta alerta, sin respuesta a estímulos verbales ni nociceptivos. No obedece órdenes sencillas. Mirada perdida. Rigidez espástica en cuello. Imposibilidad a la deglución y la deambulacion

El Diagnóstico final es Amnesia, fuga y estupor disociativo (26).

Trastorno de Personalidad Múltiple (o Trastorno Disociativo de Identidad)

El trastorno disociativo de identidad, o trastorno de personalidad múltiple, como se denomina en el CIE-10, es una condición infrecuente, pero conocida popularmente debido a la fascinación que ha producido en literatos y directores de cine la posibilidad de coexistencia de dos o más corrientes de conciencia en un mismo

Tabla 4
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA

Según DSM-IV:

- A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
- B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
- C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (por ejemplo crisis parciales complejas).

individuo (27). A pesar de que las referencias históricas de casos de personalidad múltiple abarcan más de dos siglos, uno de los más citados de la literatura científica es el caso de Miss Beauchamp (seudónimo dado a Clara Norton Fowler), descrito en 1905 por Morton Prince (28).

El trastorno de disociación de identidad parece iniciarse invariablemente en la infancia, pero no llama la atención hasta mucho más avanzada la edad. Además, suele diagnosticarse con mucha frecuencia en mujeres que en varones (de tres a nueve veces más frecuente), y aunque suele decirse que su prevalencia es muy baja, los datos parecen sugerir que no es tan infrecuente como se pensaba (29). De acuerdo a los criterios diagnósticos, una de sus características definitorias es la presencia de dos o más personalidades o identidades en la misma persona, con patrones propios y relativamente duraderos o persistentes de percepción, interacción y concepción del medio y de sí mismo. Las personalidades o identidades pueden mostrarse en forma simultánea o sucesiva. Respecto al tipo de conocimiento entre las identidades, éste puede ser mutuo, es decir, pueden conocerse entre sí, y puede existir un continuo de memoria. Cada personalidad tiene, empero, una experiencia subjetiva independiente. En el caso de que las personalidades sean mutuamente amnésicas (amnesia simétrica), ninguna sabe de la existencia de la otra. Finalmente, en los casos donde hay amnesia asimétrica, la personalidad A no conoce sobre la existencia de B, pero la personalidad B sí mantiene un continuo de memoria de la personalidad A. Ahora bien, ¿cuál de las personalidades es la primaria? Kihlstrom *et al.* señalan que existe cierta tendencia a identificar la personalidad primaria con aquella que tiene más cualidades convencionales y socialmente deseables, pero existen otros criterios, como el de asignar esta denominación a la personalidad que controla la identidad durante más tiempo o la que se manifiesta con más frecuencia (30).

Tratamiento

Psicoterapia individual a largo plazo con enfoques de apoyo y revelación

- Dirección terapéutica. Es posible ayudar a que los pacientes con un trastorno de identidad disociativo aumenten el control sobre el proceso disociativo que subyace a sus síntomas.
- Hipnosis. La hipnosis puede ser útil tanto a nivel terapéutico como diagnóstico (3). La hipnosis puede ser útil para facilitar el acceso a las personalidades disociadas. Las personalidades pueden surgir de forma espontánea durante la inducción hipnótica.

Caso Clínico

Joan, una mujer casada madre, de dos hijos, fue presentada para tratamiento de una disfunción sexual recientemente reportada, que afectaba su matrimonio. Aunque Joan también reportó haber tenido problemas de depresión en la infancia, negó otros problemas. Debido al problema presentado, el terapeuta pidió al esposo de Joan que asistiera a las sesiones. Durante la primera discusión con el esposo de Joan, quedó claro que Joan tenía una variedad de problemas que ella no había mencionado durante la sesión inicial. Su esposo describió problemas de memoria, también cómo a veces la encontraba aterrorizada, escondiéndose en el closet o bajo la cama, actuando como si no lo reconociera por esos momentos, y reportó que ella había crecido en un ambiente de violencia y abuso. Joan describió frecuentes episodios de despersonalización y desrealización, pesadillas, y flash backs; también reveló que frecuentemente escuchaba voces desde dentro de su cabeza. Ella percibía las voces como viniendo de otras personas dentro de su cabeza expresando la creencia de que eran

Tabla 5
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

Según DSM-IV:

- A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (por ejemplo, sentirse como si se estuviera en un sueño).
- B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
- C. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo epilepsia del lóbulo temporal).

personas distintas. Se hizo claro que aquellas voces eran las personalidades alternas que a veces tomaban control de Joan. Estas personalidades parecían también recordar los eventos que Joan no podía (24).

Trastorno de Despersonalización

La sensación de extrañeza con el cuerpo tiene distintas presentaciones, como por ejemplo, experiencias extracorpóreas o autoscopia (presencia apreciable de un doble). Dentro de las mismas es que podemos encontrar la despersonalización, que sería un trastorno de la integración de las experiencias perceptuales.

Según estudios de Jacobs y Bovasso, existirían cinco tipos de despersonalización: inautenticidad, negación de sí mismo, objetivización de sí mismo, desrealización y desprendimiento del cuerpo (31).

Ciertos rasgos comunes encontrados en este trastorno son: una percepción alterada de sí mismo en donde, por ejemplo, la persona siente que el cuerpo en el que está no es el que le pertenece, sensación de irrealdad en donde todo parece un sueño o incluso la propia percepción puede parecer irreal, alteraciones sensoriales en donde se observan percepciones distorsionadas como ver colores menos brillantes, etc.

El rasgo esencial en este trastorno es la súbita aparición de la sensación de extrañeza con el propio cuerpo o parte de él. Suele presentarse ya sea durante o tras el sometimiento a una situación traumática, como efecto de la meditación, como resultado de la ingestión de drogas psicodélicas, sugestión hipnótica, etc. (32).

A diferencia de otros trastornos disociativos, suele acompañarse de otras patologías. Dentro del mismo espectro, por ejemplo, suele asociarse con la desrealización, que consiste en una alteración de la percepción del entorno. Además, se puede asociar con ansiedad, trastorno por estrés postraumático, privación sensorial, depresión, pensamientos obsesivos, hipocondría, etc.

Suele apreciarse mayormente en personas jóvenes, menores de 40 años y más en mujeres que en hombres en una proporción 2:1 (23). La aparición suele ser aguda y más bien en el periodo adyacente a la situación estresante, pudiendo iniciarse en la infancia (pudo no identificarse aunque es poco frecuente), adolescencia o edad adulta. La duración es variable, abarcando desde segundos hasta años. Suele tener un curso crónico, con exacerbaciones y remisiones esporádicas

Tratamiento

Debido a que la despersonalización suele asociarse a cuadros ansiosos, es frecuente el tratamiento con ansiolíticos. Además, caracterizando bien el cuadro, viendo si es una despersonalización asociada o no a otra patología, también pueden realizarse otras aproximaciones. Así, si se presenta sola, la inducción hipnótica es una buena opción para la reducción de los síntomas transitorios y manejo de la sensación de extracorporeidad desde algo desagradable a algo placentero.

Caso Clínico

Frank, un estudiante universitario de 20 años, visitó su centro de orientación estudiantil con un problema que describió como "un sentimiento enloquecedor". Describió que, frecuentemente, mientras estudiaba en su habitación, comenzaba a sentirse de alguna manera desconectado de su cuerpo, como si apenas pudiese sentir sus brazos, rostro o cuerpo. Si se levantaba para caminar, se estresaba aún más puesto que sentía que al caminar sus pies no tocaban el suelo (...). Frank encontró la situación muy estresante y comenzó a interferir con su desempeño académico (...). El terapeuta reconoció que Frank sufría tanto de despersonalización como de desrealización (24).

OTROS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Además de los cinco trastornos expuestos anteriormente, encontramos otros enmarcados ya sea en Trastornos no Especificados (DSM-IV) o en Otros Trastornos (CIE-10). Entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- a. Síndrome de Ganser: caracterizado por la emisión de respuestas erróneas aunque cercanas a las correctas para el caso (respuestas de aproximación). También se aprecian gestos por aproximación, alteración de la conciencia, alucinaciones y pérdida de memoria. Su marco de presentación sugiere una etiología psicógena (33, 34).
- b. Trastorno de Trance y Posesión: son trastornos en los que existe una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la conciencia del entorno (1). Dentro de las especificaciones del DSM-IV, el estado de trance no se asocia a la aparición de otras identidades y la actividad desarrollada en el transcurso del estado no suele ser de carácter complejo. Mientras que en el estado de posesión puede aparecer más de una identidad alternativa que se presenta con características propias del individuo, y la tarea desarrollada tiene mayor complejidad, por ejemplo mantener una conversación coherente. En este estado suele presentarse una amnesia total o parcial, no frecuente en el estado de trance.
- c. Trastorno Disociativo de la Motilidad: Las variedades más frecuentes son la pérdida de la capacidad de movimiento de la totalidad o de una parte de un miembro o miembros. La parálisis puede ser completa o parcial, con movimientos debilitados o lentos. Puede parecerse a ataxia, apraxia, acinesia, afonía, disartria, discinesia, ataque o parálisis. Pueden aparecer también temblores o sacudidas exagerados de una o más extremidades o de todo el cuerpo (1).
- d. Convulsiones Disociativas: Los movimientos de las convulsiones disociativas pueden imitar a los ataques epilépticos, pero en ellas la mordedura de la lengua, las contusiones debidas a las caídas y la incontinencia de orina son raras y no hay pérdida de la conciencia.
- e. Anestias y Pérdidas Sensoriales Disociativas: caracterizado por la aparición de alteraciones exclusivamente de tipo sensitivo-sensorial que no son consecuencia de lesiones neurológicas. Las más frecuentes son las pérdidas o alteraciones de la sensibilidad cutánea y las pérdidas visuales (la pérdida de la visión es rara vez total y las pertur-

baciones visuales más frecuentes son una pérdida de agudeza o una visión borrosa) manteniéndose intactas la movilidad y las funciones motrices. También se incluyen la sordera y la anosmia disociativa. Puede presentarse, además, parestesia.

REFERENCIAS

1. López Ibor JJ. CIE-10, Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed.). MASSON, S.A.Barcelona; 1995
3. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 1996
4. Ellenberger HF. The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. New York: Basic Books; 1970
5. Putnam FW. Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 1989 2(4), 413-429
6. Despine A. De l'emploi du magnétisme animal et des eaux minérales dans le traitement des maladies nerveuses, suivi d'une observation tres curieuse de nevropathie. 1840 Paris: Baillière; en Cicchetti D. & Cohen D. *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation.* John Wiley & Sons, Inc; 2006
7. Cicchetti D, Cohen D. *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation.* John Wiley & Sons, Inc; 2006
8. Breuer J, Freud S. Studies on hysteria (1893-1895), in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 2. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1955
9. Menninger W. Psychiatry and the war. *Atlantic*, 1945, 176: 107-114
10. Rumelhart DE, McClelland JL. *Parallel Distributed Processing: Explorations in the Microstructure of Cognition*, 2 Volumes. Cambridge, MA, MIT Press, 1986
11. Hoffman RE. Computer simulations of neural information processing and the schizophrenia-mania dichotomy. *Arch Gen Psychiatry* 1987, 44:178-188
12. Li D, Spiegel D. A neural network model of dissociative disorders. *Psychiatric Annals* 1992, 22:144-147
13. Schacter DL. Understanding implicit memory: a cognitive neuroscience approach. *Am Psychol* 1992, 47:559-569
14. Squire LR. Memory and the hippocampus: a synthesis from findings with rats, monkeys, and humans. *Psychol Rev* 1992, 99:195-231
15. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991, 148:10-20
16. Squire LR, Zola-Morgan S. The medial temporal lobe memory system. *Science* 1991; 253:1380-1386; en Hales R.; Yudofsky S.; Talbott J. *Tratado de Psiquiatría.* The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 1996
17. Loewenstein RJ. An official mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1991, 14: 567-604
18. Coons PM, Milstein V. Psychosexual disturbances in multiple personality: characteristics, etiology, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1986, 47:106-110
19. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*,

- 1997, 106; 4: 499–510; en Cicchetti D. & Cohen D. *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*. John Wiley & Sons, Inc; 2006
20. Spiegel H, Spiegel D. *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*. New York, Basic Books, 1978 [Reprinted by American Psychiatric Press, Washington, DC
 21. Spiegel D. Vietnam grief work using hypnosis. *Am J Clin Hypn* 1981, 24:33-40; en Hales R.; Yudofsky S.; Talbott J. *Tratado de Psiquiatría*. The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 1996
 22. Degun-Mather M. Hypnosis in the treatment of a case of dissociative amnesia for a 12-year period. *Contemporary Hipnosis* 2002, 19; 1: 31-41
 23. Fuentealba C. *Trastornos somatomorfos y disociativos*. Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental. Apunte de clases. Universidad de Chile; 2007
 24. Hersen M, Turner S, Beidel D. *Adult Psychopathology and Diagnosis*. 5° Edición; 2007
 25. Herman, JL. Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1992, 5; 3: 377-391
 26. Urquiza FJ. Un caso de Estupor Disociativo. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero–15 de Marzo 2000; Conferencia 35-POS-A: [7 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa35/conferencias/35_pos_a.html
 27. Belloch A. *Manual de Psicopatología*. Madrid : McGraw-Hill; 1995
 28. Prince, M. *The Dissociation of a Personality: a Biographical Study in Abnormal Psychology*. New York: Longmans, Green; 1905
 29. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987; en Hales R, Yudofsky S, Talbott J. *Tratado de Psiquiatría*. The American Psychiatric Press, Ancora S.A. Barcelona; 1996
 30. Kihlstrom J. Dissociative Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005, 1: 227-253
 31. Jacobs JR, Bovasso GB. Toward the Clarification of the Construct of Depersonalization and its Association with Affective and Cognitive Dysfunctions. *Journal of Personality Assessment*, 1992, 59; 2: 352-365
 32. Lazarus A. Psychiatric problems precipitated by transcendental meditation. *Psychological Reports*, 1976, 10: 39-74; en Hersen M, Turner S, Beidel D. *Adult Psychopathology and Diagnosis*. 5° Edición; 2007
 33. Sizaret P. Le syndrome de Ganser et ses avatars. *Ann Méd Psychol* 1989; 147;2: 167-179
 34. Whitlock. The Ganser Syndrome. *Br J Psychiatry* 1967, 113: 19-29