

TEMA 08

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

2.A.- CONCEPTO DE DISOCIACIÓN

- Kihlstrom, Tataryn y Hoyt, señalan que los trastornos disociativos trastornos "peculiares", porque la propia etiqueta del trastorno, implica un mecanismos específico ⇒ La disociación.
- **DISOCIACIÓN:** "Separación estructurada de los procesos mentales (pensamientos, emociones, conciencia, memoria e identidad) que normalmente están integrados".
- Los orígenes del concepto se encuentran en la "primera psiquiatría dinámica" (1775-1900), aunque, sus antecedentes mas lejanos se encuentran en el *mesmerismo*, el *magnetismo animal* o en la *hipnosis*.
- Descrito por primera vez por **Pierre Janet**, que identificaba las estructuras mentales del sistema mental como "automatismos psicológicos": Cada automatismo, unía cognición, emoción y motivación con la acción. Sería similar a los "sistemas de producciones" o "producciones" (unidades de cognición-acción que se ejecutan como respuesta a indicios contextuales apropiados).
El repertorio de automatismos psicológicos elementales de una persona, está unido en un único y unificado flujo de conciencia, accesible a la conciencia fenoménica introspectiva y al control voluntario.
Bajo ciertas circunstancias, podría ocurrir que uno o más automatismos se dividieran del resto, funcionando fuera de la consciencia e independientemente del control voluntario ⇒ "Desagrégation": ruptura de la vida mental, que normalmente se halla integrada, y falta de integración entre diversas partes de la personalidad.
- Este concepto es distinto del de "represión", mantenido por **Freud**, porque:
 - a) Los automatismos de Janet *son "ideas fijadas"* que poseían *algún grado de autonomía* con respecto a su desarrollo y efectos en la acción, en la experiencia y en el pensamiento.
 - b) *Son "subconscientes"* (fuera de la consciencia que podía volverse consciente ocasionalmente) como opuestos a "inconscientes".
 - c) Consideraba la *represión como uno más de los mecanismos posibles de disociación*.

- El éxito de los planteamientos freudianos, oscurecieron el trabajo de Janet: triunfó la "segunda psiquiatría dinámica", con su énfasis en el sexo, la agresión, los sueños y la represión.
- La disociación se consideró, desde el primer momento, como uno de los mecanismos de la histeria.

3.A.1.- Amnesia Disociativa (Psicógena)

- ◆ Es tan común que podría considerarse un diagnóstico redundante. Sin embargo, hay casos en los que la amnesia es la característica predominante y constituye un diagnóstico principal. El diagnóstico de amnesia disociativa se aplica cuando existe una pérdida de memoria personal que no puede explicarse en base al olvido normal ni es debida a enfermedad o daño cerebral. Se trata de una amnesia típicamente retrógrada que afecta a veces a algún acontecimiento traumático, mientras que otras veces puede cubrir un período de tiempo más amplio.
- ◆ **Criterios diagnósticos según el DSM-IV:**
 1. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, demasiado extensa como para ser explicada a partir del olvido ordinario.
 2. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno disociativo de identidad y no es debida a efectos de sustancias o a una condición médica general.

Ocupa la primera posición en la clasificación de los trastornos disociativos.
- ◆ **Diferencias con otros sistemas de clasificación:**
 - * No diferencias con el **CIE-10**.
 - * En el **DSM-III-R** no se señala que los hechos no recordados son de naturaleza traumática o estresante, la incapacidad se define como "repentina", y se sitúa después del trastorno de personalidad múltiple y de la fuga psicógena.
- **Janet** propone 4 categorías para describir las distintas formas en que puede manifestarse y posteriormente recogidas por el DSM-III-R):
 1. **Amnesia localizada:** Es el tipo más común. *Fallo en recordar hechos que ocurrieron durante un periodo específico de tiempo* (primeras horas siguientes al trauma). Corriente entre supervivientes de catástrofes naturales o de delitos violentos.

2. **Amnesia selectiva:** Similar a la anterior pero hay un *recuerdo parcial de los hechos* que ocurrieron en ese periodo.
3. **Amnesia generalizada:** *Pérdida completa de memoria del pasado del paciente.* Suele estar presente en la personalidad múltiple.
4. **Amnesia continua:** Se extiende desde un punto concreto del pasado, hasta el presente incluyéndolo. Es el único caso en el que existe amnesia anterógrada de carácter psicógeno (en todos los demás la amnesia es retrógrada).

- **Nemiah**, distingue **3 tipos de amnesia psicógena:**

1. **Localizada:** *Afecta a un periodo de tiempo variable* (desde horas a semanas).
2. **Sistematizada:** *Afecta solo a acontecimientos específicos y al material relacionado con ellos.*
3. **Generalizada:** Implica una *pérdida transitoria de memoria de la vida completa del individuo.*

◆ La amnesia se puede considerar como reacciones, infrecuentes pero distintivas, a estresores graves, como violaciones, accidentes catastróficos,....

- Se afirma que este trastorno tiene incidencia mayor en tiempos de guerra o después de desastres naturales. Es decir, **la amnesia psicógena puede ser un síntoma del trastorno por estrés postraumático** (dentro de los trastornos de ansiedad).

Por otro lado, aunque por definición no puede estar causada por daño o enfermedad cerebral, nos podemos encontrar con casos en que la amnesia funcional se asocia a daño cerebral.

Existen **signos que ayudan a diferenciar la amnesia psicógena de la orgánica:**

1. Pérdida de identidad personal: *Poco frecuente en las orgánicas.*
2. Afectación del aprendizaje de material nuevo: *Poco frecuente en las psicógenas.*
3. La información olvidada puede ser recordada, en el caso de las *psicógenas,* mediante barbitúricos o hipnosis.

Otros problemas mas importantes del diagnóstico de amnesia psicógena es distinguirla de la simulada, quizá la única ayuda reside en el concepto de motivación inconsciente.

3.A.2.- Fuga Disociativa (Psicógena)

Se caracteriza por un estrechamiento de la conciencia, errando lejos del entorno habitual, con amnesia posterior para lo ocurrido. La persona parece tener un buen contacto con el ambiente, y normalmente se comporta de un modo apropiado, aunque a veces presenta desinhibición. Puede darse pérdida de identidad o asunción de otra identidad falsa.

- Criterios diagnósticos según el DSM-IV:

1. La alteración predominante es la existencia de un *viaje repentino e inesperado lejos del hogar o del lugar habitual de trabajo, con incapacidad para recordar el propio pasado.*
 2. *Confusión sobre la identidad personal o asunción de una identidad nueva.*
 3. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno disociativo de identidad, y no es debida a efectos de sustancias o a una condición médica general.
- La duración del episodio puede ser variable (de horas hasta semanas).
 - Los estados de fuga muestran marcadas diferencias en incidencia y presentación entre culturas.
 - Suelen estar relacionados con estresores importantes como en los caos de TEP.
- #### - Diferencias con otros sistemas de clasificación:
- * La CIE-10, resalta que *no se deteriora el mantenimiento del cuidado básico de sí mismo (en la comida, en el aseo), ni la interacción simple con extraños (poner gasolina, preguntas por una calle).*
 - * El DSM-III-R, no incluía el criterio 2. Lo sitúa después del trastorno de personalidad múltiple.
- #### - Fisher, distingue 3 tipos de fugas:
1. *Amnesia* para la propia historia personal, acompañada de un *cambio de identidad y un nuevo domicilio.*
 2. *Amnesia* acompañada por a *pérdida* (pero no cambio) *de identidad personal.*
 3. *Regresión* a un periodo anterior de la propia vida, con *amnesia*, pero *sin cambio de identidad.* Difícil distinguirla de la amnesia psicógena.
- La "recuperación de la fuga" suele presentarse como una conciencia espontánea de la situación. Cuando la situación se resuelve, el paciente sufre amnesia lacunar para el periodo de la fuga.
 - Factores predisponentes (Kopelman): *Estresores precipitantes, Estado de ánimo deprimido, Intentos de suicidio* (nunca durante la fuga ⇒ la fuga puede ser un sustituto del suicidio en los cuadros depresivos), *Historia previa de*

trauma craneal, Epilepsia, Historia previa de abuso de alcohol, Tendencia a mentir.

PRATT señala que el suicidio nunca ha ocurrido durante la fuga, pero puede darse una vez que el sujeto "ha vuelto en sí".

Hay que destacar que la relación entre el haber padecido previamente en síndrome amnésico y la probabilidad de padecer en el futuro una fuga psicógena en presencia de depresión o factores estresantes, lo que señala que la dificultad de separar las amnesias orgánicas de las psicógenas. El diagnóstico de fuga no entraña grandes dificultades cuando están presentes todos sus elementos.

- Hay que **diferenciar el estado de fuga de otros estados: fuga epiléptica y poriomanía** (vagar a causa de una epilepsia).

El inicio de la poriomanía suele ir precedido de un aura y su duración es sólo de unos pocos minutos.

En ambos casos de epilepsia, los pacientes se comportan como si estuviesen intoxicados, con movimientos azarosos y conductas violentas.

3.A.3.- Trastorno Disociativo De Identidad (Personalidad Múltiple)

- Es infrecuente pero fascinante.
- Parece iniciarse en la infancia, aunque no llama la atención hasta mucho más tarde
- Suele diagnosticarse con mayor frecuencia en mujeres.
- Este trastorno origina graves problemas jurídicos y legales.

- **Criterios diagnósticos según el DSM-IV:**

1. Presencia de 2 o mas identidades distintas o estados de personalidad.
2. Por lo menos, 2 de éstas identidades, toman el control de la conducta de la persona de forma recurrente.
3. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado extensa como para ser explicada por un olvido ordinario: Amnesia psicógena.
4. No es debida a efectos directos de una sustancia.

- **Diferencia con el DSM-III-R:**

- * No incluía los criterios 3 y 4.
- * No hablaba de identidades sino de personalidades y se ubicaba en primera posición.

- La personalidad múltiple es el único trastorno de personalidad específico que es diagnosticado como trastorno mental.

También diferenciar diagnósticos de la CIE-10 de "cambio de personalidad" que a menudo es un proceso insidioso y no reversible.

TAYLOR y MARTIN revisaron la literatura clínica descrita (76 casos publicados, mitad de los cuales eran casos de doble personalidad y señalaron las características que distinguían a estas " personalidades":

- 1- cualidad general de la personalidad como un todo
 - 2- ajuste social o corrección de la conducta
 - 3- la identidad sexual o la orientación exotesexual
 - 4- la diferencias en lenguaje, edad o destrezas
 - 5- anestesia en una o mas modalidades, sensoriales o parálisis en uno o mas miembros.
- Las personalidades pueden mostrarse de forma simultánea o de forma sucesiva.

Ellenbergner, 3 categorías:

1. Se dan **personalidades múltiples sucesivas**, con amnesia simétrica o asimétrica (en función de si las personalidades conocen o no a las otras y comparten su memoria). Es el caso más usual.
2. **Personalidades simultáneas**. Caso más infrecuente.
3. **Agrupaciones de personalidades**.

Tipo de conocimiento entre personalidades:

- **Mútuo: "conversaciones entre personalidades"**.
 - **Ninguna personalidad sabe nada de la otra: Amnesia simétrica**.
 - **La personalidad A no sabe nada de la personalidad B, pero B sabe de A y comparte sus memorias: Amnesia en una sola dirección (asimétrica)**.
- **Problema de discernir que "yo" es el "primario" (Kihlstrom):**
Indican que existe cierta tendencia a identificar la personalidad primaria con aquellas que tienen mas cualidades convencionales y socialmente deseables, pero existen también otros criterios como el de asignar esta denominación a la personalidad que controla la identidad durante mas tiempo.
- Estado de consciencia de una personalidad cuando no está dominando la consciencia:
- Se supone que permanece inactiva en el inconsciente.
 - Algunas veces, puede vivir una existencia separada "por debajo de la superficie", mientras que la otra personalidad domina la consciencia y está en contacto con el mundo exterior ⇒ **Co-consciencia**.
- Concepto dinámico de ganancia secundaria: Las personalidades suelen tener un **propósito protector** y a menudo siguen a algún acontecimientos traumático.

- **Sims**, duda sobre la autenticidad de la personalidad múltiple: yatrogénica (creada por el interés que el clínico muestra en el caso), simulada.
La mayoría de las investigaciones se reducen a estudios de caso único en los que se utilizan paradigmas de investigación muy variados.

3.4.A. - La Despersonalización

- Originalmente **descrito** por **Kirshaber** (1872), e **introducido** por **Dugas** y **Moultier** (1911): "*Cambio articular en la consciencia de sí mismo, el individuo se siente como si fuera irreal. Se suele acompañar de desrealización*".
- **Criterios diagnósticos según el DSM-IV**:
 1. Experiencias persistentes o recurrentes de sentirse distanciado, o como si uno fuera observador externo de su propio cuerpo o de los propios procesos mentales.
 2. Durante la experiencia de despersonalización, permanece intacto el sentido de la realidad.
 3. Causa molestias significativas y deterioros en la vida social, laboral y en otras áreas.
 4. No puede ser explicado por otro trastorno (esquizofrenia, trastorno disociativo de identidad, trastorno por angustia), no es debido a efectos de sustancias ni a una condición médica general.

Diferencias con CIE-10:

- La CIE-10 incluye tanto experiencias de desrealización (es el caso mas general) como de despersonalización (es una forma limitada en la que solo cambian las experiencias del si mismo) (DSM-IV, solo despersonalización).
- * **No considera que se asocie a molestias notables** (puede ser agradable cuando es autoinducido mediante drogas psicodélicas).

Ambas clasificaciones enfatizan la despersonalización como un síntoma que ocurre en el trastorno por angustia, depresión, esquizofrenia, TAG, fobias, etc. Algunos autores señalan que, como síntoma, es frecuente en la ansiedad generalizada, en las fobias, la depresión, la esquizofrenia,...Sin embargo, hay ocasiones en las que parece ser la experiencia primaria, y los otros síntomas son secundarios.

- **Coocurrencia con** síntomas de *déjà vu* (ya visto) y *jamais vu* (sentimiento falso de desconocimiento de una situación ya experimentada).
También puede asociarse a *distorsiones en la sensación y en la percepción, cambios en la experiencia del tiempo personal, memoria intensificada del pasado personal y cambios en la imagen corporal.*

- Tyrer, señala que la despersonalización parece fuera de lugar dentro de los trastornos disociativos. Es menos un trastorno de identidad de lo que pueda ser un trastorno de personalidad límite o un transexualismo.

3.A.6.- Síndrome De Ganser

- Descrito por Ganser (1898): Diagnosticó así a 3 prisioneros en espera de juicio, quienes en sus respuestas a las preguntas mostraban rasgos de Vorbeireden, es decir, daban respuestas aproximadas o pararrespuestas (erróneas pero muy cercanas a la respuesta correcta) ⇒ "Síndrome de las respuestas aproximadas".
- En la descripción original de Ganser también estaban presentes: trastornos de conciencia, "estigmas histéricos", amnesia para ese periodo, historia reciente de daño cerebral, estrés emocional severo, alucinaciones auditivas o visuales.

En el **DSM-IV** está incluido dentro de los "trastornos disociativos no especificados", pero sus síntomas son también comunes en un amplio rango de trastornos psiquiátricos, incluidos depresión y esquizofrenia, y trastornos orgánicos cerebrales, y en tales casos se debe clasificar con la patología primaria.

- Polémica sobre si ésta condición es primariamente orgánica o histérica.

3.B.-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Se podría decir que los trastornos disociativos son claros, poco ambiguos y fácilmente identificables: las características principales se focalizan en quejas corporales o pérdidas específicas de funciones.
Sin embargo, los clínicos se encuentran ante múltiples problemas. El problema con el diagnóstico de los Trastornos disociativos y los somatoformes es que el investigador no recibe información diagnóstica positiva más allá del primer estadio del diagnóstico: la presentación del síntoma.

Aunque el paciente esté fingiendo, hay que tener en cuenta que la mayoría de los fingidores tienen otros problemas psiquiátricos.

El problema de la simulación se vuelve importante cuando entramos en el campo de la psicología forense.

Por otro lado, tanto el DSM como la CIE acentúan el hecho de que se debe excluir cualquier trastorno físico antes de diagnosticar un trastorno disociativo. En la mayoría de los casos el clínico se debe contentar con hacer todos los intentos razonables que permitan excluir el trastorno físico

- Es importante distinguir entre trastornos disociativos y síndromes orgánicos mentales.

Trastornos disociativos	Síndromes orgánicos mentales
<p><u>Pérdida de memoria limitada al material psicológicamente significativo.</u></p> <p>Memoria a largo plazo y memoria a corto plazo igualmente afectada.</p> <p>Trastornos de identidad (desorientación personal) <u>sin desorientación temporal y de lugar.</u></p> <p>Los síntomas agudos <u>mejoran temporalmente con tranquilización.</u></p> <p>La pérdida de memoria, la confusión o el cambio de personalidad se desarrollan en el <u>contexto de estrés emocional.</u></p> <p><u>No hay fluctuación de síntomas</u></p> <p>Puede haber historia anterior de conversión u otros síntomas psicógenos</p>	<p>Pérdida de memorias con significado, así como no importante.</p> <p>Memoria a <u>corto plazo más deteriorada</u> que la memoria a largo plazo</p> <p>Sólo ocurre la desorientación personal si también se dan la desorientación temporal y lugar</p> <p>Los tranquilizantes <u>exacerban los síntomas</u></p> <p>Los síntomas se desarrollan en el <u>contexto de una enfermedad física</u> o por el uso de frecuentes <u>sustancias psicoactivas</u></p> <p><u>Los síntomas fluctúan</u> impredeciblemente</p> <p>No hay historia de síntomas mentales o físicos psicógenos</p>

- Existen otros **síntomas que tienen cierta similitud con los síntomas disociativos**: **Delirios de pasividad** (esquizofrenia): En ambos, la experiencia de actividad se vivencia como fuera del control personal. Sin embargo, en la pasividad esquizofrénica la acción se lleva a cabo bajo condiciones en las que *existe conciencia del sí mismo*, la persona muestra *consciencia normal del tiempo* y tiene *completa memoria para acciones posteriores*. Lo que ocurre es que se da una pérdida de atribución personal. Sin embargo, en los estados histéricos hay una disociación del sí mismo, el ego del paciente no es consciente del acto y del sí mismo al mismo tiempo.

3.C.- LA DISOCIACIÓN Y FENÓMENOS AFINES.

Existen una serie de estudios que proceden de la "psicología normal" que pueden ser relevantes para esclarecer el análisis de los trastornos disociativos.

3.C.1.- DISOCIACIÓN E HIPNOSIS

- **La Hipnosis**: Ha sido considerada un estado de alteración de la conciencia a menudo denominado trance. Hace referencia a una "interacción social en la que una persona experimenta anomalías en la percepción, memoria y acción, que han sido sugeridas por el hipnotizador".
- Según ELLENBERGER " el hipnotismo proporcionó un primer modelo de la mente humana como un yo doble: **un yo consciente** y **otro subconsciente**" Quizás por ello se transformo en objeto de interés. La hipnosis parecía un instrumento

experimental excelente para producir o inducir algunos de los fenómenos que, de forma espontánea, surgían como un síntoma de histeria. De hecho, las similitudes fenotípicas entre la hipnosis y la histeria fueron tomadas como similitudes genotípicas, provocando el desarrollo de teorías psicógenas de la etiología de las psicopatológicas.

- Para Hilgard, la hipnosis tiene en común con la histeria, los procesos disociativos subyacentes: la hipnosis implica cierta división de conciencia, similar a la que se encuentra en los trastornos disociativos.
- El fenómeno del observador oculto: Un sistema de información encubierto que sugería sistemas alternativos de control, que podrían liberarse bajo ciertas circunstancias (hipnosis). Se vio como demonstración de la disociación en la hipnosis.
- Posibilidad de que la misma capacidad disociativa que se asocia con la alta hipnotizabilidad en sujetos normales, sea un factor de riesgo para la psicopatología disociativa.

3.C.2.- ESTUDIOS SOBRE CEREBROS DIVIDIDOS Y LA CUESTIÓN DE LAS DOS CONCIENCIAS

- Van Wagenen, neurocirujano, realizó comisurotomía cerebral como tratamiento alternativo de las epilepsias: extirpaciones del cuerpo caloso y escisión de la masa cerebral intermedia a pacientes con epilepsia, aislando los 2 hemisferios.
- Se pensó que presentaban después dos flujos independientes de conciencia consciente. En cambio NO hay evidencia de que la personalidad esté biseccionada ni que la identidad esté dividida. Es decir, con la operación se dan unos cambios orgánicos a nivel cerebral.
- En estas condiciones es posible hablar de un especial dualidad de procesos cognitivos, pero esto no puede ampliarse a una dualidad de la conciencia. Por tanto, cerebro dividido no es igual a conciencia dividida ni, por supuesto, a individualidad dividida.
- Actualmente solo se puede afirmar una cierta especialización hemisférica:
 - Hemisferio izquierdo: Lenguaje y expresión de la emoción.
 - Hemisferio derecho: Habilidades espaciales y funciones integradoras y holísticas, y reconocimiento y recepción de emociones.

- GALIN, DIMOND e YBRAFF y STERN encontraron una proporción de dos a uno en la manifestación de síntomas en el lado izquierdo del cuerpo en una amplia muestra de pacientes histéricos hospitalizados. Si se tiene en cuenta la inervación contralateral del cuerpo humano, tales hechos implicarían una clara relevancia del hemisferio derecho sobre este tipo de trastornos; ilustra esta posibilidad el fenómeno de **la anosagnosia**. (negación o no consciencia de que tiene hemiplegia izquierda)
- CRITCHEY, WEINSTEIN y KAHN señalaban que anosagnosia aparecía con muchísima frecuencia cuando el hemisferio afectado era el derecho.
- LEY y BRIDEEN sugieren que el hemisferio derecho estaría especialmente involucrado en el reconocimiento y en la recepción de estímulos emocionales, mientras tanto el izquierdo como el derecho tendrían su propio papel en la expresión de la emoción.