

TEMA 8.-TRASTORNOS DISOCIATIVOS.

1.- DELIMITACIONES CONCEPTUALES. CONCEPTO DE DISOCIACIÓN.

- ☞ La disociación podría definirse como “una separación estructurada de los procesos mentales que normalmente están integrados”.
- ☞ Se podría decir que el concepto de disociación fue descrito por el psiquiatra francés Janet, que identificaba las estructuras elementales del sistema mental como “automatismos psicológicos”.
- ☞ Cada automatismo representaba un acto complejo, que iba precedido por una idea, se acompañaba de una emoción y se ajustaba a las circunstancias externas (ambientales) o internas (intrapsíquicas). Es decir, cada automatismo unía cognición, emoción y motivación con acción, reflejando la trilogía completa de la mente (cognición, emoción y motivación).
- ☞ Así, cada automatismo parecía reflejar una conciencia rudimentaria, y sería similar a lo que autores más actuales han denominado “sistemas de producción” o “producciones”, es decir, unidades de cognición-acción que se ejecutan como respuesta a indicios contextuales apropiados.
- ☞ Este concepto era distinto al de represión, mantenido por Freud y sus seguidores:
 - Los automatismos disociados de Janet constituían “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.
 - Janet describía estos automatismos disociados como “subconscientes”, como opuestos a “inconscientes”, y consideraba la represión como uno más de los mecanismos posibles de la disociación.
- ☞ En la práctica clínica triunfó la “segunda psiquiatría dinámica”, con su énfasis en el sexo, la agresión, los sueños y la represión.
- ☞ Un aspecto a destacar es que la disociación va inextricablemente unida al concepto de histeria. De hecho, los trastornos disociativos recogidos en los actuales sistemas de clasificación constituyen una parte de los que clásicamente se denominaban “histeria”.

2.- TRASTORNOS DISOCIATIVOS

- ☞ Clasificación de los trastornos disociativos según el DSM-IV-TR:

- Amnesia disociativa
- Fuga disociativa
- Trastorno disociativo de identidad
- Trastorno por despersonalización
- Trastornos disociativos no especificados

2.1.- AMNESIA DISOCIATIVA. (Psicógena)

- ☞ La amnesia psicógena es un componente común en los trastornos disociativos. Sin embargo, hay casos en los que esta amnesia es la característica predominante y, por tanto, constituye el 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 en algunos casos afecta sólo a algún acontecimiento traumático, mientras que en otros puede cubrir un período de tiempo más amplio.

Criterios diagnósticos de amnesia disociativa según el DSM-IV-TR.

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 (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., 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.

- ☞ Janet propuso cuatro categorías para describir las distintas formas en que podría manifestarse esta anomalía:
 - La amnesia localizada: es el tipo más común. Consiste en un fallo en recordar hechos que ocurrieron durante un período específico de tiempo, normalmente el de las primeras horas siguientes al trauma o del propio hecho traumático.

- La amnesia selectiva: cumple los mismos criterios que la anterior, pero en ésta hay un recuerdo parcial de los hechos que ocurrieron en ese período.
- La amnesia generalizada: pérdida completa de memoria del pasado del paciente, y suele estar presente en la personalidad múltiple.
- La amnesia continua: la pérdida de memoria se extiende desde un punto concreto del pasado hasta el presente, incluyéndolo.

☞ Por otra parte, Nemiah (1979) distingue tres tipos de amnesia psicógena:

- Localizada: que afecta a un período de tiempo que va desde horas hasta semanas.
- Sistematizada: que afecta sólo a acontecimientos específicos y al material relacionado con ellos.
- Generalizada: que implica una pérdida transitoria de memoria de la vida completa del individuo.

☞ Al igual que algunos otros trastornos disociativos, la amnesia psicógena se puede considerar como reacciones, infrecuentes pero distintivas, a estresores graves, como violaciones, accidentes catastróficos, etc. Es decir, la amnesia psicógena puede ser un síntoma del trastorno por estrés postraumático, diagnosticado en el DSM-IV dentro de los trastornos por ansiedad, y de hecho este sistema de clasificación lo reconoce como posible sintomatología asociada.

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

☞ A primera vista hay una serie de signos que pueden ayudar a diferenciar la amnesia orgánica de la psicógena. Las diferencias más importantes son:

- La pérdida de identidad personal (poco frecuente en las orgánicas, a excepción de las demencias muy avanzadas).
- La afectación del aprendizaje de material nuevo (poco frecuente en las psicógenas).
- La información “olvidada” puede ser recordada (en el caso de las psicógenas) mediante hipnosis y barbitúricos.

☞ Otro de los problemas de la amnesia psicógena es distinguirla de la simulada, y quizá la única ayuda posible para hacerlo reside en el concepto de motivación inconsciente. Pero incluso cuando se elige el diagnóstico de amnesia psicógena, nunca se elimina la posibilidad de que el individuo esté fingiendo.

2.2.- FUGA DISOCIATIVA. (Psicógena)

- ☞ Se caracteriza por un estrechamiento de la conciencia, 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.
- ☞ La duración del episodio puede ser variable, desde pocas horas hasta varias semanas y el sujeto puede viajar distancias considerables.
- ☞ Los estados de fuga muestran marcadas diferencias en incidencia y presentación entre culturas y suelen estar específicamente relacionados con estresores importantes.

Criterios diagnósticos de fuga disociativa según el DSM-IV-TR.

- 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 (p. ej., drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (p. ej., 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..

- ☞ La “recuperación” de la fuga suele presentarse como una consciencia espontánea de la situación. Algunos pacientes experimentan un apercibimiento repentino de su identidad original; en otros, en cambio, el apercibimiento se refiere a que no saben quiénes son cuando alguien les pregunta. Cuando la situación se resuelve, el paciente normalmente sufre amnesia lagunar para el período de fuga.
- ☞ Los principales factores predisponentes para la fuga psicógena serían:
 - Estresores precipitantes (peleas maritales, problemas económicos, delitos, guerras, etc.)
 - Estado de ánimo deprimido.
 - Intentos de suicidio.
 - Historia previa de trauma craneal.
 - Historia previa de abuso de alcohol.

- Epilepsia.
- Otras neurosis.
- Otros factores orgánicos.
- Tendencia a mentir.

☞ De entre estos factores, destacar dos:

- El suicidio nunca ha ocurrido durante la fuga; sin embargo, puede darse una vez que el sujeto “ha vuelto en sí”, lo cual lleva a este autor a sugerir que la fuga puede ser un sustituto del suicidio en los cuadros depresivos.
- La relación entre el haber padecido previamente un síndrome amnésico y la probabilidad de padecer en el futuro una fuga psicógena en presencia de depresión o factores estresantes, lo cual señala la dificultad que a veces conlleva separar tajantemente las amnesias orgánicas de las psicógenas.

☞ El diagnóstico de fuga disociativa, no entraña grandes dificultades cuando están presentes todos los elementos, en algunos casos las conductas que se realizan en un estado de fuga se realizan con plena conciencia y podrían por tanto considerarse como una simulación o fingimiento.

☞ Hay que diferenciar el estado de fuga de otros estados: fuga epiléptica y poriomanía (vagar a causa de una epilepsia: su inicio suele ir precedido de un aura y su duración es sólo de unos pocos minutos.) ya que comparten muchas características.

2.3 TRASTORNO DISOCIATIVO DE IDENTIDAD. (Personalidad múltiple)

☞ Este trastorno parece iniciarse invariablemente en la infancia, pero no llama la atención hasta mucho más tarde.

☞ Suele diagnosticarse con mucha más frecuencia en mujeres que en varones.

☞ aunque suele decirse que su prevalencia es muy baja, llegando a calificarlo como un trastorno raro, los datos parecen sugerir que no es tan infrecuente como se pensaba.

Criterios diagnósticos de trastorno disociativo de identidad según el DSM-IV-TR.

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 (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. ej., crisis parciales complejas).

Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juego fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

☞ En el DSM – III- R:

- No estaban incluidos los criterios c y d.
- No se 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. Se diferencia de los trastornos de personalidad en que pueden darse hasta cien personalidades en el mismo individuo en diferentes momentos.

☞ Taylor y Martin: mayoría de casos de doble personalidad, las características que distinguían a estas personalidades.

- La cualidad general de la personalidad como un todo
- El ajuste social o corrección de la conducta
- La identidad sexual o la orientación exotesexual
- Las diferencias en lenguaje, edad o destrezas
- La anestesia en una o más modalidades sensoriales o parálisis en uno o más miembros.

☞ Las personalidades pueden aparecer de forma simultánea sucesiva. Ellenbergner, clasifica el trastorno en tres categorías:

- Es el caso más usual, se dan personalidades múltiples sucesivas, con amnesia simétrica o asimétrica (en función de si las personalidades conocen o no a las otras y comparten sus memorias)
- Es el caso más infrecuente de personalidades simultáneas.
- Se trata de agrupaciones de personalidades.

☞ Tipo de conocimiento entre las personalidades:

- Mutuo: las personalidades pueden conocerse entre sí y existir un continuo de memoria.
- En este tipo de relación se producen extrañas conversaciones entre personalidades.
- Mutuamente amnésicas: amnésicas simétricas: ninguna personalidad sabe nada de la otra.
- Amnésicas asimétricas: existe amnesia en una sola dirección: la personalidad A no conoce nada de la personalidad B, pero la B si puede mantener un continuo de memoria con la A, conociendo su existencia.

☞ Kihlstrom: problema de este trastorno discernir que yo es el primario: criterios

- Existe la tendencia de Identificar la personalidad primaria con la que tiene más cualidades convencionales y socialmente deseables.
- A la personalidad que controla la identidad durante más tiempo o a la que se manifiesta con más frecuencia.

☞ Estado consciencia de una personalidad de cuando no está dominando la consciencia:

- Se supone que cuando una personalidad no está gobernando la conducta, permanece inactiva en el inconsciente.
- Algunas veces, la personalidad 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: Prince: Co - consciencia.

☞ En la práctica clínica: es difícil escapar al concepto dinámico de ganancia secundaria: las personalidades suelen tener un propósito protector y a menudo sigue a un suceso traumático.

☞ Para Sims: existen una duda sobre la autenticidad de la personalidad múltiple, se puede considerar a menudo como:

- Yatrogénica: creada por el interés del clínico en el caso
- Simulada: creada por el paciente durante actos delictivos.

☞ Escaso estudios experimentales y los pocos son estudios de caso único.

2.3.- DESPERSONALIZACIÓN

☞ Este trastorno designa un cambio particular en la consciencia de sí mismo, el individuo se siente como si fuera irreal.

☞ Se suele acompañar de desrealización: el paciente pierde el sentimiento de realidad que tenía de sí mismo o del entorno. La persona sigue siendo consciente de estas contradicciones entre su experiencia subjetiva y la realidad objetiva, pero es como si no fuesen reales.

Crterios diagnósticos de personalización según el DSM-IV-TR.

- A.** Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., 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 (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

☞ La CIE-10:

- Incluye en esta categoría experiencias de desrealización y de despersonalización. El DSM-IV solo incluye experiencias de despersonalización.
- No considera que se asocie a molestias notables.

☞ Ambas clasificaciones enfatizan la despersonalización como un síntoma que ocurre en el trastorno por angustia, depresión, esquizofrenia, considerándose como un fenómeno secundario. En otras ocasiones, parece ser la experiencia primaria, y los otros síntomas son secundarios.

- ☞ Tyrer, señala que la despersonalización parece fuera de lugar dentro de los trastornos disociativos. Características esenciales del trastorno disociativo: son los trastornos en la identidad, memoria o consciencia y la despersonalización no parece ajustarse.
- ☞ Para Tyrer: es menos un trastorno de identidad de lo que pueda ser un trastorno de personalidad límite o un transexualismo.
- ☞ En las clasificaciones previas a la despersonalización se incluía entre la neurosis.

2.4.- TRASTORNO DE CONVERSIÓN (La histeria de conversión).

- ☞ El trastorno clásico de conversión con síntomas físicos se clasifica en el DSM-IV-TR en el grupo de los trastornos somatoformes, mientras que en la CIE-10 es una de las categorías centrales del trastorno disociativo, donde se denomina “trastornos disociativos de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad” e incluye diversas subclasificaciones.

Criterios diagnósticos de trastorno de conversión según el DSM-IV-TR.

- A.** Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- B.** Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- C.** El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
- D.** Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
- E.** El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- F.** El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Código basado en el tipo de síntoma o déficit:

- .4 Con síntoma o déficit motor
- .5 Con crisis y convulsiones
- .6 Con síntoma o déficit sensorial
- .7 De presentación mixta

2.5.- SÍNDROME DE GANSER.

- ☞ Descrito por Ganser: síndrome de las respuestas aproximadas: respuestas erróneas pero muy cercanas a la respuesta correcta.
- ☞ 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.
- ☞ Este síndrome es bastante infrecuente y según Sims cuando se da en las prisiones es más probable que se de en los prisioneros que esperan juicio
- ☞ DSM- IV: lo incluye dentro de los trastornos Disociativos no especificados. Sus síntomas son comunes en: trastornos psiquiátricos; depresión; esquizofrenia y trastornos orgánicos cerebrales en este caso se debe clasificar con la patología primaria.

2.5.- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS	SÍNDROMES ORGÁNICOS MENTALES
Pérdida de memoria limitada al material psicológicamente significativo.	Pérdida de memorias con significado, así como no importantes.
Memoria a largo plazo y memoria a corto plazo igualmente afectadas.	Memoria a corto plazo más deteriorada que memoria a largo plazo.
Trastorno de identidad (es decir, desorientación personal) sin desorientación temporal y de lugar.	Sólo ocurre la desorientación personal si también se dan la desorientación temporal y de lugar.
Los síntomas agudos mejoran temporalmente con tranquilización.	Los tranquilizantes exacerbaban los síntomas.
La pérdida de memoria, la confusión o el cambio de personalidad se desarrollan en el contexto de estrés emocional.	Los síntomas se desarrollan en el contexto de una enfermedad física o por el uso de medicación o por sustancias psicoactivas.
No hay fluctuación de síntomas, excepto con relación al estrés.	Los síntomas fluctúan impredeciblemente.
Puede haber historia anterior de conversión u otros síntomas psicógenos.	No hay historia anterior de síntomas mentales o físicos psicógenos.

- ☞ De todos estos trastornos no se tienen datos fiables sobre su prevalencia incidencia o patrón diferencial en función del género.
- ☞ Aunque son fáciles de definir, es muy difícil de diagnosticar debido al solapamiento con otros trastornos.
- ☞ Se podría decir que los trastornos disociativos son claros, poco ambiguos y fácilmente identificables y 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.

3.- ALGUNOS INTENTOS DE EXPLICACIÓN

- ☞ Freud planteaba que la base de este problema se encontraba en los mecanismos de represión y regresión a la etapa fálica.
- ☞ El conductismo explicaba estos problemas desde los paradigmas del aprendizaje. Las respuestas histéricas se mantenían por los refuerzos que suponían las ganancias primarias.
- ☞ Los planteamientos cognitivos intentan dar cuenta no sólo de los trastornos específicos, sino del mecanismo que parece subyacer a todos ellos, la disociación.
- ☞ En la teoría neo-disociativa, Hilgard parte del supuesto de que el aparato mental consta de un conjunto de estructuras cognitivas que supervisan, organizan y controlan el pensamiento y la acción en muy diversos ámbitos. Cada una de estas estructuras puede buscar o evitar inputs y facilitar o inhibir outputs.

Las estructuras tienen una organización jerárquica se localiza una estructura cognitiva que ejerce funciones ejecutivas de supervisión y control. Esta estructura es la que proporciona la base para que se produzca la conciencia fenoménica e intencionalidad.

Según, la teoría, determinadas circunstancias pueden obligar a intervenir al control ejecutivo, interrumpiendo con ello la integración y organización jerárquica de las estructuras de control inferiores.

- ☞ Diferencias entre el inconsciente freudiano y la mente disociada propuesta por las teorías de la disociación:
 - Los teóricos de la disociación mantienen que los contenidos mentales no conscientes no se restringen necesariamente a impulsos primitivos o a ideas agresivas o sexuales, y los procesos mentales no conscientes no son necesariamente irracionales o cualitativamente diferentes de los conscientes: sin simplemente no accesibles conscientemente.
 - Los teóricos de la disociación mantienen que la restricción de la conciencia no necesita estar motivada por propósitos de defensa, ni necesariamente tiene efectos de reducción de conflicto o ansiedad; ocurren simplemente como consecuencia de operaciones psicológicas particulares.

☞ Diferencias entre los planteamientos disociativos y algunas teorías cognitivas:

- Ya que los procesos mentales no conscientes de los planteamientos disociativos no se restringen simplemente a conocimiento automatizado, y los contenidos no conscientes no se limitan a percepciones o memorias no atendidas o degradadas. Es decir, aunque desde la psicología cognitiva se intenta explicar mediante el procesamiento automático por qué una persona puede llevar a cabo de un modo competente diversas acciones a la vez. Sin tener consciencia reflexiva de una o más de esas acciones, este tipo de explicaciones alude a la automaticidad de la conducta, pero no explica uno de los problemas centrales de los trastornos disociativos: la intencionalidad de los procesos disociativos y la incapacidad concurrente para integrar aspectos compartimentalizados de la experiencia.
- Kihlstrom plantea que en el caso de los trastornos disociativos como en el de otros trastornos, la memoria tiene un papel central, puesto que lo que se disocia de la experiencia consciente es precisamente parte del historial de experiencias de la persona, es decir, la propia memoria autobiográfica. Su primer punto de partida es el supuesto de que la consciencia consciente requiere que la representación mental del acontecimiento se conecte con alguna representación mental del “sí mismo” como agente o “experienciador” de ese acontecimiento.
- Para Kihlstrom el mecanismo que podía servir como base psicológica para explicar las alteraciones de la memoria que se encuentran en la mayoría de los trastornos disociativos es la pérdida de conexión preexistente entre las memorias autobiográficas y la representación mental del sí mismo.

☞ Actualmente, aunque se reconoce la gran dificultad para explicar los trastornos disociativos, muchos acercamientos enfatizan la relación entre acontecimientos traumáticos y disociación, y relacionan estos problemas con la tendencia a escapar psicológicamente de recuerdos o acontecimientos aversivos.