

Clínica de los trastornos disociativos: Criterios diagnósticos.

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2003; (2003)

Rubén Lescano.

Médico Psiquiatra-EMDRIA Latinoamérica

E-mail: rlescano@impsat1.com.ar

PALABRAS CLAVE: Trastornos Disociativos- Personalidad múltiple

Resumen: A lo largo del siglo XX los trastornos disociativos han sido subdiagnosticados. Frecuentemente confundidos con psicosis, trastorno bipolar, déficit de atención, etc. los trastornos disociativos conforman una entidad diagnóstica clara y específica. En este trabajo se abordarán los principales criterios diagnósticos y sus fundamentos neurobiológicos.

El concepto de disociación fue evolucionando desde la posesión demoníaca en el Edad Media hasta la primera inclusión en el DSM en 1980 del entonces Trastorno de Personalidad Múltiple.

Hoy podemos decir que la disociación que subyace al trastorno, es un mecanismo psíquico normal, el que vamos a encontrar en diferentes momentos y en particular en la infancia. Es normal encontrarlo frente a situaciones que tienden a producir impacto sobre el individuo.

Especialmente aquellas situaciones que obligan al sujeto a verse forzado en la posibilidad de los recursos que debe utilizar. Veamos un ejemplo: un niño de alrededor de 10 años de edad que se le informa la muerte de su padre, luego de una reacción de angustia, continúa actuando normalmente. Los juegos en computadoras siguen siendo lo más importante. Luego de un tiempo y cuando no parece tener relación con lo que ocurre, hace una pregunta sobre los detalles de la muerte, incluso expresa algunas ideas que mantiene sin explicación. En ese momento parecería haber funcionado en paralelo. Es de notar que aunque la conducta muestra cierto desinterés afectivo. El mecanismo disociativo no afecta exclusiva ni necesariamente el afecto, sino que involucra cualquier elemento psíquico (cognición, sensación corporal, afecto, imagen, recuerdo). Aunque la apariencia es de "desinterés emocional" como decía, es de notar que la conducta sí involucra afecto, emoción. Solo que por el tipo de respuesta el sujeto puede aparecer como desconectado afectivamente. Tengamos en cuenta que la disociación surge frente a una situación que "agobia" al sujeto. En la conducta disociativa hay una sobrecarga emocional que gatilla la misma. La imposibilidad de afrontarla es lo que impide resolverla. Mantiene el proceso de manera no integrada.

En este sentido podemos comenzar a entender que lo que aparece como un mecanismo normal, la "disociación", se convierte en un problema por la persistencia e imposibilidad de permitir su contraparte la "asociación", que permitiría reunir todos los elementos psíquicos del evento en cuestión para dar paso a la integración del suceso en una narrativa personal.

Esto nos introduce en parte de la neurofisiología de la disociación que está íntimamente ligada al trauma, aunque con algunos elementos que permiten producir una particular respuesta: la respuesta disociativa.

Para sintetizar, antes de seguir avanzando, las situaciones traumáticas o potencialmente traumáticas cercanas a producir una imposibilidad de afrontar la situación tienden a producir dos polos de respuestas:

Una respuesta con una predominancia al alerta y una respuesta con predominancia a la disociación.

Además de los factores ligados a la intensidad, duración, repetición del suceso traumático, edad, recursos del individuo y del soporte familiar y social que posea el mismo, todos estos son factores relacionados al trauma.

Existen características especiales que muestran que las mujeres tienden más a producir trastornos disociativos, o hay más frecuencia de trastornos disociativos en ellas, y de una dominancia del mecanismo normal de la disociación, de la misma manera que en los niños pequeños. Los niños más grandes y los hombres tienden a producir más alerta. Esto está relacionado a las características de los individuos. De ninguna manera esto quiere decir que

no exista trastornos disociativos en los hombres. Sino que estamos hablando de una predominancia del mecanismo disociativo.

Relacionado a la situación traumática, todo suceso que involucre tortura o involucre dolor va a favorecer el surgimiento de la disociación. En tanto que la observación de la situación traumática puede favorecer las acciones activas que van a producir la presencia de alerta.

Esto puede permitir inferir algunos de los procesos que subyacen a la disociación: la producción de dolor y la tortura activan respuestas endógenas que contrarrestan la acción. La acción de observar cambia el ángulo de la percepción del suceso traumático accionando respuesta diferentes de aquellas que se activan cuando hay cierta impotencia e inmovilización dentro de la situación traumática.

Van der Hart hace una interesante relación de correspondencia entre estrés traumático y los cuadros disociativos. Dado que estamos considerando diferentes tipos de respuesta a un mismo proceso.

❖ PRIMARIA	▪ TEPT agudo ▪ TEPT simple
❖ SECUNDARIA	▪ TEPT complejo, crónico ▪ DDESNOS ▪ DDNOS
❖ TERCIARIA	▪ DID

En este esquema pueden verse los niveles estructurales de la disociación y su correlación con el trastorno de estrés postraumático, según algunas investigaciones recientes.

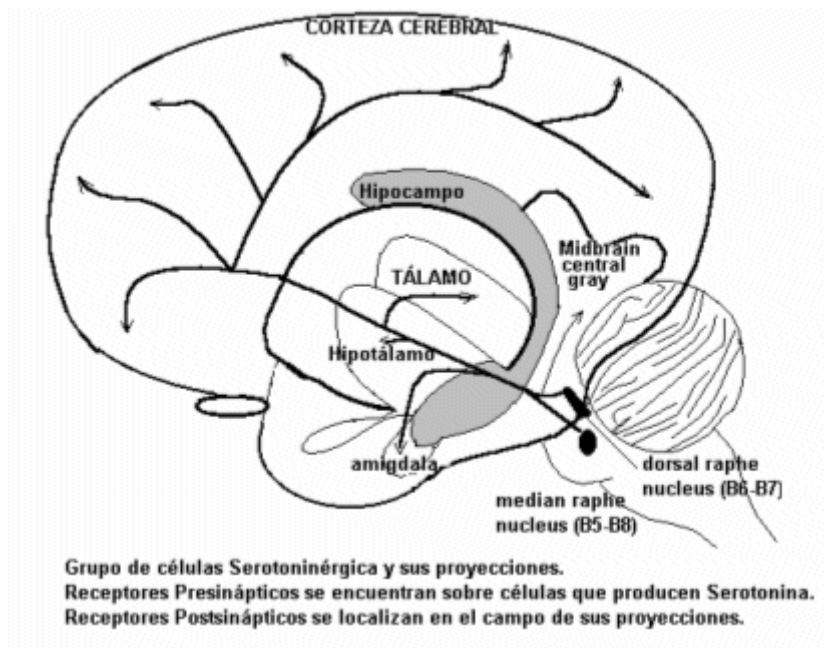
Primero, los niveles estructurales de la disociación se dividen en primaria, secundaria y terciaria.

La primaria es la separación de dos elementos psíquicos. Estamos acostumbrados a pensar, como decíamos, que la disociación involucra separación del afecto. Esto es sólo parcialmente cierto. No siempre lo que se separa es el afecto, porque de hecho vamos a ir viendo después que muchos pacientes tienen una emocionalidad muy alta. Lo que pueden separar son dos contenidos psíquicos, dos elementos psíquicos: pensamiento de emoción, emoción de emoción, emoción - sensación corporal, cogniciones separadas entre sí.

La disociación secundaria también llamada peritraumática, es la disociación en la cual hay una suerte de separación del yo observador del cuerpo. En ese momento el paciente tiende a verse y a mirarse a sí mismo, a sentirse con cierto distanciamiento. Es el fenómeno más frecuente dentro del momento de la situación traumática. No es este el ámbito correspondiente para extendernos sobre este tipo de disociación ha sido reconocida como un predictor en el desarrollo del TEPT.

La terciaria es la que involucra la aparición del Trastorno Disociativo de la Identidad, en la cual lo que encontramos básicamente es una constelación cognitiva, emocional, sensorio-perceptiva y conductual; organizada en diferentes sub-yo. Algunos autores hablan de sub-yo, lo cual ha resultado bastante interesante pensar como diferentes sub-yo asociados que conforman los distintos aspectos de la persona.

Veamos el siguiente esquema que representa un corte de diferentes áreas cerebrales: En el mismo encontramos algunas estructuras nucleares básicas que presentaré rápidamente:



- El tálamo es una estructura del lóbulo temporal, cuya función es la de retransmitir la información que viene subiendo por el tallo cerebral, y se retransmite a la corteza cerebral.
- El hipotálamo, se ocupado en la organización y control del sistema nervioso autónomo.
- La amígdala, también es una estructura del lóbulo temporal, encargada de dar la valencia emocional a la información que llega al sistema nervioso.
- El hipocampo, también parte del lóbulo temporal está ocupada en la memoria, dando contexto.
- La corteza prefrontal, donde encontramos la parte más evolucionada filogenéticamente del sistema nervioso, se ocupa de la planificación de la información.

Encontramos aquí cuatro partes fundamentales del procesamiento de la información que está llegando desde los sentidos.

a- La información que llega desde los sentidos (visual, auditiva, olfativa, gustativa y táctil) al sistema nervioso, haciendo su primera estación en el tálamo y desde allí se dirige a la corteza sensorial correspondiente para cada uno de los sentidos. Esta información "input" o información entrante va a dirigirse al tálamo específicamente a cada una de las áreas del tálamo (ej. Estímulo visual al área visual del tálamo y desde allí a la corteza sensorial visual). El registro en corteza sensorial es un registro poco denso y por lo tanto no disponible para el recuerdo. Como veremos mas adelante será el hipocampo el encargado de un registro más duradero y capaz de ser recuperado por la memoria.

b- El hipocampo va a establecer ciertas funciones básicas. La memoria hipocampal es una memoria de tipo fáctica. Es una memoria, que nos permite que cuando llegamos a un hotel donde nos alojamos, nos dan el número de habitación, nos dicen cómo llegar al lugar, etc. y esto es percibido por los sentidos, y los sentidos se dirigen a la corteza sensorial correspondiente. Pero este es un recuerdo débil, es un recuerdo poco consistente. El hipocampo va a fijar ese conocimiento, va a hacerlo más fuerte y va a hacer posible la recuperación del recuerdo.

c- La amígdala es un disparador de señales. Es la que nos va a permitir diferenciar o establecer la valencia que establece si una situación requiere nuestra alarma, nuestra

preocupación, temor o si representa una amenaza.

d- La corteza prefrontal, esta parte de nuestro cerebro es lo que nos permite establecer los circuitos de planeamiento y organización conceptual.

En la situación traumática encontramos un "gatillo" o disparador (imagen, cognición, emoción y sensaciones), que va a recorrer estos pasos del procesamiento de la información de una manera diferente.

La amígdala está alterada y afectada en el estrés postraumático. No solamente en este cuadro, pero sí en particular aquí. Entre el tálamo y la amígdala hay fibras de conexión muy cortas, entonces la amígdala puede responder por sí sola. Esto quiere decir, que no necesita tener conexión con la corteza prefrontal. Esto nos lleva a que si tenemos una respuesta activada por amígdala, sin el paso por corteza reaccionamos antes de conocer que es. Dicho de otra manera sabemos (en términos de reacción) que es malo o bueno antes de saber de que se trata. Por lo tanto, tenemos una reacción inmediata que no siempre es adaptativa a la situación que la desencadenó. Probablemente es adaptativa a la situación histórica, en el momento del condicionamiento, correspondiente a la situación del trauma, a la situación de estrés original que dejó una marca en estructuras como la amígdala. Por lo cual cuando la amígdala adquiere un funcionamiento activo por sí solo, autónomo por así decir, la respuesta emocional es anterior a la comprensión de lo que está ocurriendo. La amígdala encargada del recuerdo emocional deja de ser adaptativa para estar maladaptada en relación al nuevo contexto en el que responde.

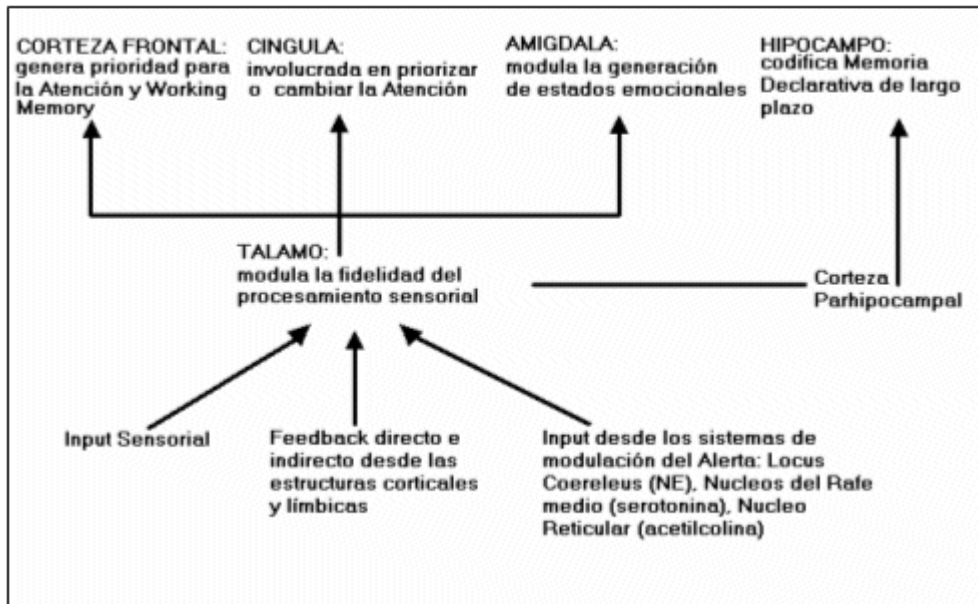
Por otro lado encontramos un déficit en la respuesta del hipocampo en TEPT, lo que implica una pérdida del contexto en el que se producen las respuestas. Esto equivale a una respuesta emocional "amigdalina" y una respuesta "hipocampal" de contextualización pobre, lo que se expresa en gran parte de la sintomatología del TEPT.

Por otro lado sabemos que hay una intervención de las redes talámicas en los estados disociativos, ya que toda persona que este con baja estimulación tanto con una sobre estimulación sensorial va a tender a producir estados disociativos. Los estados disociativos entonces van a estar acentuados en el momento traumático por gran elevación del trastorno del alerta tanto como una disminución sensorial.

Vamos a encontrar también un trastorno disociativo con la baja estimulación, y el fenómeno de privación sensorial que podemos encontrar en la vida real más característico es: el abandono. Entonces el abandono también va a producir un trastorno en este nivel.

También sabemos que hay algunas drogas y algunas sustancias, la marihuana, el hashís, la ketamina, son alguna de las sustancias que van a producir estados disociativos, y estas están influyendo directamente sobre el área talámica.

Entonces, al tálamo va estar llegando información de viene de piel, oídos, nariz, boca y ojos; alguno de los órganos de los sentidos que van a estar transmitiendo información sensorial que van a llegar a las áreas específicas del tálamo y de allí van a ir a la corteza respectiva.



Vemos en acá un gráfico (de arriba) que el tálamo representado en el centro, opera en el procesamiento de información. Lo más importante de esto es entender que vamos a tener tanto alteraciones y sintomatología que proviene del área cortical con la posibilidad de la integración de la memoria activa. Junto con fenómenos que vamos a encontrar que están proviniendo del sistema límbico con una fijeza en las emociones miedo, rabia, odio, desesperanza, tristeza involucrada en la situación traumática. Vamos a encontrar en el cerebro medio y en el cerebelo elementos vestibulares y motores, y muchos de estos pacientes van a recordar y van a tener presentes en su cuerpo sensaciones ligadas a las situaciones traumáticas. Por ejemplo muchas veces en los abusos sexuales parte de la memoria está quedando en la sensación cenestésica del movimiento e incluso en las posiciones, en los movimientos vestibulares.

Esto va a explicar parte de la sintomatología que presentan los pacientes. Por un lado pueden tener recuerdos muy detallados, muy vívidos, habitualmente siempre fragmentarios. Por esto también se considera que las personas bajan a un período preoperacional (en el sentido de Piaget). De ésta manera siempre la información va a ser fragmentaria.

Entonces como decía antes la naturaleza de los recuerdos traumáticos tienen elementos básicamente sensoriomotriz. Además puede haber fijeza a ideas, y una de las cosas que muchas veces observamos por ejemplo, en hombres abusados, y sobre todo en hombres abusados cuando eran niños, hay cierta fijeza a ideas acerca de la posibilidad de ser homosexuales. No está correlacionada la idea con el recuerdo y con el acontecimiento que reexperimenta. Pero queda de alguna manera fijado un elemento cognitivo a un elemento somato sensorial. Pueden experimentar, re-experimentar, y la re- experimentación puede ser parcial o completa. Esto es algo muy frecuente, los pacientes no recuerdan sino que reexperimentan y reactualizan, y de alguna manera lo que pasan a vivir es la situación otra vez intensamente. Esto puede ser de una manera más consciente o no, con lo cual pueden contener fragmentos de conductas, afectos y sensaciones. En parte explica porque los pacientes con cierta frecuencia son diagnosticados como psicóticos, sobretodo cuando la re-experimentación es fragmentaria y de alguna manera caótica.

Esta suerte de sobrestimulación emocional con fragmentación sensorial lleva a que los paciente con Trastornos Disociativos suele n aparecer como persona que "sienten" (en el sentido de experimentar), no hay "yo siento" sino sienten. Este es un elemento altamente perturbador, y va a generar de hecho gran parte de la sintomatología y de la perturbación que presentan, en particular todo lo relacionado con los trastornos de ansiedad.

Por otro lado, la memoria traumática posiblemente se constituye de una manera que guarda restos somatosensoriales y fragmentarios. Observando una ruptura de las conexiones entre los sucesos.

Trastornos Disociativos, van a encontrar un espectro de sintomatología que supera o cambia en la modalidad de las formas de presentación habitual. Por eso debemos estar atentos, alertas y conocer esto para poder reconocerlos en el momento de la consulta porque su tratamiento es completamente diferente.

Hay un buen ejemplo en la naturaleza del trastorno disociativo. Que por otro lado presenta una similitud en la organización nuclear amigdalina entre la zarigüeya y el hombre¹².

Este marsupial tiene una conducta verdaderamente interesante a la hora de evaluar la "desconexión" como una forma de sobrevivir frente al peligro extremo. ¿Es tal vez esta una forma de explicación de las conductas disociativas? Debemos decir que sí, la amígdala es la encargada de la evaluación de las emociones y hay una semejanza anatómica entre la amígdala del hombre y la zarigüeya y el comportamiento frente a la emoción extrema del animal que a punto de morir desconecta su cuerpo completamente para "salvar" su vida. La analogía con la conducta disociativa es válida.

En ambas situaciones, la zarigüeya a punto de morir en la boca de sus perseguidores y el hombre frente al estrés extremo son buenos ejemplos de una conducta de "desconexión" por emoción extrema. Como Billy, el paciente de Terr, relata la frase que da nombre a su libro, "Demasiado asustado para gritar"*¹³.

Una característica del fenómeno disociativo es ser paradójica: en el momento de mayor estimulación emocional aparece el fenómeno de desconexión. En el terror extremo no hay palabras ni contexto. Solo nuestro cuerpo registrando las sensaciones corporales y emociones que surgen del suceso. "Uno de los misterios de la mente es que mientras el trauma es experimentado en la forma de terror sin lenguaje, el cuerpo continúa reaccionando a estímulos condicionados como vuelta del trauma, sin la capacidad de definir un curso de acción alternativo. Sin embargo, cuando los disparadores están identificados y el individuo gana la capacidad para ligar palabras a las experiencias somáticas, estas experiencias parecen perder algo de su terror".

Cuando los sistemas del lenguaje fallan el cuerpo sigue registrando la información que viene del mundo externo. Cada vez que la situación externa es abrumadora para el individuo solo quedará registrada en la memoria corporal (memoria implícita). "Mientras impresiones de una experiencia usualmente vienen de nuestros sentidos. Estas impresiones no están codificadas como palabras, sino como sensaciones somáticas que son: aromas, visiones, sonidos, tacto, sabores, movimiento, posición, secuencias conductuales, reacciones viscerales"*¹⁵.

El Trastorno Disociativo involucra trastornos en la memoria, trastornos en las conductas y trastornos en los afectos; además de las modificaciones fisiológicas y neurofisiológicas.

Una de las características diagnósticas más importantes que muestra la experiencia clínica es que el paciente con un trastorno disociativo parece tener con frecuencia una suerte "mutación" sintomática o de cuadro clínico. Y este funcionamiento hay que diferenciarlo de los cuadros psicóticos. Por eso con muchísima frecuencia el paciente presenta diferentes diagnósticos previos. Coincidiendo con diferentes momentos de crisis o desconexión que presentan.

Este diagnóstico es esencial de realizar dado que la gravedad del cuadro del trastorno Disociativo queda soslayada por el diagnóstico pronóstico que tiene, cuando es reconocido adecuadamente.