

Diagnóstico de los trastornos disociativos.

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2004; (2004)

Anabel González Vázquez.

Servicio Psiquiatría. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

E-mail: anabelvladi@wanadoo.es

PALABRAS CLAVE: Trastornos disociativos, diagnóstico, disociación, trastorno de identidad disociativo, personalidad múltiple

(KEYWORDS: Dissociative disorders, Diagnosis, Dissociation, Dissociative Identity Disorder, Multiple Personality)

Resumen

Los criterios diagnósticos para el diagnóstico de los trastornos disociativos, aunque compartimos las mismas clasificaciones, parecen diferir a uno y otro lado del atlántico. Se diagnostican ampliamente en países como Estados Unidos, y con muy poca frecuencia en España. Se han aducido diferentes razones para esta discrepancia, pero en mi opinión, las diferencias en la exploración psicopatológica son una base importante para ello. Se exponen las diferencias en la entrevista clínica, así como los instrumentos estandarizados para detectar disociación, y se ponen ejemplos de casos que reciben distintos diagnósticos en contextos en que el Trastorno de Identidad Disociativo se considera una rareza clínica.

Abstract

Dissociative disorders diagnostic criteria , but different countries share the same classifications, seem to be different on one and other sides of Atlantic Ocean. DD are broadly diagnosed in EEUU and show a low rate in Spain. Different reasons

had been argued for this disagreement, but in my opinion, a different psychopathological exploration may be a important basis for this.

Richard Lowenstein establece varios principios generales de importancia en la evaluación de los síntomas disociativos:

1. La disociación y el Trastorno de Identidad Disociativo son fenómenos primariamente ocultos. Los pacientes minimizan, niegan o racionalizan su presencia.
2. Los síntomas de disociación están habitualmente inmersos en una matriz polisintomática. Las diferencias entre síntomas causados por un proceso disociativo y otros síntomas similares generados por otras patologías pueden ser sutiles, y requieren una entrevista muy detallada, y una exploración extensa de la fenomenología subjetiva de los síntomas.
3. La variabilidad en la presentación clínica es uno de los rasgos característicos del TID, por lo que no es raro que uno de éstos pacientes admita un síntoma en una parte de la entrevista y lo niegue en otra. En las historias clínicas de los pacientes con TID, es característico encontrar un alto número de diferentes diagnósticos psiquiátricos.

El mismo autor clasifica los síntomas del TID en varios grupos:

- Síntomas de proceso
- Síntomas amnésicos
- Síntomas autohipnóticos
- Síntomas de estrés postraumático
- Síntomas somatoformes
- Síntomas afectivos

Pondré algunos ejemplos, sólo para dar cuenta de que muchos de ellos no forman parte de la exploración psiquiátrica habitual: Entre los síntomas de amnesia figuran: periodos de "tiempo perdido" o lagunas de memoria, conductas

no recordadas, posesiones inexplicadas... Entre los fenómenos autohipnóticos: trances espontáneos (a veces de muy poca duración y poco perceptibles), regresión de edad, alucinaciones negativas, experiencias de verse fuera del cuerpo, etc

Un dato muy significativo de que la exploración psiquiátrica habitual no recoge el espectro de la clínica disociativa es la entrevista SCID (Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV) que tras su cumplimentación permite realizar gran parte de los diagnósticos psiquiátricos... pero no todos. Para valorar los trastornos disociativos se ha elaborado una entrevista separada: la SCID-D (Steinberg, M., 1994). Un resultado práctico de este hecho es que los trabajos de investigación que emplean entrevistas estructuradas, y que supuestamente permiten un diagnóstico más preciso y objetivo, están excluyendo sistemáticamente los trastornos disociativos.

En nuestra práctica diaria no ocurre algo muy distinto. Nuestra entrevista clínica habitual tiene muchos puntos de encuentro con los ítems de la SCID, pero seguramente tendrá poco en común con las preguntas que recoge la SCID-D.

¿Qué preguntas son estas?. Una guía sencilla son las diversas escalas disponibles sobre este tema. Una escala de acceso libre es la DES (Dissociative Experiences Scale) de Bernstein y Putnam (1986), de cuyos 28 ítems se extraen ocho que componen la subescala DES-T. Esta es más orientativa de disociación patológica. La escala DES es una escala de screening, y hace una valoración del nivel de disociación, considerando esta como un continuum que va de lo normal a lo patológico. Se hace referencia en general a un punto de corte de 30 que apuntaría a la posibilidad de un trastorno disociativo, que debería confirmarse posteriormente con escalas más precisas y exhaustivas.

¿Qué ítems recoge la DES-T?. Incluye los siguientes (Citado en Putnam, 1997):

- Verse a uno mismo en algún lugar sin saber cómo ha llegado hasta allí
- Encontrar cosas entre sus propiedades que no recuerda haber comprado
- Verse a uno mismo como si estuviese viendo a otra persona
- No reconocer a amigos o familiares

- Sentir que otra gente, objetos o el mundo no son reales
 - Sentir que el cuerpo no te pertenece
 - Encontrarse pensando en uno mismo como si fuese dos personas diferentes
- Oír voces dentro de la cabeza.

Otra escala, esta ya diagnóstica, es la de Ross (1989), que entre otros capítulos, recoge lo que denomina "datos asociados con el Trastorno de Personalidad Múltiple", en el que nos ofrece una posible guía para la entrevista clínica empezando por síntomas más indirectos de disociación, como son:

- Cosas que faltan o aparecen entre las pertenencias del paciente sin que este sepa cómo
- Cambios drásticos en la forma de escribir, o cosas escritas que el paciente no recuerda
- Gente que no reconoce le habla como si lo conociera
- Le comentan cosas que dijo o hizo y que él no recuerda
- Periodos de "tiempo en blanco"
- Encontrarse en un lugar sin saber cómo
- Largos periodos de la infancia posteriores a los 5 años que no recuerda
- Flashbacks
- Sentimientos de irrealidad o de estar en un sueño
- Voces hablando dentro de la cabeza
- Experiencias sobrenaturales (percepción extrasensorial, posesión, contacto con espíritus)

La escala más amplia sobre el tema es la SCID-D que antes comentábamos (Steinberg, 1994), que está estructurada en los siguientes capítulos:

- 1) Amnesia
- 2) Despersonalización
- 3) Desrealización
- 4) Confusión en la identidad
- 5) Alteración de la identidad

En el artículo que antes comentaba de Lowenstein, se recoge también un guión

muy explícito de como orientar la entrevista con un paciente disociativo: qué preguntas hacer, cómo...

Pongamos un ejemplo: generalmente los pacientes con TID tiene breves amnesias durante las conversaciones o en la propia entrevista ("micro"-dissociaciones). Esto puede indicar una cambio a otro estado del yo o una interferencia por otro alter. Los pacientes pueden encubrir estos hechos o confabular para rellenar ese lapso de memoria. Las posibles preguntas para explorar este fenómeno serían:

b) ¿Has notado que durante algunas conversaciones te has desconectado en algún momento?. Mientras estás hablando con alguien a veces notas que no has oído parte de lo que te están diciendo?

c) ¿Te ha pasado mientras estábamos hablando ahora?. ¿Puedes recordar todo lo que hemos dicho?

d) Si en un momento dado el sujeto parece estar disociado: ¿qué está pasando en este momento?. ¿Puedes decirme de qué acabamos de hablar?. ¿Notas que te desconectas? ¿Cómo ocurre esto?.

Como vemos son preguntas muy específicamente dirigidas a explorar síntomas disociativos, y muchos de estos síntomas pasarían inadvertidos en una entrevista convencional.

Una objeción que se plantea por parte de algunos clínicos, es la posibilidad de inducir síntomas en los pacientes, objeción que no surge en cuadros del espectro psicótico. La simulación existe en el campo de la disociación, al igual que en otras áreas de la psiquiatría (todos hemos visto numerosos pacientes intentando simular una esquizofrenia), y probablemente varía en función del entorno. Kluft (1994) aporta datos de una clínica específica de trastornos disociativos, en los que se detecta un 10% de trastorno facticio y simulación. Probablemente en países donde el diagnóstico está menos extendido, y es menos conocido por la población, este porcentaje sea mucho menor. Los cuadros disociativos auténticos generalmente no buscan activamente dicho diagnóstico, las partes disociadas pueden presentar clínica disociativa o una gran agresividad. Refieren con mayor

frecuencia inhibición del deseo sexual, y pueden recogerse síntomas disociativos antes del inicio del cuadro actual. Los simuladores proceden con mayor frecuencia de un contexto médico legal, buscan una hospitalización, se presentan en forma muy dramática pero sin transmitir auténtica emoción y suelen negarse a exploraciones complementarias o test psicológicos

Esta cautela tiene todo su sentido en ámbitos forenses (Kluft, 1987), sin embargo en contextos clínicos existe más riesgo de falsos negativos que de falsos positivos (Bloch, 1991). Y si esto es así en Estados Unidos, donde se ha popularizado el término, en España, donde es un diagnóstico bien raro es difícil que un simulador vaya a escogerlo para presentarse como enfermo mental. Y más aún ante la actitud de escepticismo que seguramente encontrará en los profesionales que lo vean.

Hay otro dato que debería animarnos a profundizar en este campo: la teoría de que minimizar los síntomas disociativos que presenta el paciente no ha demostrado empíricamente que mejore el estado clínico ni el funcionamiento de estas personas a ningún nivel (Kluft, 1993), mientras que los tratamientos que abordan directa y explícitamente los síntomas y trabajan sobre ellos han obtenido sistemáticamente mejores resultados. Tampoco se ha demostrado empíricamente que puede generarse yatrogénicamente un caso de TPM (Ross, 1989)

También la historia de abusos sexuales o físicos graves y repetidos en la infancia puede ser un indicador de que debe explorarse más a fondo la clínica disociativa. Ross (1989) afirma que en su muestra de un 79% refiere historia de abusos sexuales y un 74,9% de maltrato físico. Putnam (1985) habla de un 97% de los pacientes con TPM que habrían sufrido abusos físicos o sexuales, abandono o negligencia de los padres, u otros traumas mayores en la infancia.

Para terminar describiré tres formas de presentación en pacientes posteriormente diagnosticados como disociativos, que como vemos son bien diferentes. Todos habían recibido otros diagnósticos previamente, en base al resto de los síntomas que presentaban.

Caso1. Paciente varón de 32 años, con clínica depresiva e intentos autolíticos tras un accidente de tráfico de que como secuelas le queda una dificultad para la deambulacion. Diagnosticado de trastorno depresivo no especificado, trastorno de estrés postraumático y trastorno de personalidad por evitación (Millon). Nos es derivado para abordaje psicoterapéutico tras una mala evolución e incluso exacerbación de la clínica con tratamiento cognitivo-conductual por un terapeuta experimentado.

En la entrevista reconoce periodos en blanco, objetos que no sabe cómo ha adquirido, amigos imaginarios que permanecen desde la infancia hasta la actualidad, y diversas personalidades o "presencias" que con frecuencia toman el control de la conducta. Refiere abusos sexuales en la infancia de los que prácticamente es incapaz de hablar. La simple mención a este tema genera una visible reacción emocional de ansiedad y temor.

Caso 2. Mujer de 27 años que acude solicitando una terapia de pareja. Nos es derivada por su psicólogo, que cree que el problema relacional es secundario a los problemas de la paciente. Piensa que es posible que exista una repercusión de los malos tratos del padre hacia la madre, de los que se tiene constancia por otras vías. La paciente no refiere historia de malos tratos físicos de su padre hacia ella ni de abusos sexuales en las entrevistas iniciales. Presenta clínica depresiva y algunos rasgos de personalidad límite. Es además una diabética mal compensada, con dificultades para su autocuidado en este aspecto, y posterior culpabilización.

En la historia destaca una importante amnesia psicógena que abarca amplios periodos de la infancia y adolescencia. Apenas es capaz de dar datos de esta época, aunque no refiere inicialmente dificultades para recordar.

Caso 3. Mujer de 21 años, con diagnóstico de personalidad límite. Historia de abusos sexuales graves en la infancia. Presenta cicatrices en antebrazo, aparentemente por autolesiones, que la paciente minimiza y cuyo origen afirma no recordar.

En la entrevista dirigida refiere frecuentes periodos en blanco tras los que se

encuentra la casa con un orden y distribución diferentes, o en los que se autolesiona y lo mancha todo con sangre. Se encuentra gente por la calle que le habla y a los que no conoce. Hace cosas en ocasiones muy discordantes con su personalidad, que luego no sabe cómo explicar.

Reconoce que tiene compañeros imaginarios, entre los que se incluye una "gemela mala" que es la responsable de las autolesiones. Habla de ello en voz baja, diciendo que es un secreto y que no lo comentemos porque la tomarán por loca. En una ocasión viene a la consulta aparentemente desorientada, no recuerda a la persona que la ha estado tratando los dos últimos meses, pero reconoce perfectamente al psicólogo que la valoró inicialmente. No recuerda nada de las entrevistas previas y se define como una persona sin problemas, y que no entiende por qué tenía apuntada esa cita. Las dos personas que la vieron ese día coinciden en que la amnesia aparentaba ser auténtica.

Conclusiones

Existen numerosos estudios que afirman que el Trastorno de Identidad Disociativo es un diagnóstico mucho más frecuente de lo que se pensaba. Existen, y se están desarrollando, instrumentos de valoración para este tipo de cuadros, y las terapias específicas parecen ofrecer buenos resultados. Ya que se trata de pacientes generalmente con mala evolución, valdría la pena superar el escepticismo dominante y ensayar nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Bibliografía

Bernstein, E. y Putnam, F. W. (1986) "Development, reliability and validity of a dissociation scale". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174: 727-735.

Putnam, F. W. (1997). "Dissociation in Children and Adolescents. A developmental perspective. The Guilford Press, New York.

Ross, C. A. (1989). "Multiple Personality Disorder". Wiley-Interscience

Publication. New York.

Kluft (1987) "The simulation and dissimulation of multiple personality disorder".
Am. J. of Clinical Hipnosis, 30: 104-118.

Kluft (1993). "Treatment of dissociative disorder patients: An overview of
discoveries, successes, and failures". Dissociation, 6: 87-101.

Bloch, J. P. (1991). "Assessment and treatment of multiple personality and
dissociative disorders". Professional Resource Press.

Putnam, F. W. (1985). "Dissociation as a response to extreme trauma". En R. P
Kluft (Ed) "Childhood antecedents of Multiple Personality Disorder". pp 65-67.
Washington D. C: American Psychiatric Press.

Bliss, E. L. y Jepsen, E. A. (1985). "Prevalence of multiple personality among
inpatients and outpatients". American Journal of Psychiatry, 142: 250-251.

Graves, S. M. (1989). Dissociative disorders an dissociative symptoms at a
community health center". Dissociation, 2: 119-127.

Ross, C. A., Anderson, G., Fleisher, W. P y Norton, G. R. (1991). "The frequency
of multiple personality disorder among psychiatric inpatients". American Journal
of Psychiatry, 148:1717-1720.

Kluft, R. P. (1991) Multiple personality disorder. In A. Tasman & S. Goldfinger
(Eds). American Psychiatric Press review of psychiatry. (vol 10. pp 161-188).
Washington DC. American Psychiatric Press.

Putnam, F. W., Guroff, J. J.; Silverman, E. K.y cols (1986). "The clinical
phenomenology of multiple personality disorder: 100 recent cases". Journal of
Clinical Psychiatry, 47: 285-293

Kluft, R. (1991) "Clinical Presentations of Multiple Personality Disorder".
Psychiatric Clinics of North America, Vol 14, n°3, Sept.

Coons, P. M. (1984). "The differential diagnosis of Multiple Personality Disorder. A comprehensive review". *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1): 51-67.

Lowenstein, R. J. (1991). "An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms an multiple personality disorder". *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3): 567-604.

Kluft, R. P. (1994). "Factitious or Malingered Multiple Personality Disorder". *Dissociation*. 7(2): 81-85-