

Lineamientos generales para el tratamiento de los trastornos disociativos.

(General guidelines for the treatment of dissociative disorders.)

FUENTE: INTERPSIQUIS. 2003; (2003)

Raquel Solvey.

Médica Psiquiatra-EMDRIA Latinoamérica

E-mail: solvey@ddnet.com.ar

PALABRAS CLAVE: Trastornos disociativos, Psicoterapia, EMDR.

(KEYWORDS: Dissociative Disorders, Psychotherapy, EMDR.)

En este trabajo se desarrollan los lineamientos y criterios generales para el tratamiento de los trastornos disociativos. Dichos tratamientos, entre los que se destaca el EMDR, presentan una serie de características particulares, que serán reseñados.

El tratamiento de estos pacientes es complejo, difícil y tiene grandes recompensas. Debe ser integrado a los principios generales de la psicoterapia y debe fundarse en la confianza, la seguridad y una sólida alianza terapéutica. Todos temas muy conflictivos para las víctimas de abuso infantil severo. Hay muchas técnicas y tipos de tratamiento para los DDI , y deben ser usados por terapeutas con habilidades clínicas suficientes.

Es mejor pensar en el trabajo como una psicoterapia normal, con un número de técnicas especiales mezcladas con ella. Entre estas, el EMDR es una técnica de elección, por su rapidez y especificidad de acción, lo que permite acortar significativamente el tratamiento de estos pacientes . El paciente disociativo ha usado la disociación de una manera compleja para poder lidiar con su trauma infantil, en la terapia debe recobrar e integrar los conflictos, sentimientos y recuerdos del abuso infantil.

Debe aprender a ser una sola persona, esto implica des-aprender y liberarse de la disociación, y adquirir un nuevo conjunto de estrategias mas adaptativas y flexibles para funcionar en su vida.

La última etapa del tratamiento, de post-integración, no es diferente de la de un adulto traumatizado, con abuso infantil, que no ha desarrollado un DDI, técnicamente esta etapa presenta un menor desafío para el terapeuta, pero es tan importante como la fase inicial.

Los trastornos disociativos son los trastornos psiquiátricos mas severos que pueden ser curados con psicoterapia, y especialmente exitosos con EMDR. No hay en los hechos, otros trastornos psiquiátricos comparables en severidad que tengan tan buen pronóstico. Este depende, sin embargo, de otros factores, tales como la habilidad clínica del terapeuta, su experiencia en el uso de EMDR, su flexibilidad para combinar técnicas, el manejo de distintas técnicas, y la posibilidad de poder aplicar un tratamiento intensivo al paciente.

Por ser un cuadro poco diagnosticado, debido a la complejidad para hacer un diagnóstico diferencial, en parte por su amplia co-morbilidad con otros trastornos, y en parte por la poca difusión , hasta el año 1990, por lo menos, no había estadísticas de tratamiento.

Los cuestionarios de DES y DDIS son muy satisfactorios al propósito de su diagnóstico y de su diferenciación con la Epilepsia Temporal.

La duración de la terapia, en un paciente Disociativo es de aproximadamente 2 a 3 años. Este lapso de tiempo es variable y depende de la dificultad del caso, la posibilidad de tener soporte social, el estadio de la vida y la situación del paciente, las habilidades del terapeuta, la suerte, y probablemente muchos otros factores que se nos escapan. Para considerar a un paciente integrado se requiere obtener, durante un mínimo de tres meses los siguientes parámetros:

1-Continuidad en la memoria contemporánea.

2-Ausencia de signos en la conducta de multiplicidad (alters).
3-Sentido subjetivo de unidad.
4-Ausencia de alters a la exploración hipnótica.
5-Evidencias clínicas que la auto-representación unificada del paciente, incluya el reconocimiento de actitudes y la toma de conciencia de que había estado previamente separado en personalidades diferentes (alters).
Lograr todo esto es un poco como correr una maratón. Uno va tan rápido como puede. Como el paciente y sus características lo permiten, es imposible habérsela y recuperar tanto trauma en una psicoterapia breve.

En los trastornos disociativos de la infancia, sin embargo, podemos llegar a una remisión estable, en un tratamiento relativamente corto. Esto implica una cura permanente del niño. Pero para que esto suceda, el trauma (abuso) debe parar, obviamente.

No sería ético, tratar a un niño que continúa siendo abusado, a causa que el tratamiento, al asociar las disociaciones, le roba al niño una manera de poder lidiar con la situación traumática. La mayor facilidad de tratar a un niño con DDI, comparado con la ardua y dolorosa tarea del tratamiento de un adulto, nos da la pauta de como estos trastornos están reforzados de una manera muy poderosa por los abusos físicos, sexuales y emocionales.

DDI, y especialmente su grado más severo, con múltiples alters, es el más terrible, pero el más esperanzado desorden mental para tener. Ningún otro grupo de pacientes se le compara, en el grado de traumatización, para recordar y atravesar.

Pero a diferencia de otros pacientes psiquiátricos, pueden escapar a su pesadilla con el tratamiento adecuado. Si el tratamiento es inadecuado ó son mal diagnosticados, como en la mayoría de los casos sucede, deambulan por los consultorios interminablemente, con diferentes diagnósticos, prolongando su agonía.

Principios generales del tratamiento

Lo primero que debemos tener en cuenta es que estamos tratando a un ser humano. El objetivo del tratamiento, no es mejorar al paciente, es curarlo. Esto debido a una serie de factores expuestos anteriormente, no siempre es posible, pero al menos nos proponemos curarlo de su disociación. El tratamiento es prolongado y difícil y muchas trampas aguardan al terapeuta, pero esto lo hace un desafío y tiene sus recompensas. Se debe medicar al paciente a menudo, en las diferentes etapas del tratamiento. La medicación se usa para aliviar la sintomatología de los síndromes asociados, y en determinadas etapas ayuda a trabajar con los traumas más severos, dándonos un soporte para poder atravesarlos más suavemente.

Nadie debería tratar a un DDI como su primer caso. Esto es así para la psicoterapia regular del paciente disociativo, y especialmente para el tratamiento de los mismos con EMDR. El tratamiento requiere habilidades y experiencia del terapeuta.

El paciente disociado, nos somete permanentemente a pruebas. Muchas veces* nos saca de las casillas*, no podemos tratarlo si no tenemos sentimientos positivos hacia esa persona. Las situaciones que pueden generar, no nos van a permitir ser buenos terapeutas...para ellos. La pregunta a hacernos, en esos casos es "Podría ser de otra manera con esa infancia!!?".

En suma, el terapeuta debe ser capaz de manejar los intensos sentimientos que son parte de la terapia, sin actuar en ninguna dirección. Hay limitaciones también en las características personales del terapeuta, para tratar a este tipo de pacientes, que debemos aceptar. Un terapeuta con trastornos disociativos no está en condiciones de tratar a este tipo de pacientes.

La terapia del DDI, es una resolución permanente de problemas y requiere intervenciones específicas innumerables
Podemos dividir el tratamiento en tres etapas.

1ra.. ETAPA: PREPARACION

1-Alianza terapéutica, confianza.
2-Hacer y compartir el diagnóstico con el paciente .Explicación del cuadro.
3-Comunicarse con cada estado de la personalidad, en casos graves con los alters.
4-Hacer un contrato de trabajo (con ellos también).

5-Juntar los pedazos de la historia mas coherentemente. Instalación de recursos y fortalecimiento yoico.

2da. ETAPA: PROCESAMIENTO DE LOS TRAUMAS E INTEGRACIÓN

6-Trabajar con el problema de cada estado de la personalidad.
7-Procedimientos especiales (EMDR). Desensibilizar cada uno de los traumas.

-Desarrollar la comunicación entre las personalidades.
9-Lograr la resolución/integración de los alters ó partes.

3ra. ETAPA: POST-INTEGRACION

10-Desarrollar nuevas conductas y habilidades de funcionamiento.
11-Tener y usar una red de soporte social.
12-Afianzar los logros.
13-Seguimiento.

La diferencia entre el EMDR y otro tipo de tratamientos, es que con la aplicación del EMDR, al procesarse los traumas, se va produciendo la integración de las partes disociadas casi automáticamente. Esto hace que la duración del tratamiento se acorte significativamente.

También usamos EMDR para la instalación de recursos y conductas adaptativas, que el paciente disociativo, a raíz de su disociación, no tuvo oportunidad de adquirir y consolida

Epidemiología, estadísticas, prevalencia

Existen muy pocos datos de la epidemiología de los DID. Este grupo no ha sido incluido en los grandes estudios epidemiológicos psiquiátricos, no se ha hecho tampoco ningún estudio piloto, ni siquiera el mas pequeño en la población general.

Todo lo que se pueda decir acerca de su prevalencia es pura especulación. (por lo menos hasta el año 1990, en USA).

Hasta 1980, se consideraba a MPD extremadamente raro. Cuando se publicó las "3 Caras de Eva" en (1957),se pensaba que era el único caso viviente .En 1986 se estimaba (Cooms) que en USA habían sido diagnosticados 6.000 casos .Se piensa ahora que fue una grosera sobreestimación. Para Colin Ross MD (1989) DID tendría una prevalencia de entre 1 en 50 a 1 en 10.000 personas en USA.

Como saca esta cifra? " Vivo en una ciudad de 600.000 personas, en los últimos 3 años ví cerca de 40 casos en la ciudad y algunos pocos del área rural. Sacando cuentas la prevalencia sería 1 en 15.000.

Si yo ví la ½ de los casos, la prevalencia sería 1 en 7.500 , pero no creo haber visto mas de un 10%, pero sí ví un 5% sería de 1 en 1.000."

En 1988, en un estudio hecho por L. Ryan PhD En la Universidad de Manitoba para DID, se tomó el DES a un total de 345 estudiantes, luego se les tomó el DDIS a los 20 puntajes mas altos y a los 22 mas bajos. Entre los 20 superiores, se hicieron 25 diagnósticos disociativos diferentes (sabemos que un paciente disociativo puede tener varios diagnósticos de disociación superpuestos) 14 sujetos tenían mas de 1 diagnostico disociativo, 6 ninguno. Había 8 casos de MPD y 6 DD, de los cuales 5 eran de amnesia psicogénica y 1 despersonalización. Si tomamos 8 casos de MPD, el diagnostico mas grave, en 345 testeados nos dá 2.3 cada 100.!!!!

Los DID son muchísimo mas comunes de lo que suponemos, son tan comunes como los trastornos de la Ansiedad y los trastornos de la Afectividad. Deberían hacerse estudios serios antes que estas cifras sean aceptadas.