

CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA INTERPSIQUIS

IX Edición, 2008

Tratamiento de los trastornos disociativos.

Anabel González Vázquez.

Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña. España. **Resumen**

En los últimos años cada vez más estudios empíricos de países muy diferentes están mostrando una prevalencia importante de los trastornos disociativos y en particular del Trastorno de Identidad Disociativo (antes personalidad múltiple). Pese al encendido debate en torno a este diagnóstico, los datos son claros y consistentes. Más allá de la discusión sobre estos estudios en el presente artículo nos centraremos en el tratamiento de estos cuadros. La importancia de identificar adecuadamente estos trastornos es que el esquema de tratamiento tiene especificidades respecto a otros abordajes y que la efectividad de estos tratamientos es mucho mayor que la de aquellos que se centran en otros síntomas disociativos del paciente, ignorando la fragmentación.

Abstract

In recent years many empirical studies of very different countries are showing a significant prevalence of dissociative disorders in particular Dissociative Identity Disorder (formerly multiple personality). Despite the intense debate around this diagnosis, studies results are clear and consistent. Beyond the discussion of these studies, in this article we will focus on the treatment of these disorders. The importance of properly identifying dissociative disorders is that treatment regimen has specificities over other approaches and that the effectiveness of these treatments is greater than that of those who are focused on other dissociative symptoms of the patient, ignoring fragmentation.

El concepto teórico de disociación

No es posible hablar del tratamiento de los trastornos disociativos, sin definir qué entendemos como tales. El término disociación es especialmente confuso actualmente. Los núcleos de esta confusión son múltiples (Gonzalez, 2007):

1. La palabra "disociación" se emplea en la literatura para designar conceptos diferentes, ya sean síntomas, mecanismos psíquicos o trastornos mentales.
2. Existen términos como el de "conversión" que se mantienen en el DSM-IV como una herencia de la tradición psicoanalítica, pero no encajan en una clasificación ateórica que no está basada en el modelo psicoanalítico.
3. Las clasificaciones internacionales se basan en la descripción clínica de síntomas y no en el mecanismo etiopatogénico. Por ello hay trastornos conectados por su etiopatogenia como el Trastorno por Estrés Postraumático, los Trastornos Disociativos y Conversivos y los Trastornos por Somatización, que están clasificados en distintos capítulos. Esto no facilita a los profesionales una comprensión global de los fenómenos psíquicos.
4. la dualidad mente-cuerpo propia del pensamiento médico-científico occidental ha llevado a separar trastornos muy ligados como los Trastornos Somatoformes, Conversivos y Disociativos, en base únicamente de que la sintomatología se exprese a través del cuerpo o de funciones psíquicas.
5. Algunos autores hablan de la disociación como un fenómeno normal, estableciendo un continuum que va desde la disociación cotidiana y adaptativa hasta el otro extremo, donde estaría el TID. Otros consideran la disociación como un mecanismo patológico.
6. El concepto de disociación que estamos acostumbrados a manejar implica una disminución o estrechamiento de la conciencia. En esta concepción nos encajan bien síntomas como el estupor disociativo o la despersonalización. Sin embargo la psicopatología del TID se corresponde no con una disminución del nivel de conciencia, sino con una fragmentación de la misma. En el primer caso (estupor disociativo), estamos ante una concepción vertical de los distintos estados de conciencia: de menor a mayor o viceversa. En el segundo caso (TID) se trata de una concepción horizontal de la disociación: hay una escisión o separación entre distintos estados de conciencia, que no tienen por qué estar a distinto nivel.
7. También es controvertido si algunos conceptos incluidos en las escalas de evaluación como la absorción (perderse o ensimismarse en los propios pensamientos, una película, etc.) son o no fenómenos disociativos.

Etzel Cardeña (1994) propone la siguiente síntesis de las diversas aplicaciones del término disociación en la literatura:

- 1) Disociación como módulos o sistemas mentales no conscientes o no integrados. No hay una mente unitaria, sino que a algún nivel falta la necesaria integración para que esto suceda. Dentro de esta concepción de disociación pueden encontrarse tres situaciones:
 - a) Disociación como la ausencia de percepción consciente de estímulos entrantes o conductas salientes. Estamos escuchando, viendo o sintiendo algo, pero en ese momento no nos damos cuenta. O realizamos una conducta bien aprendida sin mantener un control continuo y consciente de la misma. Un ejemplo que entra dentro de las experiencias normales es conducir un coche de modo automático mientras se mantiene una conversación. A nivel más patológico tendríamos la fuga disociativa.
 - b) Disociación como la coexistencia de sistemas mentales separados que deben ser integrados en la conciencia de la persona, su memoria o identidad. Esto es lo que algunos autores definen como estados del yo. El caso extremo sería el trastorno de identidad disociativo, en el cual estos estados mentales llegan a controlar la conducta del individuo existiendo barreras amnésicas entre un estado y

otro más o menos rígidas. Es este concepto el que más difícil de asimilar por los profesionales y será en el que más se insistirá en este libro. Si no partimos de este mapa conceptual será imposible entender correctamente los trastornos disociativos más graves y la planificación del tratamiento.

c) Disociación entre la conducta saliente o percepción inconsistente con la introspección verbal que el paciente refiere. El individuo tiene acceso a la conducta o percepción, pero existe una contradicción o inconsistencia. Una paciente sentía como caían sus lágrimas pero decía "es extraño, porque no me siento triste...". Otras veces podemos observar cómo un paciente relata un hecho traumático sin que manifieste una reacción emocional lógica ante lo que está contando. A diferencia del punto a. no se trata de conductas automáticas. En ocasiones debajo de estas conductas puede haber un estado mental disociado (punto b) que se está manifestando así, pero otras veces, como en el caso comentado en este párrafo, se trata de una deficiente integración entre los aspectos somáticos y emocionales de la experiencia. La paciente había sufrido quemaduras gravísimas en los primeros meses de vida y desde entonces sus sensaciones físicas siempre habían corrido "paralelas" pero no vinculadas a sus emociones.

2) Disociación como una alteración en la conciencia normal, que se experimenta como una desconexión del yo o del entorno. En la desrealización y despersonalización esta desconexión es cualitativamente distinta de la experiencia ordinaria. Es decir, no se trata de una simple disminución del nivel de conciencia, sino un cambio en la forma de percibirse a sí mismo o a la realidad circundante.

3) Disociación como un mecanismo de defensa. Sería un rechazo intencional, aunque no necesariamente consciente, de información emocional dolorosa. Las definiciones previas (más cercanas a las teorías de Jung y Janet) definen la disociación como un proceso automático ante emociones de alta intensidad (sin que el contenido tenga que ser necesariamente conflictivo). La conceptualización como mecanismo de defensa forma parte de las teorías psicoanalíticas.

Algunos autores definen también la disociación como un mecanismo de defensa, pero no en el sentido psicoanalítico, sino partiendo de la etología. Desde esta perspectiva la disociación sería análoga a la respuesta de congelación en animales que están siendo atacados por un depredador (Levine, 1997; Scaer, 2001). Su función sería reservar energía para la huida, hacer perder interés al agresor, o anestesiar a la víctima para minimizar el sufrimiento.

En este artículo entendemos los trastornos disociativos desde las siguientes consideraciones:

1. Los trastornos disociativos serían el extremo patológico de un continuum que va desde fenómenos cotidianos y universales como la absorción a la disociación patológica. En este extremo nos encontraremos con síntomas que serán cuantitativamente (el trance podría considerarse el extremo de la absorción) o cualitativamente (estados mentales disociados) diferentes de las experiencias disociativas presentes en población general. El principal criterio para ubicar un caso dentro de los "trastornos disociativos" será el carácter desadaptativo de los síntomas y la repercusión funcional.

2. Las respuestas disociativas se generan como defensas ante el trauma, aunque con el tiempo se convertirán en patrones de respuesta ante emociones y situaciones de diverso tipo. Creemos que se trata de reacciones automáticas y no de mecanismos de defensa en el sentido psicoanalítico, es decir carentes de componente intencional.

3. Aunque la desconexión del yo o del entorno que se encuentra en los síntomas de desrealización y despersonalización está claramente en el campo de la disociación, insitiremos menos en ellos. Lo mismo ocurre con los fenómenos de inconsistencia entre conducta/percepción/expresión verbal. Estos conceptos nos resultan más familiares, ya que enlazan en parte con los conceptos de consciente/inconsciente (disociación "vertical"), que todos manejamos independientemente de que tengamos o no una orientación psicoanalítica.

En cambio la coexistencia de sistemas mentales separados, la disociación entendida como fragmentación, es un mapa conceptual que normalmente no empleamos y en nuestra opinión esto es una clave fundamental para la actual confusión en el tema que nos ocupa. Por ello los próximos capítulos estarán centrados sobre todo en este concepto "horizontal" de disociación.

Discrepancias en la prevalencia entre distintos países

Aunque existe la idea que que los trastornos disociativos, en especial el Trastorno de Identidad Disociativo (antes Personalidad Múltiple) es un diagnóstico ligado a la psiquiatría americana, los estudios epidemiológicos nos muestran una realidad bien distinta.

Diversos trabajos muestran una prevalencia de TID entre distintas poblaciones de pacientes psiquiátricos de entre el 4 y el 18% (Kluft, R, 1999). Van der Hart (1993) hace una revisión de diversos estudios y afirma que en la mayor parte de los países europeos la actitud profesional más extendida es decir que "el trastorno de personalidad múltiple no existe aquí". Sin embargo, esta actitud está cambiando, aunque a velocidad muy diferente en unos y otros países, siendo los Países Bajos y Suiza donde más se están diagnosticando y tratando los trastornos disociativos, donde se observa una actitud más favorable de los clínicos y se están llevando a cabo más investigaciones.

En las investigaciones que se han realizado fuera de Estados Unidos y Canadá, los resultados son bastante concordantes con los encontrados en Norteamérica. Por ejemplo, Kluft (2002) cita 3 estudios europeos realizados en los Países Bajos y Turquía que muestran porcentajes entre el 4,7 y el 5% de Trastorno de Identidad Disociativo (TID) entre pacientes psiquiátricos ingresados. Sar (2007) encuentra una prevalencia de TID del 1,1% y de trastorno disociativo no especificado del 8,3% en mujeres en un estudio sobre población general en Turquía. Se han descrito casos en países como China (Xiao, 2006), donde no es de esperar ninguna potenciación del diagnóstico por parte de los profesionales. No hay ningún resultado que apoye que el TID es un fenómeno restringido a determinadas zonas geográficas, o que sea más frecuente en países donde el diagnóstico es más popular o hay una predisposición más favorable de los clínicos a aceptarlo. Aunque están por hacerse estudios empíricos en muchos países, los resultados de los que disponemos hasta la fecha, no apoyan que exista una diferencia significativa entre unos países y otros.

Respecto a la presentación clínica, Coons (1991) remarca que se han descrito casos en gran cantidad de países y que la sintomatología es muy similar a la de los pacientes descritos en Norteamérica, concluyendo que el TID no es un síndrome ligado a una cultura determinada y que probablemente tiene una distribución mundial.

Pueden ampliarse más estos aspectos en Gonzalez (2007).

Líneas generales del tratamiento de los trastornos disociativos

Los estudios sobre este grupo de población suelen mostrar un gran número de diagnósticos diferentes y de tratamientos ineficaces (Ross, 1989).

Hay estudios empíricos que muestran que no abordar directamente la fragmentación de la personalidad y los síntomas disociativos, conlleva un peor pronóstico que trabajar específicamente con estos síntomas. Kluft (2002) afirma que virtualmente todos los tratamientos eficaces publicados encuentran útil, incluso esencial, trabajar con las partes disociadas. Según el mismo autor sólo el 2-3% de los pacientes diagnosticados de TID alcanzan la integración sin haber pasado por un tratamiento que incluya específicamente el trabajo con las partes o alters

Kluft clasifica las terapias recibidas por estos pacientes en tres grupos:

a. Rigidez procustea: en la cama de Procusto siempre se cabía: al que no, le cortaban las piernas para hacerlo entrar. Aquí el terapeuta fuerza el diagnóstico y el tratamiento para hacer encajar a estos pacientes en la teoría a la que se adscribe el profesional. Por ejemplo, pacientes con alucinaciones auditivas tienden a ser diagnosticados como esquizofrénicos, aunque los clínicos que los valoran no detectan un contacto psicótico o ideación autorreferencial.

b. Minimización: Los síntomas disociativos son reconocidos, pero se ignora o resta importancia a dichos síntomas confiando en que esto lleve a su desaparición y pensando que trabajar sobre ellos equivaldría a "reforzarlos". Los síntomas disociativos son interpretados como "llamadas de atención" (una de las frases más dañinas de la terminología psiquiátrica) y esto genera una actitud negativa por parte del terapeuta.

c. Terapias que abordan de modo central los síntomas disociativos. Contra lo que opinan los enfoques minimizadores, hay diversos estudios que muestran que los enfoques que trabajan con los síntomas disociativos específicamente, lejos de potenciarlos, consiguen mejorías a largo plazo mucho mayores que aquellos que se centran en el resto de la psicopatología de estos casos (Kluft, 1985, 2005). Por el contrario, no existe ningún estudio empírico que demuestre que prestar atención a estos síntomas conlleva un peor pronóstico para estos pacientes.

Diversos estudios empíricos muestran un porcentaje importante de pacientes en los que se llega a una integración o a una mejoría importante (Kluft, 1984; Coons, 1986; Ellason y Ross, 1997). Los porcentajes de remisión son variables según de dónde se tomen los datos: evidentemente se obtiene un mejor resultado en muestras de pacientes de consulta privada, que en contextos públicos con pacientes de mayor gravedad. Sin embargo la tendencia es la misma.

Terapias orientadas a los síntomas disociativos (fragmentación): objetivos

Dentro de las terapias que abordan específicamente los síntomas disociativos, entendidos como fragmentación, existen distintos abordajes, según el objetivo final que planteen para el tratamiento. Podemos agruparlas en tres tipos:

1. Los enfoques integracionistas creen que el objetivo debe ser la integración de las partes disociadas.
2. Los abordajes focalizados en la personalidad, que defienden que en los individuos normales existen diferentes estados del yo y que la división y no la integración es el funcionamiento normal. Se centrarán por tanto en buscar una optimización de la organización interna
3. Adaptacionalismo: son enfoques más pragmáticos, que se centran en mejorar el funcionamiento del paciente y en disminuir los síntomas.

Líneas Generales del Tratamiento

Los primeros abordajes del tratamiento del TID incidían en procesar los elementos traumáticos. Con el tiempo se fue viendo que muchos pacientes se descompensaban presentando crisis y autoagresiones al empezar con este trabajo, por lo que cada vez se fue haciendo más evidente que era necesaria una etapa previa de estabilización y de establecer seguridad, que a día de hoy se considera una etapa fundamental del tratamiento de estos pacientes (Guías clínicas ISSD, 2005; Loewenstein, 2006). Algunos autores (Boon, 1997) afirman incluso que muchos pacientes no podrán pasar de esta etapa y que en no pocos casos no estará indicado trabajar directamente con los recuerdos traumáticos.

El esquema de tratamiento de los trastornos disociativos, al tratarse de cuadros de origen postraumático, seguirá las líneas de tratamiento del trauma definidas por Herman (1992). Habrá una primera fase de estabilización, luego un procesamiento de los recuerdos y una tercera fase de reconexión. En la primera etapa nos ocuparemos de fortalecer y estabilizar al paciente. Sólo después entraremos en el trabajo con el trauma propiamente dicho. Y finalmente podremos dedicarnos a la reintegración de la personalidad y la recuperación de la funcionalidad interpersonal y social.

La descripción de estas intervenciones excede las pretensiones de este artículo. Pueden ampliarse estos aspectos en los dos libros publicados hasta la fecha en castellano (Chefet, Ed, 2006; Gonzalez, 2007)

Evolución y pronóstico en los pacientes con TID que reciben tratamiento específico

Caul (1988) menciona una lista de factores que influyen en que el pronóstico sea más desfavorable:

1. Longitud de tratamientos previos después del diagnóstico de TID
2. Número de terapeutas que han tratado al paciente después de que se diagnosticara adecuadamente.
3. Mucha inversión de energía y narcisismo en la separación de los alters
4. Preocupación en descubrir una y otra vez material traumático en lugar de centrarse en la resolución
5. Actitud violenta presente de forma prolongada
6. Alto grado de confabulación
7. Persistencia de luchas de control o intentos de dominar la terapia
8. Implicación escasa o nula en el cambio

En cuanto a la evolución Kluft (2002) comenta que podríamos encontrarnos con tres perfiles diferentes de pacientes disociativos:

- a. Respondedores rápidos o TID de alto funcionamiento. Son personas con recursos significativos a nivel psicológico, interpersonal, social, vocacional y financiero. La comorbilidad psicológica es escasa y tienen pocos rasgos de trastorno de personalidad. Pueden presentar conductas que recuerdan al trastorno límite de personalidad, pero responden mucho más rápidamente a la terapia que las personas con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) más nuclear. Son capaces de aprender a manejar niveles altos de malestar y se consigue pronto una buena alianza terapéutica. Es posible que hayan tenido alguna hospitalización, pero suelen tratarse ambulatoriamente. Probablemente sus mayores recursos hacen que estén sobrerrepresentados en muestras de pacientes privados.
- b. Grupo intermedio o complejo. Tienen alta comorbilidad, presentan un trastorno de personalidad importante y recursos pobres a todos los niveles. Es difícil valorar que el paciente tiene estas características en las primeras etapas del tratamiento, ya que pacientes con TID aparentemente muy caóticos pueden a veces evolucionar rápido y favorablemente con una terapia adecuada. En cambio otros presentan rasgos de personalidad borderline más arraigados y estructurales, comorbilidad con abuso de sustancias, daño cerebral, trastornos alimentarios, enfermedades médicas y trastornos depresivos complejos. Las relaciones interpersonales y de pareja suelen ser problemáticas. A nivel personal presentan mayor dependencia, baja autonomía, un locus de control externo, culpabilización y autopreocupación (Horevitz y Loewenstein, 1994). Su tratamiento evoluciona mucho más lentamente que en el primer grupo y sus posibilidades de llegar a una integración completa son más reducidas. Sin embargo pueden beneficiarse a muchos niveles con el tratamiento adecuado.
- c. Un tercer grupo de bajo funcionamiento, crónico, de peor pronóstico (Caul, 1988), se caracteriza por manifestaciones patológicas más graves, episodios psicóticos ocasionales que sugieren trastornos comórbidos del espectro esquizofrénico o bipolar, lo que se denominaba antiguamente "psicosis histérica" (psicosis no especificada). Suelen estar inmersos en relaciones abusivas y frecuentes conductas autolesivas o antisociales. No son candidatos a la terapia orientada a la integración a menos que mejoren enormemente con el tratamiento de apoyo. Este grupo constituye del 10% al 33% de los pacientes que cumplen criterios de TID. La prevalencia mayor corresponderá probablemente a las consultas públicas y será también más alta en dispositivos de urgencias y hospitalización.

Conclusiones

Los estudios empíricos muestran que los trastornos disociativos, en concreto el trastorno disociativo de identidad es relativamente frecuente en distintas áreas geográficas y distintas culturas. Se han diseñado para estos pacientes tratamientos específicos, que también han mostrado su eficacia en investigaciones controladas. Pese a las numerosas críticas que despiertan ambos aspectos en la comunidad científica, las opiniones de aquellos que cuestionan tanto la existencia como el abordaje terapéutico del TID no han apoyado igualmente sus afirmaciones en evidencias empíricas. La evidencia científica disponible avala a día de hoy que el trastorno de identidad disociativo existe y puede ser tratado eficazmente.

Bibliografía

Para más información: www.trastornosdisociativos.com

Página en castellano donde pueden encontrarse información, pruebas psicométricas y una lista de discusión para profesionales.

Libros:

Chefetz, R. ED (2006): "Trastornos Disociativos: Una ventana abierta a la psicobiología de la mente". Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica, Vol 29 nº1. Ed. Masson
Gonzalez, A. (2007): "Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento". En Lulu.com

Artículos:

Boon, S. (1997). "The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications". Dissociation, Vol X, Nº2 (June): 65-73

Cardeña, E. (1994). "The Domain of Dissociation". ". En "Dissociation". Ed. S. J. Lynn y J. W. Rhue. Guilford Press.

Caul, D. (1988). "Determining prognosis in the treatment of múltiple personality disorder". Dissociation, Vol 1. Nº2. 24-26.

Coons, P (1986). " Treatment progress in 20 patients with Múltiple Personality Disorder". J. Nerv. Ment. Dis. 174-715-721.

Coons, P. y cols (1991). "The cross-cultural occurrence of MPD: additional cases from a recent survey". Dissociation, Vol IV, Nº3 (Sept): 124-128.

Ellason, J. y Ross, C (1997): "Two-year follow-up on inpatients with dissociative identity disorder". Am. J. Psychiatry. 154: 832-839.

Herman, JL y Schatzow, E. (1987). "Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma". Psychoanalytic Psychology 4:1-14.

Horevitz, R. y Loewenstein, R. (1994). "The rational treatment of multiple personality disorder". In Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives. Ed.

Lynn S. Rhue. J. New York, Guilford. Pp 289-316.

Kluft, R. (1984). "Treatment of Multiple Personality Disorder". Psychiatric Clin. North Am. 7:9-29.

Kluft, R. (1985). "The natural history of multiple personality disorder". En "Childhood antecedents of Multiple Personality". Kluft, R. Ed. APP.

Kluft, R. (1999). "Current Issues in Dissociative Identity Disorder". Journal Prac. Psych. and Behav. Hlth. 5: 3-19

Kluft, R. (2002). "The difficult to treat patient with Dissociative Disorder". In: The difficult to treat Psychiatric Patient. Ed. Dewan, J. M. y Pies, R. W. Am. Psychiatric Press. Washington D. C.

Kluft, R. (2005). "Dealing with Alters: a Pragmatic Clinical Perspective". Psych. Clin of North America, p: 1-26.

Levine, P. (1997). "Waking the tiger". Berkeley CA. North Atlantic.

Loewenstein, R. J. (2006). "TID 101: guía clínica práctica para la fase de estabilización del tratamiento del trastorno de identidad disociativo". Traducción castellana en el libro "Trastornos Disociativos: una ventana a la psicobiología de la mente". Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. Richar Chefetz Ed. Editorial Masson.

Ross, C. (1989). "Múltiple Personality Disorder". Wiley-Interscience Publications.

Sar, V; Akyuz, G y Dogan, O (2007). "Prevalence of dissociative disorders among women in the general population". Psychiatry Res. Jan 15, 149 (1-3): 169-176.

Scaer, R. C. (2001). "The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease". The Haworth Medical Press. New York. London

Van der Hart, O. (1993). "Múltiple Personality Disorder in Europe". Dissociation vol 6, nº23: 102-115

Xiao, Z y cols (2006). "Trauma and dissociation in China". Am. Journal of Psychiatry. Aug 163 (8): 1388-1391.