



Capítulo 35/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

Trabajamos para su tranquilidad...

Trastornos disociativos

Steven C. Schlozman, MD
Ruta M. Nonacs, MD, PhD

Puntos clave

Epidemiología

- Un gran segmento de la población general sufrirá síntomas disociativos sin ningún trastorno psicopatológico significativo, lo que lleva a pensar que estos síntomas existen a lo largo de un espectro desde la normalidad a lo patológico.
- Los trastornos disociativos se asocian más a menudo al antecedente de un trauma.

Hallazgos clínicos

- Los trastornos disociativos son un grupo heterogéneo de trastornos psiquiátricos caracterizados por la falta de una conciencia completamente integrada.
- Aunque los trastornos disociativos siguen siendo polémicos, constituyen una categoría diagnóstica a menudo poco considerada y, en consecuencia, obviada.

Fisiopatología

- La etiología de la disociación es probablemente multifactorial, lo que implica respuestas neurobiológicas a factores estresantes externos significativos.

Perspectiva general

Los trastornos disociativos se encuentran entre los problemas psiquiátricos más polémicos y fascinantes. Central a la conceptualización de la disociación está el conocimiento de que la conciencia de una persona puede no estar completamente integrada. Así, un paciente puede experimentar una alteración inequívoca de la personalidad o de la experiencia en la que las ideas, los sentimientos o las acciones no están integrados de forma lógica con otras experiencias autorreferenciales.¹ Además, aunque el concepto de la disociación tiene más de 100 años de edad, continúa habiendo un gran debate sobre la validez de los síntomas de la propia disociación, tanto en lo relativo a si los síntomas de los trastornos disociativos podrían explicarse mejor como un subgrupo de diferentes trastornos psiquiátricos (p. ej., trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático [TEPT],² reacciones traumáticas leves, trastornos psicóticos y trastornos del vínculo) como en qué medida las agendas política e incluso cinematográfica han contribuido a la conceptualización actual de los síndromes disociativos. Ciertamente, el trastorno disociativo más frecuente, el trastorno de identidad disociativo (TID), ha aparecido en más de media docena de películas populares y se ha relacionado en ocasiones con la ahora desfasada «epidemia» de cultos satánicos rituales que supuestamente engendró nuevos casos de trastorno disociativo en los años ochenta.

No obstante, la mayoría de los médicos siguen viendo el concepto de la disociación como una respuesta inusual, si bien posible, a acontecimientos y experiencias terribles y traumáticas. En este sentido, los fenómenos disociativos se enmarcan a menudo en los estudios de los traumas, y mientras que algunos casos clínicos se relacionan con un único acontecimiento terrible, otros lo hacen con desatención y abusos continuados en fases tempranas de la vida. Sin embargo, el trauma no es un factor etiológico necesario en el desarrollo de la disociación. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), 4.ª Ed.³ se elaboró cuidadosamente para evitar cualquier hipótesis etiológica a la hora de describir una conducta disociativa, y, aunque se han producido cambios en la terminología y en las entidades diagnósticas en el DSM-5,⁴ en las descripciones más recientes de estos síndromes queda un abordaje puramente descriptivo de estos trastornos. De hecho, sigue habiendo casos clínicos sobre sujetos con síntomas disociativos significativos que ocurren sin un factor estresante identificable. Dada la naturaleza heterogénea de los síndromes y de los que los sufren, no es de extrañar que los trastornos disociativos sean objeto, a veces, de una intensa controversia.

Finalmente, en el DSM-5⁴ se han descrito varios trastornos disociativos que han sido reclasificados. Estos cambios incluyen la incorporación de la fuga disociativa como un factor que especifica la amnesia disociativa, del mismo modo que se añade la «desrealización» como una manifestación y a la vez como parte del nombre del trastorno recién acuñado de despersonalización/desrealización. Finalmente, como uno podría esperar dadas las controversias que rodean al trastorno disociativo de la identidad, este síndrome en particular ha sufrido los cambios más fundamentales.^{5,6}

En este capítulo se define la idea global de la disociación, se ofrece un breve resumen de los principales trastornos disociativos, y se exponen su etiología y su tratamiento.

Historia

Los fenómenos disociativos se han observado y descrito durante cientos de años. A finales del siglo XVIII, Franz Mesmer exploró el concepto de la disociación desde la perspectiva de la hipnosis y, de hecho, fue probablemente el primer médico que registró la relación entre ser fácil de hipnotizar y tender a la disociación.^{7,8} Casi un siglo después, Pierre Janet, apoyado en el trabajo de Sigmund Freud, indicó que el ego se fragmenta en el marco de los acontecimientos traumáticos, lo que lleva a los estados disociativos. Esta teoría constituye una salida de las ideas primarias freudianas del trauma y la disociación, lo que es importante. Mientras que Janet pensaba que lo que provocaba síntomas disociativos era sobre todo un ego frágil que se colapsaba bajo el peso un trauma terrible, Freud conceptualizó la disociación como el trabajo de una defensa poderosa del ego, en la que los sujetos levantaban un muro contra el dolor emocional intenso como algo separado de lo propio y que solo dejaba expresarse en estados disociativos.⁹ Finalmente, a principios del siglo XX, Morton Prince escribió «The Dissociation of a Personality», el largo estudio del caso de su paciente Sally Beauchamp como «el santo, el demonio, la mujer». Este fue el primer análisis en profundidad de lo que hoy se conoce como TID.^{10,11}

Como se ha mencionado, los trastornos disociativos se convirtieron en un tema muy discutido en la psiquiatría durante los años ochenta, cuando supuestas víctimas de abusos en rituales satánicos fueron diagnosticadas a menudo de TID y se descubrió su pasado a través de la hipnosis y la recuperación de los recuerdos perdidos. Se ha escrito mucho sobre el aumento

de los recuerdos recuperados, vinculados a menudo a los estados disociativos, y mientras que algunos clínicos creen que estos casos constituían una epidemia apenas relacionada con la disociación, otros creen firmemente que estos casos eran el resultado de pacientes sugestionables que expresaban síntomas y recuerdos que tenían escasa base en la etiología sugerida de sus dificultades. Está claro que aún hay controversia sobre estos casos.¹²

Causas de disociación

Casi todas las exploraciones de la disociación implican un trauma. De este modo, aunque el DSM-5⁴ evita específicamente las exploraciones etiológicas, en el marco investigador el estudio del trauma y el de la disociación van de la mano. La mayoría de los escritos académicos que hablan de la disociación se encuentran en la literatura médica sobre los traumas, y los especialistas han definido incluso el propio trauma como una amenaza a la propia integridad personal. Esta es, de hecho, una de las principales razones por las que algunos creen que la conducta disociativa es más un subgrupo del TEPT y que los síntomas de la desconexión constituyen las analepsias, las experiencias repetidas y el embotamiento, que son centrales en el diagnóstico del TEPT.^{13,14} Hay además un mayor interés en diferenciar el TEPT de los trastornos disociativos usando diferencias recién descubiertas en las etiologías neurobiológicas propuestas para cada síndrome.¹⁵

Además, aquellos a los que es más fácil hipnotizar son también más proclives a la disociación. Dado que las personas más jóvenes y en especial los niños son también más fáciles de hipnotizar, esta observación está quizás ligada al hecho de que los sujetos más jóvenes también tienen más tendencia a disociarse. Finalmente, en la medida en que las deficiencias en el vínculo temprano se han ligado a la disociación, puede ser que los niños tiendan más a la disociación simplemente porque hayan experimentado recientemente los cambios de un vínculo seguro propuestos como causa de la disociación.^{16,17}

Desde una perspectiva más biológica se han observado desde hace tiempo estados similares al disociativo en pacientes que reciben anestésicos disociativos (como el midazolam) o que consumen drogas como la dietilamida del ácido lisérgico (LSD).^{16,18} Estas observaciones indican que una actividad irregular de la serotonina podría intervenir en los fenómenos disociativos. Además, muchos pacientes con lesiones encefálicas, y en especial los pacientes con crisis parciales complejas, han mostrado una conducta disociativa.¹⁹⁻²² Estas observaciones indican que múltiples desencadenantes, de origen biológico y psicológico, se entremezclan en la formación de la disociación como un estado patológico.

Sin embargo, muestras procedentes de la comunidad también muestran un grado relativamente alto de disociación en la población general. Aunque las razones de esta observación no son claras, la disociación se ha caracterizado de forma más reciente como semejante a un aprendizaje dependiente del estado, en el que cierta información es más fácil de obtener de algunos individuos en estados específicos del yo (self). Como en muchos fenómenos psiquiátricos, la disociación puede existir a lo largo de un espectro, y algunas expresiones de la disociación se ligan más a estados normales y otros síntomas tienen un significado obviamente más patológico.¹⁶

Epidemiología de la disociación

Las estimaciones sobre la prevalencia de la disociación varían ampliamente. Se cree que la frecuencia global de trastornos disociativos es aproximadamente del 10%, basándose sobre todo en evaluaciones estandarizadas (como la Dissociative Experience Scale [DES] y la Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders [SCID-D]). Es importante señalar que estas evaluaciones solo se han enfrentado al problema de la validez; por lo tanto, hay que tener cuidado a la hora de interpretar los datos obtenidos en estas investigaciones. Además, algunos han estimado la prevalencia de las experiencias disociativas en la población general en hasta el 75%. No está claro cómo interpretar estos hallazgos cuando se extraen conclusiones respecto a la epidemiología de la disociación.¹⁶

No obstante, han surgido algunas características demográficas importantes a partir de estas investigaciones. Primero, como ya se ha señalado, las personas más jóvenes y en especial los niños tienen más probabilidades de sufrir acontecimientos disociativos y de cumplir los criterios de los trastornos disociativos. Segundo, respecto a los síntomas de la disociación general, parece haber una relación igual entre hombres y mujeres. Sin embargo, los síndromes disociativos específicos tienen diferentes perfiles en cuanto al sexo. Mientras que la fuga disociativa es más frecuente en los hombres, el TID se encuentra más a menudo en las mujeres.

Diferentes trastornos disociativos

El DSM-5⁴ presenta la amnesia disociativa (antes llamada amnesia psicógena), el TID (antes llamado trastorno de la personalidad múltiple), el trastorno de despersonalización/desrealización y el trastorno disociativo sin especificar entre los trastornos disociativos. La desrealización forma ahora parte de la estructura sintomática del trastorno de despersonalización, y la fuga disociativa se convierte en un elemento especificador de la amnesia disociativa.

La amnesia disociativa la ha definido el DSM-IV³ como «una incapacidad para recordar información personal importante, habitualmente de naturaleza traumática, que es demasiado extensa para poder explicarse por un olvido normal». (En el [cuadro 35-1](#) se presentan los criterios del DSM-IV³ de este trastorno y de su exclusión. Véanse los criterios diagnósticos del DSM-5 actualizados en el [cuadro 35-2](#).) La amnesia disociativa puede ser global, lo que implica una pérdida total de información personal importante, o puede ser más localizada, en cuyo caso los pacientes no pueden recordar episodios específicos de conductas o experiencias traumáticas. Estas experiencias pueden incluir la automutilación, las conductas criminales o sexuales, los acontecimientos traumáticos o incluso las crisis de pareja o económicas.

Cuadro 35-1 Amnesia disociativa (criterios y exclusiones del DSM-IV)

A. El trastorno predominante es uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, habitualmente de naturaleza traumática o estresante, que son demasiado extensos como para explicarse por un olvido habitual.

B. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso del trastorno de identidad disociativo, la fuga disociativa, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de estrés agudo ni el trastorno de somatización ni se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) o un trastorno neurológico o médico general de otro tipo (p. ej., trastorno amnésico debido a un traumatismo craneal).

C. Los síntomas causan un sufrimiento clínicamente significativo o una alteración social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Cuadro 35-2 Criterios diagnósticos del DSM-5: amnesia disociativa (300.12 [F44.0])

A. Incapacidad de recordar información autobiográfica importante, generalmente de naturaleza traumática o estresante, que es incompatible con el olvido ordinario.

Nota: La amnesia disociativa consiste la mayoría de veces en amnesia localizada o selectiva de un suceso o sucesos específicos; o amnesia generalizada de la identidad y la historia de vida.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., alcohol u otra droga, un medicamento) u otra afección neurológica o médica (p. ej., epilepsia parcial compleja, amnesia general transitoria, secuelas de una contusión craneal/traumatismo cerebral, otra afección neurológica).

D. La alteración no se explica mejor por un trastorno de la identidad disociativo, un trastorno de estrés postraumático, un trastorno de estrés agudo, un trastorno de síntomas somáticos o un trastorno neurocognitivo importante o leve.

Nota de codificación: El código de la amnesia disociativa sin fuga disociativa es 300.12 (F44.0). El código de la amnesia disociativa con fuga disociativa es 300.13 (F44.1).

Especificar si:

300.13 (F44.1) Con fuga disociativa: Deambular aparentemente con un propósito o vagabundeo desorientado que se asocia a amnesia de la identidad o por otra información autobiográfica importante.

Reproducido con autorización a partir de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

La incidencia en hombres y mujeres parece ser igual, y grandes segmentos de la población general pueden sufrir períodos amnésicos breves tras experimentar un desastre significativo a gran escala.

El diagnóstico diferencial incluye los síndromes orgánicos (secundarios a traumatismos encefálicos, lesiones o convulsiones), así como los trastornos facticios y simulados, y el tratamiento de la amnesia disociativa busca restaurar los recuerdos perdidos, a veces a través de la psicoterapia y la asociación libre, pero en ocasiones de la hipnosis o una entrevista con tiopentato de sodio. Dicho de forma general, los pacientes con amnesia disociativa se recuperan rápida y completamente. Sin embargo, muchos pacientes continúan mostrando una tendencia a la amnesia en el marco del trauma.²³

Amnesia disociativa

Como se observó anteriormente, la fuga disociativa ya no es un diagnóstico distintivo. El DSM-5⁴ incluye un estado de fuga como elemento especificador de la amnesia disociativa. Este trastorno sigue siendo el más infrecuente de los trastornos disociativos. La fuga se ha definido como un viaje inesperado y brusco desde el lugar en que se realizan las actividades

diarias, con la incapacidad de recordar todo el pasado o parte de él. Los pacientes que sufren la fuga disociativa asumirán a menudo identidades completamente nuevas durante su episodio de fuga. (En el [cuadro 35-3](#) se enumeran los criterios del DSM-IV de este trastorno y sus exclusiones.) La amnesia disociativa parece inducida habitualmente por un acontecimiento traumático y por ello parece ser más frecuente durante períodos de guerra o después de desastres naturales. Los pacientes pueden parecer normales, aunque a menudo están confundidos y estresados cuando se les pregunta sobre su historia personal.

Cuadro 35-3 Fuga disociativa (criterios y exclusiones del DSM- IV)

- A. El trastorno predominante es un viaje brusco e inesperado lejos del hogar o del lugar de trabajo habitual, con una incapacidad para recordar el propio pasado.
- B. Hay confusión sobre la identidad personal o la asunción de una nueva identidad (parcial o completa).
- C. El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso del trastorno de identidad disociativo ni se debe a efectos fisiológicos directos de ninguna sustancia (p. ej., droga, medicamento) ni a un trastorno médico general (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).
- D. Los síntomas causan un sufrimiento clínicamente significativo o una alteración social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

La amnesia disociativa se produce sobre todo en los adultos, habitualmente entre la segunda y cuarta décadas de la vida. Aunque parece que afecta a los hombres tanto como a las mujeres, durante la guerra, la frecuencia de hombres con fuga disociativa aumenta, según define el DSM-IV.³ Aunque las fugas pueden durar varios años, la mayoría de los episodios duran desde unos días hasta unos meses. Otros diagnósticos son los trastornos encefálicos que llevan a estados de fuga, las fugas inducidas por fármacos secundarias a lagunas mentales relacionadas con el alcohol o los fármacos y los trastornos facticios o simulados. Además, algunos síndromes culturales (p. ej., amok y latah) pueden simular estados de fuga.

El tratamiento de la amnesia disociativa consiste en ayudar al paciente a recordar los acontecimientos que preceden a la fuga, habitualmente mediante psicoterapia, pero a veces a través de la hipnosis o una entrevista con tiopentato de sodio. El pronóstico varía. Cuando los estados de fuga son de corta duración, tienden a resolverse espontáneamente. Los episodios de larga duración pueden, sin embargo, ser intratables.^{16,24}

Trastorno de identidad disociativo

Entre los trastornos disociativos, el TID ha recibido la mayor parte de la atención en las últimas dos décadas y comporta una considerable controversia. Los aspectos positivos de esta controversia son un debate activo sobre la interrelación de la sociedad en la nosología psiquiátrica, así como una reevaluación cuidadosa de todos los fenómenos disociativos y su relación con la conciencia y la enfermedad. Como podríamos esperar, los criterios del TID también han sufrido una profunda revisión en el paso del DSM-IV³ al DSM-5 ([cuadro 35-4](#);⁴ v. criterios diagnósticos del DSM-5 en el [cuadro 35-5](#)). Actualmente, el TID conserva la presencia característica de dos personalidades diferentes dentro de una sola persona. Estas personalidades son relativamente duraderas, y el paciente puede tener un recuerdo limitado de la presencia de estas entidades. Además, estas entidades a menudo «controlan» la conducta y pueden verse como responsables de acciones aparentemente paradójicas del mismo

paciente. El DSM-5⁴ ha añadido criterios al diagnóstico del TID para incluir los casos de aparente posesión espiritual o demoníaca, aunque este aspecto de la nueva definición sigue siendo algo polémico.²⁵ Otros cambios más sutiles son la aceptación de lagunas de memoria respecto a los acontecimientos de todos los días y no solo los episodios traumáticos, así como un entendimiento de que diferentes entidades pueden ser observadas por otros o descritas por uno mismo.

Cuadro 35-4 Trastorno de identidad disociativo (criterios y exclusiones del DSM-IV)

- A. Hay dos o más identidades o estados de personalidad distintos (cada uno con su patrón relativamente perdurable de percepción, relación y pensamiento sobre el ambiente y uno mismo).
- B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad toman recurrentemente el control de la conducta de la persona.
- C. Hay una incapacidad para recordar información personal importante que es demasiado extensa para ser explicada por un olvido habitual.
- D. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., lagunas amnésicas o conducta caótica durante la intoxicación alcohólica) ni a un trastorno médico general (p. ej., crisis parciales complejas). En los niños, los síntomas no son atribuibles a amigos imaginarios ni a otras fantasías.

Cuadro 35-5 Criterios diagnósticos del DSM-5: trastorno de identidad disociativo (300.14 [F44.81])

- A. Perturbación de la identidad que se caracteriza por dos o más estados de la personalidad bien definidos, que se puede describir en algunas culturas como una experiencia de posesión. La perturbación de la identidad implica una discontinuidad importante del sentido del yo y del sentido de entidad, acompañado de alteraciones relacionadas del afecto, el comportamiento, la conciencia, la memoria, la percepción, el conocimiento y/o el funcionamiento sensitivo-motor. Estos signos y síntomas pueden ser observados por parte de otras personas o comunicados por el individuo.
 - B. Lapsos recurrentes en la memoria de acontecimientos cotidianos, información personal importante, y/o sucesos traumáticos incompatibles con el olvido ordinario.
 - C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - D. La alteración no es una parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.
- Nota: En los niños, los síntomas no deben confundirse con la presencia de amigos imaginarios u otros juegos de fantasía.
- E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., laguna mental o comportamiento caótico durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Reproducido con autorización a partir de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

Un aspecto esencial del TID es la cualidad amnésica de las personalidades alternativas mostradas por la personalidad primaria. Sin embargo, en muchos casos diferentes estados de la personalidad tienen niveles variables de conciencia de otras personalidades (llamadas a menudo áliter) y a menudo existe una personalidad dominante que es consciente de todas las demás personalidades. Se ha usado el término coconciencia para describir la experiencia simultánea de múltiples entidades a la vez. De este modo, una personalidad puede ser consciente de los sentimientos de otra respecto a la experiencia activa.

El TID se caracteriza por una elevada frecuencia de depresión asociada, y a menudo por síntomas afectivos que constituyen el síntoma de presentación. Además, entre una tercera parte y la mitad de los casos de TID experimentan alucinaciones auditivas. Algunos investigadores han señalado que estas alucinaciones se describen como «voces internas», lo que ayuda a diferenciar estos síntomas de las voces externas oídas por los que sufren esquizofrenia y otras enfermedades psicóticas. Además, al contrario que los sujetos que sufren esquizofrenia, los pacientes con TID no suelen ser hipnotizables ni muestran signos de un trastorno formal del pensamiento.

El TID se describe más en mujeres que en hombres, y el número medio de personalidades distintas es aproximadamente de 13. La prevalencia se estima en un 1%, y los trastornos asociados (como la depresión y el trastorno de la personalidad límite) son relativamente frecuentes.²⁶ Además, también son frecuentes los síntomas somáticos (como cefaleas, molestias digestivas y trastornos genitourinarios) y se asocia a mayores cifras de los síntomas de conversión correspondientes, trastornos facticios y simulados. Es, de hecho, esta compilación algo confusa de diagnósticos la que contribuye en parte a la controversia que rodea al TID en general.

El TID se diagnostica habitualmente en la tercera o cuarta década de la vida, aunque los que sufren TID refieren habitualmente síntomas durante la infancia y la adolescencia. La mayoría de las series de casos registran un curso crónico y fluctuante caracterizado por recaídas y remisiones. Hacer el diagnóstico de TID en un paciente particular no está exento de controversia. Algunos clínicos han propuesto que el diagnóstico debe perseguirse de forma persistente si un síntoma de un paciente esconde incluso sutilmente la posibilidad de la disociación. Estos clínicos describen a los pacientes que ignoran, o desean esconder, su trastorno, y por tanto necesitan ser «educados» sobre el TID. Los críticos mantienen que los pacientes con TID son muy sugestionables y que los clínicos «crean» tales pacientes al «sugerir» los síntomas. Los críticos enfatizan que los clínicos que muestran interés y entusiasmo en la multiplicidad de las personalidades refuerzan los síntomas.

La psicoterapia extendida sigue siendo el tratamiento de elección, aunque los abordajes varían ampliamente y siguen siendo polémicos. Algunos clínicos describen un tratamiento especializado para el TID, como perfilar y cartografiar los áliter, invitar a cada uno a participar en el tratamiento y facilitar la comunicación entre los diversos áliter. Mediante una exploración cuidadosa de todas las identidades alternativas, los clínicos intentan comprender los episodios traumáticos pasados experimentados por cada personalidad. La hipnosis se emplea a veces para alcanzar estados disociados. Otras veces los clínicos se centran en la función del proceso disociativo en el aquí y ahora de la vida del paciente y en el tratamiento en marcha. Ellos ayudan a los pacientes a hacerse conscientes del uso de la disociación para manejar sentimientos y pensamientos dentro de sí mismos y a manejar la cercanía y la distancia dentro de las relaciones. Todos los abordajes pretenden incrementar la tolerancia al afecto e integrar los estados disociados dentro del paciente.

Los tratamientos psicofarmacológicos (como los antidepresivos y los ansiolíticos) son a menudo útiles para el tratamiento de los síntomas acompañantes frecuentes de depresión y ansiedad. Sin embargo, se ha visto que el tratamiento no farmacológico reduce la disociación per se. Las benzodiacepinas reducen la ansiedad, pero también pueden exacerbar la disociación. Aunque no se usan habitualmente en los trastornos disociativos, a veces se emplean neurolépticos en pacientes que están muy desorganizados. [16,27,28](#)

Trastorno de despersonalización/desrealización

De acuerdo con el DSM-IV ([cuadro 35-6](#);³ v. también los criterios diagnósticos del DSM-5 en el [cuadro 35-7](#)), el trastorno de despersonalización se caracteriza por «episodios persistentes o recurrentes [...] de desvinculación o separación de uno mismo». Los pacientes con síntomas de despersonalización a menudo «se sentirán como un autómata o como si estuvieran viviendo en una película». La desrealización –la sensación de que lo que rodea al individuo es, en parte, irreal– se añadió a esta nomenclatura para tener en cuenta el hecho de que pocas veces hay despersonalización sin desrealización. Además, los clínicos argumentan que la incapacidad de separar el yo (self) del otro es una característica clave de la desrealización y la despersonalización. Con este fin se introdujo una entidad diagnóstica más parca.

Cuadro 35-6 Trastorno de despersonalización (criterios y exclusiones del DSM-IV)

- A. Hay una experiencia persistente o recurrente de sensación de desconexión de los procesos mentales o del propio cuerpo, y como si uno fuera un observador externo de ellos (p. ej., sensación de que se está en un sueño).
- B. Durante la experiencia de la despersonalización, la prueba de la realidad permanece intacta.
- C. La despersonalización causa un sufrimiento clínicamente significativo o un deterioro social, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La experiencia de la despersonalización no se produce exclusivamente durante el curso de otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de angustia, el trastorno de estrés agudo u otro trastorno disociativo, y tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) o a un trastorno médico general (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

Cuadro 35-7 Criterios diagnósticos del DSM-5: trastorno de despersonalización/desrealización (300.6 [F48.1])

- A. Presencia de experiencias persistentes o recurrentes de despersonalización, desrealización o ambas:
 - 1. Despersonalización: Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (p. ej., alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo, embotamiento emocional y/o físico).

2. Desrealización: Experiencias de irrealidad o distanciamiento respecto al entorno (p. ej., las personas o los objetos se experimentan como irreales, como en un sueño, nebulosos, sin vida o visualmente distorsionados).

B. Durante las experiencias de despersonalización o desrealización, las pruebas de realidad se mantienen intactas.

C. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., droga, medicamento) u otra afección médica (p. ej., epilepsia).

E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, el trastorno de depresión mayor, el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático u otro trastorno disociativo.

Reproducido con autorización a partir de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

Sin embargo, la prueba de la realidad permanece intacta en los que sufren el trastorno de despersonalización, lo que constituye una importante distinción de lo que de otro modo se vería básicamente como un proceso psicótico.

Los estudios han señalado que hasta el 50% de las personas presentarán en algún momento síntomas transitorios de despersonalización en función de los criterios del DSM-IV, y en la mayoría de los casos estos síntomas causarán una escasa ruptura y no se considerarán patológicos. Sin embargo, la despersonalización/desrealización frecuente puede ser muy perturbadora e interferir en la función diaria e impedir la integración de nuevas experiencias. Además, mientras que la despersonalización/desrealización transitorias son aproximadamente iguales entre los hombres y las mujeres, el trastorno de despersonalización es unas dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres, de nuevo medido en función de los criterios del DSM-IV. No está claro si estos datos cambiarán con la adición de la desrealización como elemento especificador de la despersonalización/desrealización.

Este síndrome empieza habitualmente al final de la adolescencia o principio de la vida adulta, y la mayoría de los episodios duran de horas a semanas. También se han descrito síntomas de despersonalización/desrealización en los que padecen una depresión grave o una psicosis, entre los pacientes que consumen drogas y como resultado de una lesión encefálica específica, migrañas o convulsiones.

El tratamiento es difícil, y los pacientes son a menudo resistentes a las intervenciones. Puede ayudar el tratamiento de los trastornos psiquiátricos acompañantes (como la depresión o la ansiedad). Como en otros trastornos disociativos, la búsqueda de acontecimientos traumáticos anteriores puede ser útil. [16,29,30](#)

Trastorno disociativo no especificado

Esta categoría se reserva a las presentaciones en las que la característica predominante es la disociación sin cumplir criterios de ningún trastorno disociativo específico. (En el [cuadro 35-8](#) se enumeran los criterios del DSM-IV⁴ de este trastorno y las exclusiones. En el [cuadro 35-9](#) se presenta la actualización del DSM-5 de este trastorno, «Otro trastorno disociativo especificado» y «Trastorno disociativo no especificado».) Los ejemplos de trastornos

disociativos no especificados varían ampliamente. Además, pueden clasificarse en esta categoría los síntomas que se deben a la tortura o el lavado de cerebro. El síndrome de Ganser (llamado a veces «psicosis de la prisión») se clasifica como un trastorno disociativo sin especificar. Se caracteriza por la provisión de respuestas aproximadas: es decir, ofrecer respuestas medio correctas a preguntas simples, como responder «cinco» a la pregunta «¿cuánto es dos más dos?». Se da el grupo correcto de la respuesta, pero la respuesta es imprecisa. El síndrome de Ganser se describe a menudo en poblaciones carcelarias.³¹⁻³³

Cuadro 35-8 Trastorno disociativo no especificado (criterios y exclusiones del DSM-IV)

A. Las presentaciones clínicas son similares a las de los trastornos de identidad disociativos que no cumplen todos los criterios de este trastorno. Son ejemplos las presentaciones en las que no hay: a) dos o más estados de personalidad distintos, ni b) amnesia respecto a información personal importante.

B. La desrealización puede no acompañarse de la despersonalización en los adultos.

C. Los estados de disociación pueden darse en sujetos que han sido sometidos a períodos de persuasión coercitiva prolongados e intensos (p. ej., lavado de cerebro, reforma del pensamiento o adoctrinamientos mientras estaba cautivo).

D. Trastorno del trance disociativo: trastornos aislados o episódicos en el estado de conciencia, identidad o memoria que son propios de localizaciones o culturas particulares. El trance disociativo implica el estrechamiento de la conciencia del ambiente inmediato o conductas o movimientos estereotipados que se experimentan como fuera del propio control. El trance de posesión implica la sustitución del sentido acostumbrado de identidad personal por una nueva identidad, atribuida a la influencia de un espíritu, un poder, una deidad u otra persona, y asociada a movimientos «involuntarios» estereotipados o amnesia. Son ejemplos el amok (Indonesia), el bebainan (Indonesia), el latah (Malasia), el pibloktoq (Ártico), el ataque de nervios (Latinoamérica) y la posesión (India). El trastorno de trance o disociativo no forma una parte normal de una práctica cultural ni religiosa colectiva ampliamente aceptada.

E. La pérdida de conciencia, el estupor o el coma no son atribuibles a un trastorno médico general.

F. El síndrome de Ganser implica dar respuestas aproximadas a preguntas (p. ej., «2 más 2 igual a 5») cuando no se asocia a amnesia disociativa ni fuga disociativa.

Cuadro 35-9 Criterios diagnósticos del DSM-5: otro trastorno disociativo especificado (300.15 [F44.89])

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos. La categoría de otro trastorno disociativo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de ningún trastorno disociativo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno disociativo especificado” seguido del motivo específico (p. ej., “trance disociativo”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Síndromes crónicos y recurrentes de síntomas disociativos mixtos: Esta categoría incluye el trastorno de identidad asociado a interrupciones no demasiado intensas del sentido del yo y del sentido de entidad, o alteraciones de la identidad o episodios de posesión en un individuo que refiere amnesia no disociativa.
2. Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa: Los individuos que han estado sometidos a persuasión coercitiva intensa (p. ej., lavado de cerebro, reforma de las ideas, adoctrinamiento durante el cautiverio, tortura, encarcelamiento político prolongado, reclutamiento por sectas/cultos religiosos o por organizaciones criminales) pueden presentar cambios prolongados de su identidad o duda consciente acerca de su identidad.
3. Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes: Esta categoría se aplica a afecciones agudas transitorias que duran por lo general menos de un mes y, en ocasiones, solamente unas horas o días. Estas afecciones se caracterizan por la presencia de limitación de la consciencia; despersonalización; desrealización; alteraciones de la percepción (p. ej., lentitud del tiempo, macropsia); microamnesias; estupor transitorio; y/o alteraciones del funcionamiento sensitivo-motor (p. ej., analgesia, parálisis).
4. Trance disociativo: Esta afección se caracteriza por la reducción aguda o la pérdida completa de la consciencia del entorno inmediato que se manifiesta como apatía o insensibilidad intensa a los estímulos del entorno. La apatía puede ir acompañada de comportamientos estereotipados mínimos (p. ej., movimientos de los dedos) de los que el individuo no es consciente y/o que no controla, así como de parálisis transitoria o pérdida de la consciencia. La alteración no es una parte normal de ninguna práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.

Criterios diagnósticos del DSM-5: trastorno disociativo no especificado (300.15 [F44.9])

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno disociativo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos disociativos. La categoría del trastorno disociativo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo del incumplimiento de los criterios para un trastorno disociativo específico, e incluye presentaciones para las que no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

Reproducido con autorización a partir de Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 5, (Copyright 2013). American Psychiatric Association.

Finalmente, ciertos síndromes culturales (como amok en Indonesia o latah en Malasia) se caracterizan a menudo por la disociación y a veces por la violencia. Estos síndromes se han caracterizado a menudo como trastorno disociativo sin especificar.

Trastornos facticios o simulación de presentaciones disociativas

Una fuente adicional de controversia respecto a los trastornos disociativos tiene que ver con la imitación ampliamente comunicada de síntomas disociativos entre los pacientes que buscan una ganancia secundaria. La incidencia de este problema puede ser más frecuente de lo que antes se creía, y al menos un estudio señala que el 10% de los pacientes con síntomas de TID están afectados, en realidad, de trastornos facticios, con la asunción del rol de enfermedad como principal motivador. Otros pacientes podrían fingir síntomas para obtener una ganancia económica o evitar una responsabilidad del mismo tipo. Estos casos son muy difíciles de distinguir, y ciertamente los tratamientos serán radicalmente diferentes del tratamiento de los que sufren verdaderos trastornos disociativos. En los pacientes que fingen síntomas, algunos han notado que estos suponen una gran información sobre el diagnóstico y un conocimiento inusual de los diversos síndromes disociativos. Sin embargo, dada la facilidad de acceso a la información que caracteriza la moderna tecnología, uno debe protegerse frente a las falsas suposiciones del paciente bien informado pero legítimamente disociado. Estos asuntos complican sustancialmente el conocimiento y el tratamiento de los trastornos disociativos.^{34,35}

Conclusión

Los trastornos disociativos constituyen una serie discutida, heterogénea y fascinante de síndromes psiquiátricos. Aunque muchos clínicos podrían rechazar realizar un diagnóstico de disociación, y aunque es necesario ser muy cautos para identificar correctamente a los pacientes con estas dificultades relativamente inusuales, uno corre el riesgo de pasar por alto el diagnóstico en pacientes con problemas disociativos legítimos. Una evaluación clínica cuidadosa, un uso prudente de las evaluaciones estandarizadas y el deseo de tener la mente abierta en lo que se refiere a estos diagnósticos servirán a los clínicos para reconocer y tratar este grupo de diagnósticos.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Nehmiah JC. Dissociative disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. ed 6. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
2. Lanius RA, Brand B, Vermetten E, et al. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depress Anxiety*. 2012;29(8):701–708.
3. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 4. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 1994.

4. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. ed 5. Washington, DC: American Psychiatric Association Press; 2013.
5. Brand BL, Lanius R, Vermetten E, et al. Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation*. 2012;13(1):9–31.
6. Spiegel D, Lewis-Fernández R, Lanius R, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:299–326.
7. Spiegel D. Mesmer minus magic: hypnosis and modern medicine. *Int J Clin Exp Hypnosis*. 2002;50(4):397–406.
8. Bob P. Dissociation and neuroscience: history and new perspectives. *Int J Neuroscience*. 2003;113(7):903–914.
9. Brown P, Macmillan MB, Meares R, et al. Janet and Freud: revealing the roots of dynamic psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996;30(4):480–489: discussion 489-491.
10. Prince M. *The dissociation of a personality*. New York: Longmans, Green; 1905.
11. White RW. Who was Morton Prince? *J. Abnorm Psychol*. 1992;101(4):354–356.
12. Mulhern S. Satanism, ritual abuse, and multiple personality disorder: a sociohistorical perspective. *Int J Clin Exp Hypnosis*. 1994;42(4):265–288.
13. van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K, et al. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38(11–12):906–914.
14. Candel I, Merckelbach H. Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: a critical review. *Compr Psychiatry*. 2004;45(1):44–50.
15. Simeon D, Yehuda R, Knutelska M, et al. Dissociation versus posttraumatic stress: cortisol and physiological correlates in adults highly exposed to the World Trade Center attack on 9/11. *Psychiatry Res*. 2008;161(3):325–329.
16. Coons PM. The dissociative disorders. Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatr Clin North Am*. 1998;21(3):637–648.
17. Kirsch I, Lynn SJ. Dissociation theories of hypnosis [see comment]. *Psychol Bull*. 1998;123(1):100–115.
18. Denson R. Dissociative delirium after treatment with lysergide. *Can Med Assoc J*. 1967;97(20):1222–1224.

19. Swinkels WA, van Emde Boas W, Kuyk J, et al. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. *Epilepsia*. 2006;47(12):2092–2103.
20. Mula M, Cavanna A, Collimedaglia L, et al. The role of aura in psychopathology and dissociative experiences in epilepsy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18(4):536–542.
21. Berthier ML, Posada A, Puentes C. Dissociative flashbacks after right frontal injury in a Vietnam veteran with combat-related posttraumatic stress disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001;13(1):101–105.
22. Grigsby J, Kaye K. Incidence and correlates of depersonalization following head trauma. *Brain Inj*. 1993;7(6):507–513.
23. Brandt J, Van Gorp WG. Functional (“psychogenic”) amnesia. *Semin Neurol*. 2006;26(3):331–340.
24. Coons PM. Psychogenic or dissociative fugue: a clinical investigation of five cases. *Psychol Rep*. 1999;84(3 Pt 1):881–886.
25. van Duijl M, Kleijn W, de Jong J. Are symptoms of spirit possessed patients covered by the DSM-IV or DSM-5 criteria for possession trance disorder? A mixed-method explorative study in Uganda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(9):1417–1430.
26. Korzekwa MI, Dell PF, Pain C. Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Curr Psychiatry Rep*. 2009;11(1):82–88.
27. Brand BL, Armstrong JG, Loewenstein RJ. Psychological assessment of patients with dissociative identity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(1):145–168.
28. Kluft RP. Dealing with alters: a pragmatic clinical perspective. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(1):281–304.
29. Bunning S, Blanke O. The out-of-body experience: precipitating factors and neural correlates. *Prog Brain Res*. 2005;150:331–350.
30. Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(1):9–18.
31. Miller P, Bramble D, Buxton N. Case study: Ganser syndrome in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(1):112–115.
32. Dalfen AK, Anthony F, Head injury. dissociation and the Ganser syndrome. *Brain Inj*. 2000;14(12):1101–1105.

33. Feinstein A, Hattersley A. Ganser symptoms, dissociation, and dysprosody. *J Nerv Ment Dis.* 1988;176(11):692–693.

34. LoPiccolo CJ, Goodkin K, Baldewicz TT. Current issues in the diagnosis and management of malingering. *Ann Med.* 1999;31(3):166–174.

35. Feldman MD, Ford CV, Stone T. Deceiving others/deceiving oneself: four cases of factitious rape. *Southern Med J.* 1994;87(7):736–738.

|

(Stern, 20171024, pp. 394.e3-401.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.