

TRASTORNOS SOMATOFORMES Y DISOCIATIVOS

INTRODUCCION

Trastornos somatoformes: la preocupación por la salud o su apariencia se vuelve tan grande que termina por controlar su vida. Los problemas que les inquietan al principio son físicos, por general no hay una afección médica identificable que cause dolencias físicas.

Trastornos disociativos: las personas experimentan experiencias disociativas (sensación de pérdida de identidad, pérdida de memoria).

TRASTORNOS SOMATOFORMES

» HIPOCONDRIASIS

“Caso Gala: Enfermedad invisible

Gala se caso a los 21 años con la esperanza de tener una nueva vida. Como una de tantas hijas en un hogar de clase media baja, se sentía a poca cosa y algo olvidada y sufría de una pobre autoestima. Un hermanastro mayor la reprendía y denigraba cuando estaba ebrio. Su madre y su padrastro se negaban a escucharla o a creer en sus quejas. Ella pensaba, entonces, que el matrimonio resolvería todo y que finalmente sería alguien especial. Por desgracia las cosas no fueron de esta manera. Pronto descubrió que su marido seguía manteniendo relación con una antigua novia.

Tres años después de su boda, Gala llegó a nuestra clínica aquejada de ansiedad y estrés. Trabajaba a tiempo parcial como camarera y hallaba su trabajo muy estresante. Aunque, según tenía entendida, su marido había dejado de ver a su ex novia, a Gala le costaba trabajo de su mente la aventura del esposo.

Si bien Gala se quejaba inicialmente de ansiedad y estrés, pronto se hizo patente que sus principales preocupaciones eran de salud. Cada vez que experimentaba síntomas físicos menores, como sofocación y dolor de cabeza, le daba miedo por si tenía una enfermedad grave. Una jaqueca la veía como un tumor cerebral. Y había otras sensaciones que magnificaba rápidamente y convertía en la posibilidad de tener SIDA o cáncer. A Gala la daba miedo de ir a dormir por si dejaba de respirar, evitaba el ejercicio, beber y hasta reírse, pues la inquietaban sensaciones resultantes.

El principal activador de la ansiedad y el temor incontrolable eran las noticias del periódico y la televisión. Cada vez que aparecía un artículo o un programa sentía ese cuadro clínico y notaba síntomas que eran parte de la enfermedad. Observaba incluso a su perro muy de cerca para ver si contraía la temida enfermedad.

Los temores de Gala se desarrollaron durante el primer año de matrimonio, poco después de enterarse de la aventura de su marido. Al principio, dedicaba una gran cantidad de tiempo y más dinero del que disponía la pareja para ver a los médicos. Durante varios años, escucho lo mismo en cada visita “no tiene usted nada, esta saludable”. Por último, dejó de ir cuando se convenció de que sus preocupaciones eran desmesuradas, pero los temores no la abandonaron y se sentía desgraciada de manera melancólica.

DESCRIPCION CLÍNICA:

Se caracteriza por la ansiedad o el temor a tener una enfermedad grave. Al individuo le preocupan los síntomas corporales que malinterpreta como un indicador de dolencia o enfermedad. Casi siempre acuden a médicos de familia pero sus palabras tranquilizadoras de que todo está bien no las calman, y si lo hacen es a corto plazo.

Estos individuos se centran en procesos de dolencias y enfermedades a largo plazo, buscan opiniones adicionales de los médicos en una tentativa por descartar, o quizá confirmar, un proceso patológico. Los niños que se suelen quejar con frecuencia de dolencias abdominales sin un aparente fundamento físico, suelen ser respuestas pasajeras al estrés, más que un síndrome hipocondríaco crónico verdadero.

Los individuos que temen desarrollar una enfermedad evitan situaciones que asocian con el contagio (*hipocondría*), son distintos de los que se sienten ansiosos por tener en realidad una enfermedad (*fobia a la enfermedad*) y a quienes creen, de forma errónea que tienen una afección se les diagnostica *hipocondriasis*.

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría (300.7)

A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si: **Con poca conciencia de enfermedad:** si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

ESTADÍSTICAS

Los primeros cálculos indican que entre el 1% y el 14 % de los pacientes médicos reciben un diagnóstico de hipocondriasis. La proporción de género es en realidad de 50 a 50 (aunque se le ha considerado en la historia un trastorno liderado por mujeres).

Se ha descubierto picos de periodos de edad de aparición en la adolescencia, a la mitad de la vida (40 a 50 años) y después de los 60.

Hay síndromes culturales específicos que parecen relacionarse con la hipocondriasis:

- El trastorno de Koro: existe la creencia, acompañada de ansiedad grave y a veces de pánico de que los genitales se están retrayendo en el abdomen. La mayoría de las víctimas son varones chinos, los sufrimientos característicos son el sentimiento de culpa por una masturbación excesiva, por coito insatisfactorio o por promiscuidad, estos síntomas pueden predisponer a los varones a

concentrarse en sus genitales.

- Trastorno de Dhat: se asocia con una mezcla vaga de síntomas físicos que comprenden mareo, debilidad y cansancio que no son tan específicos como en el koro. Son síntomas depresivos o ansiosos de magnitud menor se atribuyen a un factor físico: pérdida de semen.

Ante estos síntomas el médico tiene que descartar causas físicas de las molestias somáticas antes de remitir al paciente a un profesional de la salud mental. Debe determinar la naturaleza de las molestias somáticas para saber si están o no asociadas con un determinado trastorno somatoforme o si son parte de otro síndrome psicopatológico. El clínico debe ser plenamente consciente de la cultura o subcultura concreta del paciente.

CAUSAS

La interpretación incorrecta de los signos y sensaciones de índole física como prueba de enfermedad es central, de manera que casi todos concuerdan en que la hipocondriasis es básicamente un trastorno de cognición o percepción, con fuertes percepciones emocionales.

Los individuos con hipocondriasis experimentan sensaciones que son comunes a todas las personas, pero ellos centran rápidamente la atención en estas, aumentando la actividad y haciendo que las sensaciones físicas parezcan más intensas de lo que son en realidad, generando entonces síntomas físicos adicionales como parte de un círculo vicioso.

Las causas fundamentales de la hipocondriasis son similares a las asociadas con los trastornos de ansiedad. Existen pruebas de que hay un componente familiar lo cual sugiere una posible contribución genética. La hiperresponsabilidad podrá combinarse con una tendencia a ver los sucesos negativos de la vida como impredecibles o incontrolables y, por ende, a protegerse de ellos en todo momento.

Hay otros tres factores que tal vez contribuyan a este proceso etiológico:

- Parece desarrollarse en el contexto de un suceso de vida estresante, tales sucesos a menudo implican muerte o enfermedad.
- Las personas que lo desarrollan, suelen tener antecedentes de incidencia patológica elevada en su familia cuando eran niños.
- Puede tener una influencia social e interpersonal. Muchas personas que provienen de familias en las cuales la enfermedad es un aspecto muy importante parecen haber aprendido que a un enfermo se le ofrece mayor atención. Los beneficios de estar enfermo podrán contribuir entonces al desarrollo de un trastorno.

TRATAMIENTO

Estudio 1. Warwick, Clark, Cobb y Salkovski

Asignaron de manera aleatoria a 32 pacientes a una terapia cognitivo-conductual o a un grupo de control de lista de espera sin tratamiento.

El procedimiento se basó en identificar y cuestionar las malas interpretaciones de sensaciones físicas relacionadas con la enfermedad y en mostrar a los pacientes como se pueden crear síntomas, centrando la atención en ciertas áreas corporales. El hecho de provocarse sus propios síntomas convenció a muchas pacientes de que tales sucesos estaban bajo su control.

Los pacientes del grupo de tratamiento mejoraron un 76% en promedio, y los del grupo de lista de espera solo un 5%, los beneficios se mantuvieron durante 3 meses.

La inclusión de un tratamiento de manejo general de estrés era sustancialmente más efectiva que un grupo de lista de espera. Tanto el tratamiento cognitivo-conductual como el manejo de estrés seguían siendo eficaces en un seguimiento a un año.

Estudio 2. Fara, Grandi, Rafanelli, Fabbri y Cazzaro

Examinaron a 20 pacientes que cumplían los criterios de hipocondría y los dividieron en 2 grupos.

Uno de ellos recibía una terapia explicativa en la que el clínico trabajaba fuentes y orígenes de sus síntomas en profundidad. Estos pacientes fueron evaluados inmediatamente después de la terapia y 6 meses después como seguimiento.

El otro grupo estaba compuesto por una lista de espera que no recibía tratamiento hasta 6 meses después. Todos los sujetos recibieron el cuidado médico habitual. En ambos grupos, dedicar tiempo explicar con detalle la naturaleza

Â» TRASTORNO DE SOMATIZACION

“Caso de Linda. Paciente a tiempo completo.

Linda, una mujer inteligente de treinta años, llegó a nuestra clínica con una apariencia de aflicción. Cuando se sentó, hizo una observación respecto a lo difícil que le resultó llegar al consultorio, pues tenía problemas respiratorios y una inflamación considerable en las articulaciones. También se quejaba de cierto dolor debido a infección crónica del tracto urinario y advirtió que tendría que salir en cualquier momento para ir al baño; pero estaba muy contenta de tener la cita.

Al menos tenía a alguien enfrente que podría aliviar su considerable sufrimiento. Dijo saber que tendría que pasar por una entrevista inicial pero tenía algo que podría ahorrar tiempo. En ese momento se sacó un fajo de hojas: en una sección de cinco páginas, se escribían sus contactos con el sistema de salud en cuanto a dificultades mayores solamente. Estaban registrados los periodos, las fechas, los posibles diagnósticos y los días de hospitalización. La segunda sección, constaba de una lista de todos los medicamentos que había tomado para diversas molestias.

Linda creía tener gran cantidad de infecciones crónicas que nadie había podido diagnosticar con precisión. Había empezado a tener esos problemas en sus años de adolescencia. A menudo, discutía sus síntomas y temores con los médicos. Estudió enfermería y durante las prácticas en el hospital observó que su condición física se deterioraba con rapidez.

DESCRIPCION CLÍNICA

Las personas con este trastorno no tienen la sensación de urgencia de pasar a la acción, sino que continuamente se sienten débiles y enfermos y evitan el ejercicio ya que piensan que se pondrán peor. Su vida gira en torno a sus síntomas.

Criterios para el diagnóstico de F45.0 Trastorno de somatización (300.81)

A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:

1. cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. Ej., cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción)
2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. Ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos [no durante el embarazo], diarrea o intolerancia a diferentes alimentos)
3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. Ej., indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, períodos menstruales excesivos, vómitos durante el embarazo)
4. un síntoma pseudo neurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (p. Ej., drogas o fármacos)
2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

ESTADÍSTICAS

El trastorno de somatización es muy poco frecuente. Con la nueva clasificación del DSM-IV solo se necesitan ocho síntomas para diagnosticarlo. Este trastorno se produce en un continuo: las personas con solo unos cuantos síntomas somáticos de origen inexplicable tal vez experimenten el malestar y el deterioro de funcionamiento suficientes como para que se los considere afectados por un trastorno.

La prevalencia del trastorno es de un 4,4% en una ciudad grande, y aproximadamente, el 20% de los pacientes atendidos en atención primaria sobre una gran muestra.

La edad característica de aparición en la adolescencia, un estudio demuestra que los individuos con el trastorno suelen ser mujeres, no casadas y de grupos socioeconómicos bajos.

CAUSAS

El trastorno de somatización comparte algunas características con la hipocondriasis, incluidas una historia de enfermedades familiares o lesiones durante la infancia. Aunque en el trastorno de somatización es como mucho un factor menor.

En estudios de gemelos Torgersen descubrió que había una prevalencia mayor del trastorno de somatización en parejas monocigóticas, aunque en la mayor parte de los estudios se encuentran pruebas sustanciales de que el trastorno tiene un componente familiar y tal vez tenga una base hereditaria.

Hay un modelo que cuenta con cierto sustento que sugiere que el trastorno de somatización y el trastorno de personalidad antisocial comparten un síndrome de desinhibición de base neurobiológica. Jeffrey Gray

propuso tres sistemas funcionales principales:

- SIC o sistema de inhibición conductual: desempeña una función destacada en la expresión de la ansiedad y el pánico
- SAC o sistema de activación conductual: subyace la impulsividad, la búsqueda de emociones nuevas y la excitabilidad.
- SHL o sistema de huida-lucha: desempeña una función destacada en la expresión de la ansiedad y el pánico

Estos trastornos tal vez tengan en común un SIC débil que es incapaz de ejercer el suficiente control sobre SAC. El sistema de inhibición conductual asegura que seamos más sensibles a la amenaza y al peligro y evitemos las situaciones o las señales que sugieren que la amenaza o el peligro son inminentes. Cuando nos enfrentamos a tales señales, por lo común sentimos ansiedad.

Muchos de los comportamientos y los rasgos asociados al trastorno de somatización parecen reflejar una preferencia por una ganancia a corto plazo a expensas de problemas a la larga. Con el continuo desarrollo de síntomas somáticos se obtienen una simpatía y una atención inmediatas pero finalmente se termina en el aislamiento social.

Otros comportamientos que parecen señales una gratificación a corto plazo son la conducta de novedades y de provocación sexual. Estos pacientes son más impulsivos y buscan el placer.

Hay una gran variedad de pruebas neurofisiológicas que sugieren que en este circuito cerebral se encuentra presente una disfunción.

Los individuos con TPAS y trastornos de somatización comparten la misma vulnerabilidad neurofisiológica, pero se comportan de manera distinta debido a que los factores culturales y sociales ejercen un fuerte efecto. Además la principal diferencia entre estos trastornos es el grado de dependencia; la agresión se relacionan con el TPAS asociada a los machos y la dependencia se relaciona con el trastorno de somatización asociada a las hembras.

“Linda nos trajo una lista de las personas con las que había mantenido relaciones sexuales y aparecían más de 20 individuos pertenecientes a profesionales de la salud o a clérigos”

TRATAMIENTO

Se muy difícil de atender y no hay tratamientos de eficacia probada que parezcan “curar” el síndrome.

En muchas clínicas se proporciona confianza, se reduce la tensión y se aminora la frecuencia de conductas de búsqueda de ayuda.

En el tratamiento, a fin de limitar las visitas constantes a los médicos, se asigna un médico guardián a cada paciente que somete a este a una revisión médica para todas las dolencias físicas.

» TRASTORNO DE CONVERSION

“Caso de Eloisa. Olvido de la capacidad de andar.

Eloisa se sentó en una silla y sobre sus piernas, reticente a poner los pies en el suelo. Su madre tomó asiento a su lado, lista para asistirle si necesitaba moverse o levantarse. La madre había concertado la cita y, con ayuda de un amigo, llevaron a Eloisa al consultorio. Eloisa era una chica de 20 años, de inteligencia límite, que fue amigable y agradable durante la entrevista. Obviamente disfrutaba de la interacción

social.

La dificultad de Eloisa para caminar se desarrolló a lo largo de un periodo de cerca de cinco años. Su pierna derecha comenzó a debilitarse y ella empezó a caer. La condición empeoró de forma gradual hasta el punto de que seis meses antes de su ingreso en el hospital Eloisa solo podía andar a gatas.

Los exámenes físicos no revelaron problemas corporales. Eloisa presentaba un caso clásico de trastorno de conversión. Aunque no estaba paralizada, sus síntomas comprendían debilidad en las piernas y dificultades para mantener el equilibrio, lo que daba como resultado que se cayera. Esta clase de síntoma de conversión se denomina astasia-abasia.

Eloisa vivía con su madre, que regentaba una tienda de regalos en la parte delantera de la casa. Eloisa fue instruida mediante programas educativos especiales hasta los 15 años más o menos, después ya no hubo programas disponibles. Y empezó a deteriorarse su capacidad de andar. “

DESCRIPCION CLÍNICA

Los trastornos de conversión tienen que ver por lo general con un mal funcionamiento físico, como la parálisis, la ceguera o la dificultad para hablar. Pueden incluir el mutismo total y perdido del sentido del tacto.

La mayor parte de los síntomas de conversión sugieren que cierta clase de enfermedad neurológica está afectando a los sistemas sensoriomotores, aunque los síntomas de conversión pueden imitar el espectro completo de disfunciones físicas.

Algunas personas tienen ataques repentinos, los cuales pueden ser de origen psicológico puesto que no se documentan cambios significativos en los electroencefalogramas. Otro síntoma relativamente común es el globo histérico (sensación de tener algo atorado en la garganta que hace difícil tragar, comer y a veces hablar).

Freud creía que la ansiedad resultante de conflictos inconscientes se convertía de algún modo en síntomas físicos para encontrar la forma de expresarse, permitiendo al individuo la descarga de su ansiedad sin tener que experimentarla.

Criterios para el diagnóstico de F44 Trastorno de conversión (300.11)

A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.

B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.

C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).

D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.

F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

TRASTORNOS RELACIONADOS ESTRECHAMENTE

Puede resultar difícil distinguir entre las reacciones de conversión, los trastornos físicos reales y el fingimiento de enfermedad completo:

- Las reacciones de conversión a menudo poseen la misma cualidad de indiferencia por los síntomas que est n presentes en el trastorno de somatización, llamado la bella indiferencia y se considera el sello distintivo de las reacciones de conversión aunque no se trata de un signo infalible. Las personas con trastornos físicos reales y algunas con síntomas de conversión que exhiben una aflicción grave manifiestan una actitud displicente hacia la enfermedad.
- Los síntomas de conversión a menudo se desencadenan por un intenso estrés. Ford apunta que la presencia de estrés notorio anterior a un síntoma de conversión se producía entre un 52 y un 93% de los casos de estudio.
- Las personas con síntomas de conversión pueden actuar por lo general de forma normal, parecen inconscientes en realidad ya sea de esta capacidad o de la entrada sensorial. Por ejemplo, aquellos con síntomas de parálisis de las piernas podrían levantarse de súbito y correr.

En un estudio se descubrió que un 25% de los pacientes diagnosticados con una reacción de conversión tenía en realidad trastornos físicos.

Es difícil distinguir entre individuos que experimentan en realidad síntomas de conversión de aquellos simuladores (su motivación es librarse de algo: dificultades legales, trabajo...) los simuladores son conscientes de lo que hacen y tratan de manipular a los otros.

Trastornos facticios

Se encuadran en el fenómeno de simulación y trastornos de conversión. Los síntomas son fingidos y se hallan bajo control voluntario, lo mismo que con los simuladores, pero no hay una buena razón para generar de forma voluntaria la sintomatología salvo para adoptar el rol del enfermo y recibir mayor atención.

Cuando un individuo causa deliberadamente la enfermedad de otro, la condición se denomina *trastorno facticio por poder* o, en ocasiones, *síndrome de Munchausen por poder*.

Maltrato infantil asociado al síndrome de Munchausen por poder VS maltrato infantil t pico

	Maltrato infantil t�pico	Maltrato infantil at�pico (Síndrome de Munchausen por poder)
Presentación física del niño	Resultado del contacto físico directo con el niño	simulación de una emergencia medica o quirúrgica aguda o accidental no siempre visible en el examen físico
Diagnostico	El autor no facilita el descubrimiento de la manifestación de maltrato	El autor suele presentar las manifestaciones del maltrato personal medico
Conciencia de maltrato	A menudo presente	No suele estar presente

El padre afectado puede recurrir a tácticas extremas para crear la apariencia de enfermedad en su hijo. Por ejemplo, una madre llego a remover el tampón de la menstruación en la muestra de orina de su hijo. Los médicos, en general, perciben al padre en cuestión como afectuoso, cooperador y totalmente entregado a

conseguir el bienestar de su hijo, de hecho, la madre suele implicarse excesivamente en el cuidado del hijo, a menudo administrando las medicinas, evaluando los resultados del laboratorio...

Algunos de los procedimientos que ayudan a detectar el síndrome incluyen la separación del niño y la madre o la vigilancia con cámaras del niño mientras esta en el hospital.

Criterios para el diagnóstico de F68.1 Trastorno ficticio (300)

A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.

B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.

C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. Ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación)

Tipos:

Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16): si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.

Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas físicos (300.19): si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.

Trastornos ficticios con signos y síntomas psicológicos y físicos (300.19): si existe una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.

PROCESOS MENTALES INCONSCIENTES EN EL TRASTORNO DE CONVERSION Y EN LOS RELACIONADOS

“Caso de Anna O.

Anna tenía 21 años y cuidaba de su padre moribundo. Este fue un periodo muy difícil para ella. Informo de que, después de pasar muchos días junto al lecho del enfermo, su mente empezó a divagar. De pronto, se hallaba imaginando que una serpiente reptaba por la cama, casi a punto de tragar a su padre. Trato de agarrarla, pero el brazo derecho se le había entumecido y no podía moverlo, al verse el brazo y la mano, imagino que sus dedos se habían convertido en pequeñas serpientes. Aterrada todo lo que le vino a la mente fue rezar en inglés (su lengua materna era el alemán) Más tarde experimentaba parálisis en el brazo derecho siempre que recordaba la alucinación. Experimento también una gran cantidad de otros síntomas de conversión como sordera y una incapacidad para hablar alemán.”

En el tratamiento que Breuer dio a Anna O. ella revivió sus experiencias traumáticas en la imaginación. Bajo hipnosis, era capaz de recrear el recuerdo de su aterradora alucinación. Conforme recordaba y procesaba las imágenes, la parálisis la abandonaba y volvía a su capacidad de hablar alemán. Breuer denominó catarsis a la reexperimentación terapéutica de sucesos emocionalmente traumáticos. La catarsis demostró ser una intervención eficaz para muchos trastornos emocionales.

ESTADISTICAS

El trastorno de conversión puede darse en conjunción con otros trastornos en particular con el de somatización (como el caso de Linda). Quienes buscan ayuda para esta afección es probable que busquen ayuda a neurólogos o a otros especialistas. Un estudio reciente estima que de un 10 a un 20 % de todos los pacientes remitidos a un centro de epilepsia reúnan problemas psicógenos.

Se halla principalmente en mujeres, se desarrolla durante la adolescencia o un poco después. Sin embargo, ocurre con relativa frecuencia en varones en momentos de tensión extrema (soldados de combate), los síntomas desaparecen a menudo después de un tiempo, solo para reaparecer posteriormente en la misma forma o en forma similar cuando tiene lugar un nuevo estresor.

En otras culturas, algunos síntomas de conversión son aspectos muy comunes de rituales religiosos o curativos. Los ataques, las parálisis y los trances son comunes en algunos grupos religiosos fundamentalistas. Los individuos manifiestan estos síntomas porque tienen una alta estima con sus compañeros.

CAUSAS

Freud describió cuatro procedimientos básicos en el desarrollo del trastorno de conversión:

- El individuo experimenta un suceso traumático desde el punto de vista freudiano, un conflicto inaceptable e inconsciente.
- El conflicto y la ansiedad resultantes son inaceptables, la persona reprime el conflicto, haciéndolo inconsciente.
- Como la ansiedad va en aumento y amenaza con surgir en el consciente, la persona la convierte en síntomas físicos y libera así la presión de tener que enfrentar de manera directa el conflicto. Esta reducción de la ansiedad se considera como *ganancia primaria* o suceso reforzador que mantiene el síntoma de conversión.
- el individuo recibe una mayor atención y simpatía de los seres queridos y tal vez se le permita evitar una situación o una tarea difícil. Freud consideraba esta atención o evitación como la *ganancia secundaria*.

El único caso de la progresión freudiana de sucesos sobre el que hay dudas es la ganancia primaria, esta explica la característica de la bella indiferencia, en la cual los síntomas no parecen afligir en absoluto a los individuos. Freud pensaba que como los síntomas reflejaban una tentativa inconsciente por resolver un conflicto, el paciente no estaría preocupado por ellos.

Lader y Sartorius compararon a pacientes con el trastorno de conversión y pacientes ansiosos sin conversión, los primeros mostraban una ansiedad y una excitación psicológica iguales o mayores que los control.

El comportamiento de escape se sigue realizando hasta que el problema subyacente se resuelve.

En un estudio, tenemos a 34 pacientes, niños y adolescentes, evaluados después de haber recibido un diagnóstico de pseudo ataques psicológicamente determinados presentaban trastornos psicológicos adicionales incluyendo trastornos de ánimo, ansiedad ante la separación y rechazo al colegio. Evaluando el grado de estrés en estos niños la mayor parte de ellos habían padecido una tensión considerable, incluyendo abuso sexual, divorcio de padres, fallecimiento de un ser querido o maltrato físico. Juzgaban a sus madres como personas sobreprotectoras y sobreimplicadas en una escala de apreciación, esto sugiere que estos síntomas visuales de origen psicológico recibían gran atención y eran claramente reforzados.

El único paso hacia la progresión freudiana de sucesos sobre el que aun hay dudas es la ganancia primaria, esta explica la característica de la bella indiferencia en la cual los síntomas no parecen afligir en absoluto a los individuos. Freud pensaba que los síntomas reflejaban una tentativa inconsciente por resolver un conflicto, y el paciente no estaría preocupado por ellos.

Influencias sociales y culturales también parecen contribuir al trastorno de conversión, se da en grupos menos instruidos y de nivel socioeconómico bajo, y en quienes el conocimiento sobre la anomalía y la

enfermedad medica no este bien desarrollado.

TRATAMIENTO

Una de las estrategias principales es identificar y ocuparse del suceso vital traumático o estresante cuando aun esta presente y eliminar en la medida de lo posible las fuentes de ganancia secundaria.

El terapeuta debe reducir el reforzamiento o consecuencia sustentadora de los síntomas de conversión.

» TRASTORNO DE DOLOR

“La estudiante de medicina. Dolor temporal.

Durante su primera rotación clínica, una estudiante de medicina de 25 años, de tercer año, en excelentes condiciones de salud, fue atendida en el servicio de salud estudiantil por un dolor abdominal intermitente de varias semanas de duración.

La estudiante aseguro que no tenía antecedentes de un dolor similar. El examen físico revelo que no había problemas corporales, pero ella le hablo al medico sobre la reciente ruptura con su marido. La estudiante fue remitida al psiquiatra. Se le enseñaron técnicas de relajación y se le dio una terapia de apoyo para ayudarla a afrontar su estresante situación actual.

El dolor de la estudiante desapareció posteriormente y ella termino sus estudios de medicina con éxito.”

En este trastorno, podemos encontrar razones físicas claras para el dolor, al menos al principio, pero también están implicados factores psicológicos que desempeñan una función importante para mantenerlo. La persona pocas veces presenta un dolor localizado sin algún fundamento físico, como un accidente o una enfermedad.

Podemos clasificar el trastorno en dos subtipos como debido a factores psicológicos al dolor o como una afección medica general.

En la actualidad sabemos que cualquier factor que cause dolor posee un fuerte componente psicológico.

Criterios para el diagnóstico de F45.4 Trastorno por dolor

A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.

B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).

E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Especificar (para ambos tipos) si:

Agudo: duración menor a 6 meses.

Crónico: duración igual o superior a 6 meses.

Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.

» TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

“Pepe. Avergonzado de que lo vean.

Cuando tenía unos 25 años, a Pepe se le diagnosticó una posible fobia social. Pepe acaba de concluir sus estudios y tenía un ofrecimiento de un puesto de trabajo en una ciudad cercana. Sin embargo, descubrió que no podía aceptarlo debido a fuertes dificultades sociales. Recientemente, dejó de vivir en su pequeño piso por temor a toparse con otras personas conocidas y ser obligado a detenerse e interactuar con ellas.

Pepe era un joven de buena apariencia, de peso medio y ojos oscuros. Aunque estaba algo deprimido el examen sobre la condición mental que se le practicó y una breve entrevista concertada en su funcionamiento actual e historial no revelaron ningún problema. No había signos de proceso psicótico. Nos centramos entonces en las dificultades sociales, esperamos las modalidades acostumbrados de ansiedad por la interacción con las personas o por hacer algo frente a ellas. Pero esto no preocupaba a Pepe, en realidad, estaba convencido de que todos, incluso sus mejores amigos, se le quedaban mirando parte de su cuerpo que a él le resultaba grotesca. Informo de que los extraños nunca mencionan su deformidad y que sus amigos se sentían tan mal que no hacían alusión a ella. ¿Pepe creía que su cabeza era cuadrada? No podía concebir que la gente reaccionara ante ella con algo menos que aborrecimiento.

Pepe no podía imaginar que las personas pasaran por eso. Pepe llevaba puestos sombreros mullidos y blandos y se sentía más a gusto en el invierno, cuando podía cubrirse por completo la cabeza. Para nosotros Pepe era perfectamente normal.”

Algunas personas de apariencia normal imaginan que son tan feas que les resulta imposible interactuar con los demás. También se conoce como fealdad imaginaria.

DESCRIPCION CLÍNICA

Muchas personas con este trastorno adquieren una fijación por los espejos, revisan de forma continua su supuesta característica de fealdad para confirmar si ha tenido algún cambio. Otros evitan los espejos en un grado casi fóbico. Es muy comprensible que la ideación suicida sea una consecuencia frecuente.

Estas personas tienen ideas de referencia, significa que piensan que todo lo sucedido en su mundo se relaciona en cierta forma con ellos, con su defecto imaginario.

ESTADÍSTICAS

Es difícil calcular su alcance ya que suele mantenerse en secreto, pero un 70% de los estudiantes universitarios informan de por lo menos cierta insatisfacción con su cuerpo. La prevalencia global de un estudio de 566 personas es de un 2,2% con una mayor insatisfacción por parte de las mujeres y con los afroamericanos menos insatisfechos que los caucásicos, asiáticos e hispanos con su cuerpo.

En las clínicas de salud mental es un trastorno infrecuente, ya que estas personas buscan otro tipo de profesional de la salud, el cirujano plástico.

El TDC no se asocia de manera estrecha con uno u otro sexo como en otros trastornos. La edad de aparición oscila entre la adolescencia temprana y los veinte años, con un punto máximo entre los 18 y 19 años.

El grado de estrés y de sufrimiento era generalmente superior a los índices comparables en pacientes con depresión, diabetes o infarto de miocardio reciente.

Por ejemplo, un hombre que pensaba que su piel era demasiado floja, se grapó la cara, estas se cayeron al cabo de 10 minutos y estuvo a punto de seccionarse el nervio facial.

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7)

A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.

B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

CAUSAS Y TRATAMIENTO

Las especulaciones psicoanalíticas son numerosas, pero la mayor parte se concentra en el mecanismo de defensa de desplazamiento: debido a que un conflicto inconsciente subyacente provocar una demasiada ansiedad como para admitirlo en la conciencia, la persona lo desplaza a una parte del cuerpo.

Muchos de los trastornos somatoformes suelen ocurrir juntos, pero el TDC no tiende a ocurrir junto con los otros trastornos somatoformes, y tampoco se produce en miembros de la familia con otros trastornos somatoformes.

Otro trastorno que ocurre frecuentemente en conjunción con el TDC y que se encuentra también entre otros miembros de la familia es el trastorno obsesivo-compulsivo. Las personas con TDC tienen pensamientos persistentes, molestos y horribles sobre su apariencia y se entregan a conductas compulsivas como mirarse de forma constante en el espejo. El TDC y el TOC tienen asimismo la misma edad de aparición y siguen el mismo curso.

CIRUGIA PLASTICA

Las preocupaciones de personas con TDC se asocian en su mayor parte con el rostro o la cabeza. Estos pacientes no se sienten beneficiados de la cirugía y tal vez vuelvan para una intervención adicional. La preocupación por la fealdad imaginaria en realidad aumentó entre las personas que se hicieron la cirugía plástica, trabajos dentales o tratamiento cutáneos.

Algunos investigadores calculan que un 2% de todos los pacientes que solicitan una cirugía plástica pueden tener el TDC y encuestas directas recientes sugieren que es un porcentaje más alto.

Los procedimientos más comunes son las rinoplastias, lifting, elevación de labios y cejas, liposucción y aumento de pecho y cirugía para aumentar la mandíbula.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

» TRASTORNO DE DESPERSONALIZACIÓN

“Maria. Se fugaba de si misma al bailar.

Maria, maestra de danza desde hace alrededor de 20 años, fue en compañía de su esposo la primera vez que visito la clínica, quejándose de “estar perdiendo la chaveta”. Cuando se le pregunto a que se refería dijo: es lo más aterrador del mundo. A menudo me sucede cuando estoy en clase de danza moderna. Me coloco al frente de la clase y me concentro. Luego, cuando estoy haciendo la demostración de los pasos, siento como si no fuera yo en realidad y como si no tuviera el control de mis piernas. A veces, me da la impresión de estar parada detrás de mi misma solo observando. Después comienzo a sentir pánico y sudo y me agito. Resulta que los problemas de Maria comenzaron después de que fumo hachis por primera vez, hacia cerca de 10 años. Tuvo la misma sensación y entonces le resulto espantosa. Recientemente, esta sensación se produce de manera más frecuente y grave, en particular cuando estaba dando su clase de danza.”

Este trastorno se diagnostica cuando los sentimientos de irreabilidad son tan graves y aterradores que dominan la vida de un individuo y evitan el funcionamiento normal.

Durante un ataque de pánico intenso, se someten a una tensión interna o experimenta un suceso traumático experimentan sensaciones de irreabilidad, pueden padecer también estos síntomas pero son diagnosticadas por el trastorno de estrés agudo.

La sensación de despersonalización y desrealización son parte de diversos trastornos, pero cuando estos son graves y son el principal problema, el individuo entra en los criterios del trastorno de despersonalización.

La edad de aparición promedio es de 16.1 años y el curso solía ser crónico. El perfil cognitivo definido, que reflejaba algunas deficiencias específicas en la atención, la memoria a corto plazo y en el razonamiento espacial, estas personas se distraen con facilidad y tienen dificultades para percibir objetos tridimensionales.

No esta claro si desarrollan estas deficiencias cognitivas y perceptivas, pero parecen estar relacionadas con la “visión de túnel” (distorsiones perceptivas) y el “vacío mental” (dificultad para captar una nueva información).

Criterios para el diagnóstico de F48.1 Trastorno de despersonalización (300.6)

- A.** Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. Ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).
- B.** Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
- C.** La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. Ej., epilepsia del lóbulo temporal).

»AMNESIA DISOCIATIVA

“La mujer que perdió la memoria.

Hace algún tiempo, una mujer que andaba por los 50 años trajo a su hija, debido a la negativa de la chica a asistir a la escuela y a otras conductas muy problemáticas. El padre, que rehusó ir a la sesión, era un

buscapleitos, bebedor y agresivo. El hermano de la joven, ahora veinteañosero, vivía en casa y era una carga para la familia. Varias veces a la semana surgía alguna pelea fuerte, acompañada de gritos y empujones, cuando cada miembro de la familia culpaba a los otros de sus problemas. La madre, una mujer fuerte, era a las claras la conciliadora responsable de mantener a la familia unida. Aproximadamente cada 6 meses, tras alguna pelea familiar, la madre perdía por completo la memoria y la familia tenía que internarla en el hospital. Después de un par de días alejada, la madre recuperaba la memoria y se iba a casa, solo para repetir el ciclo en los siguientes meses. Aunque no tratamos a esta familia, la situación se resolvía sola cuando los hijos se mudaron y disminuyó la tensión.”

La amnesia disociativa tiene varios patrones; los que son incapaces de recordar nada, estos padecen **amnesia generalizada**, la cual puede ser de por vida o por un periodo del pasado reciente. Y los que padecen amnesia selectiva o localizada, una forma de olvido de sucesos específicos, por lo común traumáticos, que se produce durante un periodo específico.

Criterios para el diagnóstico de F44.0 Amnesia disociativa (300.12)

A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.

B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés posttraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., trastorno amnésico por traumatismo craneal).

C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

» FUGA DISOCIATIVA

“El comisario con mala conducta.

Un comisario de 46 años que informo de al menos tres episodios de fuga disociativa. En cada ocasión, se encontraba a sí mismo de pronto a 300 kilómetros, de su casa. Cuando volvía, llamaba de inmediato a su esposa, pero nunca podía recordar completamente lo que había hecho mientras estaba fuera de sí, a veces por varios días. Durante el tratamiento, el comisario recordaba quien era durante esas salidas. Pese a su ocupación, se convertía en el típico individuo al margen de la ley que siempre había admirado en secreto. Adoptaba un nombre falso, bebía en exceso, se mezclaba con gente peligrosa e iba a burdeles y fiestas desenfundadas.”

Criterios para el diagnóstico de F44.1 Fuga disociativa (300.13)

A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.

B. Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).

C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

D. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas

importantes de la actividad del individuo.

Perdida de memoria que se cifra en un incidente en particular: una o varias salidas inesperadas. Los individuos salen y luego se encuentran en un sitio nuevo, incapaces de recordar porque o como llegaron allí. Por lo común, han dejado atrás una situación intolerable. Durante estas salidas, en ocasiones la persona asume una nueva identidad, o al menos se confunde respecto a la propia.

No aparece antes de la adolescencia y por lo común ocurren en la edad adulta. Es poco frecuente que aparezca por primera vez en una persona de 50 años. Una vez que aparecen pueden continuar hasta bien entrada la edad adulta.

Los estados de fuga acaban muy abruptamente. La experiencia se desintegra más que nada una pérdida de memoria, pues implica al menos cierta desintegración de la identidad, cuando no la completa adopción de una nueva.

Hay un trastorno disociativo, que no se halla muy a menudo en las culturas occidentales y se llama *frenesí* (como cuando uno corre como frenético), se da en hombres mayoritariamente. Es parecido a un trance, a menudo agraden de forma brutal y a veces matan a personas y animales, si la persona sobrevive sin matarse a sí misma, es probable que no recuerde el episodio.

» TRASTORNO DE TRANCE DISOCIATIVO

En muchas regiones del mundo, los fenómenos disociativos se muestran como trance o posesión. Las formas comunes de síntomas disociativos, como los cambios de estados de personalidad, se atribuyen a la posesión de algún espíritu importante en la cultura de que se trate.

Parece ser más común en mujeres y a menudo se asocia con estrés o trauma.

Solo cuando es indeseable el estado es indeseable y los miembros de la cultura lo consideran patológico se define como trastorno de trance disociativo (TTD).

» TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA

“Luis. Lagunas desconcertantes.

Luis, un hombre de 27 años, padecía fuertes jaquecas que eran insoportablemente dolorosas y ocupaban periodos cada vez más largos. Además, no podía recordar lo que sucedía mientras tenía una jaqueca, salvo que algunas veces transcurría una gran cantidad de tiempo. Por último, tras una noche particularmente mala, en la que ya no podía mantenerse en pie, pidió que lo admitieran en un hospital local. Sin embargo, lo que en realidad indujo a Luis a ir al hospital fue lo que otras personas comentaron que había hecho durante las jaquecas. Por ejemplo, se le dijo que la noche anterior tuvo una pelea violenta con otro hombre y que trató de apuñalarlo. Huyo del lugar y la policía le disparó durante la persecución a gran velocidad. Su mujer le comentó que, durante la jaqueca anterior, la había echando de casa con su hija de 3 años, amenazándolas con un cuchillo. Durante sus jaquecas y en sus momentos de violencia, se hacía llamar Usoffa Abdulla, hijo de Omega. En una ocasión trató de ahogar a un hombre en el río. El sujeto sobrevivió y Luis escapó nadando unos 400 metros río arriba. Despertó a la mañana siguiente en su propia cama, completamente empapado y sin recordar el incidente.”

Criterios para el diagnóstico de F44.81 Trastorno de identidad disociativo (300.14)

A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).

B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.

C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. Ej., crisis parciales complejas).

Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juegos fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

DESCRIPCION CLÍNICA

Estas personas pueden adoptar hasta 100 identidades, que coexisten de manera simultánea dentro de un cuerpo y una mente. En algunos casos, las identidades son completas, cada una con su propia conducta, tono de voz y gestos físicos. En otras instancias, solo son distintas algunas características, pues las identidades son solo parcialmente independientes.

En Luis, el personal descubrió tres identidades separadas, o alter ego (forma abreviada para las identidades o personalidades diferentes en el TID). Los alter ego de Luis son:

- Alberto, quien parecía racional, tranquilo y controlado (cuando Luis tenía 6 años, apareció nada más ver como su padre apuálaba a su madre)
- Santiago, daba la impresión de estar al cargo de todas las actividades sexuales (Cuando tenía 9 años cuando lo atacó una pandilla apareció)
- Usoff Abdulla, era violento y peligroso.(apareció anunciando que su única razón de existir era salvaguardar a Luis)

CARACTERÍSTICAS

La persona que se convierte en paciente y pide tratamiento es en general una identidad “huésped”, tratando de mantener juntos diversos fragmentos de identidad pero terminan rebasadas. La primera personalidad en buscar tratamiento pocas veces es la personalidad original de la persona.

Muchos pacientes cuentan con al menos un alter ego impulsivo que maneja la sexualidad y genera los ingresos, a veces comportándose como prostituta. En otros casos, todos los alter ego pueden abstenerse del sexo. Los alter ego transexuales no son infrecuentes.

El cambio de una personalidad a otra se llama *transición*. Este cambio es instantáneo. Las transformaciones físicas pueden ocurrir durante las transiciones. Quizá surjan expresiones posturales y faciales, patrones de fruncimiento de ceja e incluso incapacidades físicas.

¿PUEDE FINGIRSE EL TID?

Las pruebas indican que los individuos con TID son muy sugestionables. Es posible que los alter ego se creen en respuesta a preguntas importantes de los terapeutas.

Han estudiado la capacidad para simular experiencias disociativas. Un estudiante universitario podía simular un alter ego si se le sugería que era posible fingirlo.

ESTADÍSTICAS

La cifra promedio de personalidades alternas es cercana a 15. En cuanto a las personas con TID, la proporción de mujeres a hombres es de nueve a uno.

La aparición es casi siempre durante la infancia, a menudo desde los 4 años, si bien por lo común transcurren 7 años antes de que se identifique el trastorno. Una vez establecido, suele durar toda la vida en ausencia de tratamiento.

Un porcentaje muy grande de los pacientes con TID tiene trastornos psicológicos simultáneos que pueden llegar a comprender abuso de sustancias, depresión, trastorno de personalidad límite, ataques de pánico y trastornos alimentarios.

En algunos casos la elevada tasa de comorbilidad tal vez refleje el hecho de que ciertos trastornos, como el de personalidad límite, comparten muchas características con el TID, por ejemplo la conducta autodestructiva, e inestabilidad. Sin embargo, la elevada frecuencia de trastornos adicionales que acompañan al TID solo refleja una reacción intensamente grave a los que al parecer es, en casi todos los casos, un abuso infantil horrible.

Son muy comunes las alucinaciones auditivas y a menudo se diagnostica trastorno psicótico en vez de TID, los pacientes con TID son conscientes de que las voces son alucinaciones, no las comentan y tratan de suprimirlas.

CAUSAS

Casi toda persona con este trastorno informa haber sido víctima durante la infancia de un abuso horrible, insoportable.

Putnam y otros examinaron 100 casos y descubrieron que un 97% de los pacientes experimentó en algún momento traumas significativos, por lo general abuso sexual o físico (incesto en su mayoría).

Muchas observaciones han concluido al amplio acuerdo de que el TID se arraiga en una tendencia natural a escapar o disociarse del efecto absolutamente negativo asociado con el abuso grave. También parece tener relación una falta de apoyo social durante o después del abuso.

El TID se asemeja mucho en su etiología al trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Ambas condiciones se caracterizan por fuertes reacciones emocionales a la experiencia de un trauma grave. Pero no olvide que son biológica y psicológicamente vulnerables a la ansiedad se hallan en riesgo de desarrollo en respuesta a niveles moderados de trauma.

Hay un creciente conjunto de opiniones de que el TID es un subtipo muy extremo de TEPT, con un mucho mayor acento en el proceso de disociación que en los síntomas de ansiedad. También hay algunas pruebas de que la ventana de desarrollo de la vulnerabilidad al abuso conduce al TID se cierra a los 9 años de edad aproximadamente.

SUGESTIONABILIDAD

La sugestionabilidad es un rasgo de personalidad que se distribuye de manera normal en la población.

El fenómeno del auto hipnosis, en el cual los individuos pueden disociarse de la mayor parte del mundo que los rodea y sugestionarse sobre que, por ejemplo, no sentirán dolor en una de las manos.

Modelo autohipnotico, las personas que son sugestionables tal vez sean capaces de valerse de la disociación como defensa en contra de traumas extremos. Hasta un 50% de los pacientes con TID recuerda con claridad a compañeros imaginarios de la infancia.

Cuando el trauma se hace insoportable, la identidad misma de la persona se escinde en identidades disociadas múltiples.

La capacidad de los niños para distinguir entre realidad y fantasía a medida que crecen tal vez sea lo que cierra, a los 9 años de edad aproximadamente la ventana de desarrollo del TID.

CONTRIBUCIONES BIOLÓGICAS

Hay una vulnerabilidad biológica al TID, pero es difícil precisarlo con exactitud.

Los individuos con ciertos trastornos neurológicos, en particular con trastornos epilepticos, experimentan muchos síntomas disociativos. Cerca de un 6% de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal manifiesta experiencias extracorporales. Cerca de un 50% de los pacientes de otra serie con una epilepsia de este tipo manifiesta ciertos síntomas disociativos, incluidas las identidades alternas.

Los pacientes con experiencias disociativas que sufren trastornos epilepticos son claramente distintos de los que no los padecen. Los primeros desarrollan síntomas disociativos en la edad adulta que no se asocian con traumatismos, en claro contraste con los pacientes con el TID sin trastornos epilepticos.

Las lesiones cerebrales y el daño resultante tal vez induzcan la amnesia o alguna otra forma de experiencia disociativa.

TRATAMIENTO

Los individuos que experimentan amnesia disociativa o un estado de fuga por lo general mejoran por sí solos y recuerdan lo que han olvidado. Los episodios tienen una relación clara con la tensión de vida actual que la prevención de futuros episodios por lo común implica la resolución terapéutica de las situaciones estresantes y el fortalecimiento de los mecanismos personales de afrontamiento.

El objetivo fundamental es identificar las claves o activadores que provocan los recuerdos del trauma y/o disociación y neutralizarlos. El paciente debe confrontar y liberar el trauma temprano y obtener el control de los sucesos horribles, al menos cuando estos tienen una recurrencia en la mente de l paciente.

Con frecuencia se recurre a la hipnosis para tener acceso a recuerdos inconscientes y llevar a los alter ego a la conciencia.

La terapia se combina normalmente con fármacos antidepresivos.

Desencadenante

(Información, suceso, enfermedad)

Amenaza percibida

Aprensión

Interpretación errada de las sensaciones corporales

Mayor focalización en cuerpo

Mayor activación fisiológica

Conducta de comprobación

Preocupación con una alteración percibida de estado corporal/sensación