

A propósito de un caso de trastorno disociativo: una revisión conceptual

J. García-Valdecasas Campelo, O. Herreros Rodríguez, A. Vispe Astola y R. Gracia Marco

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Islas Canarias

Based on one case of dissociative disorder: a conceptual review

Resumen

A partir de la descripción de un caso clínico visto por los autores, con diagnóstico de trastorno disociativo, se realiza una revisión del tema de estos trastornos y de las polémicas que lo acompañan. Se presta atención a los conceptos de disociación e histeria, su evolución histórica y sus relaciones. Se mencionan también algunas teorías explicativas actuales desde el modelo cognitivo y su posible relación u oposición con las teorías psicodinámicas, resaltando la diferencia, desde estos distintos enfoques, entre disociación y represión. En las conclusiones se señala que en el campo de lo disociativo hay todavía problemas importantes a los que enfrentarse para avanzar en el conocimiento psiquiátrico de este grupo de trastornos.

Palabras clave: *Disociación. Histeria. Represión. Conversión.*

Summary

Based on the description of a clinical case treated by the authors, and diagnosed of dissociative disorder, a review of the diagnosis of dissociative disorder and its polemics is carried out. The authors discuss concepts such as dissociation and hysteria, their historic evolution and their relationships. Some modern cognitive theories on dissociative disorders and their relationship or opposition to psychodynamic theories are presented. The differences between dissociation and repression with these two different approaches are also mentioned. The authors conclude that at the present time important questions must be solved in the area of dissociative disorders in order to progress in the psychiatric knowledge of dissociative processes.

Key words: *Dissociation. Hysteria. Repression. Conversion.*

El caso clínico que se presenta es el de un paciente varón de 22 años de edad, soltero, que convive con su pareja desde hace 10 meses. Es un estudiante de formación profesional (FP) y activo laboralmente (trabaja en un restaurante propiedad de su padre). Es traído al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias por su familia con un cuadro de instauración brusca en las 2 semanas previas, consistente en trastornos del lenguaje, que deja de ser fluido, se hace entrecortado, fragmentando las palabras y, ocasionalmente, no siendo capaz de pronunciarlas. En otros momentos se muestra ecolálico o bien articula perfectamente las palabras o alguna frase. Simultáneamente aparecen alteraciones conductuales, caracterizadas por mirada de perplejidad, agresividad y gritos, con episodios de disminución del nivel de conciencia, hiperextensión del cuello y miembros derechos, hiperventilación, taquicardia, sudoración y midriasis, así como cierre activo ocular.

No constan antecedentes personales somáticos ni psiquiátricos de interés. No hay consumo de tóxicos, así co-

mo tampoco antecedentes familiares reseñables. La familia aporta información que sugiere la presencia de rasgos de personalidad obsesivos (hiperresponsable, metódico, muy ordenado, etc.) y de dependencia, describiendo al paciente como muy introvertido. Asimismo destaca la aparición de importantes estresores en las últimas semanas a nivel académico, laboral, y especialmente en relación a dificultades importantes en su relación de pareja, que, al parecer, amenaza con romperse. Una semana antes de acudir al hospital es visto por el psiquiatra de guardia de otro centro hospitalario por, según consta, «síntomatología ansiosa» y por un neurólogo particular que aconseja estudio desde el punto de vista orgánico. Es ingresado en el Servicio de Neurología con sospecha diagnóstica de encefalitis.

Se realiza una amplia batería de pruebas en busca de patología orgánica, incluyendo exploración general y neurológica, hemograma, bioquímica, proteinograma, inmunoglobulinas, ácido fólico, vitamina B₁₂, hormonas tiroideas, determinación de tóxicos, serología de VIH, hepatitis y lúes, hemocultivo y urocultivo, perfil vasculítico, análisis de líquido cefalorraquídeo, electroencefalograma, radiografía de tórax, tomografía computarizada craneal y resonancia magnética craneal, todo ello sin hallazgos de interés.

El Servicio de Neurología solicita valoración al equipo de interconsulta de Psiquiatría. En la primera explora-

Correspondencia:

José García-Valdecasas Campelo
Av. de Madrid, 11, portal 5, 8.º B
38007 Santa Cruz de Tenerife (Islas Canarias)
Correo electrónico: jose_valdecasas@hotmail.com

ción psicopatológica se observa al paciente consciente, no siendo posible valorar la orientación, con un lenguaje completamente incoherente, disgregado. Conductas inapropiadas y posibles trastornos sensorio-perceptivos en forma de alucinaciones visuales y auditivas. Insomnio mixto en los días previos. Durante el ingreso se producen crisis pseudocomiciales, con ansiedad intensa, hiperventilación, agitación psicomotriz y actitudes desinhibidas, siendo preciso recurrir a la sujeción física. Sí se observa cierta evolución, mostrándose paulatinamente más tranquilo y siendo posible establecer comunicación con él, aunque muestra un lenguaje peculiar, con construcciones sintácticas primitivas (p. ej., formas verbales en infinitivo). En las exploraciones sucesivas se ponen de manifiesto falsos reconocimientos ocasionales, el paciente no presentaba un estado anímico depresivo, y no se objetivan síntomas psicóticos, produciéndose además negativas ocasionales a la ingesta.

El Servicio de Neurología considera haber descartado razonablemente patología orgánica cerebral y se procede al traslado al Servicio de Psiquiatría. En la primera valoración allí el paciente se encuentra consciente, desorientado en el tiempo, no siendo valorable la orientación en el espacio. Muy escasamente colaborador a la entrevista, el paciente presenta lenguaje inducido, muy pobre, casi monosilábico. No da signos de ánimo depresivo ni de ansiedad relevante. Con muy escasa resonancia afectiva, se muestra muy poco expresivo y enlentecido psicomotrizmente. No se pone de manifiesto psicopatología de la esfera psicótica. No indica síndrome confusional ni perplejidad, sino más bien cierta indiferencia y casi desconexión del medio.

Según transcurre el ingreso en Psiquiatría, durante el cual no se producen trastornos conductuales, progresivamente se muestra más colaborador. El lenguaje se va haciendo más adecuado, aunque nunca llega a ser espontáneo. Refiere amnesia parcial de las últimas semanas y especialmente de las alteraciones de conducta que provocaron su ingreso. Tiene gran dificultad para hablar de su problemática ambiental, especialmente de su relación de pareja. Paulatinamente aparece cierta hipotimia y ansiedad. Con suspicacia extrema en determinados momentos, que no parece revestir carácter delirante, está más cerca de la duda obsesiva.

A lo largo de las entrevistas se va poniendo énfasis en sus problemas, especialmente en su relación afectiva, donde parecen centrarse las mayores dificultades, según información facilitada por la familia. El paciente intenta rehuir las preguntas, pero progresivamente va siendo capaz de hablar sobre ello, reconociendo la problemática existente y mostrando un afecto congruente, hipotímico, abandonando su frialdad previa. En una entrevista comienza afirmando, sin modulación afectiva alguna, sentirse «feliz». Tras volver a tocar el tema, rompe a llorar, transmitiendo gran tristeza mientras refiere estar «roto y destrozado». Característicamente, tras las entrevistas, al abandonar el despacho, retorna a su frialdad e hipomimia habituales.

En las semanas siguientes se muestra cada vez más disforico y ansioso con el hecho de permanecer ingresado,

demandando el alta. Tras una serie de permisos que transcurren satisfactoriamente, la familia refiere que prácticamente ha vuelto a la normalidad. El lenguaje es coherente, aunque escaso, con alteraciones leves en la articulación. Persiste cierta dificultad de concentración. Se procede al alta para seguimiento ambulatorio. Aproximadamente 2 meses después es visto por un psiquiatra particular, objetivando una recuperación *ad integrum*.

Durante el ingreso se realiza una evaluación de la personalidad, siguiendo el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II), observándose una personalidad compulsiva (rígida) y dependiente, con características paranoides y sintomatología ansiosa e histeriforme. En las características de la relación interpersonal aparece la proyección de la formación de la propia identidad, de límites difusos, que puede conducir a experimentar despersonalización, pérdida de la realidad y disociación probable bajo la acción de fuertes estresores.

El tratamiento psicofarmacológico se basó en benzodiazepinas (diazepam hasta 30 mg durante las primeras 3 semanas), que fueron reduciéndose progresivamente, y antipsicóticos (risperidona hasta 2 mg las 2 primeras semanas), que se suspendieron cuando fue trasladado al Servicio de Psiquiatría. Se empleó tratamiento antipsicótico intramuscular (haloperidol) en los episodios de agitación psicomotriz. El tratamiento al alta fue 5 mg/día de diazepam.

El juicio diagnóstico, ya desde que fue visto por el equipo de interconsulta, fue de trastorno disociativo. Se planteó el diagnóstico diferencial de trastorno psicótico, pero la exploración psicopatológica detenida y la evolución posterior nos hacen inclinarnos por diagnosticar, siguiendo criterios de la CIE-10, un trastorno disociativo (de conversión) mixto (F44.7)

Entrando a comentar el concepto de disociación, y siguiendo a Baños, Belloch y Ruipérez¹, lo primero a destacar cuando hablamos de trastornos disociativos es su peculiaridad nosológica. Esta peculiaridad viene ya presente en la propia denominación del trastorno, que implica un mecanismo específico, el cual explicaría las alteraciones observadas (la disociación). Como señala Kihlstrom^{2,3}, habría que comenzar explicando qué incluye el concepto de disociación. Una posible definición, según Spiegel⁴, sería la «separación estructurada de los procesos mentales (p. ej., pensamientos, emociones, conciencia, memoria e identidad) que normalmente están integrados». Los antecedentes más lejanos de este concepto se encontrarían en las prácticas religiosas asociadas con la cura de almas, el mesmerismo, el magnetismo animal y la hipnosis, pero el origen en sí estaría situado, según Ellenberger⁵, en la llamada primera psiquiatría dinámica, movimiento médico situado entre 1775 y 1900.

Pierre Janet^{6,7} identificó las estructuras elementales del sistema mental como «automatismos psicológicos». Para este autor clásico cada automatismo representaba un acto complejo que iba precedido por una idea, se acompañaba de una emoción y se ajustaba a las circunstancias externas (ambientales) o internas (intrapsíquicas). Es decir, cada automatismo unía cognición, emoción y motivación con acción. De esta manera estos auto-

matismos serían similares a lo que autores actuales como Anderson⁸ han llamado «sistemas de producción» o «producciones», que son unidades de cognición-acción que se ejecutan como respuesta a indicios contextuales apropiados. Siguiendo a Janet, en la explicación que llevan a cabo Baños, Belloch y Ruipérez¹, el repertorio completo de automatismos psicológicos elementales de una persona normal está unido en un único y unificado flujo de conciencia, accesible a la conciencia fenoménica introspectiva y al control voluntario. Bajo ciertas circunstancias puede ocurrir que uno o más automatismos se dividieran del resto, funcionando fuera de la conciencia e independientemente del control voluntario. Janet^{6,7} llamaba a esto *désagrégation*, que se tradujo al inglés como *dissociation*, llegando de ahí al castellano. Este concepto es diferente al de represión, mantenido por Freud⁹ y sus seguidores, considerando Janet que la represión era uno más de los mecanismos posibles de la disociación. Más adelante se volverá sobre esta distinción.

El funcionamiento de estos automatismos psicológicos disociados proporciona el mecanismo para los síntomas histéricos: produce ideas, imágenes y conductas que se entrometen en el flujo de la acción y el pensamiento consciente, y su capacidad para «procesar información» es la responsable, por ejemplo, de la paradójica capacidad del ciego o del sordo histérico para desenvolverse bien en su ambiente. Los postulados de Janet^{6,7} son muy amplios y adolecen de problemas metodológicos, pero su escasa difusión se debe también al gran predominio e influencia de los planteamientos freudianos, la llamada segunda psiquiatría dinámica, que pone el énfasis en el sexo, la agresión, los sueños y la represión.

En un trabajo reciente, Leal Cercós¹⁰ define la disociación, siguiendo a Putnam¹¹, como un proceso que produce una alteración en los pensamientos, sentimientos o acciones de un individuo, de modo que durante un período de tiempo cierta información no se asocia o integra con otras informaciones, provocando una serie de fenómenos clínicos y conductuales, con alteraciones de la memoria y la identidad. Como señala Vallejo¹², estas alteraciones que afectan a las funciones integradoras de la identidad, la memoria o la conciencia generalmente son de aparición súbita y duración breve (días, semanas).

Gastó¹³ ha analizado las características psicopatológicas de la disociación describiéndolas como nivel bajo o fluctuante de la atención, desorientación, perplejidad, trastornos perceptivos (auditivos, visuales), conductas pasivas y automáticas, explosiones emocionales, amnesia completa de los episodios, ausencia de estados confusionales y preservación de la reactividad sensorial. Los síntomas tienen una duración variable y se pueden inducir por sugestión o cambios ambientales.

Siguiendo a Leal Cercós¹⁰, las experiencias disociativas aparecen con mayor frecuencia en edades infantojuveniles. Son más frecuentes en mujeres y guardan relación con situaciones traumáticas infantiles, sobre todo abusos sexuales. Además de ello suele ser frecuente que los trastornos disociativos en general vengán precedidos inmediatamente de estresores psicológicos traumáticos. La

disociación, igual que la conversión, produce un beneficio primario como protección frente al trauma y huida de la realidad dolorosa, siendo adaptativa. Su uso continuado (p. ej., por traumas repetidos) puede producir una generalización de los mecanismos disociativos ante diversos estresores y la aparición del trastorno disociativo en sí, el cual puede incluir, por otra parte, distintos beneficios secundarios.

Un aspecto importante es que la disociación se considera, desde los primeros momentos, como uno de los mecanismos de la histeria y por ello ambos conceptos caminan inseparables a lo largo de la historia, siendo los trastornos disociativos recogidos en las clasificaciones actuales una parte de lo que clásicamente se consideraba como histeria.

El término histeria no existe en las clasificaciones diagnósticas actuales, el DSM-IV¹⁴ y la CIE-10¹⁵, pero persiste, y de forma importante, en el lenguaje cotidiano de los psiquiatras (por no mencionar en la población general). Como señala Leal Cercós¹⁰, el término resulta inadecuado etimológicamente y se presenta lleno de connotaciones negativas, identificándose muchas veces con los trastornos facticios o la simple simulación. Slater¹⁶ observó cómo en el seguimiento de un grupo de pacientes diagnosticados de histeria este diagnóstico cambiaba con el tiempo en casi la totalidad de los casos. Estudios de este tipo llevaron al fallecimiento oficial del término, repartiéndose los pacientes por trastornos situados en distintos epígrafes de las clasificaciones al uso y cuya validez no deja también de ser dudosa. Como recuerdan Halligan y David¹⁷, la controversia se debe, en gran parte, a que no existe aún una explicación plenamente aceptada para los mecanismos psicológicos de la disociación y la conversión.

Como señala Baños¹, uno de los más logrados intentos de explicar el mecanismo de la disociación, subyacente a todos estos trastornos, lo lleva a cabo Hilgard¹⁸⁻²¹. Este autor plantea una teoría «neodisociativa», basada en considerar que el «aparato mental» consta de un conjunto de estructuras cognitivas (que serían similares a los automatismos de Janet) que supervisan, organizan y controlan el pensamiento y la acción (serían facultades, como percepción y memoria, o modalidades como visión, audición, etc.). Cada estructura busca o evita *inputs* y facilita o inhibe *outputs*, encontrándose situadas en una organización jerárquica y estando intercomunicadas. La parte superior de la jerarquía estaría ocupada por la estructura cognitiva encargada de las funciones ejecutivas de supervisión y control, siendo esta estructura la que proporciona conciencia fenoménica e intencionalidad. Ante determinadas circunstancias el control ejecutivo puede interrumpir la integración y organización jerárquica de los niveles inferiores, con lo cual aparecen estructuras que siguen realizando sus funciones independientemente unas de otras o independientemente del control ejecutivo. En una palabra: disociadas.

Como señala Kihlstrom^{2,3}, a pesar de sus similitudes, hay ciertas diferencias entre la mente disociada propuesta por teorías de este tipo y el inconsciente freudiano. Los defensores de estas primeras teorías¹⁸⁻²¹ afirman

que los contenidos mentales no conscientes no se limitan a impulsos primitivos o a ideas agresivas o sexuales y que los procesos mentales no conscientes no son cualitativamente distintos de los conscientes, manteniendo también que esta restricción de la conciencia no está provocada necesariamente por propósitos de defensa ante el conflicto o la ansiedad. Por el contrario, la orientación psicodinámica⁹ señala que la disociación característicamente sí aparece como defensa, como posible huida, ante algún conflicto, consciente o no.

En cualquier caso queda claro que los conceptos de disociación y represión no son sinónimos y se refieren a ideas diferentes: la represión opera sobre ideas o fantasías inaceptables, situadas en un inconsciente inaccesible, mientras que la disociación, tal como la describe Hilgard^{18,21}, se refiere a la desconexión entre diversas ideas o emociones, y sólo está parcial o alternativamente fuera de la conciencia. De todas maneras la comparación entre estos conceptos es epistemológicamente tramposa, ya que proceden de paradigmas distintos: la represión freudiana pertenece al paradigma psicoanalítico y la disociación, tal como la plantea esta teoría, es un concepto del paradigma cognitivo.

A modo de conclusión, decir que en el campo de los trastornos disociativos y de la histeria en general hay todavía pocas luces y muchas sombras y nos encontramos con problemas importantes a los que será necesario enfrentarse. En primer lugar existe un problema conceptual claro porque definimos la disociación como falta de integración entre distintos procesos mentales, para muchos de los cuales (p. ej., la propia conciencia) estamos lejos de tener una definición clara y universalmente aceptada. Y en segundo lugar, el problema nosológico: la histeria oscila entre su inexistencia en los manuales de clasificación y el desbordamiento que produce muchas veces en la clínica diaria, entre los intentos de eliminarla en la teoría y la tentación de sobrediagnosticarla en la práctica. Hoy ya no se habla de ella, sino de trastornos disociativos, o conversivos, o somatomorfos, pero a veces da la impresión que por mucho que intentemos borrarla o fragmentarla la histeria se empeña en existir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baños RM, Belloch A, Ruipérez MA. Trastornos disociativos. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, editores. Manual de psicopatología. Madrid: McGrawHill, 1995; p. 271-99.
2. Kihlstrom JF, Tataryn DJ, Hoyt I. Dissociative disorders. En: Sutker P, Adams H, editores. Comprehensive handbook of psychopathology. 2.ª ed. Nueva York: Plenum Press, 1992.
3. Kihlstrom JF. The psychological unconscious. En: Pervin L, editor. Handbook of personality: theory and research. Nueva York: Guilford, 1990; p. 445-64.
4. Spiegel D, Cardena E. Desintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnormal Psychol* 1991;3: 366-78.
5. Ellenberger HF. El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica. Madrid: Gredos, 1976.
6. Janet P. L'automatisme psychologique. París: Alcan, 1889.
7. Janet P. The major symptoms of hysteria. Nueva York: MacMillan, 1907.
8. Anderson JA. The architecture of cognition. Cambridge: Harvard University Press, 1983.
9. Freud S. Obras completas. Madrid: Biblioteca Nueva, 1948.
10. Leal Cercós C, Leal Cercós MI. Histeria. En: Roca Bena-sar M, editor. Trastornos neuróticos. Barcelona: Ars Medica, 2002; p. 363-83.
11. Putnam FW. Dissociative phenomena. *Ann Rev Psychiatry* 1991;10:145-88.
12. Vallejo J. Histeria. En: Vallejo J, editor. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson, 1998; p. 417-35.
13. Gastó Ferrer C. Dissociative experiences in psychosomatic, affective and anxiety disorders. En: Sánchez-Planell L, Díaz Quevedo C, editores. Dissociative states. Barcelona: Springer, 2000; p. 64-74.
14. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington DC: APA, 1994.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación internacional de las enfermedades mentales (CIE-10). Madrid: OMS, 1992.
16. Slater E. Diagnosis of hysteria. *Br Med J* 1965;1:1395-9.
17. Halligan PW, David AS. Conversion hysteria: towards a cognitive neuropsychological account. *Cognitive Neuropsychiatry* 1999;4:161-3.
18. Hilgard ER. Dissociation revisited. En: Henle M, Jaymes J, Sullivan J, editores. Historical conceptions of psychology. Nueva York: Springer, 1973; p. 205-19.
19. Hilgard ER. A neodissociation theory of pain reduction in hypnosis. *Psychol Rev* 1973;80:396-411.
20. Hilgard ER. Controversies over consciousness and the rise of cognitive psychology. *Austr Psychol* 1977;12: 7-26.
21. Hilgard ER. Divided consciousness: multiple control in human thought and action. Nueva York: Wiley-Interscience, 1977.