

M. T. Bru
M. Santamaría
R. Coronas
J. V. Cobo

Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española

Corporació Sanitària Parc Taulí
Sabadell (Barcelona)

El trastorno disociativo es una patología relativamente poco frecuente que se ha asociado a la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia y, especialmente, a los abusos sexuales. Nuestro estudio presenta una muestra clínica de 36 pacientes que padecen un trastorno disociativo, evaluados prospectivamente mediante escalas estandarizadas en las consultas habituales de psiquiatría general. La muestra se compone básicamente de mujeres (34/36), casadas (86,1%), de clase media-baja y con una importante comorbilidad (38,9% trastornos afectivos, 52,8% de conversión, 41,7% de ansiedad y/o 38,9% trastornos de personalidad). Nuestros resultados muestran una alta tasa de acontecimientos traumáticos en la infancia (58,3%) y de antecedentes de abusos sexuales (27,8%) en esta población, así como de otros acontecimientos traumáticos (55,6%) en la edad adulta. La prevalencia de cualquier acontecimiento traumático (27/36) es más alta que en población general española, pero sólo discretamente para el caso de los abusos sexuales en la infancia. La gravedad de las puntuaciones de acontecimientos traumáticos correlaciona con la gravedad de la clínica disociativa. La presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia de tipo sexual se asocian con la gravedad de la clínica disociativa medida con la Escala de disociación DES. En nuestra muestra, la edad del primer acontecimiento traumático no muestra relación con la gravedad de la clínica disociativa. Los antecedentes de abusos sexuales en la infancia (y no otros) también se relacionan con una mayor presencia de trastornos afectivos y conversivos.

Palabras clave:
Trastorno disociativo. Trauma. Trauma infantil. Trastorno Conversivo. España.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(4):200-204

Dissociative disorder and traumatic events. A study of Spanish population

Dissociative Disorder is relatively uncommon. It has been associated to the presence of traumatic events and es-

Correspondencia:
Jesús Cobo
Servei de Salut Mental
Corporació Sanitària Parc Taulí
Parc Taulí, s/n
08208 Sabadell (Barcelona)
Correo electrónico: jacob@tauli.cat

pecially to sexual abuse in childhood. Our study presents a clinical sample of 36 patients with Dissociative Disorder, prospectively evaluated with standardized scales in an outpatient department of general psychiatry. The sample is mainly made up of married (86.1%) women (34/36), from medium-low class with important comorbidity (38.9% affective disorders, 52.8% conversive disorders, 41.7% anxiety disorders and 38.9%, personality disorders). Our results show a high rate of childhood traumatic events (58.3%) and a background of sexual abuse (27.8%) in this population as well as other traumatic events in adulthood (55.6%). The prevalence of any traumatic event (27/36) is higher than in general spanish population. However sexual abuse is only slightly higher than the estimated rate of sexual abuse in childhood. Higher scores in the traumatic event scale are correlated with the severity of dissociative symptoms. Only traumatic sexual traumas in childhood correlate with the severity of dissociative features measured by the DES (Dissociative Experiences Scale). Age of the first traumatic event does not correlates with the severity of dissociative symptoms. A background of traumatic sexual abuse in childhood is the only factor related with higher presence of comorbid affective disorders and conversive disorders.

Key words:
Dissociative disorder. Traumatic event. Child trauma. Conversive disorder. Spain.

INTRODUCCIÓN

El trastorno disociativo es un problema de salud de creciente interés, especialmente en la literatura anglosajona. Las manifestaciones habituales clásicas son conocidas desde hace tiempo y, sólo últimamente, se ha comenzado a investigar sobre sus diversos subtipos, las diferencias interculturales o los aspectos etiopatogénicos. Las clasificaciones actuales se refieren a la disociación como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción del entorno. Existen diversos criterios diagnósticos y, de hecho, según utilizemos unos u otros, las tasas de detección pueden variar¹⁻³.

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos disociativos en la población general encuentran una prevalencia-vida que oscila entre el 3 y el 11% para América del Norte y Europa⁴. Según otros estudios epidemiológicos realizados, se detectan trastornos disociativos entre aproximadamente el 20 y el 35% de la población clínica adulta y entre un 0,3% y un 1,8% de población no clínica⁵. Sin embargo, como es sabido, estos trastornos no aparecen como único diagnóstico en estas poblaciones clínicas, estando acompañados por altos niveles de comorbilidad^{6,7,8,9}. Uno de los datos que aparece frecuentemente en la literatura, y, además, de manera bastante constante en todas las culturas estudiadas hasta ahora, es la alta frecuencia de asociación entre la disociación y el trauma infantil crónico^{4,10,11}.

En todo caso, el trastorno disociativo como entidad clínica es poco diagnosticado en nuestro medio. Creemos que, tal vez debido a la comorbilidad con que suele aparecer, los pacientes son frecuentemente diagnosticados de otros trastornos, incluidos aquellos del Eje II del DSM-IV.

METODOLOGÍA

Se incluyeron pacientes adultos de 18 a 65 años, atendidos consecutivamente en las Consultas Externas del Centro de Salud Mental de la Corporació Sanitaria Parc Taulí (Sabadell, Barcelona), entre abril y septiembre de 2004. Todos ellos debían cumplir criterios diagnósticos de trastorno disociativo, según la clasificación DSM-IV¹. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético y de Investigación Clínica. Se consideraron criterios de exclusión los trastornos psicóticos en general, el trastorno bipolar, la deficiencia mental, los trastornos neurológicos y el abuso o consumo significativo actual de tóxicos (excluido el tabaco).

Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas se resumen con la media, mediana y desviación estándar (DE). Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Para determinar la existencia de asociación entre los parámetros cuantitativos entre categorías de las variables cualitativas se usó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. La correlación entre variables cuantitativas se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0,05.

PROCEDIMIENTOS

Los pacientes de la muestra y que cumplían los criterios de inclusión y no los de exclusión, fueron invitados a participar voluntariamente en el estudio por los profesionales que les atendían habitualmente. Tras informárseles de las características del mismo, firmaron el Consentimiento In-

formado y se les realizó un amplio cuestionario sociodemográfico. Se realizó también una exhaustiva entrevista clínica y exploración psicopatológica y se consensuaron los diagnósticos clínicos DSM-IV en base a esta entrevista. El diagnóstico de los pacientes se realizó por cualquiera de los investigadores implicados (psiquiatra o psicólogo clínico) y se confirmó con los criterios DSM-IV y mediante un acuerdo entre la investigadora principal (MTB) y otro de los investigadores (JC). Se realizó también una revisión de historia clínica y se les pidió realizar una serie de test. La evaluación psicométrica de las pacientes se realizó por una investigadora independiente del equipo terapéutico.

Los pacientes cumplieron la versión española del cuestionario de disociación Dissociative Experiences Scale (DES) diseñado por Bernstein y Putnam¹² y el Cuestionario para Experiencias Traumáticas de Davidson y colaboradores¹³.

RESULTADOS

La muestra se compuso finalmente de 36 pacientes, 34 mujeres y 2 hombres. Las edades estaban comprendidas entre los 24 y los 65 años (media 48,7, DE = 10,14). Los pacientes provenían de un nivel socioeconómico de clase media-baja. La mayoría se encontraban casadas (86,1%) y tenían estudios básicos (52,8%). Previo al desarrollo del trastorno, la gran mayoría realizaban tareas no cualificadas (86,1%). Su situación sociolaboral actual era muy precaria, ya que en hasta un 44,4% había desembocado en una incapacidad laboral permanente y en un 19,4% en baja laboral.

En cuanto a los diferentes subtipos de trastorno disociativo encontrados en la muestra, llama la atención la presencia mayoritaria de pacientes que padecen un trastorno disociativo no especificado según los criterios DSM-IV (36/36). En cuanto a la comorbilidad con otros trastornos del eje I o del eje II, destacan hasta un 52,8% de pacientes que cumplían también criterios de trastorno conversivo, e, incluso, muchos presentaban clínica conversiva simultáneamente a los síntomas disociativos, y, de hecho, sólo 4 pacientes presentaban el trastorno conversivo como su único trastorno comórbido. Hasta un 38,9% de los pacientes (14/36) presentaban también asociado un trastorno afectivo unipolar. Otro 41,7% de los pacientes cumplían criterios para diversos trastornos de ansiedad (15/36) y otro importante grupo (38,7%), presentaba diversos diagnósticos clínicos de trastornos de la personalidad. Un importante porcentaje de los pacientes (58,3%) presentaba más de uno de todos estos diagnósticos comórbidos asociados (21/36).

Los resultados válidos ($n = 35$) en la escala de disociación DES, dieron unas puntuaciones medias de 37,1 (DE = 17,2, rango 6,7 a 74,6). Las puntuaciones entre 30 y 40 inclusivos (31,4% de los pacientes), se corresponden con las encontradas en varios estudios previos. Las puntuaciones superiores a 40, mucho más graves, se han encontrado previamente en

poblaciones concretas muy graves y, en nuestra muestra, suponen un porcentaje significativo (42,8%).

La puntuación media en el Cuestionario de experiencias traumáticas fue de 11,6 (DE = 6,2, rango 0-19). El desglose de los diferentes acontecimientos traumáticos detectados aparece en la tabla 1. La edad media de la primera experiencia traumática fue de 18 años (DE = 13,5, rango de 3 a 52 años). Los pacientes con traumas en la edad infantil presentan lógicamente mayores puntuaciones en el Cuestionario de experiencias traumáticas de Davidson y muy especialmente aquellos pacientes con trauma sexual en la infancia (gráfica 1), pero no en el caso de los pacientes con trauma en la edad adulta.

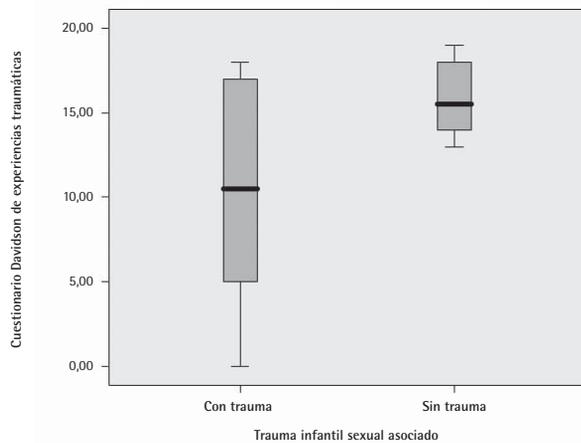


Figura 1 Relación entre la presencia de experiencias traumáticas sexuales en la infancia y la puntuación en la Escala de Davidson.

Las puntuaciones en la Escala de disociación DES correlacionaban con las puntuaciones de experiencias traumáticas de la Escala de Davidson (Pearson significativa al nivel 0,05 bilateral). Las puntuaciones en la Escala de disociación DES eran mayores (pero no significativamente) en los pacientes que habían presentado diversos traumas en general en la infancia, mientras que sí eran significativamente mayores en los pacientes que habían experimentado traumas sexuales en la infancia (gráfica 2). La presencia de traumas en la edad adulta tampoco correlacionaba con la gravedad de los síntomas disociativos. La edad de la primera experiencia traumática o la presencia de un trastorno de conversión comórbido, tampoco correlacionaba con la gravedad de la clínica disociativa. La presencia de traumas sexuales en la infancia sí se correspondía con una presencia comórbida significativamente mayor de fuga disociativa, trastorno de conversión y de trastornos afectivos (Chi cuadrado = 0,05), pero no con la presencia de trastornos de ansiedad o de un diagnóstico clínico de trastornos de la personalidad en el momento de la valoración.

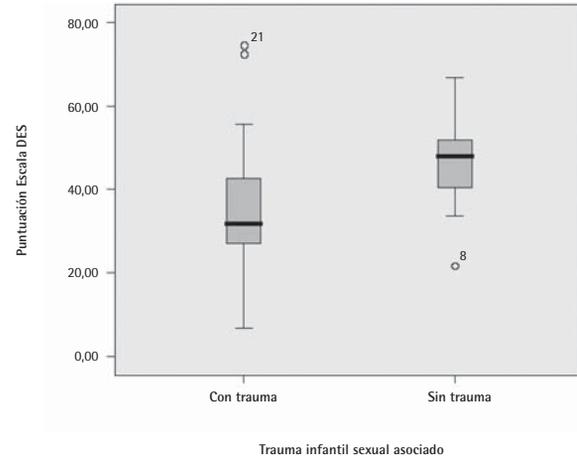


Figura 2 Relación entre la presencia de trauma infantil sexual y la puntuación en la Escala de síntomas disociativos (DES).

DISCUSIÓN

En nuestra muestra llama la atención, por una parte, la gravedad de la sintomatología (hasta un 42,8% con puntuaciones mayores de 40 en la escala DES), e, igualmente, llama la atención la alta frecuencia de abusos sexuales (27,8%).

Kendall-Tackett y sus colaboradores¹⁴, del Family Research Laboratory de la Universidad de New Hampshire, realizaron una revisión de hasta 45 estudios previos que claramente demostraba que los niños abusados sexualmente tenían de un 15-45% más de riesgo de padecer miedos, estrés postraumático, alteraciones de conducta, comportamientos sexuales inusuales y baja autoestima, entre otros problemas, respecto de aquellos niños que no los padecieron. Sin embargo, ninguno de estos síntomas era específico. Más aún, alguno de estos síntomas fueron más típicos de ciertas edades que de otras y, de hecho, hasta un tercio de todos estos niños abusados sexualmente no presentaron ningún síntoma cuando fueron evaluados por este grupo.

Las características en sí del abuso eran factores importantes en la predisposición a presentar síntomas y, hasta dos tercios de estos niños se recuperan a los 12 o 18 meses. Estos autores, por tanto, proponían que no existía un único síndrome específico en los niños abusados sexualmente¹⁴. En todo caso, hasta un 60% de los niños abusados pueden presentar alguna alteración psicológica. Estos síntomas serían más graves en función de la severidad, frecuencia y duración de los abusos. También puede influir el tipo de fuerza que se ejerce y la cercanía emocional del agresor respecto de la víctima.

Tabla 1	Acontecimientos traumáticos (n = 35)	
Acontecimientos traumáticos en la infancia (menores de 16 años inclusive)		
Trauma sexual en la infancia (abusos o violaciones)		10 pacientes (27,8 %)
Maltrato no sexual, negligencia grave o abandono		3 pacientes (8,5 %)
Visualización (1) o implicación accidental (1) en situación catastrófica de un familiar		2 pacientes (5,7 %)
Amenaza grave de la propia vida (4 ahogamientos, 1 quemadura) o de un familiar cercano (1)		6 pacientes (17,1 %)
Pérdida traumática de personas significativas (1), de algún padre (4) o de ambos (1) durante la infancia*		5 pacientes (14,2 %)
Total		21 pacientes (58,3 %)*
Acontecimientos traumáticos en edad adulta (mayores de 16 años)		
Víctimas de una catástrofe natural (terremoto)		1 paciente (2,8 %)
Accidentes laborales graves		4 pacientes (11,4 %)
Accidentes de tráfico importantes		5 pacientes (14,2 %)
Problema traumático de salud		1 paciente (2,8 %)
Situación económica subjetivamente muy grave		1 paciente (2,8 %)
Acontecimiento traumático evidente e identificable pero descrito subjetivamente como «no significativo»		4 pacientes (11,4 %)
Total		16 pacientes (55,6 %)**
*Algunos pacientes padecen dos o más traumas infantiles diferentes.		
**Hasta 6 pacientes (17,1%) padecen traumas en ambas franjas de edad.		

CONCLUSIONES

Nuestras conclusiones preliminares apoyan la relación de los traumas infantiles en general y, en especial, de los traumas infantiles sexuales, en la aparición del trastorno disociativo en nuestro medio y especialmente en aquellos subgrupos de mayor severidad. Por lo tanto, estos aspectos se deberían interrogar específicamente en las entrevistas de valoración de estos casos. Sería conveniente, sin embargo, realizar una anamnesis abierta, sin orientar las respuestas, debido al riesgo de inducir recuerdos en este grupo de población, quizás especialmente indefensa y sugestionable. El uso de las escalas de valoración de disociación y trauma, respectivamente, puede ayudar a evaluar objetivamente estos aspectos. Estas evaluaciones pueden tener importancia clave en el curso del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. DSM-IV American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. CIE 10 Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR, 1992.
3. CIE 10 Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: MEDITOR, 1993.
4. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology* 1997;106:499-510.
5. Spitzer C, Barnow S, Grabe HJ, Klauer T, Schneider W, Stieglitz RD, et al. Frequency, Clinical and Demographic Correlates of Pathological Dissociation in Europe. *Journal of Trauma and Dissociation* 2006;7(1):51-62.
6. Putnam FW, Guroff JJ, Silverman EK, Barban L, Post RM. The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: Review of 100 Recent Cases. *Journal of Clinical Psychiatry* 1986; 47(6):285-93.
7. Franklin J. The Diagnosis of Multiple Personality Disorder Based on Subtle Dissociative Signs. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1990;178:4-13.
8. Ross CA. Epidemiology and assessment of dissociation and dissociative disorders. En: *Dissociative States. Proceedings of the 6th International Symposium on Controversies in Psychiatry* (Barcelona, Marzo 1999). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2000.
9. Wildgoose A, Clarke S, Waller G. Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy. *British Journal of Medical Psychology* 2001;74:47-55.
10. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C. The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale. *Clinical Psychological Review* 1996;16:365-83.

11. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma related distress: a review and integration. *Clinical Psychology Review* 1999;19:631-57.
12. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1986;174(12):727-35.
13. Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG. Traumatic experiences in psychiatric patients. *Journal of Trauma Stress* 1990;3:459-75.
14. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin* 1993;113(1):164-80.