

Virginia Basterra Gortari, Raquel Ruiz Ruiz, Nahia Pereda Eusa

Unidad de Psiquiatría - Sección B del Complejo Hospitalario de Navarra. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

Correspondencia:

Virginia Basterra Gortari
Psiquiatría-sección B del Complejo Hospitalario de Navarra.
C/ Irunlarrea 4. C.P.31008. Pamplona. Navarra.
virginia.basterra.gortari@navarra.es

Caso Clínico

Trastorno de identidad disociativo: a propósito de un caso

Dissociative identity disorder: a case report

31

RESUMEN

Los trastornos disociativos son un problema de salud mental frecuentemente oculto e ignorado. Entre todos ellos, el trastorno de identidad disociativo (TID) constituye la patología más grave y compleja. Su curso habitualmente es crónico, y se caracteriza principalmente por una alteración en la memoria autobiográfica y del sentido de identidad única. El TID suele originarse en el contexto de una experiencia traumática grave durante la infancia. Presentamos el caso de un adolescente de 16 años ingresado en una unidad de hospitalización psiquiátrica. A través de este caso, señalamos los síntomas propios de este trastorno, los factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo del trastorno y describimos, de forma resumida, el abordaje psicoterapéutico indicado para esta patología. Asimismo, mostramos los resultados obtenidos en diferentes valoraciones neuropsicológicas (Escala de Inteligencia Wechsler para Niños, Test de Aprendizaje Verbal España Complutense Infantil, Inventario Clínico para adolescentes de Millon e Inventario Multidimensional de Disociación).

Palabras clave: trastorno de identidad disociativo; personalidad múltiple; etiología; manifestaciones clínicas; tratamiento psicoterapéutico.

ABSTRACT

Dissociative disorders constitute a frequently hidden

and neglected mental health problem. Among all of them, the dissociative identity disorder (DID) is the most serious and complex pathology. DID is a chronic condition, characterized by disruption in autobiographical memory and the sense of having a unified identity. DID usually originates in the context of severe trauma during the patient's childhood. We report the case of a 16 year old boy referred to our Psychiatric inpatient unit. Across this report, we highlight the main symptoms of this disorder, the risk factors for the development of the disorder and a summarized form of the psychotherapeutic approach. Likewise, we also show the results obtained in different neuropsychological assessments (The Wechsler Intelligence Scale for Children, The Spanish-Complutensian Verbal Learning test for children, the Millon Adolescent Clinical Inventory and the Multidimensional Inventory of Dissociation).

Keywords: identity personality disorder; multiple personality; etiology; clinical manifestations; psychotherapy treatment.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de identidad disociativo (TID), también llamado trastorno de personalidad múltiple, es un trastorno mental caracterizado principalmente por la alteración de la memoria autobiográfica y la identidad (con presencia de múltiples personalidades), así como

por problemas en la percepción, de la conciencia y del control volitivo (1). Suele manifestarse, de forma transitoria o crónica, en personas predispuestas a la disociación que han sufrido un trauma grave durante la infancia (2). Se estima una prevalencia del TID del 1% en la población general (3); tasas que se incrementan en población psiquiátrica (2). Los criterios diagnósticos incluyen la alternancia entre 2 o más personalidades que toman el control del comportamiento del individuo de manera recurrente y la incapacidad para recordar información autobiográfica relevante (4). El TID suele presentar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos: trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de personalidad, trastorno de abuso de sustancias, depresión y trastorno somatomorfo (5). El diagnóstico diferencial debe incluir: intoxicaciones por consumo de drogas, esquizofrenia, trastornos afectivos, otros trastornos disociativos, trastorno límite de personalidad, trastornos facticios y simulación (6). El tratamiento fundamental es la psicoterapia; si bien el tratamiento farmacológico puede ser útil si existe comorbilidad (7).

CASO CLÍNICO

Historia de la enfermedad: Paciente varón de 16 años de edad, de origen latinoamericano, que reside en España desde los 6 años de edad. Antecedentes de tratamiento en CSM desde los 14 años de edad (septiembre de 2011). Como motivo de consulta constan la presencia de alteraciones conductuales en el domicilio familiar (amenazas, heteroagresividad verbal y física y agresividad hacia objetos, conductas autolesivas, venta de objetos de valor, nula tolerancia a la frustración), en el ámbito escolar (absentismo y fracaso académico) y a nivel social (hurtos, tráfico de drogas). Estas alteraciones conductuales están relacionadas temporalmente con la exposición reiterada entre los 11-13 años de edad a una experiencia vital traumática (abuso sexual por parte de un familiar que convivió en el domicilio) y el posterior inicio de consumo de tóxicos.

Según relata el propio paciente, tras la exposición reiterada a la situación traumática comenzó a notar la presencia de otras cuatro personalidades diferentes, que identifica como varones, personas ajenas a su propia identidad, que se dirigen hacia él en forma de voces. En ese contexto describe que comenzó a realizarse autolesiones (cortes en brazos y muslos). Pocos meses más tarde, inició el consumo de tóxicos. Comenzó con cannabis (consumo

máximo: 8 porros/día) y posteriormente también llegó a consumir Ketamina (patrón consumo máximo: diario durante dos semanas), LSD, speed (2 gramos/día durante 3-4 meses), cocaína (consumo puntual) y grandes cantidades de alcohol. El patrón de consumo ha sido muy intenso (“500 euros semanales”), con episodios de importante afectación orgánica (intoxicación plena, lagunas mnésicas, pérdida del control de esfínteres) y conductas bizarras (dormir con cuchillos debajo de la almohada o llevarlos en la mochila, romper camisetas y sábanas y guardarlas dobladas, un episodio en el que guardó ropa interior sucia en una bolsa de plástico en su habitación). Para tener acceso al consumo de drogas ha realizado diversas actividades fuera del margen legal y se ha relacionado con grupos marginales y conflictivos. Hace cinco meses suprimió el consumo de tóxicos salvo cannabis, y desde hace dos meses mantiene la abstinencia total.

A lo largo de los tres últimos años, el paciente ha sido valorado por los Servicios Sociales de Base. Desde octubre de 2011 se inicia intervención por parte del Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia para abordaje de las alteraciones conductuales y psicoeducación sobre la dinámica familiar. Ante la tórpida evolución del paciente se decide su salida del domicilio e ingreso en un Centro de Observación y Acogida (COA) hace dos meses (finales noviembre de 2012).

Previamente al ingreso en el COA, la familia trata de realizar un abordaje alternativo con la finalidad de “propiciar experiencias místicas y reforzar los valores morales”. Deciden viajar a Cuba, donde el paciente y su madre permanecen dos semanas en una casa donde se practica la santería (realizaban sacrificios de animales y el paciente debía beber la sangre del animal. Además como “normas del centro” debía comer en el suelo, vestir de blanco, evitar la luz del mediodía y de media noche, no salir a la calle después de las 7 de la tarde...).

Estado actual: Desde el ingreso en COA la evolución está siendo muy negativa. Está presentando sintomatología muy diversa: alucinaciones auditivas, autolesiones, conductas desafiantes, fluctuaciones anímicas, problemas con su imagen, problemas de alimentación, síntomas disociativos (“ausencias”, fallos de memoria, referencias a varias personalidades, fenómenos de autoscopia). Ha requerido múltiples atenciones del 112 y de Urgencias Hospitalarias por episodios de agitación. Dada la evolución desfavorable, se decide su ingreso pro-

gramado en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

El paciente experimenta 5 estados diferentes de personalidad. Cada personalidad presenta características diferenciales y se asocian a estados emocionales intensos. La identidad primaria (personalidad 1) se identifica con el primer nombre de nuestro paciente (su nombre es compuesto), tiene una presencia predominante y se caracteriza por ser educado, amable, infantil, alegre y generoso. Existen otras 4 identidades alternas, que en orden de mayor a menor grado de aparición, se caracterizan por: personalidad 2 (se identifica con el 2º nombre del paciente y se define como frío y calculador, con capacidad para liderar al resto de personalidades y que desconfía de muchas de ellas), personalidad 3 (se define como alocado, juerguista, que le gusta marcharse de fiesta, consumir, mantener relaciones homosexuales), personalidad 4 (definida como una persona heteroagresiva, maleducada, descontrolada) y la personalidad 5 (se llama igual que la persona que realizó los abusos sexuales sobre el paciente y se caracteriza por ser triste, deprimido, manipulable y el que se autolesiona). Aunque el paciente no identifica qué situaciones preceden a la disociación, se ha observado que guardan estrecha relación con situaciones estresantes o en las que se frustran sus expectativas. (ver figura 1)

Además de este trastorno en la identidad, el paciente reconoce la presencia de alucinaciones auditivas frecuentes en forma de voces de estas cuatro personalidades que hablan entre ellas o se dirigen al paciente de forma comentadora o imperativa. Refiere escuchar de manera audible su

propio pensamiento hablando con el resto de las voces y se comunica con éstas tanto verbalmente como mediante el pensamiento. En todo momento, manifiesta la localización intrapsíquica de las alucinaciones y el criterio de irrealidad de las mismas. En cuanto a otras alteraciones sensorperceptivas, el paciente reconoce haber visto, en momentos de elevada angustia, la silueta de sus otras personalidades (figuras similares a la suya aunque “difuminadas”, cada una de un color).

Asimismo, presenta episodios recurrentes y breves en el tiempo (generalmente horas) de amnesia limitados a los momentos de disociación de la identidad. Además, muestra una intensa amnesia autobiográfica (no recuerda nada de su país natal, no recuerda a su familia de origen o celebraciones vitales importantes). Tras los episodios de disociación, descubre escritos que ha realizado él mismo pero es incapaz de entender la letra. También presenta, aunque en menor intensidad, síntomas de despersonalización (sentimientos de extrañeza sobre sí mismo, autoscopia) y de desrealización (“viéndose como en una película”).

Durante el relato de los hechos traumáticos, existe una clara incongruencia entre lo que el paciente cuenta y la repercusión emocional (disociación del recuerdo traumático).

Esta clínica se acompaña de otros síntomas disociativos como pueden ser los síntomas somatomorfos (presencia frecuente de cefaleas, preocupación persistente por su imagen corporal con distorsión en cara y tripa y conductas alimentarias restrictivas) y de conductas autolesivas.

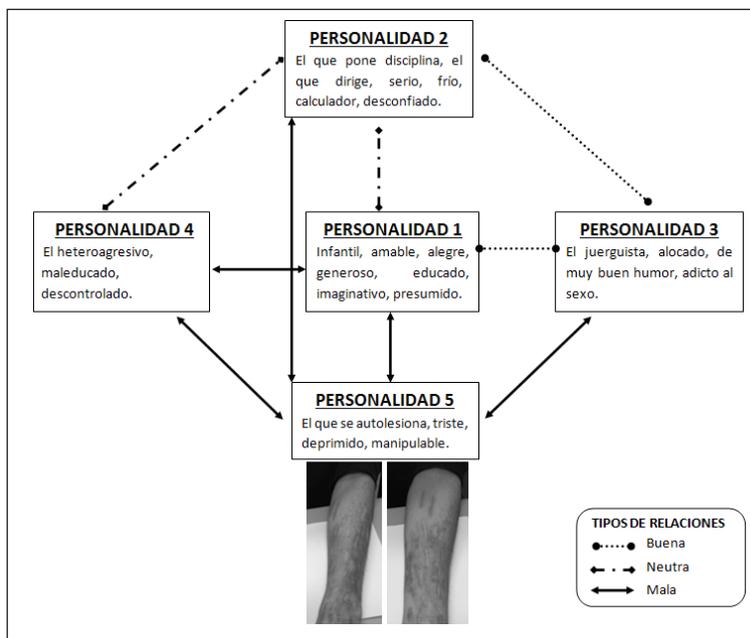


Figura 1: Representación gráfica del trastorno de identidad del paciente: se describen las principales características de cada una de las 5 personalidades que puede llegar a presentar el paciente. Asimismo, el tipo de relación existente entre las diferentes personalidades se representa con diferentes tipos de líneas según la relación sea buena, neutra o mala. Junto a la personalidad 5 se muestra una imagen en la que se pueden objetivar las autolesiones.

Tratamiento actual:
 Quetiapina 100 mg/día,
 Lorazepam 5 mg/día y
 Trazodona 100 mg/día.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientado, colaborador. Aspecto cuidado. Mantiene contacto ocular. Lenguaje fluido, coherente. Sin alteraciones formales ni del contenido del pensamiento. Mantiene adecuado nivel atencional. Describe lagunas mnésicas en las que “otras personalidades” actúan por el paciente, siendo éste incapaz de controlarlas o de recordar con claridad a posteriori lo que ha sucedido. Recuerda algún detalle de lo ocurrido durante la “ausencia” y lo describe como si se tratase de una autoscopia. Fluctuaciones anímicas (irritabilidad, inestabilidad emocional) sin causa aparente; en el momento de la entrevista se encuentra eutímico. No se le observa angustiado sino que relata su historia de enfermedad con escasa repercusión afectiva. Presenta distorsión de su imagen corporal. Niega conductas purgativas y presenta conductas restrictivas en intensidad leve. Hiporexia sin pérdida ponderal cuantificada. Antecedentes de múltiples consumos de tóxicos y abstinencia en el momento actual. Presenta alteraciones conductuales generalizadas a varios contextos y, en los últimos meses, conductas de autolesiones diarias. A nivel caracterial destacan la escasa tolerancia a la frustración, la impulsividad y las dificultades en asumir normas y límites.

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Disonías agudas tras la administración de tratamiento neuroléptico en los cuadros de agitación psicomotriz. Diagnosticado previamente de asma y cefaleas. Intervenido quirúrgicamente de apertura del conducto lacrimal.

Antecedentes familiares: Niegan reiteradamente la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos filiados; si bien existe historia de abuso sexual en familiares de 1er y 2º grado y posible trastorno disociativo en familiar de primer grado.

Historia evolutiva: Embarazo sin complicaciones. Parto a término, eutócico, sin signos de sufrimiento fetal. Peso al nacer: 3 kg. Altura: 53 cm Lactancia materna durante un año. Sin retraso en la adquisición de hitos evolutivos.

Historia académica: Antecedentes de buena adaptación socio-académica en Educación Primaria (en su país de origen). Aparentemente, la transición a nivel académico

al venir a España no le supone un esfuerzo y se adapta de manera adecuada. Informan de buen comportamiento en el aula, buenas relaciones con iguales y excelentes resultados académicos hasta los 12 años; llegando a referir que era “el modelo para el resto de la clase”. A partir de ese momento comenzó progresivamente a disminuir el rendimiento académico y a presentar alteraciones conductuales en el colegio. Suspendió 3º de ESO y se cambió de centro. A pesar de ello, se incrementaron las alteraciones conductuales, con nula motivación para el estudio e importante absentismo.

Patrón de relaciones sociales/afectivas: En la infancia, se relacionaba tanto con chicos y chicas. A partir de los 12 años comienza a relacionarse únicamente con chicas. Refiere encontrarse “bien integrado a nivel social” así como satisfacción con su grupo de apoyo. Con respecto a su orientación sexual, se declara heterosexual. Ha mantenido varias relaciones de pareja con chicas; aunque reconoce haber mantenido varias relaciones homosexuales por dinero, en episodios de disociación (bajo la voluntad de la personalidad 3).

Historia familiar: Es el tercero de una fratria de cuatro hermanos. A nivel familiar, los progenitores han mantenido un estilo educativo rígido, ambivalente y crítico, reconociendo agresiones físicas por parte de ambos progenitores. Su historia de apego se puede catalogar como un apego de tipo desorganizado. Actualmente, las relaciones intrafamiliares están alteradas y el paciente únicamente se relaciona con su madre.

Exploraciones complementarias: Se han realizado diversas exploraciones (analítica sanguínea, incluida serología, tóxicos en orina, EEG, RM) que han permitido descartar patología orgánica. También se ha llevado a cabo una evaluación psicológica mediante aplicación de:

- * Escala de Inteligencia Wechsler para Niños –IV (WISC-IV): CI total: 107; Comprensión verbal: 123; Razonamiento perceptivo: 100; Memoria de trabajo: 97; Velocidad de Procesamiento: 99. Los resultados indican una capacidad cognitiva general en torno al promedio, con superioridad en el razonamiento verbal.
- * Test de Aprendizaje Verbal España Complutense Infantil (TAVECI): buen rendimiento en la tarea de aprendizaje y rendimiento óptimo en tareas de

recuerdo con claves a largo plazo y reconocimiento. Utiliza estrategias semánticas y seriales para aprender la información; información que se ha mantenido pese al paso del tiempo. No se han apreciado dificultades en los procesos de almacenamiento y recuperación.

- * Inventario Clínico para adolescentes de Millon (MACI): las puntuaciones sugieren rasgos disociales, opositoristas y narcisistas. Puntuaciones tasa base: rebelde (111), opositorista (83) y egocéntrico (82).
- * Inventario Multidimensional de Disociación (MID): los resultados señalan la presencia de síntomas disociativos de intensidad moderada-grave, dentro de las presunciones diagnósticas del test destaca la presencia en eje I de los trastornos de identidad disociativa, de estrés postraumático y de somatización; y en eje II de rasgos problemáticos de personalidad borderline (ver figura 2).

Diagnóstico: trastorno de identidad disociativo (F88.41).

Evolución: A nivel psicoterapéutico se ha iniciado la fase de estabilización del proceso. Durante el ingreso se ha conseguido controlar la aparición de alteraciones conductuales asociadas a las diferentes personalidades; se ha objetivado una mejoría en la capacidad de control de los síntomas disociativos en el paciente así como clara mejoría a nivel con-

ductual. Además el paciente ha retomado la relación con otros miembros de la familia. A nivel farmacológico, se ha retirado neuroléptico y se ha sustituido el tratamiento ansiolítico de Lorazepam por Pregabalina (375 mg/día) por los antecedentes de abuso de sustancias y fármacos (objetivados en el ingreso).

En cuanto al abordaje psicoterapéutico (7, 8) del TID deben distinguirse 4 fases: I) Fase de estabilización (en esta fase se debe iniciar el proceso de psicoeducación, se debe tratar de establecer un contrato terapéutico con el paciente que incluya un autocuidado adecuado, el cese de las conductas autolesivas, la búsqueda de recursos positivos en el paciente y una orientación hacia la realidad

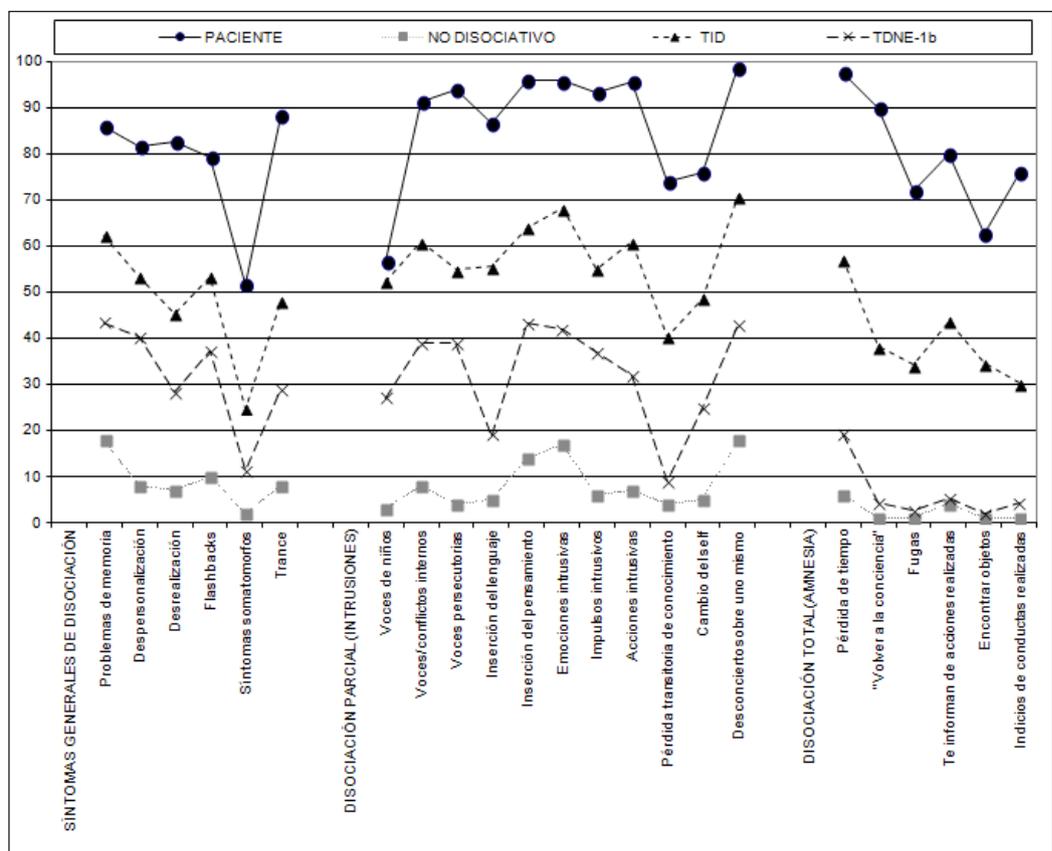


Figura 2. Gráfico de escalas de disociación del inventario multidisciplinar de disociación (MID). TID= Trastorno de identidad disociativo. TDNE-1b: Trastorno disociativo no especificado-1b.

del trastorno y de su situación vital), II) Fase de trabajo con las partes (centrada en establecer una buena alianza terapéutica, desmontar las cogniciones que mantienen las barreras entre estados de conciencia, modificar el estado de discusión y lucha interna de las partes fragmentadas de la identidad por el diálogo y la cooperación, establecer sistemas de ayuda interna y enfocar la colaboración entre partes a conseguir objetivos adaptativos en el mundo externo), III) Fase de procesamiento del trauma (para ello es necesario fusionar las memorias explícitas e implícitas en una narrativa comprensible de los eventos y de las secuelas del incidente traumático, eliminar los síntomas de hiperactivación autonómica que están en conexión con dichas memorias y relegar el evento traumático al pasado), y IV) Fase de integración y postintegración (la integración incluye la asociación de lo previamente disociado, la reconexión de las partes escindidas; permite el desarrollo de funciones mentales más globales y elevadas. El acto de estar integrado nos permite integrar vista, sonido, sensación, pensamiento, predicciones, sentimientos, junto con tiempo, intención y conciencia de la acción, en la experiencia del “ahora”).

CONCLUSIÓN

El TID es el trastorno disociativo más grave y crónico. Suele originarse en el contexto de una experiencia traumática grave durante la infancia del paciente (nuestro paciente ha sido víctima de reiterados abusos sexuales y físicos) (2). Además, en el caso de este paciente, el patrón de apego desorganizado supone un incremento de la vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno disociativo (9). En este sentido los trastornos disociativos pueden englobarse dentro de los trastornos del espectro post-traumático. Así, la disociación es una forma de defenderse ante el trauma, que con el tiempo se convierte en una manera de manejar cualquier tipo de estrés. Las manifestaciones clínicas del TID son muy variadas: trastornos de identidad, amnesia autobiográfica, disociación de los elementos del recuerdo traumático, fenómenos de despersonalización y desrealización, alucinaciones y fenómenos de primer rango, alteraciones

del *self*, síntomas somatomorfos y conductas autolesivas. Esta concurrencia de síntomas somáticos y psíquicos, con fluctuaciones en la expresión sintomática y en el grado de repercusión funcional suele conducir a diagnóstico y tratamientos erróneos (10). El pilar fundamental del tratamiento del TID es la psicoterapia (7).

BIBLIOGRAFÍA

1. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernandez R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28(12):E17-45.
2. Sar V. Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. *Epidemiol Res Int* vol. 2011, Article ID 404538, 8 pages, 2011. doi:10.1155/2011/404538
3. Ross CA. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14(3):503-17.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Ellason JW, Ross CA, Fuchs DL. Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry* 1996;59(3):255-66.
6. Stubner S, Volkl G, Soyka M. Differential diagnosis of dissociative identity disorder (multiple personality disorder). *Nervenarzt* 1998;69(5):440-5.
7. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *J Trauma Dissociation* 2011;12(2):115-87.
8. Gonzalez-Vazquez A. Trastornos Disociativos. 2ª edición. Madrid: Ed. Pleyades; 2010.
9. Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation* 1992;5(4):196-204.
10. Kluft RP. An update on multiple personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38(4):363-73.