
CASO CLINICO

Trastorno disociativo: a propósito de un caso

Dissociative disorders, a case report

Dr.: Raúl David Onostre Guerra*

Resumen

Se presenta el caso clínico de una adolescente con trastorno de identidad disociativo a consecuencia de haber sufrido abuso sexual intrafamiliar y se aprovecha el caso para hacer una revisión del tema.

Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2011; 50 (3): 162-6: trastorno disociativo, identidad, abuso sexual.

Introducción

No todos los casos de abuso sexual en niñas y adolescentes son iguales ni afecta de la misma manera la integridad psicológica de las víctimas. Las sobrevivientes de violencia sexual enfrentan una serie de consecuencias físicas y psicológicas en etapas posteriores al evento traumático. Estos trastornos pueden consistir en dolores por laceraciones y/o golpes corporales recibidos, principalmente en áreas pélvicas y abdominales. Al mismo tiempo trastornos psicológicos como sentimientos de culpa, falta de confianza, miedo al agresor, insomnio, pérdida de apetito, pesadillas, alteración en los patrones de alimentación, depresión y otros efectos¹.

Numerosos estudios ratifican una gran variedad de trastornos psicológicos (DSM IV, 1992) como consecuencia del abuso sexual, entre ellas: psicosis, psiconeurosis, trastornos del carácter, sociopatías y trastornos disociativos, en especial el trastorno de

Abstract:

We present the clinical case of a teenager suffering from dissociative identity disorder as a result of having been the victim of intrafamily sexual abuse. We take the opportunity to revise the subject.

Key words:

Rev Soc Bol Ped 2011; 50 (3): 162-6: dissociative disorder, identity, sexual abuse.

identidad disociativo, que generalmente se inicia en la infancia.²⁻⁴

El presente artículo presenta el caso clínico de una adolescente que sufre trastorno disociativo (trastorno de identidad disociativo) a consecuencia de sufrir abuso sexual intrafamiliar.

Caso clínico

Se trata de una adolescente de 16 años que acudió al Centro de Salud de Pampahasi Bajo de La Paz, consultando por dolor abdominal. Los exámenes clínicos de laboratorio y gabinete realizados mostraron valores dentro de parámetros normales, descartándose así un cuadro de abdomen agudo o cualquier otra patología. Lo llamativo al examen físico fue la presencia de múltiples heridas incisas en la región del 1/3 anterior distal de ambos antebrazos (figura # 1). La reanamnesis del caso llevó a determinar

* Médico-Pediatra. Sedes La Paz-Bolivia.

Conflicto de interés: Para realizar el presente estudio no existió apoyo económico.

Correspondencia: Dr. Raúl Onostre Guerra, correo electrónico: raulonostre@hotmail.com

Artículo recibido el 6/12/11 y que fue aceptado para su publicación el 21/12/11.

que la causa de las lesiones en los antebrazos fueron ocasionadas por la adolescente, comunicando autoagresión por segunda ocasión con la intención de quitarse la vida, a consecuencia de ser víctima de abuso sexual por su padre, con quien tenía que compartir una habitación y una cama, por la extrema pobreza de su familia. El examen genital, mostró caracteres sexuales secundarios correspondientes a una escala de Tanner III, himen estrogenizado con hendiduras post-traumáticas a hora 5 y 7 en sentido de las manecillas del reloj, que comprometían todo el espesor del himen y eran compatibles con penetración vaginal antigua.

Figura # 1. Heridas incisas de vacilación superficiales, paralelas y con diferentes niveles de profundidad; probablemente de carácter suicida.



Los antecedentes familiares mostraron una familia disfuncional y disgregada, con padres separados desde hace 3 años; la madre abandono a la adolescente dejándolo al cuidado del padre y vivía con las hermanas mayores en otro domicilio.

La adolescente manifestó que en algunas ocasiones, sentía odio por sí misma y experimentaba sentimientos de gran confusión acerca de su identidad, por lo general no se llevaba bien con ninguno de sus familiares, ni con los compañeros(as) de su colegio, sintiendo que no encajaba en ningún sitio. Llamo la atención que la adolescente en el transcurso de la anamnesis atribuyo los intentos de suicidio a otra persona que en su mente le obligaba a ser violenta y que le obligaba a autolesionarse.

La hermana mayor informo que frecuentemente la adolescente manifestaba conductas y comportamientos masculinos, vistiendo prendas masculinas y si bien no consumía alcohol ni drogas pero que en las ultimas semanas llegaba a su hogar a altas horas de la noche, insultando y amenazando con golpear a su padre y otros familiares como si se tratará de otra persona (un hombre) y que posteriormente después de unas horas la adolescente volvía a su personalidad normal y no recordaba nada de lo que había pasado y que en ningún momento la adolescente motró estar bajo el efecto de alcohol u otra droga.

La hermana mayor denunció que ella y otra hermana, también fueron victimas de abuso sexual por parte de su padre. Sin embargo llamó la atención que ante la intención de denunciar el caso a las Defensorías de la Niñez y Adolescencia, la hermana mayor expreso su inconformidad y rechazo a la acción de protección institucional a la adolescente, refiriendo que si apresaban a su padre... ¿Quién se haría cargo de la alimentación y vivienda de la adolescente?

Se decidió su transferencia a un hospital psiquiátrico, para el tratamiento integral correspondiente en este caso.

Discusión

La existencia de psicopatología disociativa relacionados con abuso físico y sexual experimentada en la infancia fue reconocida por los muchos médicos en el siglo pasado. En la actualidad está bien documentado la asociación entre el trastorno de identidad disociativa (antes llamado trastorno de personalidad múltiple) y el abuso infantil.⁴ Sin embargo, sólo en las últimas dos décadas los profesionales de la salud mental han empezado a apreciar las implicaciones de este vínculo olvidado.

En el siglo XIX Pierre Janet (1854-1947) fue el primero en expresar la relación entre el trauma y la disociación, proponiendo una teoría de la disociación patológica o “desagregación” como una predisposición constitucional en los individuos traumatizados.

Conceptualizando a la disociación como una defensa frente a la ansiedad generada por las experiencias traumáticas, que pueden persistir en forma de “ideas fijas subscientes” en la mente del paciente, afectando su humor y su conducta.⁵

Sigmund Freud observó que las experiencias reprimidas no permanecen en estado latente, sino que son re-experimentadas en forma de sueños y pesadillas, regresiones, y el desbordamiento de sentimientos y sensaciones relacionadas con las experiencias originales. Así, muchos pacientes que han utilizado la disociación para hacer frente a las experiencias traumáticas tienen una constelación de síntomas que incluyen fenómenos de re-experimentación, así como la defensa disociativa.

En década de 1970 los pediatras ya eran conscientes de la existencia del “síndrome del niño maltratado” y los estudios psiquiátricos en los años 80, conmovieron la conciencia pública al descubrir que el incesto era mucho más frecuente de los que se creía y que las consecuencias psicológicas del abuso sexual eran más duraderas y graves de lo que se suponía.

Putnam FW (1986) en un estudio de 100 pacientes que desarrollaron una personalidad múltiple, 97 tenían una historia previa abusos terribles en la infancia y abuso sexual.¹⁶ Ludwig AM (1972) afirma que las personalidades alternativas pueden constituirse en estrategias de la víctima para manejar mejor las vivencias y los efectos del abuso sexual. Kluft RP (1984) refiere que este trastorno, es una forma de supervivencia para ciertos individuos que son capaces de disociar como respuesta a un abuso infantil severo; existiendo una relación entre los tipos de abusos y ciertas personalidades alternativas específicas. Las alternancias o cambios de personalidad pueden ocurrir como resultado de las sensaciones y conflictos abrumadores del abuso o en situaciones análogas.⁷ Wilbur CB (1984) afirma que los malos tratos crean en el niño un estado de sensación amenazante e inaceptable de ira. El niño aprende que estas sensaciones “no deben ser expresadas”, “no deben ser sentidas” conscientemente, por ello reprime

estas sensaciones y permanece en el inconsciente, fuera de la atención. Los individuos que reprimen sus afectos de esta manera parecen almacenar un “banco de sensaciones” que da lugar a la creación de un potencial para el desarrollo de explosiones de este tipo de afectos cuando la represión persiste o en situaciones conflictivas similares. Estas explosiones emocionales pueden ser expresadas en forma de síntomas, pudiendo resultar en la aparición de una personalidad alternativa como vehículo para la expresión sintomática de estos afectos o sensaciones.⁸

Sanders B y Giolas M.(1991), en un estudio realizado en adolescentes, correlacionan experiencias disociativas con el trauma físico y psicológico, informando que el grado de disociación en ese grupo de adolescentes estaban relacionadas con cinco tipos de trauma: el abuso físico, abuso sexual, maltrato psicológico, negligencia y el ambiente familiar negativo.⁹

Estudios del comportamiento en animales han demostrado que ante una amenaza, estos pueden reaccionar de tres modos: lucha, huida o la congelación. Las dos primeras son respuestas proactivas (el individuo “hace algo”). Pero cuando no hay posibilidad de reaccionar, lo que se ha definido como un shock inescapable, es cuando se produce la reacción de congelación. En los seres humanos, la respuesta disociativa al trauma sería el equivalente de esta respuesta de congelación en animales.

La disociación, reconocida por la psiquiatría actual como “una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno”, es un trastorno clasificado por la DSM –IV-TR (tabla 1-2). Los criterios diagnósticos del trastorno de identidad disociativo se basa en tres grandes aspectos: la amnesia, la presencia de dos o más identidades o personalidades y que el trastorno no es debido a los efectos de una droga o a una enfermedad orgánica.¹⁰

La amnesia es un trastorno del funcionamiento de la memoria, durante el cual el individuo es incapaz de conservar o recuperar la información almacenada

con anterioridad. Las causas de la amnesia pueden ser orgánicas o funcionales, las orgánicas incluyen daño al cerebro por enfermedad o contusiones y las funcionales se deben a factores psicológicos, como mecanismos de defensa. La amnesia disociativa es debida usualmente a un recuerdo reprimido a largo plazo como resultado de un trauma ya sea psicológico o emocional. En el presente caso, la adolescente presentaba estos 3 criterios diagnósticos y estuvo corroborada por los familiares que aducían que ella se comportaba como una persona poseída por otra persona, con otra personalidad (de hombre), asociada a cambios de voz y actitudes violentas y que repentinamente cambiaba de personalidad y no recordaba nada de los que había ocurrido horas antes, llamándoles la atención que estas conducta no eran ocasionadas por el consumo de alcohol, ni drogas, porque al volver a su normal personalidad la adolescente nunca mostro estar bajo los efectos del alcohol u otra droga.

Sin embargo el trauma por sí solo no es un factor suficiente para explicar por qué un individuo acaba desarrollando un trastorno disociativo, depende de muchos factores: el origen y gravedad del abuso, la edad y sexo de la víctima, el tiempo que se repitió el maltrato, la internalización o la externalización del hecho y principalmente de la respuesta de los familiares y de su entorno frente al abuso sexual. Muchas personas víctimas de abuso grave en la niñez no presentan problemas psicológicos importantes debido principalmente al factor de la resiliencia (resistencia) es decir que las víctimas han tenido al menos una figura de apego seguro.

El trastorno de identidad disociativo, parece estar causado por la interacción de varios factores:

1. Un estrés insoportable (como el haber sufrido abuso físico, sexual o psicológico durante la niñez).
2. Una habilidad para separar los propios recuerdos, percepciones o identidades del conocimiento consciente (capacidad disociativa).
3. Una insuficiente protección y atención durante la niñez.

Tilman y colaboradores (1994) recoge diversos estudios que avalan el papel fundamental del entorno familiar en este tema, demostrando que cuando las familias son funcionales (atención a las necesidades del niño, protección, cohesión y adaptabilidad de sus miembros), el efecto en sí del abuso sexual descende hasta el nivel de no significación. En cambio cuando las familias son disfuncionales (hay un control conductual más rígido, menos cohesión y adaptabilidad), lo niños y adolescentes víctimas de abuso sexual presentan mayores factores de riesgo para desarrollar trastornos psicopatológicos.

En el presente caso, la adolescente no contaba con una figura de apego seguro (escasa resiliencia), debido a haber sufrido abandono por parte de la madre desde hace 3 años y por otra, experimentó la traición de parte de su padre por haberla abusado sexualmente. Si bien las hermanas se preocupaban por la salud de la adolescente, ellas no cumplían los requisitos básicos y adecuados para constituirse en una figura de apego para la adolescente, principalmente debido a que la mayor parte de su tiempo estaban ocupadas en sus quehaceres personales y de su familia extendida. Esto fue confirmado en la consulta médica cuando una de las hermanas mayores estaba en desacuerdo en denunciar el caso a una institución de protección a la niñez y adolescencia, valorando más la posibilidad de subsistencia que podía darle el padre a la adolescente referida.

El trastorno de identidad disociativo es una situación grave, crónica y potencialmente mortal. Las personas con este trastorno con frecuencia intentan el suicidio y se considera que son las más propensas a suicidarse que otras personas con otros trastornos mentales. En este caso la adolescente mostró signos evidentes de autolesionismo, la localización de las heridas, el tipo, la dirección y el número de heridas, muestran un carácter suicida del hecho. Los signos de autolesionismo y la disociación siempre se presentan juntas, existiendo una fuerte correlación entre el abuso físico o sexual con las autolesiones.

El abuso sexual infantil tiene fuertes vínculos con el comportamiento autodestructivo, principalmente cuando existe indiferencia materna o un ambiente adverso a la víctima y están asociados a un mayor riesgo de depresión, trastornos de la función de la personalidad y otras psicopatologías.

Los pediatras desde el consultorio deben orientar permanentemente a la niñez y su familia en estrategias para prevenir el abuso sexual, ofrecer la atención especializada y multidisciplinaria en casos de abuso sexual para minimizar los daños y secuelas de las víctimas, además de trabajar en la promoción de leyes más efectivas, integrándonos a organizaciones que aúnan esfuerzos con este objetivo.

Referencias

1. Vásquez M, Calle M. Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados. *Revista de Psiquiatría forense, Psicología forense y Criminología*. 1997;1:14-29.
2. Ross C. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clin NA* 1991;14:503-17.
3. Saxe GN, Van del Kolk BA, Berkovitz R. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1993;150:1037-42.
4. Coons PM, Milstein V. Psychosexual disturbances in multiple personality: characteristics, etiology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1986;47:106-10.
5. Ryan J. Pierre Janet and dissociation: the first transference theory and its origins in hipnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1986;29:86-94.
6. Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: a review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 1986;47:285-93.
7. Kluff RP, Braun BG. Multiple personality, intrafamilial abuse, and family psychiatry. *American Journal of Family Psychiatry* 1984;5:283-301.
8. Wilbur CB. Treatment of Multiple Personality. *Psychiatric Annals* 1984;14:27-31.
9. Sanders B, Giolas M. Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry* 1991;148:50-5.
10. American Psychiatric Association. Study guide to DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2002.